



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA MATERNO-INFANTIL**



CONTROL DE SALUD DE LOS NIÑOS DE 0 A 12 MESES DEL BARRIO SARAVIA, DE LA CIUDAD DE CARMELO, OBTENIDOS DEL CENSO DE JUNIO DE 2004

AUTORES:

Br. Cabrera, Noelia
Br. Francia, Imelda
Br. González, María de los A.
Br. Jolodkow, Patricia
Br. Silveyra, Beatriz
Br. Suárez, Penélope

TUTORES:

Lic. Enf. Pérez, Mercedes

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

Montevideo, 2005

INDICE

| | |
|-------------------------------------|----------|
| • Resumen..... | Pág. 1 |
| • Introducción..... | Pág. 2 |
| • Problema..... | Pág. 3 |
| • Objetivos..... | Pág. 3. |
| • Antecedentes y justificación..... | Pág. 4 |
| • Marco conceptual..... | Pág. 7 |
| • Diseño metodológico..... | Pág. 34. |
| • Variables..... | Pág. 37 |
| • Análisis..... | Pág. 43 |
| • Conclusiones..... | Pág. 46 |
| • Sugerecias..... | Pág. 47. |
| • Bibliografía..... | Pág. 49 |
| • Anexos..... | Pág. 50 |

AGRADECIMIENTOS:

Agradecemos a todas aquellas personas, que directa o indirectamente colaboraron con la elaboración y realización del trabajo.

Agradecemos muy especialmente a:

- Lic en Enf. Ester Lastreto (Hospital Carmelo).
- Pediatra Dr. Marcela Rizzo (Policlinica Saravia)
- Integrantes de la comisión barrial.(barrio Saravia)
- Prof. Lic en Enfermería Mercedes Pérez.
- Funcionarios de organismos internacionales.
- Asistente informático Sr. Julio Cesar Gallo.
- Usuarios protagonistas de nuestro estudio de investigación, que gracias a ellos se pudieron cumplir los objetivos propuestos.
- Interna de la Lic en Enfermería (Policlinica Joaquín Suárez, periodo abril- octubre 2004)

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, se basa en conocer si los niños de 0-12 meses del Barrio Saravia de la ciudad de Carmelo, cumplieron con los controles de salud según normativas establecidas por el MSP.

Dicho estudio, surge de la propuesta por parte de la Dirección del Hospital de Carruclo, en conocer el estado de salud de estos niños.

Dada la limitación de tiempo para abarcar este amplio tema, es que se resuelve realizar el estudio de los Controles de Salud del niño, planteando como objetivos, conocer las características de los mismos y las variables que permitan ampliar dicho conocimiento. Se estudiaron 24 niños, censados en junio del 2004, lo que hace que este estudio sea descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Para obtener los datos, hubo que trasladarse en cuatro oportunidades a dicha ciudad, utilizando como medio de recolección de los mismos la observación y la entrevista, para la cual se elaboró un formulario base.

Luego del procesamiento de los datos, se establece que del 41,67% (10 niños), se encuentra entre los 3-5 meses, observándose que el 80,00% (8) de éstos, no cumplen con los 2 controles establecidos y el 37,50% (9 niños) están entre 0-2 meses, de los cuales un 66,67% (6) no cumplen con los 3 controles establecidos.

Con respecto a las otras variables estudiadas, es de destacar que el 100% se encuentra a una distancia accesible al Centro de salud. Un 79,17% (19) de las madres, posee información insuficiente o ninguna; un 29,17% (7) posee tres hijos y un 25,00% (6) posee cinco o más hijos, relacionándose esto, a que un 70,83% (17) de las madres, tiene un nivel de instrucción deficitaria. Solamente un 42,00% (10) de estos niños, estaban con lactancia materna.

Se llegó a la conclusión, que el 100% de los niños no cumplen con los controles según las normativas, determinado esto, por el bajo nivel de instrucción de la madre, el grado deficitario de información respecto a los controles, al elevado número de hijos que estas poseen y al bajo nivel socio económico que tienen.

Estas características, los transforman en una población de riesgo, con la probabilidad de alteración en el crecimiento y desarrollo y por consiguiente en su estado de salud.

Se debe resaltar que no existió un equipo de salud que trabajara el Programa Aduana en esta población, ante lo cual se sugiere que se establezca un equipo multidisciplinario, que incluya una Licenciada en Enfermería, cuyo rol es fundamental en la implementación de dicho programa y de otros en la Atención Primaria en Salud, realizando actividades de promoción y prevención con una dirección comunitaria y participativa.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo de investigación, fue realizado por un grupo de seis bachilleres de la Licenciatura en Enfermería, correspondiente al primer módulo del cuarto ciclo de la carrera perteneciente a la Facultad de Enfermería.

Este estudio de investigación, se basa en conocer si los niños de cero a doce meses del Barrio Saravia, de la ciudad de Carmelo, censados en junio de 2004 cumplen con los controles de salud según normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública.

Nuestro interés en abordar dicho tema, tiene como punto de partida la inquietud por parte del personal del Hospital de Carmelo y la Policlínica Saravia, en conocer el estado de salud de los niños menores de 12 meses; es sabido que la atención del niño debe ser conducida siguiendo el proceso de su crecimiento y desarrollo y utilizando recursos básicos como los cuidados maternos, la alimentación natural, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, las inmunizaciones, la detección de factores de riesgo, el diagnóstico y tratamiento precoz de patologías y la educación para la salud. Es así que sumamos nuestra propia inquietud para ampliar los conocimientos y acercarnos en parte, al desarrollo de una de las funciones de la Licenciada, como es la investigación.

Dada la amplitud de éste tema (estado de salud), se consideró estudiar específicamente los controles de salud del niño, para llegar de alguna forma, a descubrir en parte el estado de salud, ya que el mismo como tal esta sujeto a muchos factores que por razones de tiempo no pueden ser todos abordados.

Los objetivos planteados para ésta investigación son los siguientes:

Objetivo General: Conocer las características del Control de salud de los niños menores de 12 meses del barrio Saravia de la ciudad de Carmelo.

Objetivos Específicos:

- Conocer la población objeto de estudio y su entorno.
- Identificar las características principales de la madre/padre o tutor del niño.
- Determinar con que periodicidad son llevados a los controles.
- Determinar el grado de información de los padres y/o tutores, acerca de la importancia de los controles periódicos de salud.
- Determinar la accesibilidad geográfica para la realización de los controles en el Centro de Salud.

El tipo de estudio que se plantea en éste trabajo, es fundamentalmente descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

La población objeto de estudio son veinticuatro niños, conformando éstos nuestro universo, es pertinente destacar que se tomó la totalidad de los niños de cero a doce meses, ya que es un total pequeño, el cual se considera factible y accesible para estudiarlo y así disminuir el margen de error.

La recolección de la información fue realizada a través de la observación y la entrevista, con la elaboración de un formulario base para la recolección de los datos, utilizando como fuente de información primaria la madre y secundaria, el carnet de salud del niño, el cual queda en poder de la familia.

La información recabada contiene los datos necesarios para analizar y sugerir eventuales cambios.

Tema: Control de salud de los niños menores de 12 meses del barrio Saravia de la ciudad de Carmelo.

Problema: ¿Los niños de 0 a 12 meses del barrio Saravia de la ciudad de Carmelo, censados en junio de 2004, cumplen con los Controles de salud según normativas establecidas por el Ministerio de Salud Pública (MSP)?

Objetivo General: Conocer las características del Control de Salud de los niños menores de 12 meses del barrio Saravia de la ciudad de Carmelo.

Objetivos Específicos:

- Conocer la población objeto de estudio y su entorno.
- Identificar las características principales de la madre/padre o tutor del niño.
- Determinar con que periodicidad son llevados a los controles.
- Determinar el grado de información de los padres y/o tutores acerca de la importancia de los controles periódicos de salud.
- Determinar la accesibilidad geográfica para la realización de los controles en el Centro de Salud.

ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

En la ciudad de Carmelo, a solicitud de la población surgen las Policlínicas barriales, ya hace aproximadamente ocho años, por un convenio que se creó entre MSP-Servicio de Emergencia Móvil Colonia Oeste (SEMCO) y el barrio.

Estas policlínicas solo brindan asistencia. El MSP reconoce los procedimientos y atención realizados en la policlínica como si fueran en el Hospital.

En julio del 2003, se le otorgó la coordinación de las Policlínicas barriales a la Lic. Enfermería E. Lastreto. Al mes siguiente, se nombran dos Auxiliares de Enfermería para trabajar en las mismas; con este número de recursos humanos no se cubría la demanda de la población, por tal motivo se planteó a la Dirección del Hospital la necesidad de Lic en Enfermería, más Auxiliares de Enfermería, Medicina general y Pediatría. El Director del Hospital conociendo la situación y estando de acuerdo otorgó más horas de Medicina general y Pediatría. En primera instancia, luego de tener dichos Recursos humanos se realizó una distribución de los mismos.

En marzo del 2004 surge la posibilidad de contar con dos Internas de Lic. Enfermería, por un convenio entre el MSP- Universidad de la República (UDELAR). Teniendo conocimiento la Dirección del Hospital y considerando el número de usuarios de la policlínica Saravia y teniendo en cuenta las carencias socio cultural y económico del barrio, es que las Internas son designadas a trabajar en esa comunidad, que era la prioridad para comenzar con Atención Primaria en Salud (APS).

Al momento de realizar la caracterización de la población, se encontró con que la fuente de información (Historias clínicas), carecía de registros que brindaran un claro perfil de la población. Por tal motivo, se decide llevar a cabo un censo en el Barrio Saravia, el cual permitiría identificar indicadores demográficos, socio- económico, y características geográficas del barrio.

A través del análisis de los datos obtenidos, se identifican necesidades intereses y problemas de la población. Se censaron 473 viviendas (1751 personas). De la caracterización de la población, se desprende que el 20,67% corresponde a niños, de los cuales el 6 % se encuentran entre 0 y 12 meses (24 niños).

Es una población donde predomina el sexo femenino, con un nivel de instrucción bajo, contando los hombres con primaria completa y las mujeres con secundaria incompleta, siguiendo en ambos sexos, con un porcentaje en menos primaria incompleta.

Generalmente son los hombres quienes trabajan fuera del hogar, siendo una población activa laboralmente, aunque en su gran mayoría realizan trabajos informales (changas), lo cual no les brinda estabilidad económica ni laboral. Por otra parte están los pensionistas y jubilados, que se corresponden con el número de adultos mayores.

La gran mayoría presenta cobertura de salud pública, concurriendo predominantemente al Hospital. No solo esta población que presenta carne de asistencia hace uso de los servicios de asistencia pública, sino que también hacen uso de ésta, personas que tienen cobertura de salud privada.

En lo que respecta a las inmunizaciones, la mayoría de la población, tanto niños como adultos tienen carne de vacunas vigente (CEV).

Más de la mitad de la población refiere no presentar antecedentes personales; dentro de los que presentan, en los niños predominan afecciones respiratorias, como ser broncoespasmo y asma. En tanto en los adultos, en ambos sexos predomina hipertensión arterial seguida por asma.

La Pediatra del barrio manifestó que había un alto porcentaje de demanda insatisfecha en la infancia y la misma se encontraba desprotegida, que hacía falta un seguimiento de los controles pediátricos y un registro que facilite los mismos.

La Dirección del Hospital solicitó a las Internas de Lic. Enfermería, un estudio del Estado de Salud de los niños menores de un año del Barrio Saravia, ya que éstas estaban realizando actividades en APS en dicho barrio.

Es así, que consideramos más específico estudiar los Controles de Salud del niño, para llegar de alguna forma a describir en parte el Estado de Salud, ya que el mismo como tal está sujeto a muchos factores que por razones de tiempo no pueden ser todos abordados.

El MSP ha creado diferentes programas prioritarios, dentro de los cuales se encuentra el Programa Materno-Infantil, cuyo propósito es coordinar las actividades de los programas prioritarios de salud que la integran. Dentro de éstos, se lleva a cabo el Programa ADUANA, el mismo lo que trata es de un seguimiento de aquellos niños nacidos en el Hospital Pereyra Rosell hasta el año de vida, con el objetivo de que se realicen controles frecuentes en los primeros meses de vida, que es donde el niño está creciendo, más aún si se trata de prematuros o de bajo peso al nacer, estos controles se irán espaciando de acuerdo al niño, el medio y las disposiciones del Pediatra.

Estos programas como consecuencia, al ser parte del proceso continuo de planificación, tienen implícito, también colaborar con la identificación de los problemas de salud de las personas de este grupo etareo, señalar posibles nuevas prioridades, contribuir a mejorar la eficacia y eficiencia de los programas y evaluar el impacto de estos.

Para complementar este trabajo obtuvimos información acerca de un estudio del Control de Salud del niño a través del Programa Aduana realizado en la Policlínica de Joaquín Suárez, Departamento de Canelones, dependiente del Centro Auxiliar Pando (CAP), Unidad Ejecutora N° 050 del MSP, realizado en el periodo comprendido entre el 1/04/04 - 1/10/04; del cual se procesaron los siguientes datos: de un total de 104 niños, el 54,81% eran de sexo femenino, predominando las edades entre 6-8 meses, con un 32,69 %.

Con respecto a la alimentación se destaca: que un 53,85% estaban con pecho directo exclusivo (PDE) y un 33,65% con pecho directo más complemento (PD+C), en lo que respecta a las inmunizaciones el 92,31% presentaron el CEV vigente.

Los datos obtenidos sobre las madres de los niños en este estudio fueron: el 44,23% solteras, presentan un nivel de instrucción de secundaria incompleta el 54,81% y de estas madres el 84,81% son desocupadas.

En lo que refiere al nivel socio- económico, un 50% tenía un ingreso entre \$1500 y \$3500, un 63,46% percibía asignación familiar y un 82,69% recibía canasta del Instituto Nacional de Alimentación (INDA).

En este estudio, se llegó a la conclusión que el cumplimiento de los controles de salud según las normativas establecidas se daba en un 87,50%.

Cabe destacar que el 100% de los niños fueron controlados.

El seguimiento de la salud infantil, mediante controles periódicos, es una de las actividades más importantes de la atención al niño en APS. A través de ellos se promueve un estado de salud que permite el crecimiento y desarrollo óptimo del niño, realizando actividades preventivas, de detección precoz de problemas y anomalías y educación sanitaria.

La atención del niño debe ser conducida siguiendo el proceso de su crecimiento y desarrollo, utilizando recursos básicos como los cuidados maternos, la alimentación

natural, la vigilancia nutricional, las inmunizaciones, la detección de factores de riesgo, el diagnóstico y tratamiento precoz de patologías y la educación.

Siendo la infancia uno de los periodos más vulnerables, donde el crecimiento y desarrollo están tan estrechamente ligados a factores exógenos, la salud del niño expresa en forma muy objetivable, la interacción de lo socioeconómico, cultural y educacional.

Es así que se hace necesario la semiología del medio socioeconómico, educacional y cultural tanto en el plano individual del niño como el familiar.

El ingreso económico familiar condiciona la capacidad de consumo de la familia e indirectamente el nivel de vida. Estos factores y otros como el bajo nivel de instrucción de la madre y/o la falta de información sobre una adecuada alimentación según la edad de los niños, transforman a la población, en una población de riesgo, no solo en la probabilidad de alteración del crecimiento y desarrollo de los niños, sino también en la alteración del estado de salud y de nutrición de todos los integrantes de la familia.

Otro tipo de factor exógeno a tener en cuenta, es la vivienda y las condiciones en que vive la familia, además de los servicios con que cuenta, agua, luz, saneamiento. Es necesario que los profesionales de la salud y particularmente nosotras las Licenciadas en Enfermería, tengamos un conocimiento amplio sobre el tema para reconocer cuando un niño tiene un crecimiento y desarrollo adecuado o tiene alguna deficiencia, para dar educación a la familia y comunidad sobre las características del desarrollo de los niños y sobre el manejo de algunas situaciones y problemas de salud más frecuentes.

Es así que por todas estas razones, hemos decidido poner en marcha esta investigación, la cual creemos nos proporcionará una base para nuestro desarrollo como profesionales.

MARCO CONCEPTUAL

CONTROL DE SALUD DEL NIÑO

Es la atención programada, sistemática o planificada periódicamente, de los encuentros del usuario con el equipo de salud; orientada a valorar (conocer) el estado de salud en relación a las necesidades del individuo, con el fin de fomentar, proteger la salud y detectar precozmente enfermedades.

La principal función del control de salud, es mejorar la calidad de vida y para esto persigue diferentes objetivos.

- a) Promover y fortalecer el desarrollo integral del usuario.
- b) Controlar y documentar el crecimiento y desarrollo del usuario.
- c) Pesquisar casos o grupos de riesgo.
- d) Detectar precozmente patologías y prevenir complicaciones.
- e) Tratar oportunamente la patología.
- f) Apoyar cambios saludables.

El control de salud se basa en algunos aspectos fundamentales como ser:

- 1) Aspectos epidemiológicos del país/ región (morbimortalidad)
- 2) Etapa del ciclo vital (grupo etario).
- 3) Factores de riesgo.
- 4) Necesidades generales.
- 5) Características específicas: sexo, edad, raza, etc.

La supervisión de la salud de un niño, es una oportunidad única de apoyar a la flia. desde el comienzo, privilegiando la prevención y el conocimiento de las capacidades del niño según su edad.

Constituye una oportunidad valiosa para inducir cambios favorables en la salud del niño. La salud objeto de la supervisión es un bien inagotable y en cambio permanente, su supervisión, cuidado y fomento es una actividad compleja e importante orientada hacia la morbilidad.

La atención del niño debe ser conducida siguiendo el proceso de su crecimiento y desarrollo y utilizando recursos básicos, como los cuidados maternos, la alimentación natural, la vigilancia nutricional, las inmunizaciones, la detección de factores de riesgo, el diagnóstico y tratamiento precoz de patologías y la educación para la salud.

Usualmente, el control de salud del niño se cumple siguiendo pautas normativas por diferentes agentes de salud y en lugares como centros de salud, hospitales, policlínicas, etc.

Para mantener la continuidad de la atención, integrando todos estos aspectos, el personal de salud usa formularios de registro clínico; el carnet (que queda en poder de la flia.) y la historia del niño (formulario base que se guarda en la institución que lo atiende)

Para el control de salud del niño se ha diseñado un instrumento que tiende a solucionar los problemas de registro, que es el CAME de Control y la Historia Clínica del niño cuyos objetivos son:

- 1) Garantizar la continuidad entre los controles del niño desde el momento del nacimiento.
- 2) Fomentar un calendario de controles periódicos desde la primera semana luego del nacimiento, en especial en poblaciones que consultan solo cuando el niño enferma.
- 3) Planificar y normatizar la atención.
- 4) Unificar la recolección y archivo de información básica sobre el niño, su familia y las acciones del equipo de salud.
- 5) Registrar en forma ordenada y destacada los factores de riesgo o situaciones de alerta.
- 6) Presentar la información sobre crecimiento y desarrollo, alimentación e inmunizaciones de manera gráfica y sencilla que permita detectar precozmente desviaciones de los patrones normales.
- 7) Anticipar a la madre los logros que obtenga el niño en crecimiento y desarrollo, las inmunizaciones próximas, así como la prevención de accidentes.
- 8) Simplificar al personal la aplicación y evaluación de las normas de atención.
- 9) Crear un banco de datos para la evaluación de la atención brindada y la identificación de problemas prioritarios.

NORMATIZACIÓN DEL CONTROL DE SALUD.

Generalidades

Se propone un calendario de visitas de control del niño desde los primeros días de vida hasta los 5 años. Para cada control, se describen los contenidos básicos, o sea las acciones que debe realizar el personal de salud y los temas que debe abordar anticipadamente con la madre del niño o quien lo traiga a control. Para esta guía se seleccionaron sólo algunos de los varios temas que pueden tratarse en 10 a 15 minutos.

Esquema de visitas:

1era.....7-15 días
2da.....30 días
3era.....2 meses
4ta.....3 meses
5ta.....4 meses
6ta.....6 meses

7ma.....9 meses
8va..... 12 meses

La cronología de visitas que debe realizar un niño sano, está incorporada en el programa de análisis computarizado del SIN y permite la evaluación del cumplimiento de un plan mínimo de controles. Si este esquema propuesto de visitas es modificado, deberá también modificarse el archivo correspondiente dentro del programa del SIN.

Contenido de las visitas

Para cada visita se describen las actividades propuestas, los elementos a valorar en el examen físico y psicomotor, el interrogatorio, así como los aspectos anticipatorios a abordar con los padres.

1era visita: 7-15 días. Primer contacto con el personal.

Actividades.

Antropometría, entrevista y examen físico.
Registro, inicio de la HCNB y del camé, explicación de la norma de controles de crecimiento y desarrollo de inmunizaciones.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías.

Descenso inicial y recuperación del peso al nacer.
Dificultades en el inicio de la lactancia.
Succión (vigor, frecuencia).
Sueño y vigilia.
Condiciones de los senos maternos.
Características y frecuencia de deposiciones.
Regresión de ictericia fisiológica.
Cicatriz umbilical, palpación abdominal, descenso testicular, pulsos femorales.
Auscultación cardíaca.

Educación para la salud.

Prevención de infección respiratoria aguda y diarrea, lavado de manos, ambiente limpio, control de vectores (moscas), evitar contacto con enfermos, alimentación al seno.
Prevención del eritema del pañal. Erupción por calor.
Introgénia por automedicación (por cólicos, etc.).
Caída del cordón, baño del bebé.
El bebé "fumador pasivo".
Aprovechar las oportunidades de alimentación y muda para establecer contacto (visual, auditivo, táctil) y fortalecer la relación madre-hijo.
Conversar sobre el efecto de un niño en los hermanos (celos).
Prevención de accidentes: acondicionar la cama sin plásticos, almohadas u otros objetos con los cuales el niño pueda sofocarse.

2da. visita: 30 días.

Actividades

Antropometría, entrevista y examen físico.
Administración de BCG, si no la recibió al nacer.

Registro en la HCNB y el carné.
Aporte de flúor y vitamina D oral.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías:

Crecimiento: comparando con control previo y curvas normales.
Establecimiento de la lactancia.
Exploración de abducción de caderas.

Educación para la salud:

Peligro del destete precoz e inicio de desnutrición.
Prevención de enfermedades respiratorias agudas y de enfermedad diarreica, y su manejo con SRO.
Reinicio del trabajo materno fuera del hogar.
Problemas al ingreso precoz a guardería. Necesidad de un cuidador sustituto adecuado si la madre se ausenta.
Favorecer cambios de posición
Promover participación activa del padre en los cuidados.
Prevención de accidentes: seguridad en el coche, quemaduras (agua de la bañera, leche hervida).

3era. visita: 2 meses.

Actividades

Antropometría, entrevista y examen físico.
Inmunizaciones: DPT, Polio.
Vitamina D oral diaria en invierno. Cuidadosa exposición al sol en verano.
Registro en la HCNB y en el Carné.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías:

Crecimiento: comparando con control previo y curvas normales.
Desarrollo: comparando con pancarta.

Educación para la salud:

Prevención de IRA y EDA.
Necesidad de prolongar lactancia exclusiva hasta los 4-6 meses.
Favorecer el desarrollo del lenguaje mediante la exposición a distintos sonidos, hablándole, imitando sus vocalizaciones.
Prevención de accidentes: seguridad en el coche, quemaduras.

4ta. visita: 3 meses

Actividades

Antropometría, entrevista y examen físico.
Registro en la HCNB y en el carné.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías:

Crecimiento: comparando con control previo y curvas normales.
Desarrollo: comparando con pancarta.
Abducción de cadera.

Educación para la salud:

Prevención de IRA Y EDA.

Oportunidad de incorporación de semisólidos.

Favorecer y hacer posible el contacto con más personas: papá, hermanos, abuelos, etc.

Facilitar el ejercicio de la prensión poniendo a su alcance objetos adecuados.

Prevención de accidentes: caídas de superficies altas, atrapamiento de cabeza o miembros en aberturas estrechas.

5ta. visita: 4 meses

Actividades:

Antropometría, entrevista y examen físico.

Registro en la HCNB y en el carné.

Inmunizaciones: DPT, Polio.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías:

Crecimiento: comparando con control previo y curvas normales.

Desarrollo: comparando con pancarta.

Palpación de abdomen.

Educación para la salud:

Próxima erupción dentaria.

Primeros episodios febriles normales.

Introgénia, automedicación (antitérmicos, ATB).

Darse tiempo para expresarle cariño en momentos de tranquilidad: cantarle, acariciarlo.

Comentar efectos negativos de la televisión, aunque parezca atractiva para el niño.

Prevención de accidentes: sofocación y cortes por objetos pequeños y/o filosos a nivel de piso, quemaduras por comidas.

6ta. visita: 6 meses

Actividades:

Antropometría, entrevista y examen físico.

Evaluación del desarrollo.

Registro en la HCNB y el carné.

Inmunizaciones: DPT, Polio.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías:

Crecimiento: comparando con control previo y curvas normales.

Desarrollo: evaluación de acuerdo a la pancarta. Revisar el cumplimiento de los logros establecidos para la edad y determinar situación de normalidad o "alerta".

Inicio de erupción dentaria.

Persistencia de estrabismo.

Audición.

Educación para la salud:

Incorporación de otros alimentos.

Comentar efectos negativos del andador, de corrales inadecuados, de ropas que le dificulten o incomoden el movimiento (por ejemplo: uso de zapatos). Prevención de

accidentes: caídas y quemaduras por aumento de movilidad (gato, audador), no dejar sólo al niño en el baño, mayor cuidado con animales (conocidos y extraños).

7ma. visita: 9 meses

Actividades:

Antropometría, entrevista y examen físico.

Evaluación del desarrollo.

Registro en la HCNB y el carné.

Inmunizaciones: DPT, Polio, Sarampión, Rubéola, Paperas.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías:

Crecimiento: comparando con control previo y curvas normales.

Desarrollo: evaluación de acuerdo a la pancarta. Revisar el cumplimiento de los logros establecidos para la edad y determinar situación de normalidad o "alerta".

Educación para la salud:

Hábitos de higiene dental, uso de chupete y de la mamadera durante el sueño.

Permitir la exploración, los juegos de "botar-tirar", de "escondidas" y de imitación.

Hablarle sin distorsionar el lenguaje.

Prevención de accidentes: caídas de altura y riesgo de ahogamiento, quemaduras por volcado de líquidos.

8va. visita: 12 meses

Actividades:

Antropometría, entrevista y examen físico.

Evaluación del desarrollo.

Registro en la HCNB y en el carné.

Evaluación de riesgos y detección precoz de patologías:

Crecimiento: comparando con control previo y curvas normales.

Desarrollo: evaluación de acuerdo a la pancarta. Revisar el cumplimiento de los logros establecidos para la edad. En varones: fimosis, descenso testicular.

Educación para la salud:

Evitar golosinas y gaseosas con azúcar y cafeína.

Hábitos alimentarios y de higiene dental.

Promover que el niño empiece a participar en su alimentación, comiendo algunas cosas con la mano, practicando el uso de taza y cuchara.

Ofrecer objetos para jugar sin riesgos: de distintos tamaños, formas, colores.

Prevención de accidentes: impedir libre acceso a la calle, intoxicaciones (abre cajones y tapas de detergentes y medicamentos), cuidado con animales conocidos y extraños.

EL CONCEPTO DE SALUD

La salud constituye el continuo accionar del hombre frente al universo físico, mental y social en el que vive, sin restar un solo esfuerzo en su existencia para modificar aquello que debe ser modificado. La salud al fin de cuentas, no es más que una simple palabra usada para designar situaciones subjetivas, la intensidad con la cual los individuos enfrentan sus estados internos y su ambiente inmediato.

La asistencia a la salud humana depende no solo del grado en que cada persona aprendió, a través de su cultura, a enfrentar la realidad aun cuando la experiencia sea desagradable, amenazante o dolorosa; depende, también de las condiciones socio-políticas que alimentan esa confrontación. En una sociedad dada, los niveles de salud serán más altos, cuando la acción técnica y política tengan en cuenta los factores del medio que favorecen la autoconfianza, la autonomía y la dignidad, especialmente entre los miembros más pobres y más débiles de la sociedad.

Los organismos sanitarios no evacúan la salud en términos de bienestar o goce, inalterabilidad del ritmo, capacidad de lucha o de autonomía. En la medida en que se organiza la actividad sanitaria, se plantea la medición, la cuantificación, a partir de índices, de indicadores de salud. En efecto, los indicadores más usados, más clásicos, son los de mortalidad. Dada la implicación de las condiciones de vida para la conservación de la misma en el niño, naturalmente dependiente, frágil, siempre prematuro, si se lo analiza con sentido antropológico, no es raro que la medida primaria sea más que la mortalidad global, propia del primer año de vida. En las estadísticas de salud figuran las causas de muerte, habitualmente analizadas de acuerdo a variables de sexo, edad, a veces también de nivel de instrucción, ocupación, clase social y lugar de nacimiento.

También se emplean indicadores de salud que apuntan a problemas económico-sociales, como el analfabetismo o la deserción escolar. Otra pauta complementaria es la de los recursos asistenciales, siendo lo clásico las estadísticas de médicos y otros profesionales por habitantes. Como indicadores de infraestructura sanitaria, se suele medir el abastecimiento de agua potable y de aguas residuales, los dispositivos para extraer la basura, la cantidad y la calidad de vivienda, el tipo de alimentación.

Dentro de este encuadre global, vemos la salud como una posible meta colectiva, delineándose en la práctica social al consumo de la colectiva preocupación por la calidad de la vida, el deterioro de la naturaleza, la deshumanización de las grandes ciudades, la crisis en la familia. La salud es un valor universal, es una realidad que motiva a la mayoría, que puede contribuir a generar condiciones de unidad para favorecer los cambios sociales. La salud se expresa en capacidades biológicas, psicológicas y sociales, que no pueden aislarse en la vida cotidiana, en la creación o en la lucha social, aunque las distorsiones del sistema lleven a tabicamientos disciplinarios y a concentrar poderes separados.

ESTADO DE SALUD - NIVEL DE SALUD
NIVEL DE VIDA - CALIDAD DE VIDA

El estado de salud de una persona o de una población en un momento dado, es el resultado de la acción de distintos factores en momentos diferente. Los aportes acerca de este tema de Lalonde, generan una forma diferente de percibir, no solo la salud, sino también los mecanismos que la determinan, prestando un mayor interés a los diferentes factores que la condicionan. Los más influyentes se agrupan en 4 grandes apartados:

➤ **Biología humana.**

Incluye todos aquellos aspectos físicos y mentales que conforman la corporalidad del ser humano, tales como la herencia genética, la maduración y envejecimiento, las características de los diferentes sistemas del cuerpo (nervioso, endocrino, digestivo, etc.)

➤ **Estilo de vida.**

Los comportamientos de lo individuos y de los colectivos ejercen una influencia sobre su salud. Los hábitos de vida nocivos (consumo de drogas, nutrición inadecuada, sedentarismo, conducción temeraria, etc.) tienen consecuencias nefastas para la salud.

➤ **Entorno.**

Incluye todos aquellos aspectos ajenos al propio cuerpo, sobre los cuales el individuo tiene una muy limitada capacidad de control y que influyen sobre la salud.

➤ **Servicios sanitarios.**

Entendemos por tales la cantidad y calidad de los recursos utilizados para satisfacer las demandas y necesidades de la población, así como las estructuras, organizaciones y políticas relativas al sector.

El nivel de salud, se expresa por medio de diversos indicadores demográficos combinados con indicadores de morbilidad.

Pero para reconocer la causa de los diferentes procesos mórbidos en las diferentes comunidades, zonas, regiones, se relacionan dichos indicadores con macro indicadores económicos: - PBI (producto bruto interno)

- PEA (población económicamente activa)
- RPC (renta per. cápita)
- PNB (producto nacional bruto)
- Índice de desempleo
- Tasa de desocupación

Los indicadores económicos tienen la particularidad de brindar un panorama general indirecto y cuantitativo, sobre el soporte material en el cual se desarrolla la actividad humana, es decir que permite identificar la situación de la organización económica, política y social que influye en el proceso salud – enfermedad, como causa y como consecuencia de las condiciones de vida de la población.

Una persona tiene un buen nivel de vida, cuando tiene un buen nivel de consumo (una vivienda con los suministros de infraestructura básica: iluminación, electricidad, agua potable, número de habitaciones suficientes, etc.)

La OMS, UNESCO definieron los componentes del nivel de vida (años 60) de cuyo acceso o no, dependería la salud de las personas.

Componentes del nivel de vida:

- | | | |
|----------------------|------------------------|--------------|
| - salud | - alimentación | - educación |
| - vivienda | - seguridad social | - recreación |
| - trabajo | - vestimenta apropiada | - transporte |
| - libertades humanas | - desarrollo | |

- En los últimos años, los economistas vinculados a CEPAL y UNESCO comenzaron a relacionar los indicadores de rendimiento escolar con los de nivel de vida.
- En los últimos censos nacionales se recomendó incluir preguntas que den cuenta de la calidad de vida de las personas, indicando el nivel de consumo (calidad favorecedora de la salud si accede a accesorios de tecnología de última generación).
- Si bien se siguen usando indicadores macroeconómicos como el PBI y RPC, la distribución de la renta nacional es la única medición de corte económica que puede indicarnos la situación real en los ingresos de todos los habitantes de una nación. Pero esto no es suficiente para evaluar la calidad de vida de sus habitantes.
- En la década de los 80 surgieron propuestas alternativas de transformación social pacífica (algunas incluyen el cuidado del ambiente natural y social).
- La propuesta de desarrollo a escala humana (Max-Neef y Col) plantea desde una mirada diferente que la calidad de vida es la consecuencia de la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales (NHF); y que esto es posible por medio de un plan de desarrollo que se refiera a las personas y no a los objetos: no más crecer en números sino enriquecer la vida humana en respetuosa convivencia con el entorno natural y cultural, estimulando niveles crecientes de sensibilización de las personas.

Según estos autores, las NHF conforman un sistema, son interdependientes, son pocas (9), finitas y universales, es decir que toda persona tiene las mismas necesidades, lo que cambia son las formas de satisfacerlas; o sea los satisfactores.

Los satisfactores varían en función de la cultura y del mercado disponible. Son formas de ser, estar, tener y de hacer que satisfacen o no las NHF.

Las NHF son:

- | | |
|----------------|-----------------|
| - subsistencia | - ocio |
| - protección | - creación |
| - afecto | - participación |

- entendimiento
- libertad
- identidad

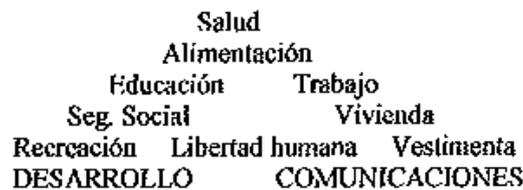
existen satisfactores:

- singulares
- seudosatisfactores
- destructores
- sinérgicos -- nos interesa promover estos, su incremento para atender la salud– enfermedad, ya que estos contribuyen a desencadenar procesos saludables por reacción en cadena que derivan en la satisfacción de todo el sistema de necesidades.

Max-Neef plantea que todas las necesidades son fundamentales, por lo cual la no satisfacción de una de ellas genera una patología o enfermedad, sea somática o social, desequilibrando el sistema de necesidades.

Para valorar el nivel de salud de un individuo y poblaciones, nos basamos en los indicadores de la epidemiología, en los macro indicadores económicos, en la satisfacción de las NIF, en el cuidado del ambiente natural, cultural y social, y en la efectiva actualización de los derechos humanos consagrados en la declaración universal y ulteriores reglamentaciones, comparadas por los principios de libertad, igualdad y solidaridad entre naciones.

Nivel de Vida determinado por:



- Por la OMS, UNESCO, FAO, OIT, con el fin de medir y garantizar condiciones dignas de vida mínimas.

Nivel de Salud → medición en un momento determinado de la salud – enfermedad de una población.

- * hegemónicamente se utilizan indicadores:
 - demográficos
 - sanitarios
 - socioeconómicos
 - nutricionales

INDICADORES BIODEMOGRAFICOS Y SOCIALES

El conocimiento del nivel de salud de la población permite el diagnóstico, la programación, la ejecución, y la evaluación de los programas destinados a su mejoramiento. El nivel de salud, esta en un continuo proceso de cambio debido al progreso, utiliza para su determinación los indicadores biodemográficos. Estos son cocientes que miden la probabilidad de ocurrencia de hechos vitales como: nacimientos, enfermedades y muertes, así como conocer la existencia y evaluar el rendimiento de diferentes recursos de salud.

Los indicadores poseen ciertos requisitos:

- A) *ESPECIALIDAD*: capacidad de reconocer la ocurrencia o existencia del hecho que se desea medir.
- B) *SENSIBILIDAD*: posibilidad de modificar su magnitud frente a cambios en la ocurrencia del hecho medido.
- C) *FACTIBILIDAD*: posibilidad de obtener los datos necesarios para su cálculo.
- D) *CONFIABILIDAD*: verosimilitud de los datos por usar, en términos de su integridad o cobertura.

Las fuentes de obtención de los datos para el cálculo de los diferentes indicadores biodemográficos son diversas.

FACTORES DE RIESGO

El concepto de riesgo en epidemiología se define como la probabilidad de desarrollar una enfermedad por estar expuestos a ciertos factores.

El enfoque de riesgo, es un método de trabajo en la atención de la salud de las personas, las familias y las comunidades, basado en el concepto de riesgo. No todas las personas, familias y comunidades tienen la misma probabilidad de enfermar y morir, sino que para algunos esta probabilidad es mayor que para otros.

Esta diferencia establece un gradiente de necesidades de cuidado, que va desde un mínimo para los individuos con bajo riesgo de presentar un daño, hasta un máximo necesario solo para aquellos con alta probabilidad de sufrir en el futuro alteraciones de su salud. Esto supone cuidados no igualitarios de la salud y requiere que los recursos para proveerlos sean redistribuidos y usados con mayor efectividad, de acuerdo a las necesidades de individuos o grupos.

El concepto de factor de riesgo es una noción estadística, que permite formular precisiones exactas respecto a la salud o enfermedad de una persona o grupo; o sea que es la característica o atributo cuya presencia en el individuo se asocia con un aumento de la probabilidad de padecer un daño.

El conocimiento de los factores de riesgo tiene como finalidad, el permitir la intervención sobre ellos para controlar y reducir la exposición y prevenir de esta forma los problemas de salud.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

CRECIMIENTO: Proceso cuantitativo derivado de la multiplicación celular que determinan un aumento de las dimensiones y conducen a producir individuos de forma diferentes. El crecimiento tiene patrones genéticos y actúan sobre este el entorno o medio ambiente

DESARROLLO: Es el proceso por el que los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas, a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

Es un fenómeno continuo que se inicia en la concepción y que está marcado por la información genética aportada por los gametos de los progenitores. Con el suministro de nutrientes y por la maduración funcional, se produce una dinámica equilibrio endocrino-metabólico que favorece la máxima expresión del potencial genético del niño, primero en el útero y luego en el medio extrauterino.

Crecimiento y Desarrollo son fenómenos cuyas variaciones están vinculadas al tiempo, y por ellas todas las medidas deben referirse al tiempo transcurrido desde el nacimiento o edad postnatal. A medida que transcurre el tiempo, desde la concepción y hasta la madurez, los seres humanos aumentan la masa de su cuerpo y de sus órganos. A la vez que se forman nuevas estructuras, se adquieren regulaciones fisiológicas y funciones específicas.

La idea del aumento de tamaño, se vincula más directamente al concepto de crecimiento, la idea de capacidad funcional, se asocia al concepto de desarrollo o de maduración. Ambos términos son inseparables ya que a medida que se crece se adquieren funciones y para que estas aparezcan y se perfeccionen, se requiere cierto estadio previo de las estructuras. Ambos procesos, en sentido unciste llevan a la maduración del organismo. Sin embargo, es corriente el empleo de crecimiento, para los cambios anatómicos y fisiológicos y desarrollo para los procesos relacionados con las adquisiciones de habilidades motor, psicológico o sensorial.

Se propone un instrumento para evaluar el desarrollo que analiza cuatro áreas de la conducta: motora, coordinación, social, y lenguaje.

Conducta motora: Estudia el desarrollo del control sobre los diferentes músculos del cuerpo.

Conducta de coordinación: Permite conocer delicadas adaptaciones sensorio-motrices ante objetos y situaciones.

Conducta social: Comprende el estudio de las relaciones del niño ante la cultura del medio en que vive.

Conducta del lenguaje: Se usa el término lenguaje en el sentido más amplio, incluyendo toda forma de comunicación visible y audible, sean gestos, movimientos posturales, vocalizaciones. Incluye la imitación y comprensión de lo que expresan las personas.

CRECIMIENTO Y SALUD

Es válida la premisa de quien crece bien, acorde a patrones esperados por su edad y va adquiriendo el desarrollo correspondiente, no debe estar muy enfermo; a la inversa, los niños con crecimiento deficitario, no deben considerarse sanos.

Partiendo de este concepto, es fácil corresponder que con medidas antropométricas simples, se está pulsando el equilibrio endocrino y el estado metabólico, así como el abastecimiento de nutrientes. Las enfermedades de cierta entidad alteran estos equilibrios y según la duración e intensidad con que actúen. Se reflejan de diferentes maneras en la masa corporal y en sus componentes estructurales y de reserva. Las enfermedades agudas, que llevan a un catabolismo exagerado, producen un descenso rápido de los elementos de reserva, en particular de los depósitos de grasa; el panículo adiposo disminuye en espesor y localización, reflejándose en el peso corporal. La medida del peso corporal, es una tecnología simple, de fácil obtención, de escaso error en las determinaciones y de gran magnitud de variación. Por ello, es la forma de elección de evaluar la repercusión de la enfermedad sobre el crecimiento también para medir su repercusión.

Si la enfermedad es muy prolongada se producen repercusiones duraderas en elementos estructurales, como el sistema músculo esquelético; las medidas del perímetro craneal y de la talla son buenos indicadores de estas modificaciones, reflejándose esto también en el peso corporal.

Así, por conocer la repercusión de novas en intervalos cortos de tiempo, la medida de elección es el peso corporal, y para conocer el efecto prolongado hay que agregar la información proporcionada por la talla.

IMPORTANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO.

El crecimiento y desarrollo son procesos continuos, multietápicos y de interacción dinámica entre el individuo y su medio. Las influencias del ambiente en la evolución del crecimiento y del desarrollo, son de tal magnitud que ambos se usan como indicador del bienestar del individuo, ambos son indicadores positivos, más sensibles que la mortalidad para evaluar el bienestar de los individuos.

Por ello, para evaluar se realiza el control del niño y al mismo tiempo el diagnóstico de su entorno. La dinámica del individuo y de su medio requiere que la evaluación no sea estática, ya que pueden producirse cambios en el individuo, su medio o ambos.

La frecuencia de los controles debe ser el intervalo de tiempo adecuado para que ocurran modificaciones detectables con los instrumentos usuales del tamizaje; a la vez que permita revertir el proceso con tratamiento adecuado. Los controles deben ser más frecuentes en los primeros meses, especialmente para el crecimiento, más aún si se trata de prematuros, bajo peso al nacer. Luego se irán espaciando de acuerdo a los riesgos del medio. Cuando existe riesgo ambiental importante, la frecuencia de los controles debe ser mayor y también cuando existe una patología.

Para el control del desarrollo existen edades claves para tomarse acciones de estimulación. El control de Crecimiento y Desarrollo, por ser una actividad continua que permitiendo identificar y tratar niños con riesgo actual o futuro, tiene componentes de promoción, prevención y de educación en salud.

La efectividad de dicho control será mayor en tanto forma parte de un programa regular de una comunidad o país. Tradicionalmente, el estudio del crecimiento estuvo dirigido a evaluar el grado de desnutrición, posteriormente se lo empleó como método de tamizaje para detectar subnutrición en grupos y para evaluar el impacto de los programas de intervención; un avance más lo constituye la monitorización como elemento importante de vigilancia epidemiológica, de promoción de salud y como estrategia para impedir la desnutrición. El niño bien nutrido, con adecuado aporte calórico, dispone de energía

para desplegarse, para tener más contacto con las personas y para adquirir más conocimiento del medio circundante. De esta forma, se enriquece aumentando la comunicación con su familia y con otros niños, lo que le permitirá ir modelando sus sentimientos y su conducta social.

DESARROLLO

Existen coordenadas temporales y espaciales de este proceso que hacen que los individuos de la misma especie presenten conductas básicas similares a la misma edad cronológica. A su vez, la presencia de determinadas conductas define, con cierta precisión, el período vital que cursa el individuo. El concepto de desarrollo incorpora la repetición, la modificación e integración progresiva de conductas en comportamientos más complejos.

La **AFFECTIVIDAD** es un factor de gran influencia en el proceso del desarrollo, ya que puede facilitar, entorpecer o detenerlo.

La **MADURACION**, solo puede realizarse basada en relaciones interpersonales, es a través de la interacción dinámica, entre organismo y ambiente niño-madre, que se produce el lento proceso de individualización o diferenciación primaria hacia la diferenciación completa.

Existe la influencia de distintos factores como ser: hereditarios, y acción de el ambiente físico; de acción del ambiente social, de acción del equilibrio (que gobierna los tres anteriores y favorecen la adaptación del individuo)

La conducta puede dividirse en cuatro; motora, social, lenguaje y coordinación.

FACTORES DE RIESGO DEL CRECIMIENTO EN:

COMUNIDAD: aislamiento, condiciones fisiológicas, vivienda inadecuada y difícil acceso a la salud.

FAMILIAS: condiciones socioeconómicas deficitarias, intervalos cortos entre nacimientos, inestabilidad familiar, excesivo número de hijos.

MATERNOS: desnutrición; patologías, edad muy joven o mayor, baja escolaridad.

NIÑOS: anomalías congénitas, bajo peso al nacer, ausencia de lactancia materna, destete precoz, enfermedades.

EVALUACIÓN PRIMARIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO BIO-PSICO-MOTOR.

AREA SOCIAL:

3- 6 meses: Aparecen las primeras conductas de interacción y comienza el reconocimiento de su propio cuerpo.

3 meses: Sonríe en respuesta a la risa del examinador.

4 meses: Observa y demuestra gran interés por los objetos que le rodean.

5 meses: Intenta tomar los objetos que se encuentran a su alcance y los lleva a la boca, lo mismo hace con las partes de su cuerpo.

6 meses: Extraña caras y cosas no familiares.

9 – 12 meses; Comienza el proceso de socialización e individualización.

9 meses: Escucha selectivamente palabras familiares: papá, mamá, guagua, etc.

10 meses: Reacciona a comentarios verbales familiares con cambios de expresión o gestos, al hablar de papá, mamá, la comida o el paseo.

12 meses: Disfruta de la compañía de los mayores con los que mantiene una relación imitativa.

AREA LENGUAJE:

3- 6 meses: Emitir sílabas como respuestas a estímulos auditivos y visuales.

3 meses: Balbucea dos o más sílabas: gaa, goo, ha, ma, etc. Predominan sonidos Vocálicos.

4 meses: Gorjea. Aparecen más claras las consonantes. Ríe a carcajadas.

5 meses: Gira la cabeza cuando alguien lo llama por su nombre.

6 meses: Ríe manifestando placer cuando la madre lo llama, le habla, le canta.

9-12 meses: Emisión de palabras y expresión corporal.

9 meses: Gesticula o vocaliza tratando de imitar lo que le hablan.

10 meses: Lalea. Comienza a repetir palabras de material fonético simple: dada, Papá, mamá.

12 meses: Reacciona a la orden de "no". Niega con la cabeza. Dice adiós con las Manos. Aplaude.

AREA DE COORDINACIÓN:

3 – 6 meses: Coordinación oculo manual. Coordinación audio visual.

3 meses: Busca con la vista la fuente del sonido.

4 meses: Gira la cabeza en busca de la fuente de sonido.

5 meses: Intenta la prehensión del sonajero que se pone a su alcance.

6 meses: Aparece la prehensión voluntaria: toma los objetos entre la palma de la Mano, la base del pulgar y los 4 últimos dedos.

9- 12 meses: Dominio de la prensión voluntaria y prensión digito pulgar.

9 meses: Prehensión entre la base del pulgar y el meñique. Maneja ambas manos. Toma dos objetos, uno en cada mano. Golpea los objetos entre si.

10 meses: Prensión entre la base del pulgar y el dedo índice. Utiliza el dedo índice para señalar, explorar ranuras y huecos. Golpea y tira objetos.

12 meses: Opone el índice al pulgar. Busca los objetos que desaparecen.

CONDUCTA MOTORA.

3 – 6 meses: Fortalecer los músculos de hombros y espalda, cuello.

3 meses: Mantiene erguida la cabeza. En decúbito ventral la eleva 45°.

4 meses: En decúbito ventral pronto eleva tronco y cabeza apoyado en manos y antebrazos.

5 meses: Acostado tracciona de las manos del examinador hasta lograr la posición sentada.

6 meses: Se mantiene sentado con leve apoyo.

9 – 12 meses: Fortalecimiento de los músculos de la deambulaci3n.

9 meses: Se sienta solo y se mantiene erguido.

10 meses: Gatea para adelante. Se para apoyado en los muebles. Desarrolla los reflejos de defensa.

12 meses: Camina de la mano del observador.

LACTANCIA MATERNA

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA:

1) PARA LA MADRE

*La leche materna es econ3mica, accesible, c3moda y saludable.

*Crea una relaci3n íntima entre la madre y el bebe.

*Produce la retracci3n del útero.

*Previene el c3ncer de mamas y de ovarios.

*Provoca retraso de la menstruaci3n.

*La madre recupera el peso progresiva o lentamente, que tiene de reserva para lactancia.

*La hormona prolactina de la lactancia materna hace que la mujer que amamanta tenga un aspecto físico más bello.

*Le da satisfacci3n emocional a la mujer por la intensa uni3n e interdependencia de la madre con su hijo que amamanta, produce un sentimiento de valoraci3n de sí misma y un equilibrio emocional que promueve su desarrollo integral como mujer.

2) PARA EL BEBE:

- *Ningún elemento es mejor en calidad, consistencia, temperatura, composición y equilibrio de sus nutrientes que la leche materna.
- *La leche materna es adecuada a las necesidades del lactante.
- *Se observan variaciones en la composición de la leche materna en cada período de amamantamiento. También se observa diferencia en la composición de la leche materna según la hora del día en que se efectúa la alimentación y se produce cambios a lo largo plazo a medida que el niño crece.
- *Es de fácil digestión porque tiene las concentraciones adecuadas de grasa, proteínas y lactosa, además de las enzimas que facilitan su digestión.
- *Ofrece protección eficaz contra diarrea, resfrios, alergias, permite una maduración progresiva del sistema digestivo, preparándolo para recibir oportunamente otros elementos.
- *Brinda un desarrollo y crecimiento óptimo al bebé.
- *Posee propiedades antivirales, antiprotzoarios y anti-inflamatorios.
- *Evita la hiperbilirrubinemia neonatal: en el recién nacido el calostro ayuda a eliminar oportunamente el meconio que produce la hiperbilirrubinemia.
- *Mejor desarrollo dentó - maxilar y facial del equilibrio funcional de la succión-deglución - respiración en los primeros meses de la vida se da el buen desarrollo dentó-maxilo-facial y maduración de las futuras funciones bucales: masticación mímica y fono articulación del lenguaje.
- *Mejor desarrollo intelectual del niño, los niños amamantados son más activos, presentan un mejor desarrollo psicomotor, mejor capacidad de aprendizaje y menos trastornos del lenguaje.

CONTRAINDICACIONES DE LA LACTANCIA MATERNA

Las contraindicaciones se dividen en:

- *-Contraindicaciones de la leche materna.
- *-Contraindicaciones del amamantamiento.

Cuando la madre presenta una infección como: resfrió, gripe, diarrea, cólera, fiebre tifoidea, amigdalitis corre riesgo de infectar al niño a través del contacto al cuidarlo durante el periodo de incubación de la infección, pero al hacerse sintomático ella ya está produciendo anticuerpos para protegerse: linfocitos sensibilizados, productores de anticuerpos específicos migran a la mama y pasan a la leche dándole al niño protección específica contra la infección de la madre, por lo que éstas condiciones no contraindican la leche materna o el amamantamiento.

Infecciones que no contraindican el amamantamiento ni la leche materna:

Rubéola

Herpes Simplex (HSV) siempre que no tenga lesiones herpéticas en las mamas lo cual constituye una contraindicación parcial y temporal.

Sarampión.

Parotiditis Viral (Paperas): cuando la madre contrae en el periodo postnatal, tiene un periodo prodrómico después del contagio en el cual se produce anticuerpos que pasan a la leche materna. No se contraindica la lactancia.

Hepatitis A: no se contraindica pero la madre debe enfatizar las medidas higiénicas.

Hepatitis B: Cuando la madre ha sido contagiada y en la sangre aparece el antígeno de superficie del virus B, puede transmitirlo al hijo transplacentariamente en el parto o poco después del parto. El recién nacido debe recibir 0,5 ml de inmunoglobulina HBIG en la sala de parto, 10ug (0,5ml) de vacuna de la hepatitis, la primera dosis, en la sala de parto, además de la inmunoglobulina, que se inyecta con una jeringa diferente y en

lugares diferentes, la segunda dosis y mas tarde la tercera dosis, seis meses mas tarde, en estas condiciones el niño puede ser amamantado.

Toxoplasmosis: Cuando la madre se infecta temprano en el embarazo, generalmente se produce aborto. Cuando la transmisión del protozooario es en los últimos meses y la placenta se ha infectado, el protozooario permanece ahí durante todo embarazo. No se ha demostrado que la leche materna pueda contagiar al bebe.

Mastitis.

Absceso Mamario: Puede amamantar de la mama sana.

Cáncer: el amamantar después de un cáncer mamario tratado, no significa un riesgo para la madre o el niño.

Contraindicación (causa de la madre)

Madre con VIH

Hepatitis materna activa

Tuberculosis.

CONTRAINDICACIÓN (CAUSA DEL BEBE)

Galactocemia: es la carencia congénita de la enzima que metaboliza la galactosa contenida en la lactosa, lo que hace necesaria que el niño reciba un alimento libre de ella para evitar un daño neurológico grave. Es la única contraindicación absoluta y permanente de la leche materna.

Herpes Simple: Lesiones orales, puede contagiar a la madre.

SIDA-HIV más del niño, si el niño se infecta con HIV-1 sin estarlo la madre, existe el riesgo potencial de contagiarla a través del amamantamiento, pero se ve altamente beneficiado por protección de la leche materna. Se contraindica el amamantamiento pero no la leche materna.

CORRECTA TÉCNICA DE AMAMANTAMIENTO:

Buena disposición y actitud de la madre en su capacidad de amamantar.

Para una adecuada técnica de amamantamiento se debe considerar lo siguiente:

1) CORRECTA POSICIÓN DE LA MADRE CON SU BEBE:

La cual debe ser cómoda y agradable para ambos, eligiendo la posición que ellos deseen. La madre puede amamantar sentada y acostada.

Posición del niño con la madre sentada:

Debe hacerlo en una silla cómoda, con un respaldo firme para apoyar bien la espalda, es más cómodo colocar los pies sobre un taburete pequeño. Si el niño es muy pequeño usar almohada para acomodarlo a la altura del pecho.

Posición tradicional, niño acostado de lado:

El niño esta recostado en decúbito lateral sobre el antebrazo de la madre, sobre el lado que amamanta. La cabeza del niño se apoya en la parte interna del ángulo del codo. El abdomen del niño queda en contacto con el de la madre y su brazo inferior debe abrazarla por el costado del tórax. La madre con la mano libre lo acomoda en forma de C con los 4 dedos debajo de la mama y el pulgar por encima ubicados por detrás de la areola. Con el pezón, estimula el labio inferior del niño para que este abra la boca y en ese momento acerca al niño al pecho.

Posición de Canasto o de Pelota:

Se ubica al niño debajo del brazo del lado que va a amamantar con el cuerpo rodeando la cintura de la madre. La madre lo toma por debajo de la nuca y maneja la cabeza del niño con la mano del lado que amamanta. Esta posición es cómoda para amamantar gemelos simultáneamente y en caso de cesárea puesto que no presiona el abdomen.

2) ACOPLAMIENTO DE LA BOCA DEL NIÑO AL PECHO DE LA MADRE:

Para que este sea adecuado el niño debe tomar el pecho de frente, sin voltear la cara, con los labios superior e inferior invertidos alrededor de la areola y que la lengua se ubique adecuadamente en relación a la areola y pezón. Si esto se cumple el niño introduciría el pezón y gran parte de la areola en su boca.

Posición de los labios: esto debe estar evertidos (boca de pescado). Ambos labios forman un cinturón musculoso que cuando el niño succiona hace un micro masaje en la zona de los senos lactíferos.

El labio superior tensa el frenillo labial y tracción la premaxilar estimulando el desarrollo de la base ósea maxilar. El labio inferior evertido, cumple una función similar a lo largo de toda su inserción en la posición alveolar de la mandíbula, estimulando el desarrollo del hueso y de los dientes que están en su interior.

Posición correcta de la lengua: para succionar la lengua se proyecta por delante de la encía inferior. Con su porción anterior envuelve el pezón y parte de la areola y los presiona suavemente contra la encía superior y el paladar. En esta posición la lengua se mantiene en la misma ubicación para succionar, deglutir y respirar (tríplico funcional).

El pezón dentro de la boca del niño: el pezón y la areola deben formar un cono que permita llegar con la punta del pezón hasta el límite del paladar duro. Si el niño chupa solo el pezón no hará una extracción eficiente y provocara dolorosas grietas o fisuras que atemorizan a la madre.

3) FORMA DE OFRECER EL PECHO AL NIÑO:

La regla es "la boca del bebe se acerca al pecho y no el pecho al niño". Una vez ubicado el niño para amamantar, debe lograr un acoplamiento boca- pecho, para lo cual la madre debe ayudarlo. Se toma el pecho con la mano en forma de C por detrás de la areola. Los senos lactíferos se encuentran 3 o 4cm de la base del pezón, por lo que en una areola muy extensa se debe tener en cuenta la referencia para apoyar los dedos. Con el pezón se estimula el labio inferior para que el niño abra la boca, en ese momento, con un rápido movimiento, se atrae la cabeza del niño hacia el pecho cuidando que el pezón y la areola entren en la boca. La punta de la nariz y el mentón del niño deben quedar en contacto con la mama. Es frecuente que las madres tengan temor de que el niño no pueda respirar, retirando así levemente el pecho, usando los dedos como tijera apoyados sobre los senos lactíferos. Al hacer esta maniobra, el niño aprieta sus labios y encías alrededor del pezón para no dejarlo escapar y continúa mamando.

4) RETIRO DEL PECHO

El retiro brusco puede causar trauma del pezón, por lo que debe hacerse cuidadosamente. Se debe separar los labios, con el dedo meñique en la comisura,

introducirlo entre las encías (para romper el vacío succional), solo entonces retira el pecho suavemente.

FRECUENCIAS DE LAS MAMADAS

Régimen de libre demanda: en este caso el niño regula las frecuencias de las mamadas de acuerdo a la necesidad que tiene de recibir alimento y de hidratarse. Durante las primeras semanas la madre tendrá que amamantar a su niño en más o menos 1 hora y ½ o cuando sienta sus pechos llenos.

Demanda poco frecuente: hay que en las primeras semanas de vida duermen mucho, en este caso si la madre sienta necesidad de amamantarlo puede levantarlo para darle de mamar. Algunas de las formas para activarlos es: sacarle la ropa, humedecerle el rostro con paños húmedos, hacerles masajes en la espalda, cuello o palma de las manos, humedecer sus labios con gotitas de leche.

Demanda frecuente: si en las primeras semanas las demandas son frecuentes puede indicar incorrecta la técnica de amamantamiento.

Mamadas Nocturnas: se recomienda amamantar por la noche por lo menos 1 vez, ya que esto produce mayor producción de prolactina, por lo tanto mayor producción de leche y también esta leche tiene mayor contenido de grasa.

COMO RECONOCER UN CORRECTO AMAMANTAMIENTO

- **Sonido de deglución audible:** a veces acompañado de una especie de suave quejido producido por el aire que se desplaza en el espacio retro-faríngeo.
- **Actitud del niño satisfecho:** el niño mama tranquilo, sin apuro ni ansiedad, en forma rítmica, quedando relajado y satisfecho.
- **Sueño tranquilo:** después de mamar el 2do. pecho el niño se queda dormido placidamente y suelta el pecho espontáneamente cuando se relaja.
- **Producción de volumen de leche constante:** la bajada de leche está ajustada al horario de las mamadas del niño, si se demora el vaciado se percibirá la congestión de los pechos.
- **Aumento del peso normal:** el recién nacido debe recuperar el peso que tuvo al nacer dentro de los primeros 10 días de vida. Si esto no se logra es un indicador de problemas con la lactancia se considera aumento de peso normal en niño de término sano debe ser 125 a 200gr. en una semana
- **Al menos seis pañales mojados al día:** con una orina clara que al menos no deja marca en el pañal.
- **Deposiciones amarillas y fluidas:** en el primer mes puede haber de cuatro a seis deposiciones al día o incluso uno después de cada lactada.
- **Pezones y pechos sanos:** si el niño se acopla bien y hace una succión correcta, el amamantamiento no provoca dolor ni daños en los pezones.

TÉCNICA EXTRACCIÓN DE MANUAL DE LECHE

- 1) Lavarse las manos con jabón.
- 2) Masajear el pecho en forma circular y luego desde atrás hacia el pezón.
- 3) Estimular los pezones estirándolos entre los dedos.
- 4) Colocar el recipiente limpio sobre la mesa cerca del pecho al recipiente.
- 5) Sostener el pecho en forma de "C" con el pulgar por encima y por detrás de la

areola. El resto de los dedos por debajo, debiendo quedar el dedo índice también por detrás de la areola.

6) Comprimir la manna haciendo presión con los dedos pulgar e índice sobre la areola, sin que los dedos resbalen hacia el pezón ni froten la piel.

8) Presione y soltar en forma rítmica, rotando los dedos hasta que la leche comience a gotear.

9) Cuando se disminuye la cantidad la leche, se repite el masaje y la maniobra ya mencionada, sino sale más leche, se inicia el procedimiento de otra manera.

10) Después de la extracción, humedecer el pezón y la areola con gotas de leche y dejarlo secar al aire.

INMUNIZACIONES

En 1982 La ley 15272 que establece la obligatoriedad de la vacunación contra 8 enfermedades prioritarias: tuberculosis, poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, rubéola y paperas. Así, esta ley da lugar a la creación de un programa de alcance nacional, Programa Ampliado de Inmunizaciones, (PAI), que incluye en forma obligatoria las principales vacunas necesarias en la infancia.

La aplicación de las vacunas en forma gratuita y a todo público en todos los servicios de vacunaciones, estatales y privados, permiten el cumplimiento de la obligatoriedad en todo el país.

INMUNIZACIÓN: Consiste en el proceso de producción de inmunidad a partir de la administración de antígenos.

INMUNIDAD: Es el estado de resistencia que suele provenir de la presencia de anticuerpos o de células que poseen una acción específica contra el microorganismo causante de la enfermedad infecciosa o contra su toxina.

La inmunidad activa artificial se logra a través de la vacunación, se asemeja a la producida por el agente infeccioso causante de la enfermedad.

VACUNAS: Son una suspensión de microorganismos vivos, inactivos o muertos, fracciones de los mismos o partículas proteicas, que al ser administradas inducen en el receptor una respuesta inmune que previene una determinada enfermedad.

ESQUEMA DE VACUNACIÓN.

| Vacunas | 0m | 1m | 2m | 3m | 4m | 5m | 6m | 12m | 5años | 12años | C/10años |
|-----------|-----|----|-----|----|-----|----|-----|-----|-------|--------|----------|
| B.C.G | *** | | | | | | | | | | |
| D:P:T | | | *** | | *** | | *** | *** | | | |
| POLIO | | | *** | | *** | | *** | *** | | | |
| Hib | | | *** | | *** | | *** | *** | | | |
| S:R:P | | | | | | | | *** | **** | | |
| d.T. | | | | | | | | | | **** | |
| Hepatitis | | | | | | | | | | **** | |

| | | | | | | | | | | | | |
|------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|
| B | | | | | | | | | | | | |
| T.T. | | | | | | | | | | | | ***** |

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

La Atención Primaria en Salud (APS), es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables, puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y de autodeterminación.

- asistencia sanitaria esencial: equipo de salud para promover, tratar y rehabilitar en alguna enfermedad y derivar, según necesidad de utilizar profesionales especialistas en tecnologías complejas o muy sofisticadas.
- basado en métodos y tecnologías prácticas, socialmente aceptables: hay que buscar un punto de intersección de tal manera de no confrontar los saberes, el popular y el científico.
- puesto al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad: todas las personas tienen derecho a atenderse en el servicio de salud, el cual tiene la obligación de organizarse de tal manera que su accesibilidad sea una realidad (económica, geográfica, horarios, etc.). Este modelo es para la promoción, prevención y atención, se cae cuando se trata de curación.
- a un costo que el país y la comunidad puedan soportar: según el presupuesto destinado al sector salud, será el servicio que se brinda.
- en todas y cada una de las etapas de su desarrollo: no todas las comunidades, barrios o grupos están en la misma etapa de formación; necesidades y demanda que realicen al equipo de salud no serán iguales.
- auto responsabilidad y auto desarrolló: pensando en autocuidado, práctica de hábitos higiénicos – sanitarios saludables; promoción de conocimientos.

Componentes estratégicos: están presentes en todas las actividades, desde su organización hasta su implementación práctica, permiten alcanzar la meta por la importancia de su operacionalización e impregnación de cada una de las actividades desarrolladas en la APS.

- Ellos son: - participación comunitaria
 - coordinación intersectorial
 - tecnologías apropiadas
 - papel del primer nivel de atención
 - reorientación de los recursos humanos.

ENFERMERA COMUNITARIA

Es el profesional responsable, que investigando en conjunto con la población, conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender en los lugares donde viven, trabajan, estudian, se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la enfermera como miembro de un equipo interdisciplinario que trabaja

en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de asistencia, docencia e investigación, fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados

ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ENFERMERA EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

- Promueve la participación comunitaria, de grupos, de familias y del individuo en el proceso de atención de enfermería.
- Administra el cuidado de enfermería.
- Administra el personal de enfermería del servicio.
- Realiza educación para la salud en los ámbitos que crea conveniente.
- Coordina actividades con otros sectores comunitarios, educativos, municipal, comercial y otros.
- Participa en los programas elaborados por los niveles centrales y locales de salud.
- Participa activamente en las actividades de vigilancia epidemiológica.
- Contribuye al cuidado y mantenimiento del medio ambiente.
- Realiza investigaciones de enfermería y/o conjuntamente con el equipo sobre temas relacionados a su área de competencia o necesidades locales de salud.

PROGRAMA ADUANA

ANTECEDENTES

El Programa Aduana funciona desde hace unos 30 años dentro del SSAE – MSP. En el año 1971 a instancias del Prof. Dr. Ramón Guerra se creó dentro área materna infantil, un subprograma denominado “Programa Aduana”, cuyo objetivo fue asegurar el control de recién nacidos y lactantes, luego del alta hospitalaria (en Montevideo). El Programa comenzó a funcionar en el año 1974. Se trataba de un sistema de referencia de recién nacidos y lactantes internados, que al alta eran derivados desde los hospitales Pedro Visca y Pereira Rossell, a cuatro centros periféricos del MSP y a diez servicios del Consejo del Niño llamados “Gotas de Leche”. Podemos identificar varias etapas en la evolución de este proceso de referencia: 1) En 1974 se inició la captación de recién nacidos y lactantes internados por personal de enfermería, mediante el registro de datos de identificación, y referencia al efector del primer nivel de atención más cercano al domicilio. 2) En el año 1976 se capacitó personal para esta tarea específica y se le asignó tiempo completo. 3) En 1983 con el cierre del Hospital Pedro Visca se concentraron las actividades en el Hospital Pereira Rossell, realizándose la incorporación del Hospital de Clínicas a esta coordinación. 4) En el año 1996 cobra un nuevo impulso. 5) En el 2002 a través de la implementación del denominado “Programa Setiembre”, se incluyó en la referencia a las púerperas adolescentes.

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

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA ADUANA

Actualmente el programa se desarrolla bajo los principios de coordinación intrainstitucional e interinstitucional entre los diversos efectores del sub.- sector público. Articula los servicios hospitalarios del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), del Hospital de Clínicas, con el nivel central de SSAE, y los efectores de Primer nivel coordinados desde el Programa Aduana: Centros de salud de SSAE, Policlínicas Municipales (IMM) y médicos de Familia (UNAMEFA –MSP).

Dicho programa tiene como objetivo:

- asegurar el control y seguimiento del recién nacido.
- asegurar el control y seguimiento del lactante.

Los RRHH involucrados son:

- a nivel periférico: médicos pediatras, médicos de familia, enfermeros, asistentes sociales, nutricionistas.
- A nivel central: equipo coordinador del Programa Aduana en Central del SSAE (figura 1: organigrama).

Para desarrollar el programa se realizan las siguientes actividades:

1.3-las actividades que se desarrollan en servicios de Primer Nivel:

1.3.1Centros de Salud del SSAE-MSP.

- Enlace local de la información hacia las policlínicas dependientes de los centros (SSAE-MSP), médicos de Familia (UNAMEFA-MSP), y policlínicas municipales (IMM).
- Devolución de contrarreferencia hacia central de SSAE.

1.3.2Centros de salud del SSAE y policlínicas dependientes

- Programa aduana:
- Captación de recién nacidos, para control y seguimiento de los mismos.

COMPRENDE LAS SIGUIENTES TAREAS:

PROGRAMA ADUANA

- Recepción de los listados enviados por los centros hospitalarios en soporte papel.
- Se informa a las policlínicas dependientes de los centros, policlínicas municipales y médicas de Familia, los datos de las puérperas y recién nacidas referidas a esos efectores según su lugar de residencia.
- Apertura de tarjetas de seguimiento por cada niño citado.
- Realizar las visitas domiciliarias.
- Control pediátrico, de enfermería, de nutrición y asistente social si correspondiera, del recién nacido ingresado al centro.
- Seguimiento de los niños derivados en el mes, repitiendo visita domiciliaria de aquellos que no concurren, procurando su captación

FAMILIA

Una familia es un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentesco, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos.

Siempre se reconoce relaciones familiares dentro de grupos de parentesco más amplios.

En la práctica totalidad de las sociedades podemos identificar lo que los sociólogos y antropólogos denominan familia nuclear, que consiste en dos adultos que viven juntos en un hogar con hijos propios o adoptados. En la mayoría de las sociedades tradicionales, incluso cuando no hay clanes, la familia nuclear esta integrada en algún tipo de redes de parentesco más amplias. Cuando además de la pareja casada y sus hijos conviven otros parientes, bien en el mismo hogar, bien en contacto íntimo y continuo, hablamos de familia extensa. Una familia extensa puede definirse como grupo de tres o más generaciones que habitan en la misma vivienda o en viviendas más cercanas. La familia extensa puede incluir a los abuelos, a los hermanos y sus mujeres, a las hermanas y sus maridos, a tías y tíos, a sobrinas o sobrinos.

Sea nuclear o extensa por lo que se refiere a la experiencia de cada individuo las familias pueden dividirse en familias de orientación y en familias de procreación.

El primer tipo es la familia en la que una persona nace; la segunda es la familia en la que el individuo entra cuando es adulto y dentro de la cual crece una nueva generación.

En la sociedad occidental el matrimonio, y por consiguiente la familia, esta asociada con la monogamia.

Sigue habiendo diversidad en las formas de familias en sociedades diferentes a lo largo del mundo. En algunas áreas los sistemas de familias tradicionales que implican familias extensas, clanes se han alterado un poco. En la Mayorga de los países del tercer mundo sin embargo, se están produciendo cambios muy extendidos. Estos cambios están creando un movimiento a escala mundial hacia la predominancia de la familia nuclear, descomponiendo los sistemas de familia extensa.

Uno de los factores más importantes de los que influyen en la vida familiar actual es el gran número de mujeres casadas que trabajan en empleos remunerados. Este incremento ha contribuido a producir cambios en las pautas familiares tanto como a reflejar las alteraciones en esas mismas pautas.

Aunque la mayoría tiene una ocupación inferior a la de su compañero, las mujeres casadas con empleos remunerados disfrutan de más independencia económica que aquellas que son amas de casa a jornada completa.

Como la familia o las relaciones de parentesco forman parte de la existencia de todos nosotros, la vida familiar abarca virtualmente todo el espectro de la experiencia emocional. Las relaciones familiares esposo-esposa, padres e hijos, hermanos y hermanas, o entre parientes lejanos, es posible que sean cálidas y satisfactorias. Pero igualmente pueden estar colmadas de las tensiones más agudas y conducir a la desesperación o causar profundos sentimientos de ansiedad y culpa. Este lado no atractivo de la familia tiene numerosos aspectos, incluidos los conflictos y hostilidades que conducen a la separación y al divorcio. Sin embargo uno de los que tiene consecuencias más devastadoras es el abuso incestuoso de los hijos y la violencia doméstica.

La familia en su antiguo sentido, esta desapareciendo de nuestro país, y no solo están amenazadas nuestras instituciones libres, sino que también están en peligro la existencia

misma de nuestra sociedad. En la actualidad se están produciendo cambios fundamentales tanto en la naturaleza del matrimonio como de la familia, lo que expresa cambios sociales más amplios a la vez que contribuye a ellos

POBREZA

Se define como circunstancia económica en la que una persona carece de los ingresos suficientes para acceder a los niveles mínimos de existencia médica, alimentos, vivienda, vestimenta y educación.

Cada pobreza genera patologías, cada vez que rebasa límites críticos de intensidad y duración.

Medición de la pobreza:

- A) Necesidad básica insatisfecha: -El conjunto de requerimientos psicofísicos cuya satisfacción constituye una condición mínima necesaria para el funcionamiento y desarrollo de la vida humana en sociedad.
 - Evidencia suficiente de ingresos para acceder a un grupo de necesidades básicas.
 - 1) Alojamiento y equipamiento mínimo adecuado para el hogar , tipo de vivienda, hacinamiento
 - 2) Infra estructura que garantice estándares sanitarios mínimos, disponibilidad de agua potable, tipo de sistema de eliminación de excretas.
 - 3) Acceso a servicios de educación, asistencia social.
 - 4) Capacidad de subsistencia del hogar jefes de hogar en relación a un nivel educacional.

- B) Línea de pobreza – Delimitación por el ingreso mínimo que permite a un hogar disponer de recursos suficientes para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.
 - En función del valor de la canasta básica de alimentos no llegan a cubrir la canasta básica de alimentos están por debajo.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS

DEFINICIÓN DE TASA: Indicador de salud o sea un cociente en el cual el numerador indica la frecuencia con que sucede hecho ya probabilidad de ocurrencia se desea conocer y el denominador, la población expuesta a dicho riesgo. El cociente obtenido se multiplica por una potencia de 10 para darle una expresión en cifras enteras.

La tasa intenta medir la probabilidad de ocurrencia de hechos vitales tales como: nacimientos, enfermedades, muertes, los que se producen en forma continua en el tiempo y e lugar en que suceden los hechos registrados. En toda tasa debe indicarse siempre con precisión el periodo comprendido por la observación y el lugar (hospital, área, región, país) al que se refieren los datos.

TASA DE MORTALIDAD INFANTIL: Es la comparación entre números de muertes de niños menores de un año y el número de nacidos vivos para un año dado. Se calcula como el cociente entre el número de nacidos vivos que mueren antes de cumplir un año de edad (numerador), en el periodo dado de un año, y el número total de nacidos vivos (Denominador) durante el mismo año, multiplicado por 1000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad infantil se desglosa en: tasa de mortalidad neonatal (niños de 0 a 27 días), y tasa de mortalidad postnatal (niños de 28 a 365 días) o sea que la sumatoria de ambas es igual a valor de la tasa de mortalidad infantil.

TASA DE NATALIDAD: expresa el número de nacidos vivos que ocurren por 1000 habitantes en un periodo y área determinada. Su utilidad reside en que relacionada con la tasa de mortalidad general, se puede medir el crecimiento vegetativo de la población.

DISEÑO METODOLOGICO

El estudio que se propone en este trabajo de investigación, es fundamentalmente de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo. Se basa en conocer las características de los controles de salud de los niños de 0 a 12 meses del Barrio Saravia; datos que nos permitirán establecer el cumplimiento de los controles según las normativas establecidas por el MSP.

La investigación se realiza en el barrio Saravia de la ciudad de Carmelo, Departamento de Colonia, a la cual nos trasladamos en cuatro oportunidades.

El Barrio Saravia está delimitado; al sur, por la calle Ignacio Barrios; al este, José Pedro Varela; al norte, calle Ituzaingó y hacia el oeste; el límite el Arroyo de Las Vacas.

La Policlínica Saravia se encuentra en dicho barrio, ubicada en las calles Roberto Bertolino y Treinta y Tres.

Es importante destacar, que dentro de la zona de influencia de la Policlínica Saravia, existen tres zonas bien diferenciadas; zona urbana en la que se encuentra la policlínica, suburbana y rural, según normativas de la Intendencia Municipal de Colonia (I.M.C) – (ver anexo IV.a)

Zona urbana, respecto a la locomoción, se observa la presencia de automóviles, camiones de reparto, pero sobre todo bicicletas como el medio de transporte más utilizado. Las calles en ésta zona están bien delimitadas y son de asfalto hacia el oeste, en cuanto al alumbrado público hay aproximadamente dos focos por calle, existen aceras, es la única zona del barrio en la que existe saneamiento pero en un sector determinado y escaso. En lo que respecta a la seguridad de la vía pública, consideramos que es insuficiente desde varios puntos de vista, la frecuencia policial en la zona es escasa. La señalización del tránsito se encuentra solo sobre la calle Treinta y Tres y José Pedro Varela, y las calles laterales carecen de la misma, no hay sendas bien delimitadas para el cruce de peatones. En cuanto a la calidad de las viviendas, se observan diferentes tipos de construcción, desde casas antiguas, hasta viviendas muy precarias, sin sistema de seguridad en su mayoría como ser rejas.

Hay presencia de terrenos baldíos, espacios de recreación, como ser plazas, canchas de fútbol. El abastecimiento de agua es potable, y dentro de los domicilios, sin presencia de surtidores públicos. La recolección de residuos está a cargo de la Intendencia, los días lunes, miércoles y viernes. Hay centros educativos en la zona, Escuela N° 5, servicios sociales como ser kioscos, almacenes, carnicerías, teléfono en la vía pública, centros religiosos de distinta índole.

En la zona suburbana, existen diferencias claras con la zona anteriormente descrita, ya que aquí comienza la ausencia de delimitación de calles, falta de señalización de las mismas e inexistencia de aceras. Pudimos observar importante contaminación ambiental, dada por la presencia de aguas servidas en las cunetas, con residuos en descomposición orgánicos e inorgánicos, muchos que son consecuencia directa de la falta de saneamiento en la zona.

Otro aspecto relevante es el alto número de perros callejeros, que constituyen un riesgo a la población, pudiendo provocar mordeduras, accidentes en motos y bicicletas.

Respecto a las viviendas, si bien éstas están aisladas, dentro de un mismo predio existe más de una edificación, generalmente de características precarias.

Por último, en lo que refiere a la zona rural, se observan pocas edificaciones, siendo la mayoría de características precarias. Pudiéndose si observar terrenos baldíos de grandes extensiones, campos, siendo ésta una zona húmeda, ya que se encuentra próxima al arroyo de Las Vacas y Río de la Plata, el cual es un espacio de recreación para los habitantes del barrio, por utilizarse éste como playa.

En el barrio, se observa que la población está conformada en gran parte por adultos; cabe destacar que realizamos ésta observación en un horario de plena actividad laboral y educativa.

Se selecciona como unidad de análisis a niños de 0 a 12 meses, conformando este nuestro universo; nos es pertinente destacar que se tomo la totalidad de la población (y las personas responsables de los mismos) por ser un número total (N=24niños) – (ver anexo IV.b) pequeño el cual consideramos factible y accesible para estudiarlo y así disminuir el margen de error. (El N surgió del censo realizado a dicho barrio).

Las variables principales del presente estudio son:

- Control de Salud del niño.
- Edad del niño.
- Periodicidad de los controles.
- Información de la madre respecto a los controles de salud del niño.
- Accesibilidad geográfica.

Las variables secundarias son:

- Estado civil de la madre.
- Nivel de instrucción de la madre.
- Ocupación de la madre, padre o tutor.
- Nivel socioeconómico.-Ingresos económicos familiar
 - Canasta de INDA.
 - Asignación familiar.
 - Características de la vivienda.
 - Hacinamiento.
 - Colecho.
- Nº de Hijos.
- Peso al nacer.
- Talla al nacer.
- Edad Gestacional.
- Apgar.
- Alimentación del niño.
- Cumplimiento de inmunizaciones del niño.

Dichas variables se tomaron por las siguientes razones, la edad y el control del niño, porque las mismas son el sustento de nuestro estudio de investigación. La periodicidad, porque nos determina la normativa del control y la información de la madre, es relevante para que ésta pueda cumplir con los controles en la periodicidad correspondiente; de ésta información dependerá que la madre pueda incorporar la importancia del control del niño sano.

Tomamos las variables secundarias: estado civil, nivel de instrucción, ocupación, nivel socio-económico, número de hijos, las cuales van a influir en el entorno familiar del niño, condicionando o no el cumplimiento de los controles. Las variables relacionadas al niño (alimentación, cumplimiento de inmunizaciones, peso, talla, edad gestacional y Apgar, serán estudiadas porque las mismas inciden en la periodicidad de los controles.

La recolección de la información fue realizada por el equipo investigador, a través de la observación y la entrevista (ver anexo I), durante la misma se utiliza la información de la madre como fuente de información primaria, el carné del niño y CEV como fuente secundaria.

Para ello, el equipo investigador en su totalidad realizó una recorrida con el fin de conocer las características y delimitación del barrio.

Al momento de realizar las entrevistas el equipo se dividió en tres subgrupos, de dos personas cada uno dirigiéndose a los lugares ya determinados para ello.

Todo este proceso tuvo una extensión de seis horas en cada una de las instancias realizadas:

1. Recorrida y observación del barrio, redacción de lo observado.
2. Aproximación diagnóstica de la policlínica – entrevista a Pediatra.
3. Ejecución de las entrevistas.
4. Finalización de las entrevistas, comienzo del procesamiento de los datos (ver anexo II).

El análisis e interpretación de los datos, es fundamentalmente cuantitativo.

Se describe la información recabada, y posteriormente se analiza e interpreta esta información por medio de tablas y gráficos, utilizando la frecuencia absoluta (FA), frecuencia relativa (FR) y la frecuencia relativa porcentual (FR%), llegando a la conclusión de los resultados de la investigación realizada. Siendo los mismos comparados con el estudio anteriormente descrito (realizado en la policlínica de Joaquín Suárez). A partir de éstos datos se realizan sugerencias, haciendo énfasis en el rol de la Enfermera Profesional.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Las variables principales son:

Control de salud: Es la atención programada, sistemática o planificada periódicamente de los encuentros del niño de 0 a 12 meses del barrio Saravia, con el equipo de salud orientado a valorar el estado de salud en relación a las necesidades del individuo, con el fin de fomentar, proteger la salud y detectar precozmente enfermedades.

Dimensiones:

- **Cumple con la normativa:** Asistir a los controles según el n° de veces establecido por el MSP.
- **No cumple con las normativas:** Asistir a los controles no correspondiendo con lo estipulado por el MSP.

Edad: Periodo de tiempo (transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual).

Dimensiones:

- 0 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 a 8 meses
- 9 a 11 meses
- 12 meses

Periodicidad: Frecuencia con que se realizan los controles de salud, acorde con los meses de vida. (Según la normativa del MSP se deben realizar 8 controles hasta los 12 meses).

Dimensiones:

- 0 a 2 meses
- 3 a 5 meses
- 6 a 8 meses
- 9 a 11 meses
- 12 meses

Información de la madre: Conocimientos que tiene sobre el control de salud del niño y su importancia.

Dimensiones:

- No posee
- Posee información insuficiente (sabe sobre el control, pero no sobre su importancia)

- y periodicidad).
- Posee información suficiente (tiene los conocimientos sobre los controles, importancia y periodicidad).

Accesibilidad Geográfica: Mayor o menor posibilidad de contacto con la policlínica para realizarse los controles, según la distancia en cuadras del hogar a la misma.

Dimensiones:

- 0 a 10 cuadras (accesible)
- 11 a 21 cuadras (medianamente accesible)
- 22 o más (inaccesible)

Las variables secundarias son:

Estado Civil: Situación jurídico de una persona ante el registro civil.

Dimensiones:

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Divorciada

Nivel de Instrucción: Grados alcanzados en estudios en los diferentes niveles de educación.

Dimensiones:

- Analfabeta
- Primaria comp. /incomp.
- Secundaria comp. /incomp.
- Terciaria comp. /incomp.

Ocupación: Actividad que realiza fuera del hogar en forma remunerada.

Dimensiones:

- Formal
- Informal
- Desocupada

Nivel Socioeconómico: Determinado por el lugar que ocupa la familia dentro del sistema productivo y el entorno en el que se desenvuelve.

Dimensiones:

- **BAJO:** -vivienda precaria (cartón, lata chapa .costaneros) (1)
- ingreso económico, menos de un salario mínimo. (0)
- canasta de INDA sí (1)

- asignaciones familiares si (1)
- colecho (0)
- hacinamiento (0)

(3 a 5)

- **MEDIO:** -vivienda modesta con pisos y paredes sin revestir, techo liviano (1)
 - ingreso económico uno a dos salarios mínimos (1)
 - canasta INDA (1)
 - asignaciones familiares (1)
 - personas por habitación (1)
 - comodidades de la vivienda (1)

(6 a 10)

- **ALTO:** -vivienda buena con pisos y paredes revestidos y techo de planchada (2)
 - ingreso económico más de dos salarios mínimos (2)
 - canasta de INDA no (2)
 - asignación familiar (2)
 - personas por habitación (2)
 - comodidades de la vivienda (1)

(11 o más)

Ingreso mensual de la familia

- Menos de un sueldo mínimo 0
- Un o dos sueldos mínimos 1
- Más de dos sueldos mínimos 2

Tipo de vivienda: materiales en que esta construida:

- vivienda precaria (cartón, lata, chapa, costanceros) 0
- vivienda de material con techo liviano 1
- vivienda de material techo de planchada 2

Comodidades de la vivienda:

- 1 ambiente 0
- 2 o 3 ambientes 1
- + 3 ambiente 2

Personas por habitación:

- Duermen los padres con algunos de sus hijos o hermanos juntos 0
- Duermen los padres solos y los hijos en otra habitación 1

Canasta de INDA:

- SI 1
- NO 2

Asignaciones familiares:

- SI 1
- NO 2

Ingresos económicos: cantidad de dinero en pesos uruguayos, que percibe la familia en el mes.

Dimensiones:

- < \$ 2050
- \$ 2050 - \$ 4100
- > \$ 4100

Canasta de INDA: es un beneficio social que se le entrega a aquellas familias de bajos recursos, dependiendo del número de hijos que tengan y edad de los mismos.

Dimensiones:

- Si
- No

Asignación Familiar: beneficio social otorgado por el (Banco de Previsión Social) (BPS).

Dimensiones:

- Si
- No

Características de la vivienda: caracteres que posee la vivienda en su construcción y los servicios con los que cuenta.

Dimensiones:

- Material (se incluyen las viviendas de material con techo de chapa).
- No material (chapa, cartón, madera).

Hacinamiento: aglomeración de personas en un lugar.

Dimensiones:

- Si
- No

Colecho: cuando duermen más de una persona en una misma cama.

Dimensiones:

- Si
- No

N° de Hijos: Cantidad de hijos que tiene la persona a cargo del niño.

Dimensiones:

- 1
- 2

- 3
- 4
- 5 o más

Peso al nacer: Medida de la masa corporal expresada en gramos al momento del nacimiento.

Dimensiones:

- < 2500 gr.
- 2500gr – 4000 gr.
- > 4000 gr.

Talla al nacer: Es la longitud total del cuerpo desde el vértice del cráneo hasta la punta de los pies.

Dimensiones:

- ≤ 45 cm.
- 46- 49 cm.
- 50 cm. o más

EG al Nacer: Es la duración de la gestación que mide a partir del primer día de la fecha de última menstruación hasta el momento del nacimiento.

Dimensiones:

- menor a 37 semanas (pretérmino)
- 37 – 43 semanas (término)
- > 42 semanas (post término)

Apgar: Es un test que evalúa la expresión de la buena adaptación vital del recién nacido (RN) a la etapa extrauterina. (Se realiza al minuto y a los 5 min., al minuto determina la conducta del neonatólogo a seguir, y a los 5min habla del pronóstico).

Dimensiones:

- 0 = muerte
- 1-3 = depresión neonatal severa (DNNS)
- 4-6 = depresión neonatal moderada (DNNM)
- 7-10 = recién nacido vigoroso

Alimentación: Sustento alimenticio del niño hasta los 12 meses de vida.

Dimensiones:

- Pecho directo exclusivo (PDE)

- Pecho directo más complemento (PD+C)
- Alimentación artificial (AA)

Cumplimiento de Inmunizaciones: Presencia del CEV vigente.

Dimensiones:

- SI
- NO

ANÁLISIS

El presente trabajo de investigación, se basa en conocer si la población objeto de estudio, que son los niños de 0-12 meses del Barrio Saravia de la ciudad de Carmelo, Departamento de Colonia, cumplieron con los controles de salud establecidos según las normativas del MSP.

Dicho grupo etéreo corresponde a 24 niños, los cuales fueron extraídos de un censo realizado en junio del 2004 en dicho barrio, siendo esto determinante para que el siguiente estudio sea descriptivo, retrospectivo y de corte transversal.

Las normativas del MSP en cuanto a los controles de salud del niño, establecen que desde el nacimiento hasta los 2 meses de vida debe tener 3 controles realizados, de los 3-5 meses 2 controles, de los 6-8 meses, de los 9-11 meses y a los 12 meses, 1 control respectivamente.

En la población estudiada, un 37.50% (9 niños), se encuentran entre 0-2 meses, observándose que un 66.67% (6) de ellos no cumplen con los 3 controles establecidos. Un 41.67% (10 niños) se encuentran entre 3-5 meses, de los cuales el 80.00% (8) no realizaron los 2 controles establecidos. Un 16.67% (4 niños) están entre 6-8 meses, de los cuales el 75.00% (3) no cumplen con el control. El 4.16% (1 niño) está entre 9-11 meses y tampoco cumple con el control correspondiente.

Como se puede observar en las cifras anteriormente mencionadas, a medida que el niño aumenta en edad, también aumenta el incumplimiento de los controles.

Otras de las variables principales estudiadas con las anteriormente descritas, es la información que la madre posee respecto a la importancia de los controles y su cumplimiento, ya que estos niños son totalmente dependientes de la madre. A través de los datos obtenidos en la entrevista con la madre y en base a los criterios de definición, se obtuvo que el 54.17% (13 madres) posee información insuficiente y el 25.00% (6 madres) no posee información.

Culminando con el análisis de las variables principales, se estudió la accesibilidad geográfica, que relacionándola con el cumplimiento de los controles, se destaca que esta variable no condiciona el incumplimiento de los mismos, ya que el centro de salud es accesible geográficamente para el 100% de la población objetivo, por encontrarse a una distancia menor de 10 cuadras (determinadas éstas por la definición de la variable).

Por intermedio de las variables estudiadas se puede afirmar que el 100% de la población no cumple con los controles de salud según las normativas establecidas por el MSP. Realizando una subdivisión dentro de este 100%, según las características de los controles (número y periodicidad), se obtuvo que el 29.17% (7 niños) tienen 1 control o ninguno, de éstos niños que tienen 1 solo control, el mismo fue realizado al mes o luego de pasado éste (4 o 6 meses), el 50.00% (12 niños) tienen entre 2-7 controles, no cumpliendo con el número de los mismos y tampoco con la periodicidad, ya que la mitad se saltean 1 o más controles, siendo en su mayoría espaciados por un largo lapso de tiempo (2 a 8 meses). El 20.83% (5 niños) restante, corresponde a niños que por la características de sus controles se aproximan al cumplimiento según las normativas, ya

que tienen el número de controles requeridos o más (8-10 controles) pero no la periodicidad, en su mayoría faltándoles el control de los 12 meses.

Para ampliar nuestros conocimientos acerca del cumplimiento de los controles es que se tomaron ciertas variables secundarias, que podrían condicionar dicho cumplimiento. Estas variables secundarias, están relacionadas unas a la madre y otras al niño, condicionando el cumplimiento de los controles en menos o en más respectivamente. Las relacionadas a la madre, pueden condicionar en menos al influir para que ésta no los lleve a los controles y las relacionadas al niño, dependerán de que el pediatra determine mayor número de controles, según el niño sea de bajo peso, prematuro o que no llegue a un aumento ponderal adecuado a su edad.

Una de las variables secundarias que se estudiaron fue el estado civil, encontrándose que el 66.67% (16) de las madres son solteras, el 20.85% (5 madres) son casadas y el porcentaje restante corresponde a viudas y divorciadas. También se estudió el nivel de instrucción de la madre ya que éste puede determinar el grado de comprensión de ésta y la información que posee, condicionando así el cumplimiento de los controles. De las mismas el 37.50% (9 madres) tienen primaria completa, el 33.34% (8 madres) secundaria incompleta y el 20.83% (5 madres) primaria incompleta. Relacionando ambas variables, nivel de instrucción e información de la madre, se puede observar que de este 37.50% (9 madres) que tienen primaria completa, el 66.66% (6) poseen información insuficiente y el 22.22% (2) no poseen información. Del 20.83% (5 madres) que tienen primaria incompleta, el 60.00% (3) poseen información insuficiente y el 40.00% (2) no poseen ninguna información.

La ocupación de la madre también es relevante, ya que si trabaja fuera del hogar, ésta puede influir en el cumplimiento de los controles; es de destacar que el 45.83% (11) de las madres son desocupadas. Al consultar a las madres sobre con quién dejarían a sus hijos si trabajaran, un 87.50% (21 madres) contestó que con un familiar. Ya que la variable ocupación de la madre no fundamenta el incumplimiento de los controles, al igual que la ocupación del padre, es que en el orden siguiente, se analizó la variable número de hijos, resaltando que el 29.17% (7 madres) poseen 3 hijos y un 25.00% (6) posee 5 hijos o más, siendo esto, lo que permitió según lo manifestado por ellas, justificar en gran parte el incumplimiento de los controles, ya que las mismas consideran tener conocimiento suficiente acerca de lo que es un adecuado crecimiento y desarrollo, comparando el estado de salud de los hijos anteriores con el actual.

Al momento de planificar nuestra investigación y seleccionar las variables a utilizar en dicho estudio, consideramos relevante la variable nivel socio económico, ya que pensamos que tendría una relación directa con el cumplimiento de los controles. Luego del procesamiento de los datos y del relacionamiento de variables, nos encontramos que esta variable no nos aporta ningún dato esclarecedor respecto al incumplimiento de los controles.

Siendo el nivel socioeconómico una variable compleja, se estudió cada una de las variables que la forman por separado, para luego clasificarla en alto, medio y bajo. Se tomó como referencia la escala de Graffar (ver anexos V y VI) para ordenar y cuantificar las variables simples y lograr así definir el valor de cada dimensión, adaptándola a la población estudiada. Cabe destacar que los valores adjudicados a esta variable son exclusivamente para esta población.

Se encontró que un 62.50% (15) está en un nivel medio y un 37.50% (9) en un nivel bajo.

Debemos resaltar que si al nivel socioeconómico medio, determinado por los indicadores utilizados por nosotras, lo trasladamos a un contexto nacional, se correspondería con un nivel socioeconómico bajo. Consideramos que el nivel socioeconómico familiar desempeña un papel a tener en cuenta en el proceso salud

enfermedad del niño, dado que la infancia es uno de los períodos más vulnerables, donde el crecimiento y desarrollo están ligados estrechamente a factores exógenos, como ser ingreso económico familiar, canasta de vida, alimentación, asignación familiar, características de la vivienda y sus comodidades. Factores éstos, que entre otros, determinan la calidad de vida de ésta población.

Haciendo referencia a las variables secundarias relacionadas al niño, que como anteriormente se mencionó, podrían influir en más el número de controles es de destacar que el 100% de los niños son de término (37 a 40 semanas) y que también el 100% nacieron con peso superior a 2500gr. Al estudiar la periodicidad y número de controles en estos niños, se observó que a pesar de las características anteriormente mencionadas, hay un 33.33% (8 niños) que tienen más de 2 controles en el primer mes; el 75.00% (6) de estos casos están justificados ya que consultaban por diferentes afecciones y en ese momento se les realizaba el control.

Con respecto a la alimentación hasta los 6 meses de vida, el 41.66% (10 niños) fue alimentado con PD+C y sólo el 25.00% (6 niños) fue alimentado con PDE. Este bajo porcentaje de lactancia materna exclusiva, puede estar relacionado con el alto porcentaje de incumplimiento de los controles. Es un muy bajo porcentaje, teniendo en cuenta todos los beneficios que ésta brinda al niño, ya que la leche materna es adecuada a las necesidades del lactante, ofrece protección eficaz ante ciertas afecciones, brindando un crecimiento y desarrollo óptimo para el niño y sobre todo desde el punto de vista afectivo, es fundamental el vínculo emocional y apego que se establece entre la madre y el niño desde las primeras etapas de su vida. Al considerar el estudio anteriormente mencionado, que fue realizado en la Policlínica de Joaquín Suárez, departamento de Canelones, con 104 niños menores de 1 año, se debe resaltar que el 87.50% (91 niños) cumplieron con el control de salud según las normativas establecidas. Otro dato a destacar, es el alto porcentaje de lactancia materna siendo un 53.85% (56 niños) con PDE y un 33.65% (35 niños) PD+C. Datos estos que se lograron luego de la implementación del Programa Aduana llevado a cabo por la Interna de la Licenciatura en Enfermería en el período abril-octubre del 2004.

Otras de las variables secundarias estudiadas, fue el cumplimiento de las inmunizaciones, destacando que el 70.83% (17 niños) contaba con éstas vigentes, no teniendo una relación directa con el cumplimiento de los controles. Este porcentaje estaría justificado en parte, por el seguimiento que realiza la vacunadora, concurriendo a los domicilios si éstos no asisten al centro de salud; no siendo esta una población totalmente inmunizada, es importante resaltar que a pesar del incumplimiento de los controles, cierta cantidad de niños cumplen con el esquema de vacunación, estando estos protegidos contra infecciones prevalentes de la infancia.

CONCLUSIONES

Luego de llevada a cabo la investigación, articulando los instrumentos metodológicos, recurriendo a los elementos teóricos existentes y con la información obtenida referente al tema en estudio, es que se pudo abordar el problema y los objetivos planteados.

Logrando cumplir con los objetivos general y específicos, es que en este momento se puede afirmar, que el 100% de la población estudiada no cumplieron con los controles de salud según las normativas establecidas por el MSP.

Luego de haber establecido esta afirmación, sería enriquecedor describir el conocimiento aproximado que se obtuvo respecto a la población y su entorno, que es uno de los objetivos específicos. Se puede decir, que esta población, son usuarios pertenecientes al subsistema público, dependiente del MSP, que presentan un perfil demográfico diferente al de la población general de esta ciudad. Referente a la situación laboral, en general se trata fundamentalmente de desocupados y trabajadores informales, lo cual no les brinda estabilidad económica ni laboral.

El ingreso económico familiar, condiciona la capacidad de consumo de la familia y el acceso a otras necesidades básicas e indirectamente el nivel de vida; éste, así como el bajo nivel de de instrucción y/o la falta de información sobre la importancia de los controles, lactancia, alimentación, inmunizaciones, hábitos, prevención de enfermedades y accidentes del niño, transforman a esta población en una población de riesgo, no solo en la probabilidad de alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños, sino también en la alteración del estado de salud y de nutrición de todos los integrantes de la familia.

Es de destacar que la información que posee la madre acerca de la importancia de los controles, es uno de los factores que influyó en el incumplimiento de los mismos, ya que un elevado porcentaje de éstas, posee información insuficiente o no la posee, hecho que se ve reflejado en el incumplimiento de la periodicidad en que se deben realizar los controles.

Con respecto a la accesibilidad geográfica, se debe resaltar que ésta no condiciona el incumplimiento de los controles, ya que el Centro de salud es accesible para toda la población objetivo.

Se estudiaron variables secundarias, con el fin de ampliar los conocimientos acerca del cumplimiento de los controles, de las cuales el número de hijos, fue la condicionante según lo manifestado por las madres, para no llevar a sus hijos a los controles pediátricos.

Si bien el nivel socio económico fue útil para conocer la población y determinar un perfil de ésta, no fue un elemento esclarecedor del incumplimiento de los controles de salud de estos niños. Cabe destacar, que un bajo porcentaje de estos niños son alimentados a pecho, hecho que hemos relacionado al incumplimiento de los controles y al déficit de información a consecuencia de la no concurrencia a los mismos y al no existir personal de salud dedicado a brindar información sobre este tema, a pesar de existir campañas a nivel nacional que promueven y enfatizan la lactancia materna. Por todo lo expresado anteriormente, es que se puede afirmar que los resultados hubieran sido otros si en dicho centro de salud se hubiera implementado un programa de Atención Primaria en Salud, con un equipo multidisciplinario que incluya una Licenciada en Enfermería, la cual lleve a cabo su rol, informando y educando a la población, acerca de promoción de salud y prevención de enfermedades y mejor aún, si se hubiese implementado en esta población el Programa Aduana, el cual es específico para este grupo etáreo.

SUGERENCIAS

A lo largo de esta investigación se han visto una serie de factores, que influyen en el cumplimiento de los Controles de Salud de los niños de 0-12 meses del barrio Saravía. Frente a esto, se nota la necesidad fundamental de que esta población cuente con una Licenciada en Enfermería, ya que la misma posee los conocimientos, habilidades, destrezas y herramientas necesarias para trabajar en Atención Primaria en Salud; ya sea administrando cuidados de enfermería, realizando educación para la salud, trabajando en equipo interdisciplinario, coordinando actividades con otros centros, y concientizando sobre la promoción de salud y prevención de enfermedades a la población.

Se considera entonces, que el trabajo de la Licenciada en Enfermería, se vería más fortalecido, si contara con una atención planificada, y brindada en conjunto con un equipo multi e interdisciplinario y con una dirección comunitaria y participativa, ya que la participación es esencial para el desarrollo de la práctica sanitaria y ésta, dirigida al colectivo y no solo a la demanda individual. Dicho equipo debería estar formado además, por Médico Pediatra, Auxiliar de Enfermería, Vacunadora, Nutricionista, Psicólogo y Asistente Social.

Para trabajar con este grupo etéreo, es importante y necesario implementar el Programa Aduana. Este tiene sus objetivos, metas y actividades específicas; tomándolo como base, es que se deberían trabajar estos otros objetivos, con una dirección participativa y comunitaria:

- Jerarquizar la toma de conciencia del usuario, respecto al derecho a la salud de sus hijos.
- Promover la importancia de los controles en el primer año de vida.
- Incorporar en las madres, la importancia y beneficios de la lactancia materna.
- Elevar la relación equipo usuario, a través de espacios de intercambio que favorezcan el conocimiento y la comprensión de las temáticas de salud, promoviendo el autocuidado.
- Brindar espacios de participación hacia las actividades propuestas, sea en la elección de prioridades, planificación, ejecución y evaluación de las mismas.

Las acciones comunitarias, se consideran un componente básico para mejorar la situación de salud del niño, ya que la práctica de la comunidad respecto al cuidado del niño en el hogar, son determinantes para garantizar la cobertura de aplicación de medidas de prevención y promoción, la consulta precoz, el cumplimiento, y las recomendaciones del tratamiento.

Es de crucial importancia, crear un sistema de registro, que facilite el seguimiento de estos niños.

Sería importante trabajar con embarazadas, para educarlas sobre la importancia de los controles de salud del niño, para que las mismas concurren posteriormente a cumplir estos controles, con la periodicidad correspondiente para lograr revertir esta situación; ya que los primeros años de vida de los niños tienen importancia, porque son la base de todo el desarrollo ulterior, una etapa de gran crecimiento físico y desarrollo del organismo, de la aplicación del medio ambiente familiar, y del establecimiento de las primeras relaciones sociales. Depende de estas experiencias armoniosas que el niño tenga con sus padres o con las personas que le proporcionan cuidados, para que las relaciones posteriores resulten igualmente positivas.

Este trabajo, se relacionó con uno similar realizado en la Policlínica de Joaquín Suárez, Departamento de Canelones, donde se obtuvieron excelentes resultados en cuanto a los

controles de salud. Esto fue posible, gracias a un equipo en el que fue fundamental el rol de la Licenciada en Enfermería, representada por una Interna, donde llevó a cabo el Programa Aduana, utilizando ciertas estrategias que se considera pertinente mencionarlas, para utilizarlas como sugerencias en este trabajo: el Pediatra exige a la madre el CEV vigente, de no ser así, no se le otorga fecha para próximo control. A la entrega de la canasta de alimentación, se exige el carné de control del niño con fecha de próximo control y firma de médico tratante. De esta forma, se logra un adecuado seguimiento del niño, con las inmunizaciones vigentes y cumpliendo con los controles en tiempo y forma.

Sabido es que el estado de salud es muy complejo y no puede ser abordado en una investigación limitada en tiempo, por lo cual se ve la necesidad de nuevas investigaciones, para que sumadas a ésta, se logre dar una visión más amplia acerca del mismo. Consideramos con esta pequeña investigación, queda el camino abierto para implementación de programas de salud e investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFÍA

- A favor de la Infancia sobre las políticas y su Estado – OPS.
- Archivo Podiátrico del Uruguay – Evaluación del programa de atención al niño en Policlínicas Municipales. Pág. 106 y 114, año 2002.
- CASA LOPEZ C., “Enfermería Comunitaria”. Vol. III. España.
- DIAZ ROSSELLO J.L., MARTELL M., SIMINI F., LÓPEZ R., SCHWARCZ R. Enfoque de riesgo OPS-OMS Publicación Científica CLAP N° 1264.
- FOREN M., GOMES- HAEDO M., VIVAS P. Revista Chilena de Pediatría.
- FOREN M., GOMES- HAEDO M., VIVAS P., Lactancia Materna Material de Sociedades de Pediatría de Argentina, Chile y Uruguay.
- Indicadores y Políticas de Salud en la Infancia- 1º Nivel de Atención Sociedad Uruguaya de Pediatría.
- La Alimentación del Niño menor de 6 años en América Latina OPS-OMS. CESNI año 1993.
- PINEDA E., ALVARADO E., CANALES F., Metodología de la Investigación. 2º Ed. Editorial OPS-OMS. Año 1994 Washington, DC.
- PODER LEGISLATIVO- Ley 14.852 Carne de Salud del Niño. Montevideo. Abril de 1998. Pág. <http://www.poderlegislativo.com>.
- Programa ADUANA-SETIEMBRE. Setiembre de 2002.
- Revista Rol de Enfermería N° 227 y 228.
- Revista - SALUD PERINATAL – Crecimiento Y Desarrollo Perinatal, Boletín del CLAP- Vol 3 N° II, año 991.
- ROLA A., ALVAREZ C., “Enfermería Comunitaria” Ed. Masson- Salvat. Barcelona.
- SALUD PÚBLICA Y ENFERMERÍA- Revista Rol de enfermería N° 210 Febrero de 1996.
- Salud Mental en APS- Evaluación de los impactos de una praxis interdisciplinaria OF: del Libro – AEM.
- SCHWARCZ R., DIAZ A., FESCINA R.M., DE MUCIO B., BELITZKY R., DELGADO L, Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. OPS – OMS Publicación Científica CLAP N° 1321.

Anexos

| | |
|-----------------------------|--|
| ANEXO I | Formulario para recolección de datos. |
| ANEXO II | Cronograma de actividades. |
| ANEXO III | Desglose presupuestario. |
| ANEXO IV Saravia | Mapa ciudad de Carmelo * Delimitación geográfica del Barrio * Distribución de la población. |
| ANEXO V | Escala de Graffar. |
| ANEXO VI | Instrumento para medición de variable NSE. |
| ANEXO VII | Plan de tabulación y análisis. *Cuadros complementarios. |
| ANEXO VIII | Gráficos. |
| ANEXO IX | Entrevista a Pediatra |
| ANEXO X | Ley 14.852 – Carné de Salud del niño. |
| ANEXO XI | Abreviaturas |

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS**RELEVAMIENTO DE DATOS DE LOS NIÑOS DE 0 – 12 MESES DEL BARRIO SARAVIA - CARMELO**

Fecha: / /

MADRE o TUTOR

Iniciales:

Edad: Estado civil: Casado: Soltera: Viuda: Divorciada:

Domicilio:

Accesibilidad geográfica al Centro de Salud:

Nº de hijos: Edades:

Nivel de instrucción: 1º comp.: 1º incomp.: 2º comp.: 2º incomp:
3º comp.: 3º incomp.: otros:

Ocupación: Formal: Informal: Desocupado:

Cuando la madre trabaja, cuidado del bebe a cargo de: familiar: empleada: guardería:

Información de la madre sobre el control de salud del niño: no posee:

Posee insuficiente:

Posee suficiente:

PADRE

Iniciales:

Edad: Estado civil: casado: Soltero: Viuda: Divorciada:

Nivel de instrucción: 1º comp.: 1º incomp.: 2º comp.: 2º incomp:
3º comp.: 3º incomp.: otros:

Ocupación: Formal: Informal: Desocupado:

RECIÉN NACIDO – LACTANTE

Iniciales:

Fecha de nacimiento:

Al nacer:

Peso: Edad gest. Talla: Apgar:

Alimentación: PDE:

PD + C

AA:

Cumplimiento CEV: si no

Nivel socio-económicoIngresos económicos en el hogar: < de \$2050
\$2050-\$4100
> de \$4100

Beneficios: canasta de INDA: si no Asignación familiar: si no

Características de la vivienda:

Material: No material (chapa, cartón, madera)
Hacinamiento: si no N° de habitaciones:
Colecho: si no Duermen los padres con algún hijo
Duermen los hermanos juntos – en una misma cama

CONTROL DE SALUD DEL NIÑO

| FECHA DE CONTROL | EDAD | PESO | TALLA | ALIMENTACIÓN |
|------------------|------|------|-------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

OBSERVACIONES:.....
.....
.....
.....

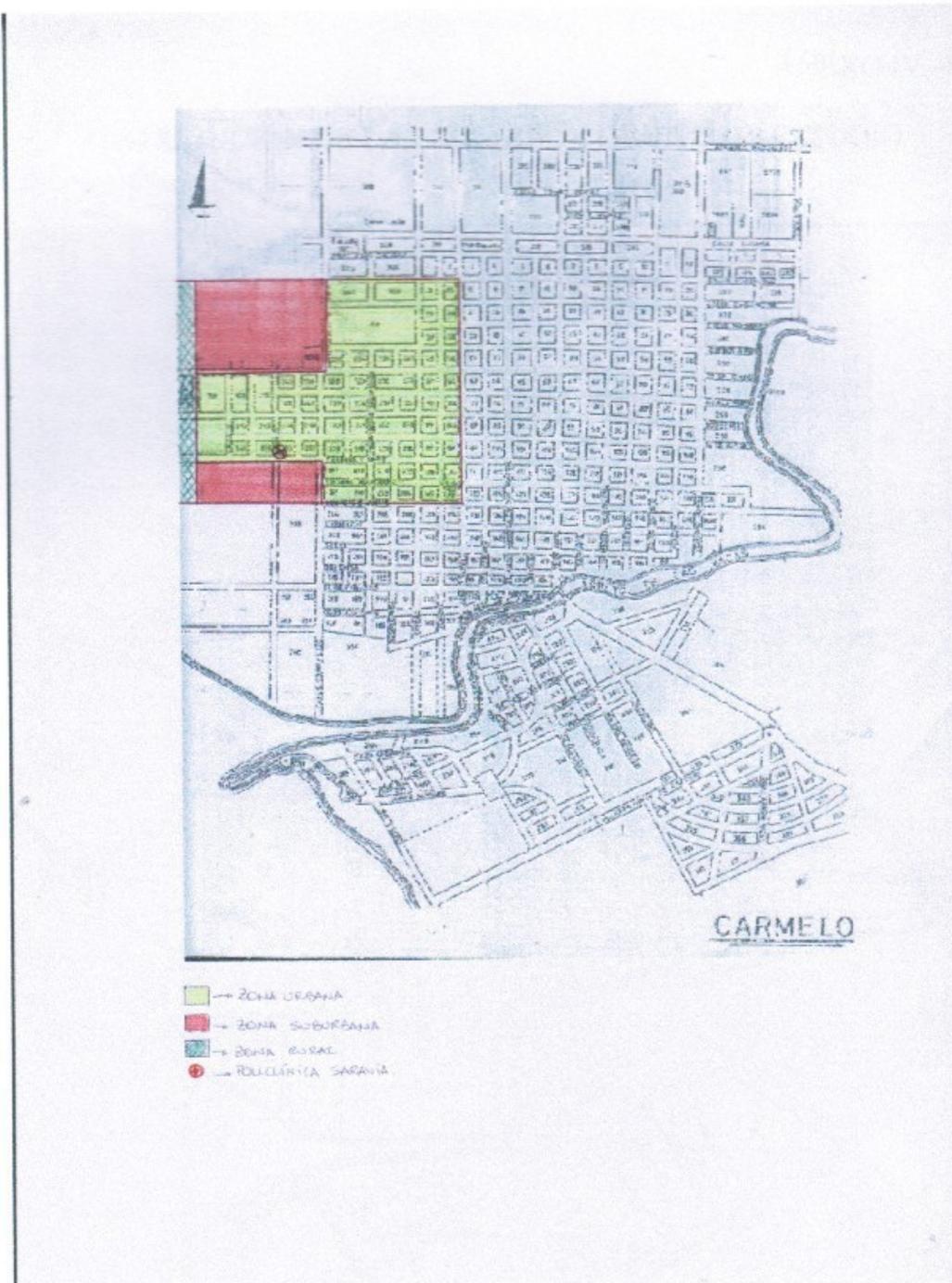
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

| Actividades | AGO-04 | SET-04 | OCT-04 | NOV-04 | DIC-04 | ENE-05 | FEB-05 | MAR-05 | ABR-05 | MAY-05 | JUN-05 | JUL-05 | AGO-05 | SET-05 | OCT-05 | NOV-05 | DIC-05 | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--|
| Elección de la metodología de investigación | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración del protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tutorías | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Conocer área de estudio | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aproximación diagnóstica a la Policlínica | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diseño de instrumento | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recolección de datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Procesamiento y análisis de los datos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

DESGLOSE PRESUPUESTAL

| | |
|---|------------------|
| PASAJES: 4 días, 4 personas Montevideo - Carmelo ----- | SU 6.400 |
| 29 días ----- 1 persona de Cardona - Montevideo ----- | SU 8816 |
| ----- 1 persona de Carmelo - Montevideo ----- | <u>SU 11600</u> |
| | SU 26816 |
| | |
| VIÁTICOS: 2 personas (SU 50 X día) X 29 días = | SU 2900 |
| 4 personas (SU 60 X día) X 29 días = | SU 6960 |
| 4 personas en Carmelo: | <u>SU 1600</u> |
| | SU 11460 |
| | |
| PAPELERÍA: 2 fundas hojas blancas----- | SU 360 |
| 3 cartuchos para impresora negros----- | SU 150 |
| 2 cartuchos para impresora de color----- | SU 120 |
| encuadernación ----- | <u>SU 300</u> |
| | SU 930 |
| | |
| LLAMADAS TELEFÓNICAS: | SU 1000 |
| INTERNET | : <u>SU 1000</u> |
| | SU 2000 |

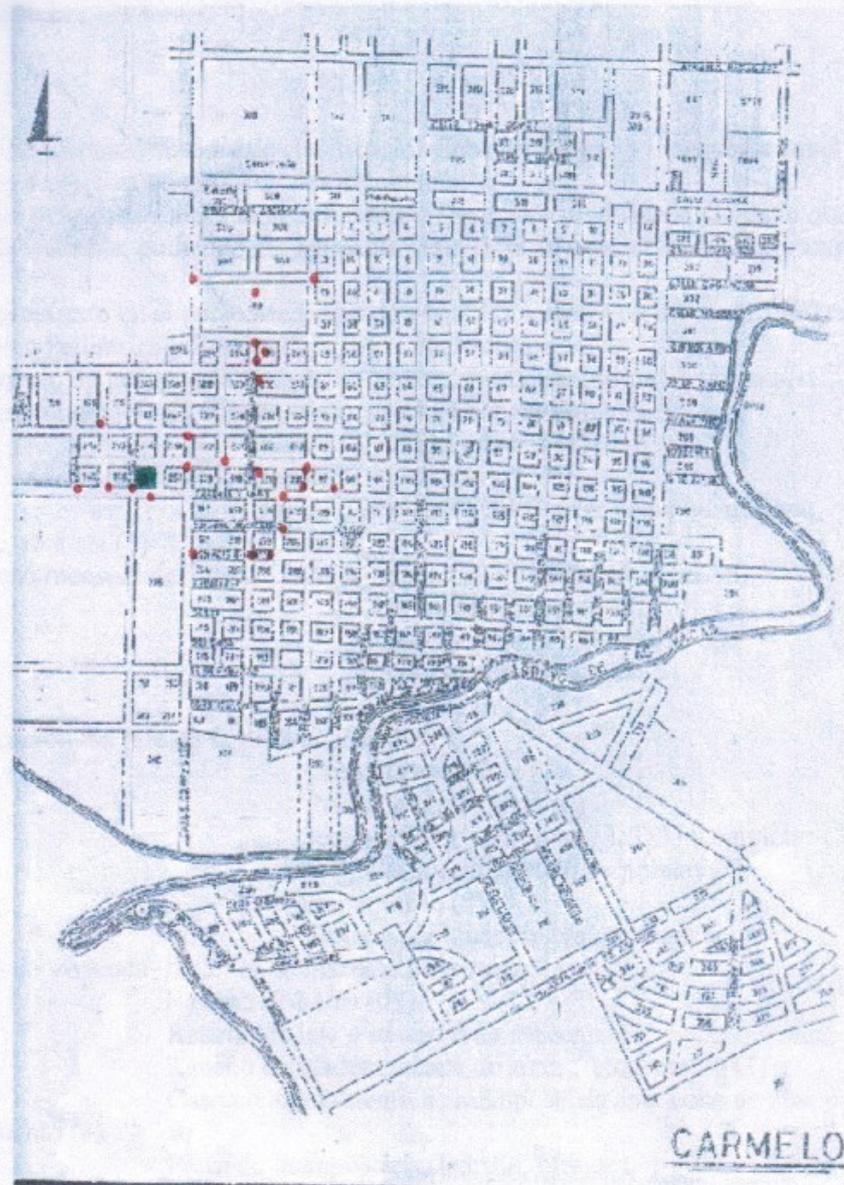
TOTAL: SU 41206



DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA DEL BARRIO SARAVIA

ANEXO IV-a

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO



ESCALA DE GRAFFAR**Nivel socioeconómico y de instrucción****Medición:**

En 1956 Graffar propuso una escala de clasificación social basada en cinco criterios

- Instrucción
- Fuente de ingreso
- Vivienda
- Barrio
- Ocupación

Dicho autor resalta que todo sistema de clasificación debe ser simple y considerar aquellos datos de naturaleza objetiva que sean fáciles de obtener.

En nuestro medio Grunberg y Sitkewich utilizaron dicha escala modificada diciendo que , era válida , confiable y simple, pudiendo ser aplicable sin dificultad por cualquier integrante del equipo de salud.

PROTOCOLO propuesto en el curso Medición de variables sociales en mayo de 1980 en el Instituto de Clínica Pediátrica y Puericultura, Dr. Luis Morquio.

1. Protocolo de la encuesta : edad..... sexo.... posición ordinal de la familia.....

2. Ocuparon del jefe de familia- desocupado, changas (0)

Jubilado u obrero manual (1)

Obrero semicalificado (3)

Obrero o empleado calificado, pequeño artesano,

comerciante, rentista (5)

3. Ingreso mensual del jefe de familia- menos de un sueldo mínimo (0)

Un sueldo mínimo (1)

Dos sueldos mínimos (3)

Tres sueldos mínimos (5)

Mas de tres (5)

4. Educación del jefe de familia-analfabeto (0)

Primaria completa (1)

Primaria incompleta (0)

Secundaria primer ciclo y UTU incompletas (3)

Secundaria primer ciclo completas (5)

Preparatorio (5)

Universidad incompleta o completa (5)

5. Tipo de vivienda- material en que esta construida:

Rancho de barro (0)

Rancho de lata o material de desecho (1)

Rancho de madera, chapa de zinc, fibrocemento (1)

Casita o apartamento de mampostería con techo de zinc o

fibrocemento (3)

Pieza de mampostería, ladrillo, bloque (3)

Casita o apartamento interior de mampostería (5)

Casa o apartamento de mampostería (5)

Casa o apartamento de lujo (5)

6. tamaño y comodidades de la vivienda: un ambiente(0)

Dos ambientes (2)

Tres ambientes (2)

Cuatro ambientes (3)

7. origen del agua de la casa- arroyo, río, cachimba. etc.(0)
 Aljibe o pozo (2)
 Red publica extradomiciliaria (2)
 Red publica intradomiciliaria (3)
8. equipamiento de cocina- brasero(0)
 Printus, cocina económica (2)
 Cocinilla a queroseno o a supergas (3)
 Cocina a gas, eléctrica o supergas (5)
9. luz eléctrica- no en la casa ni en el barrio(0)
 Sí en el barrio pero no en la casa (1)
 Si en la casa (3)
10. artefactos eléctricos: refrigerador Sí(3).....No(0)
 Televisor si (2).....no (0)
11. personas por habitación: duerme toda la familia en una habitación(0)
 Duermen los padres con algunos de sus hijos en una habitación (1)
 Duermen los padres solos y los hijos en otra habitación (3)
12. zona de residencia. Cantegril (0)
 Barrio obrero (2)
 Barrio popular (4)
 Barrio clase media (6)
 Barrio residencial (6)
13. Tenencia: ocupante de hecho(0)
 Vivienda de emergencia (0)
 Inquilino (2)
 Propietario (5)
14. auto o camino: no(0)
 Si, viejo (1)
 Si nuevo (3)

INSTRUMENTO PARA MEDICIÓN DE LA VARIABLE
NIVEL SOCIOECONÓMICO

Variable Nivel Socioeconómico

En la sociedad uruguaya podríamos diferenciar 3 clases sociales: alta, media y baja. Tomando como referencia la escala de medición de nivel socioeconómico propuesta por GRAFFAR en 1956, la que se centra en 5 criterios, los cuales se refieren a las características sociales, económicas y culturales del núcleo familiar, seleccionaremos algunos de los criterios o aspectos con el fin de analizar las condicionantes socioeconómicas tales como: vivienda, trabajo, etc.

El nivel socioeconómico materno desempeña un papel a tener en cuenta en el proceso S-E del niño, dado que la infancia es uno de los periodos más vulnerables donde el crecimiento y desarrollo están ligados estrechamente a factores exógenos. El descenso alcanzado en la tasa de mortalidad infantil no es directamente representativa de una mejora en la calidad de vida de la población dado que existen medidas estrechamente ligadas al cuidado sanitario que mejoran este indicador sin cambiar las condiciones socioeconómicas. En lo que respecta al nivel de instrucción, nuestro país tiene una de las tasas de analfabetismo más bajas de América Latina, inferior al 4% según el censo de población y vivienda 1996. A pesar de lo cual es alta la deserción escolar y bajo el porcentaje de alumnos que continúan el ciclo de enseñanza media, siendo en nuestro país la enseñanza pública, laica y gratuita en todos los niveles y obligatoria en el ciclo primario y ciclo básico de secundaria.

Dimensiones: **BAJO:** vivienda precaria (cartón, lata chapa .costaneros) (1)
ingreso económico, menos de un salario mínimo. (0)
canasta de INDA si (1)
asignaciones familiares si (1)
colecho (0)
hacinamiento (0)

(3 a 5)

MEDIO: vivienda modesta con pisos y paredes sin
revestir, techo liviano (1)
Ingreso económico uno a dos salarios mínimos (1)
Canasta INDA (1)
asignaciones familiares (1)
personas por habitación (1)
comodidades de la vivienda (1)

(6 a 10)

ALTO: vivienda buena con pisos y paredes revestidos y
techo de planchada (2)
ingreso económico más de dos salarios mínimos (2)
canasta de INDA no (2)
asignación familiar (2)
personas por habitación (2)
comodidades de la vivienda (1)

(11 o más)

Ingreso: mensual de la familia

Menos de un sueldo mínimo 0

Un o dos sueldos mínimos 1

Más de dos sueldos mínimos 2

Tipo de vivienda: materiales en que esta construida:

vivienda precaria (cartón, lata, chapa, costanero) 0

vivienda de material con techo de liviano 1

vivienda de material con techo de planchada 2

Comodidades de la vivienda:

1 ambiente 0

2 o 3 ambientes 1

+ 3 ambiente 2

Personas por habitación:

Duermen los padres con algunos de sus hijos o hermanos juntos. 0

Duermen los padres solos y los hijos en otra habitación 1

Canasta de INDA:

SI 1

NO 2

Asignaciones familiares:

SI 1

NO 2

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos se obtuvieron a través de fuente primaria (madre, padre o tutor) y secundaria, Carne de salud del niño y CEV.

Control de salud: (Cualitativa nominal).

| Control de salud | FA | FR | FR% |
|----------------------------|----|------|-------|
| Cumple con la normativa | 0 | 0.00 | 0.00% |
| No cumple con la normativa | 24 | 1.00 | 100% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria

Se observa que el 100% de los niños no cumplen con los controles de salud, según las normativas establecidas por el MSP.

Edad del niño: (Cuantitativa Continua).

| Edad | FA | FR | FR% |
|--------------|----|------|--------|
| 0 a 2 meses | 9 | 0.37 | 37.50% |
| 3 a 5 meses | 10 | 0.41 | 41.67% |
| 6 a 8 meses | 4 | 0.16 | 16.67% |
| 9 a 11 meses | 1 | 0.04 | 4.16% |
| 12 meses | 0 | 0.00 | 0.00% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria y Secundaria

El 79.12% se encuentran entre 0 y 5 meses, no observándose ningún niño de 12 meses.

Periodicidad: (Cuantitativa discreta). Al momento de realizar el procesamiento de los datos nos encontramos con la dificultad que al tabular la periodicidad estos no nos permitían el estudio de la variable por lo tanto decidimos tomar los rangos de la tabulación de dicha variable por separado

| Periodicidad | FA | FR | FR% |
|----------------------------|----|------|--------|
| 0 a 2 meses | | | |
| Realiza los 3 controles | 3 | 0.33 | 33.33% |
| No realiza los 3 controles | 6 | 0.66 | 66.67% |
| Total | 9 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria. (Total estudiados 9 niños)

| Periodicidad | FA | FR | FR% |
|----------------------------|----|------|--------|
| 3 a 5 meses | | | |
| Realiza los 2 controles | 2 | 0.20 | 20.00% |
| No realiza los 2 controles | 8 | 0.80 | 80.00% |
| Total | 10 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria. (Total estudiados 10 niños)

| Periodicidad | FA | FR | FR% |
|-----------------------|----|------|--------|
| 6 a 8 meses | | | |
| Realiza un control | 1 | 0.25 | 25.00% |
| No realiza un control | 3 | 0.75 | 75.00% |
| Total | 4 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria. (Total estudiado 4 niños)

| Periodicidad | FA | FR | FR% |
|-----------------------|----|------|-------|
| 9 a 11 meses | | | |
| Realiza un control | 0 | 0.00 | 0.00% |
| No realiza un control | 1 | 1.00 | 100% |
| Total | 1 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria. (Total estudiado 1 niño)

- No existiendo ningún control a los 12 meses.

En estos cuadros es de destacar que a medida que el niño aumenta en edad también aumenta el porcentaje de incumplimiento en los controles.

Información de la madre: (Cualitativa nominal).

| Información de la madre | FA | FR | FR% |
|------------------------------------|----|------|--------|
| No posee | 6 | 0.25 | 25.00% |
| Posee información insuficiente (1) | 13 | 0.54 | 54.17% |
| Posee información suficiente (2) | 5 | 0.20 | 20.83% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

(1)- sabe sobre el control pero no sabe importancia ni frecuencia.

(2)- tiene los conocimientos sobre los controles Fuente: Primaria.

En este cuadro se observa que mas de la mitad de las madres (54.17%) posee información insuficiente y un porcentaje también significativo 25% no poseen información.

Accesibilidad Geográfica: (Cuantitativa continúa).

| Accesibilidad geográfica | FA | FR | FR% |
|--------------------------|----|------|-------|
| 0 a 10 cuadras (1) | 24 | 1.00 | 100% |
| 11 a 21 cuadras (2) | 0 | 0.00 | 0.00% |
| 22 o mas (3) | 0 | 0.00 | 0.00% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria. (1)-Accesible.

(2)- Medianamente accesible.

(3)- Inaccesible.

En cuanto a la Accesibilidad Geográfica para el 100% de los niños es accesible el centro de salud.

Estado Civil de la madre: (Cualitativa nominal).

| Estado civil | FA | FR | FR% |
|--------------|----|------|--------|
| Soltero | 16 | 0.66 | 66.67% |
| Casado | 5 | 0.20 | 20.83% |
| Viudo | 1 | 0.04 | 4.17% |
| Divorciado | 2 | 0.08 | 8.33% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria.

La mayoría de las madres 66.67% son solteras.

Nivel de Instrucción de la madre: (Cualitativa ordinal).

| Nivel de instrucción | FA | FR | FR% |
|-------------------------|-----|-----------|---------------|
| Analfabeta | 0 | 0.00 | 0.00% |
| Primaria comp./incomp | 9/5 | 0.37/0.20 | 37.50%/20.83% |
| Secundaria comp./incomp | 2/8 | 0.08/0.33 | 8.33%/33.34% |
| Terciaria comp./incomp | 0/0 | 0.00/0.00 | 0.00%/0.00% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria.

Respecto a esta variable el cuadro nos muestra que el 20.83% tiene primaria incompleta, no existiendo nivel terciario en esta población.

Ocupación de la madre: (Cualitativa nominal).

| Ocupación | FA | FR | FR% |
|------------|----|------|--------|
| Formal | 1 | 0.04 | 4.17% |
| Informal | 12 | 0.50 | 50.00% |
| Desocupada | 11 | 0.45 | 45.80% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria.

Casi la mitad de las madres, 45.80% son desocupadas; solo un 4.17% tiene ocupación formal.

Ocupación del padre: (Cualitativa nominal).

| Ocupación | FA | FR | FR% |
|------------|----|------|--------|
| Formal | 6 | 0.30 | 30.00% |
| Informal | 13 | 0.65 | 65.00% |
| Desocupado | 1 | 0.05 | 5.00% |
| Total | 20 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria. *(Los 4 restantes el padre ausente)

Este cuadro nos muestra que el 65,00% de los padres tienen ocupación informal.

Nivel Socioeconómico de la familia: (Cualitativa ordinal).

| Nivel socioeconómico | FA | FR | FR% |
|----------------------|----|------|--------|
| Alto | 0 | 0.00 | 0.00% |
| Medio | 15 | 0.62 | 62.50% |
| Bajo | 9 | 0.37 | 37.50% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria.

*Por ser una variable compleja para su estudio se procesaron otros componentes que nos determinarían las categorías de alto, medio y bajo como ser: (ver Anexo 6).

Ingresos económicos: (Cuantitativa continua).

| Ingresos económicos | FA | FR | FR% |
|---------------------|----|------|--------|
| Menos \$2050 | 2 | 0.08 | 8.33% |
| \$2050- \$4000 | 18 | 0.75 | 75.00% |
| Mas \$4000 | 4 | 0.16 | 16.67% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: primaria

Canasta de INDA (Cualitativa nominal).

| Canasta INDA | FA | FR | FR% |
|--------------|----|------|--------|
| SI | 8 | 0.33 | 33.33% |
| NO | 16 | 0.66 | 66.67% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: primaria

Asignación Familiar: (Cualitativa nominal).

| Asignación familiar | FA | FR | FR% |
|---------------------|----|------|--------|
| SI | 23 | 0.95 | 95.83% |
| NO | 1 | 0.04 | 4.17% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: primaria

Características de la vivienda: (Cualitativa nominal).

| Características de la vivienda | FA | FR | FR% |
|-------------------------------------|----|------|--------|
| Material * | 20 | 0.83 | 83.33% |
| No material(chapa, cartón, madera) | 4 | 0.16 | 16.67% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: primaria

*Se incluyen las viviendas de material con techo de chapa.

Hacinamiento: (Cualitativa nominal).

| Hacinamiento | FA | FR | FR% |
|--------------|----|------|--------|
| SI | 10 | 0.41 | 41.67% |
| NO | 14 | 0.58 | 58.33% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: primaria

Colecho: (Cualitativa nominal).

| Colecho | FA | FR | FR% |
|---------|----|------|--------|
| SI | 8 | 0.33 | 33.33% |
| NO | 16 | 0.66 | 66.67% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: primaria

Los cuadros anteriores, que conforman la variable Nivel socio económico nos muestran respecto a los ingresos económicos, que el 65.00% tienen un ingreso entre \$ 2050 y \$ 4000, la canasta de inda no la recibe el 66.67% y perciben asignación familiar el 95.83%; haciendo referencia a las características y comodidades de la vivienda, el 83.33% poseen vivienda de material en su mayoría con techo de chapa, el 41.67% tienen hacinamiento y un 33.33% colecho.

Es así que de la sumatoria de éstos indicadores, obtenemos en ésta población que un 62.50% poseen nivel socio económico medio y un 37.50% nivel bajo.

N° de Hijos: (Cuantitativa discreta).

| N° de hijos | FA | FR | FR% |
|-------------|----|------|--------|
| 1 | 6 | 0.25 | 25.00% |
| 2 | 2 | 0.08 | 8.33% |
| 3 | 7 | 0.29 | 29.17% |
| 4 | 3 | 0.12 | 12.50% |
| 5 o más | 6 | 0.25 | 25.00% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria.

Aquí observamos igual porcentaje 25.00% de madres que tienen un hijo y 5 o más.

Peso al nacer: (cuantitativa continua).

| Gramos | FA | FR | FR % |
|---------------------------|----|------|--------|
| Menos de 2500grs. | 0 | 0.00 | 0% |
| Entre 2500grs. A 4000grs. | 22 | 0.92 | 91.67% |
| Mayor de 4000grs. | 2 | 0.08 | 8.33% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria

Talla al nacer: (cuantitativa continua).

| Centímetros | FA | FR | FR % |
|-----------------------|----|------|--------|
| Menos o igual a 45cm. | 1 | 0.04 | 4.17% |
| De 46cm. a 49cm. | 8 | 0.33 | 33.33% |
| 50cm. o mas | 15 | 0.62 | 62.50% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente. Secundaria

EG al Nacer: (cuantitativa continua).

| Semanas | FA | FR | FR % |
|-----------------------------|----|------|-------|
| Menor a 37 sem.(pretérmino) | 0 | 0.00 | 0.00% |
| 37-42 sem (termino) | 24 | 1.00 | 100% |
| Mayor a 42 sem (postérmino) | 0 | 0.00 | 0.00% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria

Apgar: (cuantitativa discreta).

| | FA | FR | FR% |
|------------------|----|------|-------|
| 0=muerte | 0 | 0.00 | 0.00% |
| 1-3=DNNS | 0 | 0.00 | 0.00% |
| 4-6 =DNNM | 0 | 0.00 | 0.00% |
| 7-10=RN vigoroso | 24 | 1.00 | 100% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria

*DNNS: depresión neonatal severa.

DNNM: depresión neonatal moderada.

Los cuadros anteriores nos muestran que los niños están dentro de los parámetros adecuados de peso, talla, EG, y Apgar (con la salvedad de 2 niños que pesan más de 4000gr).

Alimentación del niño: (Cualitativa nominal). Datos tomados hasta los 6 meses de vida.

| Alimentación | FA | FR | FR% |
|--------------|----|------|--------|
| PDE | 6 | 0.25 | 25.00% |
| PD+C | 10 | 0.42 | 41.66% |
| AA | 8 | 0.33 | 33.33% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Primaria, Secundaria.

Se destaca que solo el 25.00% de los niños fue alimentado con PDE hasta los primeros 6 meses de vida.

Cumplimiento de Inmunizaciones del niño: (Cualitativa nominal).

| Cumplimiento de inmunizaciones | FA | FR | FR% |
|--------------------------------|----|------|--------|
| SI | 17 | 0.71 | 70.83% |
| NO | 7 | 0.29 | 29.17% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Fuente: Secundaria.

Aquí se observa que el 70.83% contaba con vacunas vigentes.

Cuadros complementarios

Cumplimiento de los controles:

| | FA | FR | FR% |
|---|----|--------|--------|
| Niños que tienen uno o ningún control | 7 | 0.2917 | 29.17% |
| Niños que tienen entre 2 y 7 controles pero no cumplen con periodicidad ni normativa. | 12 | 0.50 | 50.00% |
| Niños que cumplen con el número de controles establecidos por la normativa pero no con la periodicidad. | 5 | 0.2083 | 20.83% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

¿Cuándo la madre trabaja el cuidado del bebe a cargo de?

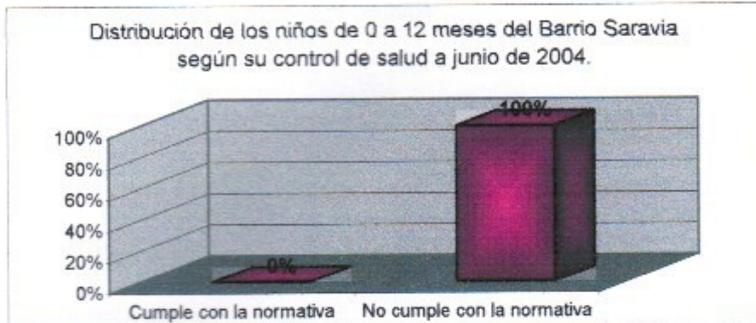
| | FA | FR | FR% |
|-----------|----|--------|--------|
| Familiar | 21 | 0.8750 | 87.50% |
| Empleado | 1 | 0.0417 | 4.17% |
| Guardería | 2 | 0.0833 | 8.33% |
| Total | 24 | 1 | 100% |

Relación de Información de la madre con nivel de instrucción de esta

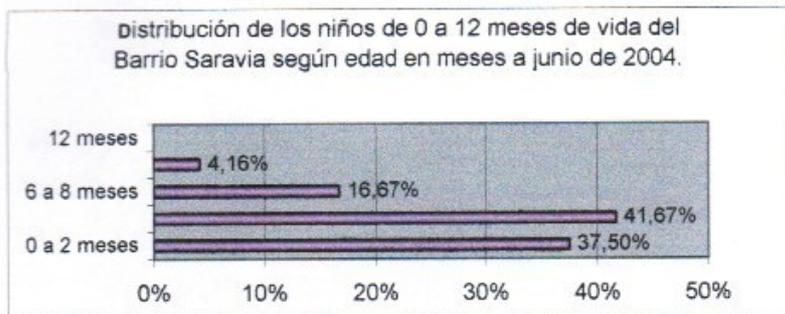
| | FA | FR | FR% |
|---------------------------|----|-------|--------|
| Insuficiente/prim. Incomp | 3 | 0.600 | 60.00% |
| No posee/prim. Incomp | 2 | 0.400 | 40.00% |
| TOTAL | 5 | 1 | 100% |

| | | | |
|--------------------------|---|-------|--------|
| Insuficiente/prim. Comp. | 6 | 0.666 | 66.66% |
| No posee /prim. Comp. | 2 | 0.222 | 22.22% |
| Posee insuf/prim. Comp. | 1 | 0.111 | 11.11% |
| TOTAL | 9 | 1 | 100% |

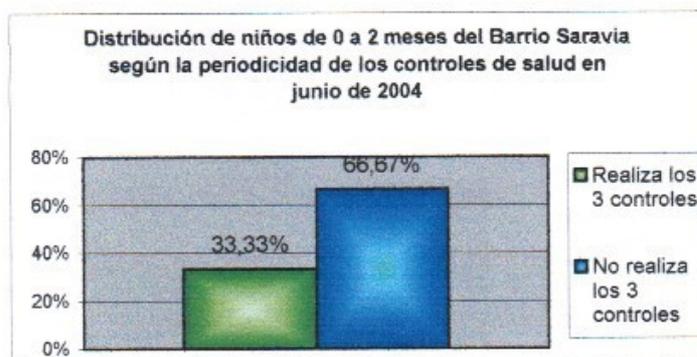
GRÁFICOS



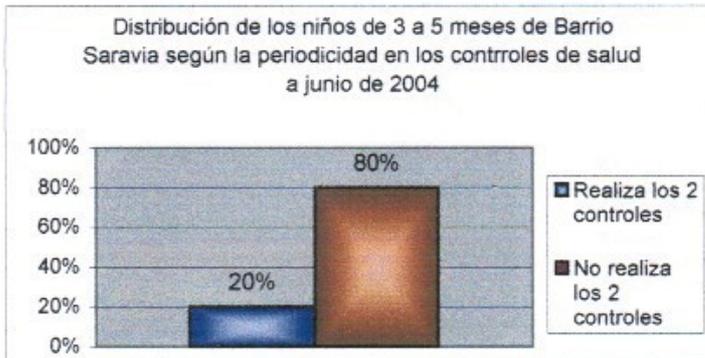
Fuente: secundaria



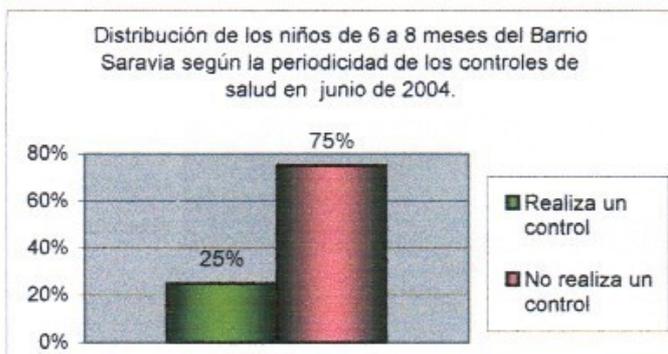
Fuente Primaria y secundaria



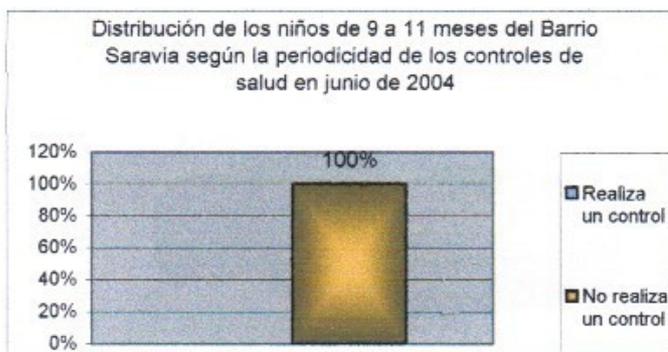
Fuente secundaria



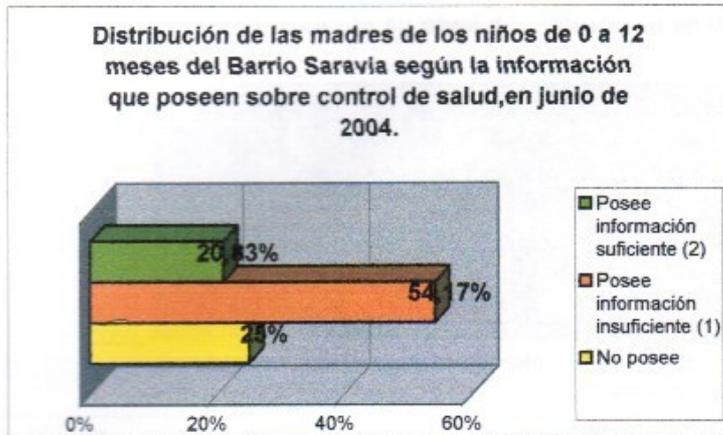
Fuente secundaria



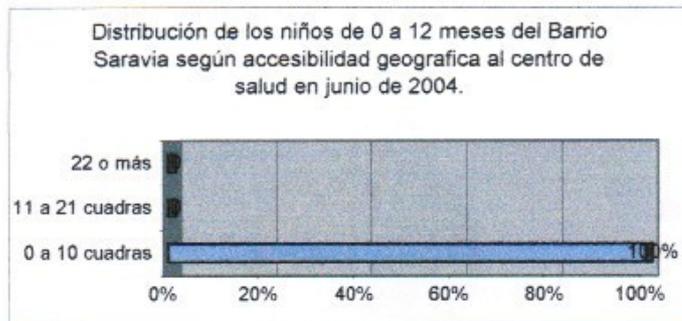
Fuente secundaria



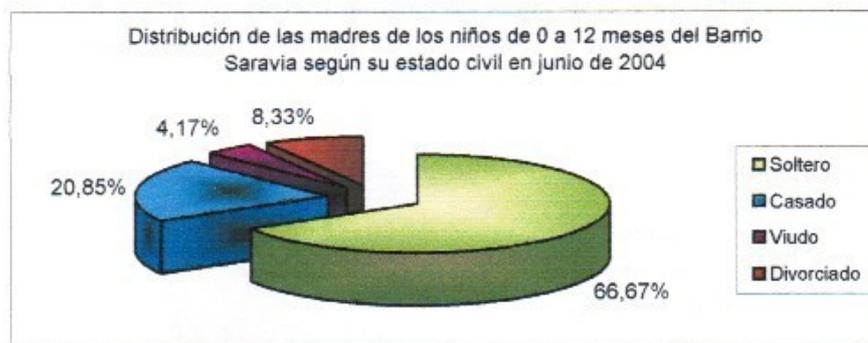
Fuente secundaria



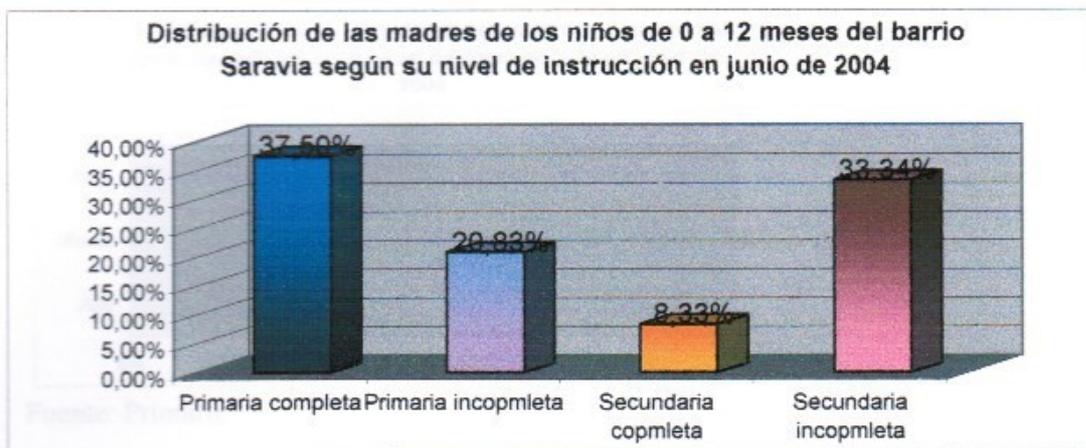
Fuente primaria



Fuente primaria



Fuente primaria



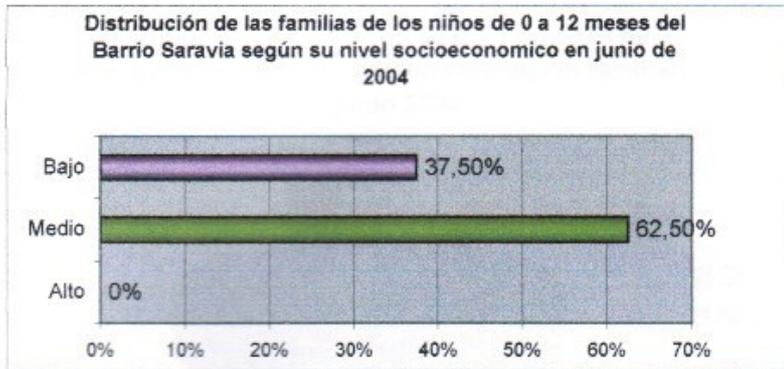
Fuente: primaria



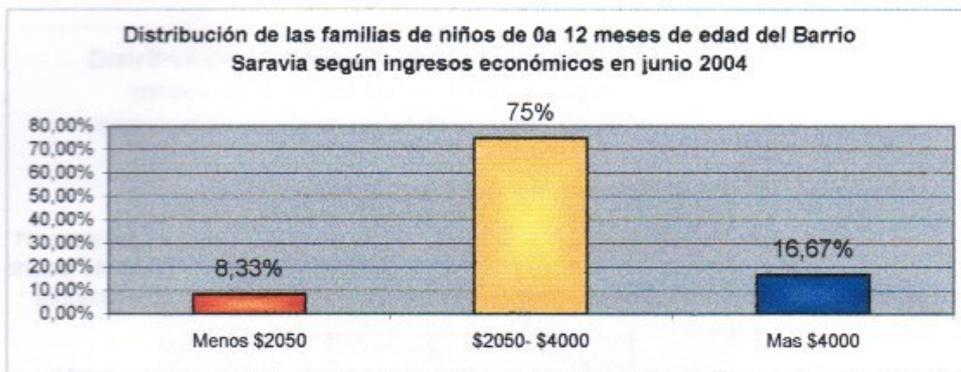
Fuente: Primaria



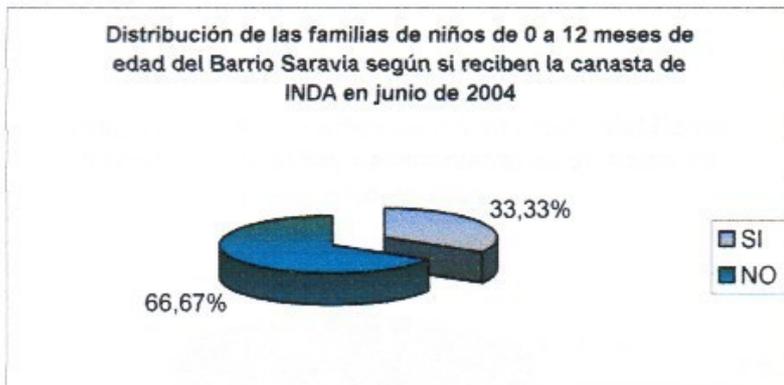
Fuente: Primaria



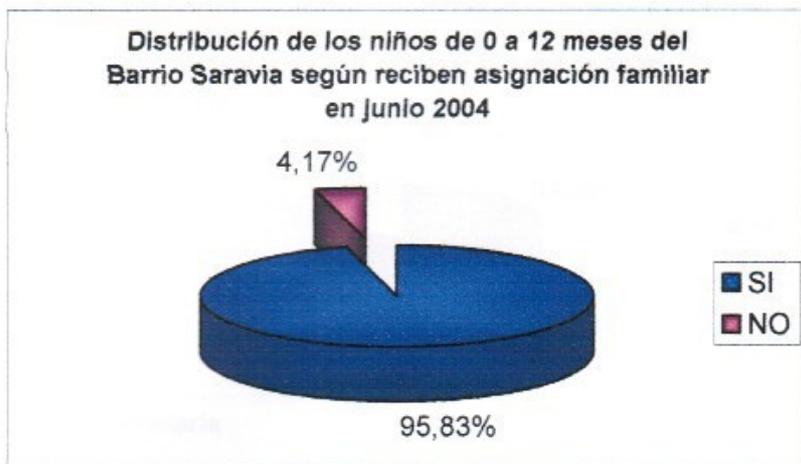
Fuente: Primaria



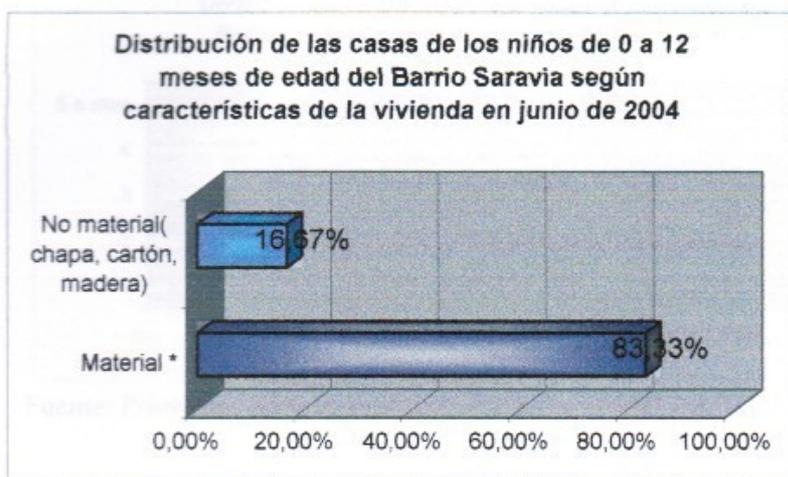
Fuente: Primaria



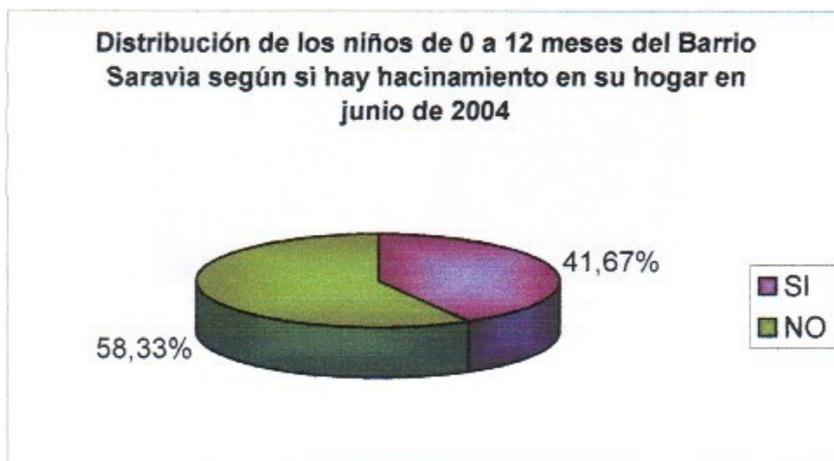
Fuente: Primaria



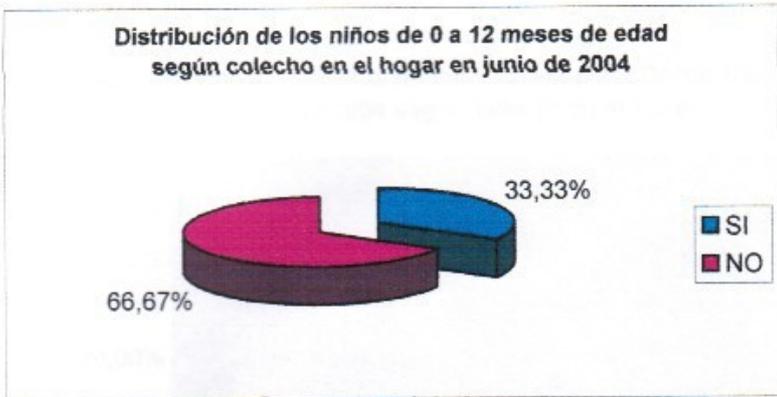
Fuente :Primaria



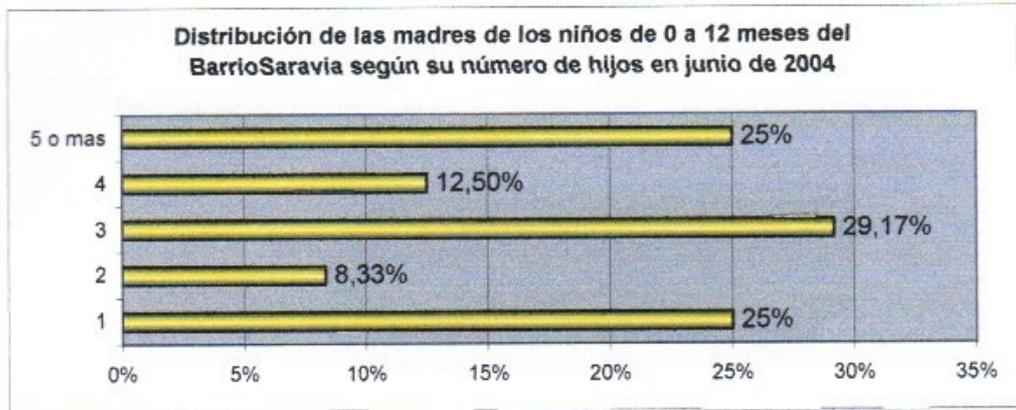
Fuente: Primaria



Fuente: Primaria



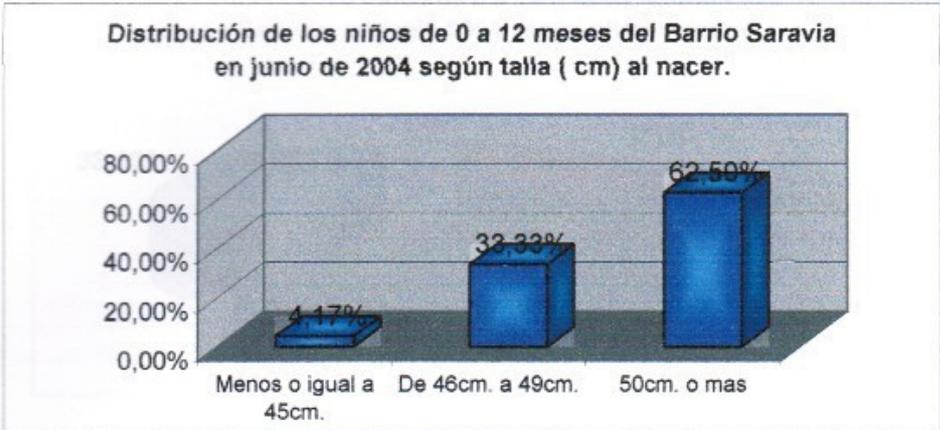
Fuente: Primaria



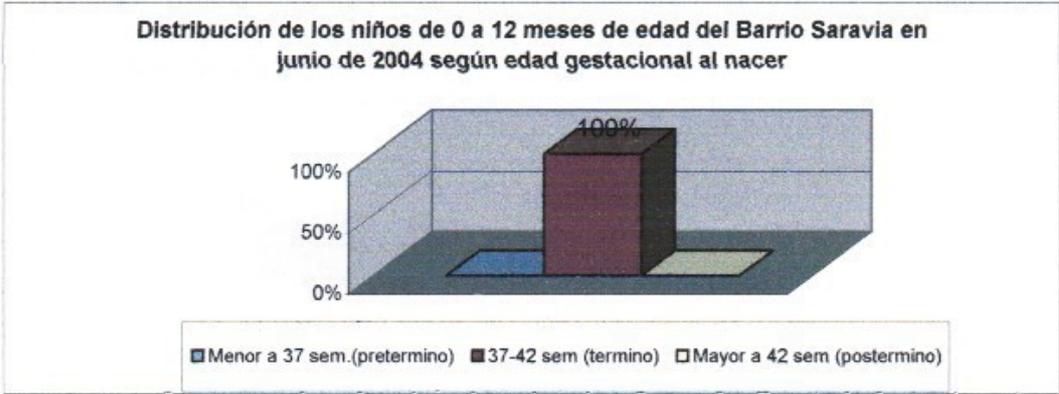
Fuente: Primaria



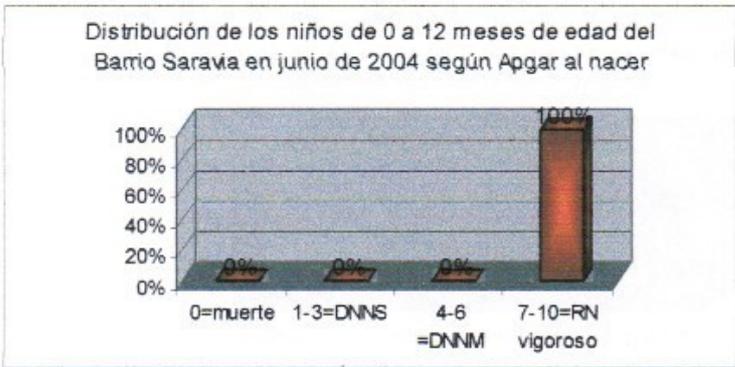
Fuente: Secundaria



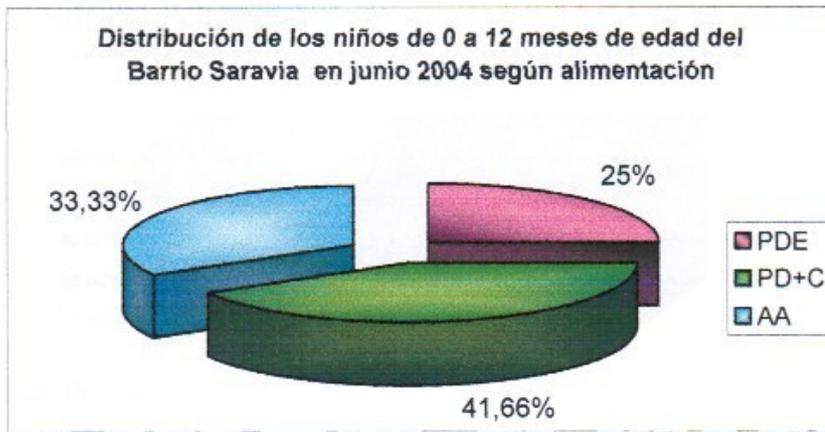
Fuente: Secundaria



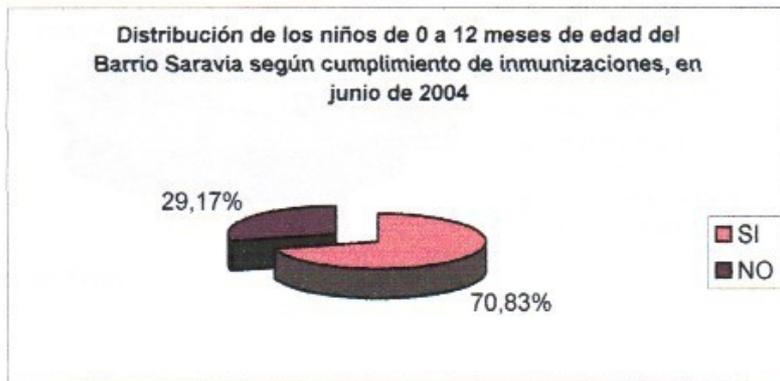
Fuente : Secundaria



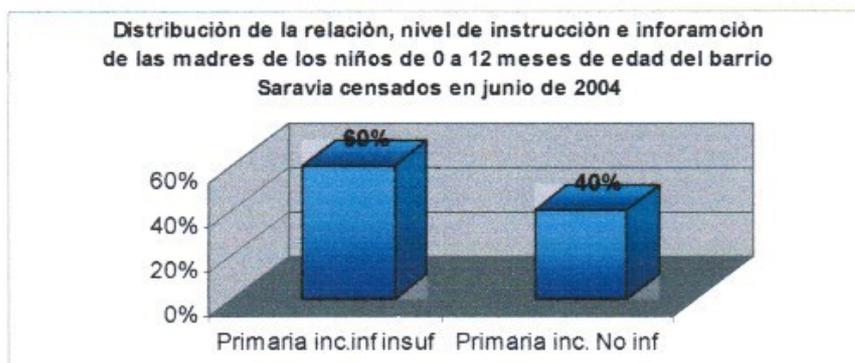
Fuente: Secundaria



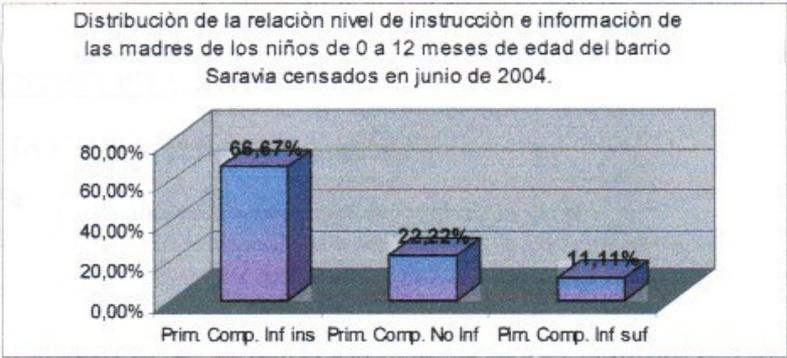
Fuente: Secundaria



Fuente: Secundaria



Fuente: Primaria



Fuente: Primaria



Fuente: Primaria

ENTREVISTA A PEDIATRA

DOCTORA: M.R (MSP Y SEMCO)

- 1) ¿Cuántos años hace que desempeña el cargo?
- 2) ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en la policlínica Saravia? ¿Y en SEMCO?
- 3) ¿Los controles de salud del niño en la Policlínica Saravia cumplen con las normativas del MSP?
- 4) ¿Qué importancia tiene para usted el cumplimiento de los controles?
- 5) ¿Qué porcentaje de niños del Barrio Saravia cumplen con los controles?
- 6) Considera importante el rol de la Licenciada en Enfermería en el control de los niños?
- 7) Existen diferencias en el cumplimiento de los controles en los niños que concurren a la Policlínica Barriañ y los de SEMCO?

- 1) Un año y 4 meses.
- 2) En la Policlínica Saravia 1 año y 4 meses, en SEMCO 8 meses.
- 3) En la policlínica por parte del plantel médico, de licenciadas en enfermería y de auxiliares en enfermería se tiene muy claro la regularidad y contenidos de los controles de salud de los niños. Cuando las madres se acercan a la policlínica, sea para control o consulta se las orienta sobre la importancia de éstos y de llevar anotado cuando será lo correcto que controlen a sus hijos. El tema radica en si ellas lo cumplen o no y es ahí donde falla el sistema de control, ya que muchas sobre todo después del año creen innecesario llevarlos a control, fundamentalmente se trata de niños sanos, con respecto a esto se está realizando detección de los casos más complicados y seguimiento de estos con el fin de lograr mayor aceptación y responsabilidad por parte de los padres.
- 4) Son fundamental, ya que se sabe es la única forma de evaluar el crecimiento y el desarrollo del niño y poder evaluar si se corresponde con su edad.
También es en los controles que muchas veces detectamos enfermedades, muchas muy importantes, que pueden ser cruciales para el futuro del niño. Un diagnóstico precoz y un tratamiento a corto plazo pueden prevenir secuelas posteriores.
Considero también que el control del niño es el momento mas adecuado para:
 - controlar y educar sobre importancia de inmunizaciones.
 - realizar prevención de enfermedades y accidentes
 - promocionar salud.
 - dar nociones de puericultura.
 - comentar a padres sobre documentación: anotación en registro civil, sacar C.I.
 - también controlar inserción escolar.
- 5) Exactamente no se puede determinar, pero creo que no supera el 20 – 30%, por lo menos en forma asidua.
- 6) Sí, son fundamentales para el trabajo en equipo que realizamos, nos brindan un gran apoyo en el seguimiento y control de los casos más problemáticos. Se ha logrado con ellas un mejor y más ordenado registro en las historias clínicas de la policlínica. Y sobre todo se han realizado actividades educativas con las madres, sobre temas muy importantes. Siempre se encuentran muy dispuestas y con ganas de colaborar ante todo lo que se les ha expresado.
- 7) Creo que la mayor diferencia es la importancia de que cada niño tenga su historia clínica y los registros de todos los controles sea en salud o consultas por enfermedad, ya que para el médico que lo vea es muy importante contar con esos datos.
Así mismo en la policlínica en la mayoría de los casos al tener toda historia clínica, generalmente tenemos un diagnóstico de la familia en la que ese niño está inserto. Además en la policlínica Saravia el niño tiene la oportunidad de tener controles hasta su adolescencia gratuitamente.

Ley 14.852

CARNE DE SALUD DEL NIÑO

SE DECLARA DE USO OBLIGATORIO EN TODO EL TERRITORIO NACIONAL.

El Consejo de Estado ha aprobado el siguiente:

PROYECTO DE LEY

Artículo 1º

Declárase de uso obligatorio en todo el territorio nacional el Carné de Salud del Niño.

Artículo 2º

Los servicios de atención médica públicos y privados quedan obligados a expedir el referido Carné.

Artículo 3º

El Poder Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública reglamentará la presente ley.

Artículo 4º

Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones del Consejo de Estado, en Montevideo, a 5 de diciembre de 1978.

HAMLET REYES

Presidente

NELSON SIMONETTI

JULIO A. WALLER

Secretarios

Ministerio de Salud Pública.

Montevideo, 13 de diciembre de 1978.

ABREVIATURAS

AA: Alimentación Artificial.
APS: Atención Primaria en Salud
ATB: Antibiótico
BCG: Bacilo de Caimette-Guerin
BPS: Banco de Previsión Social
CAP: Centro Auxiliar de Pando
CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CEV: Carné Esquema de Vacunación
CHPR: Centro Hospitalario Pereira Rossell.
DPT: Difteria, Pertusis, Tétanos
EDA: Enfermedad Diarreica Aguda
FA: Frecuencia Absoluta
FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación
FR: Frecuencia Relativa
FR%: Frecuencia Relativa Porcentual
HCNB: Historia Clínica del Niño Base
HBIG: Inmunoglobulina G.
HIV: Virus Inmunodeficiencia Humana.
HSV: Virus Herpes Simple.
IMC: Intendencia Municipal de Colonia
IMM: Intendencia Municipal de Montevideo.
INDA: Instituto Nacional de Alimentación
IRA: Infección Respiratoria Aguda.
MSP: Ministerio de Salud Pública
NSE: Nivel Socio-Económico
NHF: Necesidades Humanas Fundamentales
OIT: Organización Internacional de Trabajo
OMS: Organización Mundial para la Salud
PAI: Programa Ampliado de Inmunizaciones
PD+C: Pecho Directo más Complemento
PDE: Pecho Directo Exclusivo
RRHH: Recursos Humanos
SEMCO: Servicio de Emergencia Médica de Colonia Oeste
SIN: Sistema Informático del Niño
SRO: Suero de Rehidratación Oral
SSAE: Servicio de Salud de Asistencia Externa
SIDA: Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación la Ciencia y la Cultura.
UNAMEFA: Unidad de Atención Médico de Familia