



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CÁTEDRA SALUD COMUNITARIA

# SITUACION DE SALUD DE LOS NIÑOS DE 0 A 3 AÑOS DEL CENTO DE SALUD VIGIA

**Autor:**

Br. Da Rosa, María José

**Tutor:**

Prof. Lic. Enf. Teresa Menoni

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

Montevideo, 2013



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## AGRADECIMIENTOS

En primera instancia quisiera agradecerles a mi hija, mi marido y mis padres, que son las personas que me acompañaron a lo largo de este camino, y son quienes mayores sacrificios personales han realizado para que culminara con esta etapa.

A mi familia y amigos, que tomaron esta tarea como personal apoyándome e impulsándome a en todo momento.

Al personal en su conjunto del Centro de Salud Vigía, quienes me facilitaron el acceso a los registros, me brindaron un espacio físico para realizarlos y estuvieron siempre abiertos a mis consultas y sugerencias.

Y para finalizar a aquellos docentes que marcaron mi camino de estudiante y que los llevaré siempre en el recuerdo como ejemplos de profesionales y de buenas personas.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## SIGLAS UTILIZADAS

**RN:** Recién Nacido

**TMI:** Tasa de mortalidad infantil

**TMPN:** Tasa de mortalidad perinatal

**TMN:** Tasa de mortalidad neonatal

**APS:** Atención primaria en salud

**OMS:** Organización mundial de la salud

**OPS:** Organización panamericana de salud

**VD:** Visita domiciliaria

**MSP:** Ministerio de salud pública

**ASSE:** Administración de los servicios de salud del estado

**UNICEF:** Fondo de las naciones unidas para la infancia

**UNESCO:** Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

**HC:** Historia Clínica

**HCE:** Historia Clínica Electrónica

**S/D:** Sin dato

**LV:** Leche de vaca

**PD.exc.:** Pecho directo exclusivo

**Sol:** Solido

**LM.exc.:** Leche modificada exclusiva

**BPA:** Buenas prácticas de alimentación



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## ÍNDICE

|                                    |            |
|------------------------------------|------------|
| Agradecimientos.....               | Pag. 3     |
| Siglas.....                        | Pag. 4     |
| Introducción.....                  | Pag. 6-7   |
| Planteamiento del Problema.....    | Pag. 8     |
| Objetivos de la Investigación..... | Pag. 9     |
| Marco Referencial.....             | Pag. 10-11 |
| Fundamentación y Antecedentes..... | Pag. 12-13 |
| Marco Conceptual.....              | Pag. 14-23 |
| Diseño Metodológico.....           | Pag. 24-25 |
| Definición de las Variables.....   | Pag. 26-28 |
| Presentación de Resultados.....    | Pag. 29-46 |
| Análisis.....                      | Pag. 47-53 |
| Conclusiones.....                  | Pag. 54-55 |
| Sugerencias.....                   | Pag. 56    |
| Bibliografía.....                  | Pag. 57-58 |
| Anexos.....                        | Pag. 59-68 |





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## INTRODUCCIÓN

Este trabajo fue realizado por una estudiante de la UDELAR, Facultad de Enfermería, enmarcado dentro del Cuarto Ciclo del Plan de Estudios 1993 y correspondiente al Trabajo Final de Investigación; mediante la misma se buscó conocer la situación de salud de los niños menores de tres años que se atienden en el Centro de Salud Vigía, según los registros del Programa Aduana, correspondiente al Departamento de Maldonado, en el período comprendido entre el 4 de febrero y el 25 de marzo del presente año.

Se estudiaron los registros de 137 Historias Clínicas de niños correspondientes a la franja etaria de 0 a 3 años de edad que concurren a controles de salud en el Centro de Salud Vigía.

En el año 1971 se creó dentro del área de Materno Infantil un sub programa denominado "Programa Aduana". Su objetivo principal fue asegurar el control y seguimiento del Recién Nacido y lactante luego del alta hospitalaria. Actualmente este objetivo se extiende a la captación del RN desde la maternidad, la derivación al Centro de salud de su zona, el seguimiento del mismo a través de la Visita Domiciliaria, el apoyo en la práctica de la lactancia materna, los controles en salud, vacunación, detección de enfermedades crónicas, extendiéndose este control hasta los 3 años de vida, entre otros.

Según los datos publicados en 2012 por la Dirección Departamental de Salud de Maldonado, la Tasa de Mortalidad Infantil en dicho departamento a presentado una tendencia descendente que acompaña las cifras a nivel Nacional, esto se ha dado entre otros por el cumplimiento de los objetivos del Programa Aduana, que logra que ningún niño nacido dentro del territorio nacional quede por fuera del sistema de atención de salud.

En cuanto a los antecedentes de investigaciones realizadas a nivel nacional respecto al Programa Aduana y sus registros, no se encontraron estudios



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



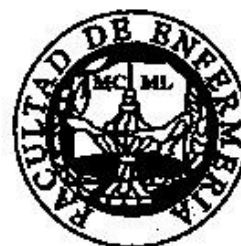
actualizados y con datos estadísticos en los registros buscados en Biblioteca de Facultad de Enfermería y los buscadores web.

El tipo de estudio es de diseño cuantitativo, descriptivo y de corte transversal. El instrumento que se utilizó fue la ficha de recolección de datos basada en la ficha de Plan Aduana.

Se procedió al análisis estadístico de la información existente en la ficha de Plan Aduana y en las Historias Clínicas de los niños, planteando conclusiones y sugerencias para la continuidad de próximos estudios dentro del lineamiento de investigación.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la situación de salud de los niños menores de tres años que se atienden en el Centro de Salud Vigía según consta en los registros del Programa Aduana (fichas e historias clínicas)?

La línea de investigación fue brindada por la Cátedra de Salud Comunitaria, que orienta la realización de este Trabajo de Investigación Final.

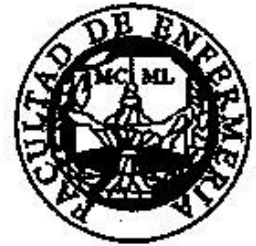
Este trabajo proporciona datos obtenidos acerca de la salud de los niños de una zona del Departamento de Maldonado, en base a los registros de las HC y fichas de Aduana.

A su vez nos enfoca en justificar la necesidad de la existencia de los registros para el cumplimiento de los objetivos del programa y su justificación.

El conocimiento del estado de salud de estos niños y su consecuente registro nos llevara a la disminución de la morbi-mortalidad infantil siendo fundamental el compromiso del equipo de salud a la hora de llevar adelante un registro fidedigno, claro y de fácil acceso para el equipo.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

### Objetivo general:

- Conocer la situación de salud de los niños de 0 a 3 años que se atienden en el Centro de Salud Vigía, a través de los registros realizados en las Historias Clínicas y Fichas de Aduana de los mismos.

### Objetivos Específicos:

- Caracterizar a la población según edad y sexo.
- Identificar si la cantidad de controles realizados en cada niño es el adecuado para su edad según lo estipulado por el Programa de Salud de la Niñez del MSP
- Corroborar si presentan esquemas de Vacunaciones vigentes
- Identificar si el tipo de alimentación que recibe el niño es el adecuado para la edad del mismo.
- Identificar si el estado nutricional del niño es el adecuado para la edad según las tablas de percentiles.
- Identificar si fueron realizadas las valoraciones bucales según lo pautado por el Programa de Salud Bucal
- Identificar si se realizó visita domiciliaria a aquellos niños que se encuentran bajo el criterio pautado por MSP



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## MARCO REFERENCIAL

En Uruguay la población de niños y adolescentes que corresponden a la franja etaria de 0 a 14 años corresponde a un 30% aproximadamente de la población total. De esas cifras el 46% aproximadamente nacen en hogares pobres.<sup>1</sup>

"Según la OMS (2004) cada año muere en el mundo alrededor 3.7 millones de Recién nacidos durante las 4 primeras semanas de vida y la mayoría de las muertes suceden en el hogar, en países en desarrollo..."<sup>1</sup>

Según datos publicados en 2012 por la Dirección Departamental de Salud de Maldonado la Tasa de Mortalidad Infantil en Maldonado en el año 2011 correspondió a un 5.5/mil nacidos vivos, siendo la neonatal de un 5.1/mil nacidos vivos y la post neonatal de un 0.4/mil nacidos vivos. En 2005 la TMI correspondía a un 13,2/mil de la cual un 9.3/mil correspondía a TMN y un 3.8/mil a la TMPN

"La tendencia descendente de la TMI, se inscribe en la del resto del país y se relaciona con diversos fenómenos tales como las mejoras de las condiciones sanitarias, la ampliación del Esquema de Vacunación obligatoria, la reforma de la matriz de protección social, el continuo avance de las ciencias médicas y las mejoras de las condiciones económicas del país."<sup>1</sup>

Las políticas de salud implementadas atienden y garantizan el cumplimiento del Programa de Salud de la Niñez.

El Programa Aduana tiene como objetivo el descenso de la mortalidad infantil y por tanto los servicios de salud han apuntado al fortalecimiento del mismo, entrenando personal, asignando recursos, mejorando los registros; asegurando

---

<sup>1</sup> Dra. LAGEARD. C BEATRIZ, Indicadores Básicos de Salud, Maldonado 2012



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



que ningún niño nacido dentro del territorio nacional quede fuera del sistema de atención de la salud.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Dra. MENDEZA, Dra. GARCIA.G, Dra. CONTERA.M. Sistema Informático del Programa Aduana-Setiembre. Montevideo, Uruguay, 2002.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

Durante la gestación y en los primeros años de vida el niño se juega las mayores chances de alcanzar un crecimiento y desarrollo adecuados, la nutrición juega un papel muy importante así como la estimulación oportuna y la detección precoz de alteraciones en la salud. Es en los primeros años en que el niño aprende a vincularse con sus padres, hermanos y con el entorno; adquiere hábitos, seguridad, confianza en sí mismo, etc.

El Programa de Salud de la Niñez tiene como objetivo general "...lograr un adecuado crecimiento y desarrollo de toda la población infantil y adolescente del País desde su nacimiento hasta los 14 años, incorporando un enfoque de salud integral y de calidad, con énfasis en acciones de educación y promoción de la salud aplicando una estrategia de APS coordinadas con otros efectores, con perspectivas de derechos, de género y de equidad social, actuando sobre diversos factores que influyen sobre la salud de la población..."<sup>1</sup>

Para poder cumplir los objetivos es necesario desarrollar estrategias de captación, seguimiento de niños, acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en los primeros años de vida.

La aplicación del programa aduana permite la captación del Recién Nacido desde las maternidades, la derivación al centro de salud de su zona, el seguimiento del mismo a través de la visita domiciliaria, el apoyo de la práctica de lactancia materna, los controles en salud, vacunación, detección de enfermedades crónicas (luxación congénita de cadera, entre otras) a través de la ecografía de cadera, etc.

Así pues la OMS y UNICEF recomiendan las visitas domiciliarias durante la primera semana de vida del niño, para el acompañamiento y la vigilancia en los cuidados de la salud de los RN, en conjunto con la familia.

En este marco el Primer Nivel de Atención es el ámbito en el cual se lleva adelante esta actividad, donde se logra el seguimiento longitudinal del niño.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Todas las acciones que están enmarcadas en los programas de salud resultarían insuficientes si no se acompañan de los registros correspondientes. Éstos resultan imprescindibles a la hora de lograr una adecuada comunicación dentro del equipo de salud y como fuente de información para el mismo, con el fin de lograr una continuidad en el proceso, para trabajos estadísticos y de investigación, para la detección de complicaciones y una cobertura legal del mismo.

Aquí al igual que en todas las intervenciones que los diferentes integrantes del equipo de salud realizan, es fundamental contar con registros claros, fáciles de procesar y analizar y que además nos permitan comparar resultados.

En cuanto a los antecedentes de investigaciones realizadas a nivel nacional respecto al Programa Aduana y sus registros debo decir que no se encontraron estudios actualizados y con datos estadísticos. Esto está, según mi opinión vinculado a los pocos años que lleva implementándose en forma estricta en todo el país y a la transición de la metodología de registro (del registro manual al informático)





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## MARCO CONCEPTUAL

La función de investigación forma parte del Perfil del Licenciado en Enfermería y por lo tal dentro de los objetivos institucionales de la Facultad de Enfermería, se encuentra "...Integrar a los estudiantes a los programas de investigación, como parte de su formación, en forma progresiva, culminando éste, con una investigación final..."<sup>3</sup>. Esta actividad nos permitirá como profesionales, alcanzar un campo propio de conocimientos que clarifique y enriquezca nuestros conocimientos.

Si hablamos de salud debemos aclarar que no hay un concepto que podamos tomar como único, ya que este depende de la situación política y socio-económica por la cual se encuentre la humanidad. La OMS define a la Salud como "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia"<sup>4</sup>. Si tomamos el concepto de la Facultad de Enfermería UdeLaR "La salud es un proceso que constituye un producto social que se distribuye en las sociedades según el momento histórico y cultural en que el hombre se encuentra. En este proceso el Hombre puede tener distintos grados de independencia de acuerdo a su capacidad reaccional y a la situación salud-enfermedad en que se encuentre. La Salud es un derecho inalienable del Hombre, que debe estar asegurado por el Estado a través de políticas eficaces, con la participación de la población y del equipo de salud, promoviendo la autogestión de los grupos"<sup>4</sup>.

La Facultad de Enfermería nos da también el concepto de Hombre como "ser biopsicosocial, en relación dialéctica con el medio. Por su quehacer transformador de la realidad objetiva es un ser histórico que elabora conocimientos acerca de sí mismo y de la realidad; se expresa a través de sus

<sup>3</sup> UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA, Facultad de Enfermería. Plan de Estudio, Marco conceptual. Se puede encontrar en: <http://www.fenf.edu.uy/index.php/depto-educacion/99-el-plan>

<sup>4</sup> CONSTITUCION DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos, Suplemento de la 45a edición. Nueva York, EUA, Octubre de 2006



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



necesidades que emergen de lo social y psicobiológico, aun cuando lo que él piensa y siente no siempre se refleja en forma manifiesta. Es sobre la base del develar estas contradicciones que se procesa el desarrollo del Hombre".<sup>4</sup>

Es aquí donde nos debemos plantear que es el desarrollo y cuáles son sus diferencias con el crecimiento ya que ambos conceptos se encuentran ligados. El crecimiento ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo. Que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular. Mientras que el desarrollo es el proceso por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas. Éste se define según la OMS como "... un proceso que comienza desde la vida intrauterina y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la maduración neurológica, de comportamiento, cognitiva, social y afectiva del niño. El resultado es un niño competente para responder a sus necesidades y a las de su medio, considerando su contexto de vida..."<sup>5</sup>

Los factores que regulan el crecimiento y el desarrollo son los nutricionales, los factores socioeconómicos, factores emocionales, los factores genéticos y los factores neuroendocrinos.

El estado nutricional es la condición del organismo que resulta de la absorción y utilización de los alimentos ingeridos, cuya valoración se hace en forma directa mediante el uso de indicadores antropométricos<sup>6</sup>.

"La elección que realicemos de los alimentos y su formas de consumo determinaran en gran medida los años de vida saludable que logremos alcanzar a lo largo de nuestra existencia. De ahí la importancia que tiene alimentarse saludablemente a lo largo de toda la vida, muy especialmente desde antes de la concepción y durante la primera infancia, ya que en este periodo se definen las condiciones para el mejor desarrollo físico e intelectual,

<sup>5</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. 2ª Edición. Washington D.C, EUA, 2011

<sup>6</sup> ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Salud en las Américas. Volumen I. OMS. Washington D.C, EUA, 2003 Publicación Científica y Técnica No. 587



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



aspectos vitales para el desenvolvimiento personal y de la sociedad en su conjunto. A esto se agrega el argumento consistente sobre la importancia de la dieta saludable y la buena nutrición en los primeros años de vida como factores determinantes en la vida adulta, para la prevención de enfermedades crónicas<sup>7</sup>.

"...En la región de las Américas, los problemas de desnutrición coexisten cada vez más con problemas de sobre alimentación. La desnutrición afecta básicamente a los lactantes y niños menores de 2 años y se manifiestan como retraso del crecimiento y anemia. El sobrepeso y la obesidad se están convirtiendo en problemas crecientes que contribuyen a la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes de tipo II en los adultos..." "...El período de mayor riesgo de malnutrición coincide con el periodo de la lactancia natural y la alimentación complementaria. Si bien la mayoría de las mujeres de América Latina amamantan y lo hacen por un periodo relativamente largo, las prácticas de la lactancia natural están lejos de ser las óptimas. La duración de la lactancia natural exclusiva, el comportamiento que más se asocia con una reducción de la morbilidad y la mortalidad de los lactantes, tiene una duración muy inferior a los 6 meses recomendados por la OMS..." "...La desnutrición, que se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es a menudo un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y como tal, se asocia con muchas causas de muertes de los niños menores de 5 años. La desnutrición crónica, medida según el retraso del crecimiento, es la forma más frecuente de desnutrición en la región. Las características del riesgo de retraso del crecimiento específicas para la edad (desde el nacimiento hasta los 24 meses de edad) son similares a todos los países de la región, a pesar de que su grado varía mucho..."<sup>7</sup>

<sup>7</sup> GRUPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, Manual de Alimentación para la Familia, Montevideo, Uruguay 2009



"Un 35% de la carga de morbilidad de los menores de 5 años se asocia a la desnutrición. La alimentación del lactante y del niño pequeño es fundamental para mejorar la supervivencia infantil y fomentar un crecimiento y desarrollo saludables. Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. De hecho, las prácticas óptimas de lactancia materna y alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años. Las recomendaciones de la OMS y el UNICEF con respecto a la alimentación óptima del lactante y el niño pequeño son:

- Inicio inmediato de la lactancia materna en la primera hora de vida.
- Lactancia exclusivamente materna durante los primeros 6 meses de vida.
- Introducción de alimentos complementarios seguros y nutricionalmente adecuados a partir de los 6 meses, continuando la lactancia materna hasta los 2 años o más.

A nivel mundial las cifras muestran que muchos lactantes y niños no reciben una alimentación óptima. Así, por ejemplo, por término medio solo aproximadamente un 35% de los lactantes de 0 a 6 meses reciben lactancia exclusivamente materna."<sup>8</sup>

En estudios realizados en nuestro país nos muestran que "...La tasa de lactancia exclusiva en niños menores de 6 meses experimentó un aumento respecto de las cifras de 2007 pasando de 57.1 % en ese año a 65.2 % en 2011 lo cual representa un cambio muy positivo. Ese aumento se logró a expensas fundamentalmente de un incremento de los niños amamantados en forma exclusiva al 6º mes..."<sup>9</sup>

<sup>8</sup> ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Alimentación del lactante y del niño pequeño. Se puede encontrar en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

<sup>9</sup> UNICEF, Encuesta Nacional sobre lactancia, estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia. Uruguay 2010-2011.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Actualmente las políticas nacionales apuntan a las estrategias de APS y ésta se define por la Facultad de Enfermería como "... una filosofía que orienta a tener planes estratégicos para enfrentar los problemas de salud en una realidad concreta que compromete y afecta a todo el sistema de salud y a la población..." Los principios esenciales de esta filosofía son, justicia social e igualdad, auto responsabilidad, solidaridad internacional y aceptación de un concepto amplio de salud. <sup>4</sup>

Una de las grandes estrategias que tuvo el MSP para poder llevar adelante este concepto fue la implementación del Programa Aduana en nuestro país. Este funciona hace más de 40 años (desde el año 1971) y se fue incorporando en un principio en la capital del país y luego en todo el territorio nacional.

Su objetivo principal fue asegurarse el control y seguimiento del Recién Nacido y Lactante luego del alta hospitalaria.

Actualmente el programa se desarrolla bajo los principios de coordinación intranstitucional e interinstitucional entre los diversos efectores del subsector público y privado.

El mismo tiene como objetivo, asegurar el control y seguimiento del RN una vez egresado de la maternidad, asegurar el control y seguimiento del lactante, asegurar el control de la puérpera adolescente, mejorar las condiciones de salud de las adolescentes madres, promoviendo el auto cuidado y facilitando el vínculo con los equipos de salud; prevenir un nuevo embarazo no deseado en las adolescentes madres <sup>10</sup>

Este comprende además las tareas de recepción de los listados enviados por los centros hospitalarios en soporte papel y la introducción al sistema informático desde el ingreso a la maternidad (captación); se informa a las policlinicas dependientes de los centros, policlinicas municipales y medicas de

---

<sup>10</sup> Dra. MENDEZ.A, Dra. GARCIA.G, Dra. CONTERA.M. Sistema Informático del Programa Aduana-Setiembre. Montevideo, Uruguay, 2002.





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



familia , los datos de las púerperas y recién nacido referidos a esos efectores según su lugar de residencia; apertura de tarjetas de seguimiento por cada niño citado, y el consiguiente registro en forma digital; clasificación de los niños de riesgo y realización de las visitas domiciliarias a los mismos; 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.

Aquellos niños que no son llevados al control se los contactara telefónicamente para re agendar una nueva fecha de control, si no fueran contactados o no concurrieran nuevamente al control, se le realizara una visita domiciliaria procurando su captación.

Los controles ya pautados son los siguientes: en el RN de 6 a 9 días de vida se le debe realizar el primer control, y el próximo entre los 20 y 23 días de nacido. A partir del primer mes de vida hasta los 6 meses, deberá de presentar un control mensual. Luego de este periodo cada dos meses hasta llegar al año de vida. Desde el primer año hasta los dos años se le realizara un control cada 3 meses y a partir de los dos años hasta los tres, un control cada 4 meses.<sup>11</sup>

La visita domiciliaria es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario y su familia , se realizara a todos los recién nacidos de riesgo, esto incluye a prematuros, niños con defectos congénitos, con patologías que requirieron cuidados especiales o intensivos, hijos de madres menores de 17 años, de madres consumidoras de sustancias psicoactivas, madres con problemas mentales, antecedentes de hijos fallecidos en el primer año de vida, o embarazos que no fueron controlados correctamente.<sup>10</sup>

El programa Aduana define el momento oportuno, la frecuencia de visitas, de acuerdo a criterios de categorización de riesgo. A efectos de este documento se clasifican los mismos de acuerdo a factores biológicos o psicosociales.

---

<sup>11</sup> Documento de Identificación en los servicios de salud y establecimientos educativos, CARNE DE SALUD DEL NIÑO Y LA NIÑA.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Riesgo 1 severo es aquel niño que requiere de más de 5 días de internación, peso al nacer menor a 1500 grs., que requiere control en policlínica especializada, el niño que nunca fue amamanto, acompañado de alguna otra patología por ejemplo respiratoria, inmunización no vigente, desde más de un mes. Si la madre presenta alguna enfermedad de transmisión sexual, padre o madre con VDRL positivo o VIH positivo o signos de desnutrición. Dentro de los psicosociales tenemos madres adolescentes o adolescentes y multiparas, niños de alto riesgo social considerado por el pediatra, niños abandonados por su madre o huérfanos de madre o padre, que no cumpla con los controles pautados, madre o padre con patologías psiquiátricas, adicciones en el grupo familiar, conductas de violencia y maltrato en el núcleo familiar, inadecuado control en el embarazo y puerperio, madre con dificultad en el aprendizaje y problemas cognitivos sin apoyo familiar y soporte familiar inadecuado. El niño que presente alguna o varias de estas características debe de ser controlado por pediatra entre los 3 y 5 días post-alta.

Riesgo 2 moderado se los clasifica a los RN dado el alta de alojamiento madre-hijo, RN con resultados de paraclínica pendientes, niño que nunca amamanto, destete menor a 6 meses, inmunización no vigente desde hace menos de 1 mes, madre fumadora. En cuanto a los aspectos psicosociales madre adolescente, familia mono parental, niño que no cumple con los controles pautados con atraso de un mes, madres sin redes de apoyo familiar, padre o madre analfabeto sin dificultades de comprensión, madre sin pareja estable que no utiliza métodos de barrera, madre que no utiliza anticonceptivos, vivienda con signos de humedad, inexistencia de luz eléctrica, saneamiento y/o agua potable, inexistencia de baño interior, presencia de colecho, de basurales en los alrededores de la vivienda, inexistencia de ingreso fijo en el hogar. Estos niños deben ser controlados entre 7 y 10 días.

Riesgo 3 leve comprende a los niños que presentan inmunizaciones vigentes, soporte familiar, personas que cumplen los roles de madre y padre con pareja estable, soporte familiar adecuado, vivienda sin signos de humedad, padre o



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



madre con estudios primarios y/o secundarios, concurrencia a los controles pediátricos en tiempo y forma.<sup>12</sup>

En la institución pertinente no se utiliza esta clasificación tal cual se describe, debido a que la población presenta en todos los casos algunos o varios de los factores que determinan el riesgo 1 o 2. Por lo que se resumen en riesgo 1 y riesgo 2 con las mismas características.

Este programa nos permite observar al individuo inserto en su núcleo familiar y detectar aquellos factores que interfieren en el proceso salud-enfermedad y aquellos que favorecen.

Según la UNESCO<sup>13</sup> la familia es la unidad básica de la sociedad y por ello desempeña un papel fundamental en la transmisión de los valores culturales y éticos como elementos del proceso de desarrollo.<sup>13</sup>

La familia es una forma de organización grupal intermedia entre el individuo y la sociedad, es un subsistema social abierto en constante interacción con el medio natural y social, de elementos inter-actantes, de tal modo que el comportamiento de un elemento en cierta situación es diferente en otra situación. Si uno de los elementos se modifica, se modifica el resto.<sup>14</sup>

A su vez puede definirse a la salud de la familia como el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes.<sup>14</sup>

<sup>12</sup> JUNTA NACIONAL DE SALUD, Metas del niño, niña y la mujer. Programa Aduana. Montevideo, Uruguay, Setiembre 2011.

<sup>13</sup> UNESCO. Sistema de Información sobre Primera Infancia en Iberoamérica. Madrid, España. Se puede encontrar en:

[http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215039s.pdf#xml=http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?database=&set=509D77F6\\_3\\_275&hits\\_rec=1&hits\\_lng=spa](http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215039s.pdf#xml=http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?database=&set=509D77F6_3_275&hits_rec=1&hits_lng=spa)

<sup>14</sup> BARRENECHEA.C, MENONI.T, LACAVA.E, MONGE.A, ACOSTA.C, CROSA.S, GABRIELSYK.I, CARILLO.R. Herramientas metodológicas para el trabajo en Primer Nivel de Atención, capítulo 7. Comisión sectorial de educación permanente, Universidad de la República.





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Al seguimiento del lactante se agrega un componente que es la salud bucal, cuyo objetivo es realizar un control odontológico cada 6 meses desde el nacimiento hasta que cumpla los 3 años y luego el control anual. Las recomendaciones en relación a la salud bucal son las siguientes: no limpiar el chupete con la boca del adulto ni administrarle con el mismo miel u otros dulces, después de la erupción dentaria y hasta los 2 años de edad se recomienda la higiene con cepillo de dientes sin pasta dental, a partir de los 2 años cepillar con pasta dental después de cada comida y evitar el consumo en exceso de caramelo y bebidas azucaradas.<sup>11</sup>

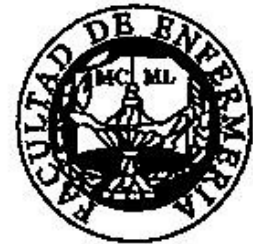
Otro de los aspectos que se toma en cuenta dentro de este plan es el cumplimiento del esquema de vacunación. Una vacuna es un producto biológico que sirve para prevenir infecciones. Activan nuestro organismo para que desarrolle defensas específicas contra ellas. Están compuestas por fracciones de microorganismos o parte de proteínas de los mismos (vacunas inactivadas) o por microorganismos vivos debilitados (vacunas atenuadas). Cuando se administran a una persona producen una respuesta inmune (defensas) que previenen la infección que causa el microorganismo con que están hechas. El sistema inmunológico (sistema de defensa) de cada persona se encarga de generar esta respuesta inmune, que protege al organismo frente a la agresión por microorganismos infecciosos.

Actualmente el Programa Nacional de Vacunación administra 10 vacunas que previenen 13 infecciones: Tuberculosis, Poliomiélitis, Difteria, Tétano, Tos Convulsa, Hepatitis B, infecciones por Haemophilus Influenza (sobre todo Meningitis), infecciones por Neumococo (sobre todo Meningitis y Neumonías), Sarampión, Rubiola, Paperas, Varicela y Hepatitis A.

La mayoría de las vacunas se administran a los niños, hasta los 12 años de edad, pero los adultos deben de continuar vacunándose contra el Tétano y la Difteria (vacuna DT) y las vacunas antigripales según recomendaciones y situación epidemiológica del país.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Este mecanismo es de suma importancia porque colabora en mantener un control sobre las infecciones que se pueden prevenir mediante la aplicación de la vacuna. A mayor número de personas vacunadas, mayor defensa inmune tiene la sociedad en su conjunto, previendo la aparición de enfermedades que afecten a todo nuestro entorno.<sup>15</sup>

El Uruguay presenta su propio esquema de vacunación (ver anexo) adaptado a las necesidades que presenta la población.

<sup>15</sup> MSP. Infovacunas. Montevideo, Uruguay 2012. Se puede encontrar en:  
<http://www.msp.gub.uy/vacunas/index.html>



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio de los registros en las Historias Clínicas y Fichas de Plan Aduana del Centro de Salud Vigía, de los niños menores de 3 años mediante una investigación cuantitativa que se basa en un pensamiento deductivo que va desde lo general a lo particular utilizando la recolección y análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente; de tipo descriptivo (Hernández Sampieri, 2010, Pp 80); "...busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población..."; "...únicamente pretende medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos de las variables a las que se refiere, su objetivo no es indicar como se relacionan estas...".

Además se puede considerar al estudio como transversal (Hernández Sampieri, 5ta. edición, 2010, capítulo 7 Pp 151) ya que estos tipos de estudios se caracterizan por ser "...investigaciones que recopilan datos en un momento único, su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado, es como tomar una fotografía de algo que sucede..."

La muestra es de tipo no probabilístico (Hernández Sampieri, 5ta. edición, 2010, capítulo 8 Pp 176); "...subgrupo de la población en la que la elección de los elementos no depende de la probabilidad sino de las características de la investigación...; la elección del tipo de muestra depende del objetivo del estudio de investigación y de la contribución que se piensa hacer con ella..."

El contexto de donde se obtuvo la población de estudio es de el Centro de Salud Vigía perteneciente a ASSE y la población con la cual se trabajó fueron 137 niños comprendidos entre los 0 y 3 años de vida.

Instrumento: ficha de recolección de datos, planilla de número de controles en base a la edad, tabla de percentiles y esquema de vacunación (ver anexos).



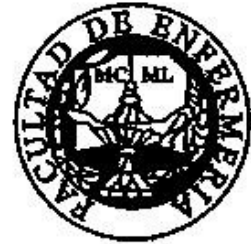
UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



El análisis es de tipo descriptivo, se utilizó la distribución de frecuencias y porcentajes que se expresan tabuladas y en graficas. Se organizó la información de manera tal que se logro resumir y sintetizar la información a modo de una mejor lectura de los resultados.

Los criterios de inclusión para dicho estudio fueron asistirse en el Centro de Salud Vigía, encontrarse en las edades comprendidas entre 0 y 3 años de edad y estar incluido en el Plan Aduana del Centro de Salud Vigía

La muestra de la investigación fueron las Historias Clínicas y Fichas de Plan Aduana de los niños de 0 a 3 años de edad que concurren al Centro de Salud Vigía.



## DEFINICIÓN DE VARIABLES

- **Edad**

Definición conceptual: es el tiempo de vida que tiene el usuario

Definición operacional: lo vamos a medir en años, meses y días cumplidos a la fecha.

Categorías: de 0-1mes; de 1 mes y 1 día- 6 meses; de 6 meses y 1 día-12 meses; de 12 meses y 1 día-24 meses; 24 mese y 1 día-36 meses

- **Sexo**

Definición conceptual: es el conjunto de condiciones anatómicas, fisiológicas y psicológicas-afectivas que caracterizan el sexo de cada individuo

Definición operacional: según consta en los registros sexo femenino y masculino

Categorías: femenino y masculino

- **Cumplimiento de controles pautados**

Definición conceptual: el control de salud es la instancia en la que el paciente se encuentra con el equipo de salud para que se le realice una valoración general de su estado de salud, y el momento para que el responsable a cargo evacue todas las dudas que se le hayan presentado. En la primera infancia estos controles ya se encuentran pautados por el MSP.

Definición operacional: Planilla de número de controles en base a la edad.

Categorías: cumple, no cumple, sin datos.

- **Vacunas vigentes**

Definición conceptual: según la OMS, se entiende por vacuna a cualquier preparación destinada a generar inmunidad contra una enfermedad estimulando la producción de anticuerpos. En nuestro país existe un esquema de vacunación predeterminado, el cual determina la vigencia de la misma.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



**Definición operacional:** se utiliza el esquema de vacunación pautado por el MSP

**Categorías:** cumple, no cumple, sin datos.

- Alimentación según lo pautado

**Definición conceptual:** Según la OMS, la nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. El MSP presenta estrategias y pautas de alimentación en el niño desde su nacimiento hasta los 36 meses.

**Definición operacional:** Se utilizan las pautas recomendadas por el MSP de Alimentación Saludable.

**Categorías:** PD Exc., LM exc., PD+LM, PD+Sol., LM+Sol., LV+Sol., PD+LV+Sol., S/D.

- Estado nutricional

**Definición conceptual:** El estado nutricional es la condición del organismo que resulta de la absorción y utilización de los alimentos ingeridos, y de los factores antropométricos como el peso, la talla y el perímetro cefálico.

**Definición operacional:** Utilizaremos las tablas de percentiles de peso, talla y perímetro cefálico.

**Clasificación:** percentil < 3; 3; 15; 50; 85 y 97

- Valoración bucal

**Definición conceptual:** El control de salud bucal es la instancia en la que el paciente se encuentra con su odontólogo para que se le realice una valoración del estado bucal en general y el momento para que el responsable a cargo evacue las dudas que se le hayan presentado.

**Definición operacional:** Se utilizan los criterios marcados por el MSP

**Categorías:** Cumple, no cumple, sin datos.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



- **Visita domiciliaria**

**Definición conceptual:** Es el encuentro o acercamiento del equipo de salud al domicilio del usuario y/o su familia. Según el MSP hay pautas para seleccionar los niños que deben ser visitados.

**Definición operacional:** Se utilizan los criterios marcados por el MSP

**Categorías:** Realizada, no realizada, sin datos

- **Ecografía de Caderas**

**Definición conceptual:** Estudio imagenológico que se realiza para detectar mal formaciones congénitas a nivel de la articulación coxo-femoral.

**Definición operacional:** la realización o no de la ecografía de cadera.

**Categoría:** realizada, no realizada



## PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La población de estudio fue conformada por los registros de 137 usuarios de los cuales se encontraron registros en las fichas de Programa Aduana e HC. Se requirió de un periodo de 15 días para completar la información necesaria.

Tabla N° 1: Distribución de la población según la edad.

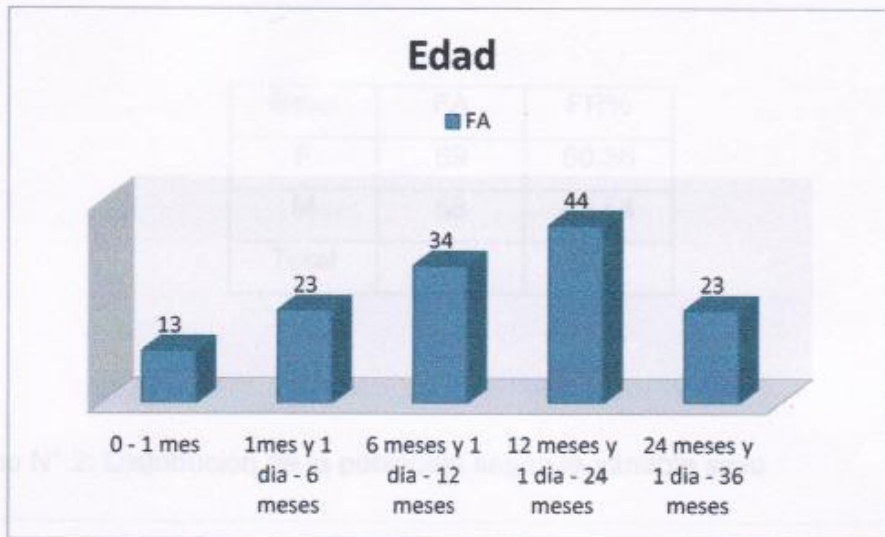
| Edad                        | FA | FR%   |
|-----------------------------|----|-------|
| 0 - 1 mes                   | 13 | 9,49  |
| 1 mes y 1 día - 6 meses     | 23 | 16,79 |
| 6 meses y 1 día - 12 meses  | 34 | 24,81 |
| 12 meses y 1 día - 24 meses | 44 | 32,12 |
| 24 meses y 1 día - 36 meses | 23 | 16,79 |

Fuente: Ficha de Aduana e HC del Centro de Salud Vigía, del Dpto. de Maldonado. Todos los datos expresados en Tablas y Graficas a continuación, tienen la misma fuente.





Grafico N° 1: Distribución de la población según la edad.



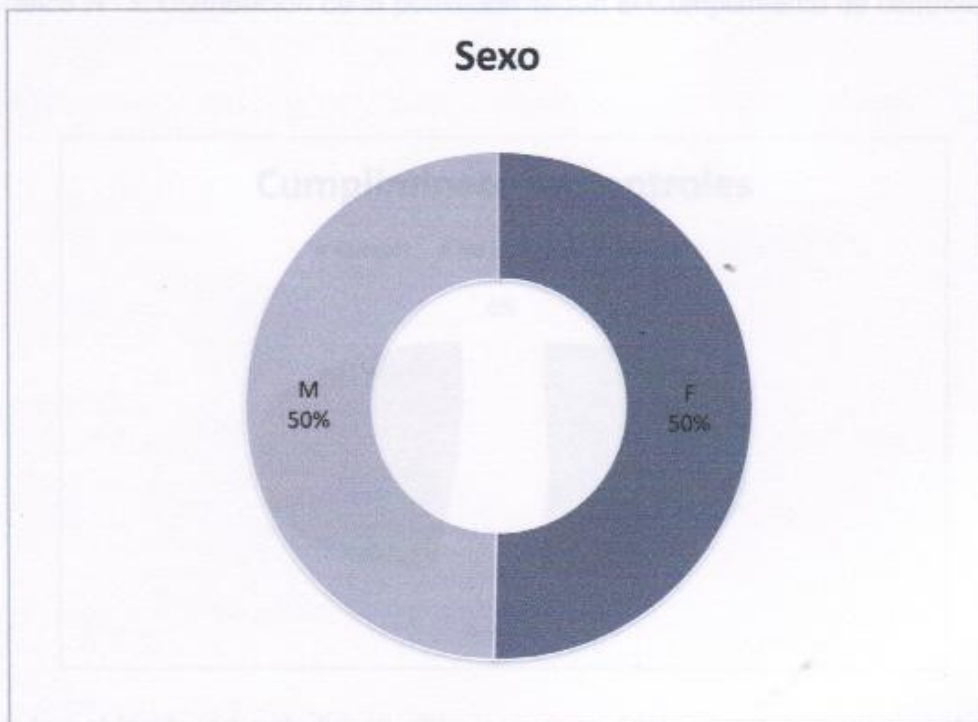
De los 137 niños del Programa Aduana en el Centro de Salud Vigía dentro del Departamento de Maldonado el 32,12% corresponde a las edades comprendidas entre 12 meses y 1 día a 24 meses, seguido con 24,81% de usuarios con 6 meses y 1 día a 12 meses, y con igual porcentaje de 16,79% los niños que se encuentran entre 1 mes y 1 día a 6 meses y de 24 meses y 1 día a 36 meses de vida. Un total de 13 niños, 9,5% de la población estudiada, son recién nacidos (1 a 28 días).



Tabla N° 2: Distribución de la población según la variable sexo

| Sexo  | FA  | FR%   |
|-------|-----|-------|
| F     | 69  | 50,36 |
| M     | 68  | 49,64 |
| Total | 137 | 100   |

Grafico N° 2: Distribución de la población según la variable sexo



De los 137 usuarios el 50,36% son del sexo femenino y el 49,64% masculino.



Tabla N° 3: Distribución de la población según el Cumplimiento de controles

| Cumplimiento de controles<br>pautados | FA | FR%  |
|---------------------------------------|----|------|
| Cumple                                | 70 | 51,1 |
| No cumple                             | 67 | 48,9 |
| Sin datos                             | 0  | 0    |

Fuente: La ciudad al cumplir y Espanto de vacunación

Grafico N° 3: Distribución de la población según el Cumplimiento de controles

Grafico N° 4: Distribución de la población según a vacunas Vacunación



De la población en estudio se obtuvo que un 51% cumple con los controles pautados para la edad y el restante 49% no cumple.

Con respecto a esta vacunas de la población prescrito vacunas vigentes.





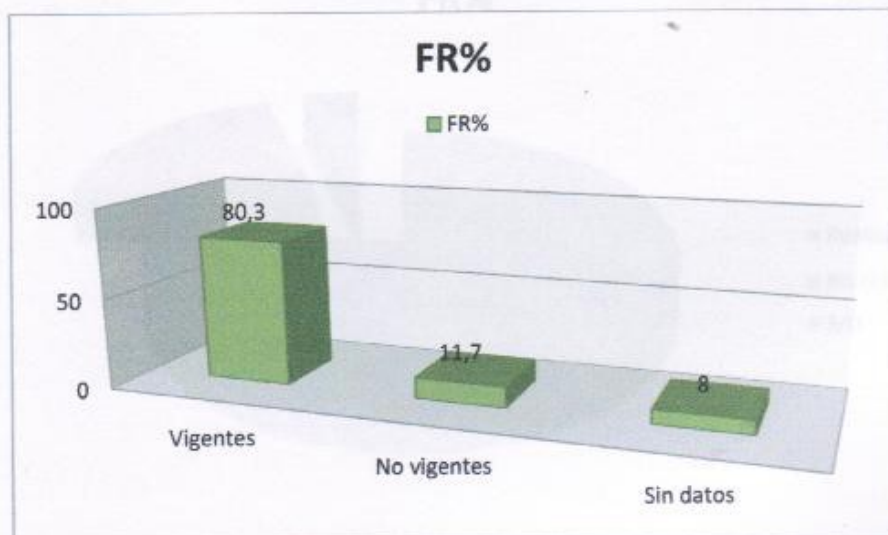
Tabla N° 4: Distribución de la población según la variable Vacunación

| Vacunas     | FA  | FR%  |
|-------------|-----|------|
| Vigentes    | 110 | 80,3 |
| No vigentes | 16  | 11,7 |
| Sin datos   | 11  | 8    |
| Total       | 137 | 100  |

Fuente: La citada al comienzo y Esquema de Vacunación.

Grafico N° 4: Distribución de la población según la variable Vacunación

Grafico N° 4: Distribución de la población según la variable Vacunación



Del total de 137 vacunas, 110 son vigentes, 16 no son vigentes y 11 no tienen datos.

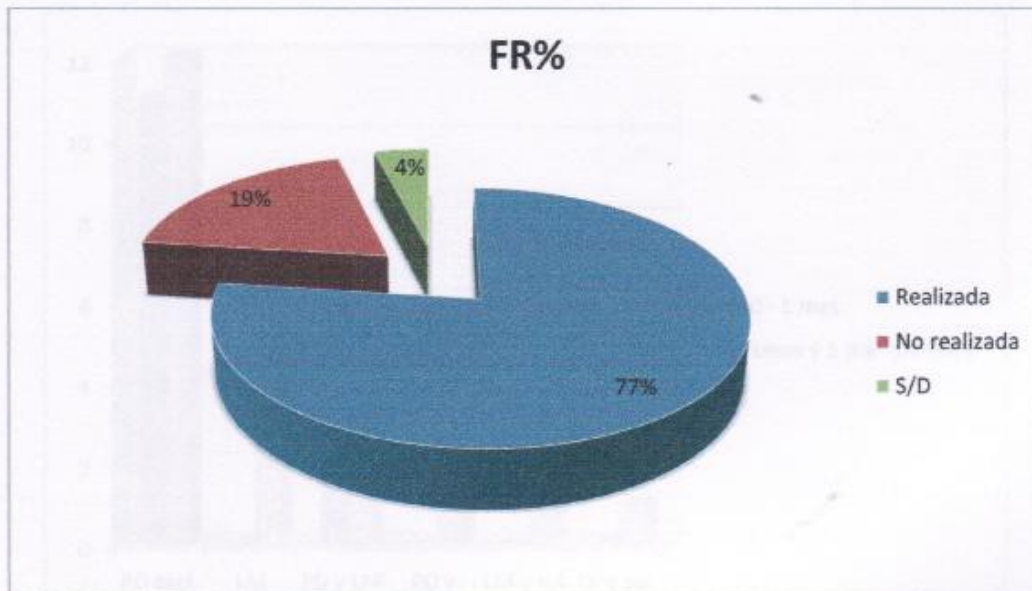
Con respecto a esta variable el 80% de la población presento vacunas vigentes.



Tabla N° 5: Distribución de la población según la variable Visita Domiciliaria

| Visita domiciliaria | FA  | FR% |
|---------------------|-----|-----|
| Realizada           | 105 | 77  |
| No realizada        | 26  | 19  |
| S/D                 | 6   | 4   |
| Total               | 137 | 100 |

Grafico N° 5: Distribución de la población según la variable Visita Domiciliaria



Del total de 137 usuarios, los registros indican que se visito al 77% de dicha población, no cumpliéndose con el 19% restante de las visitas domiciliarias.

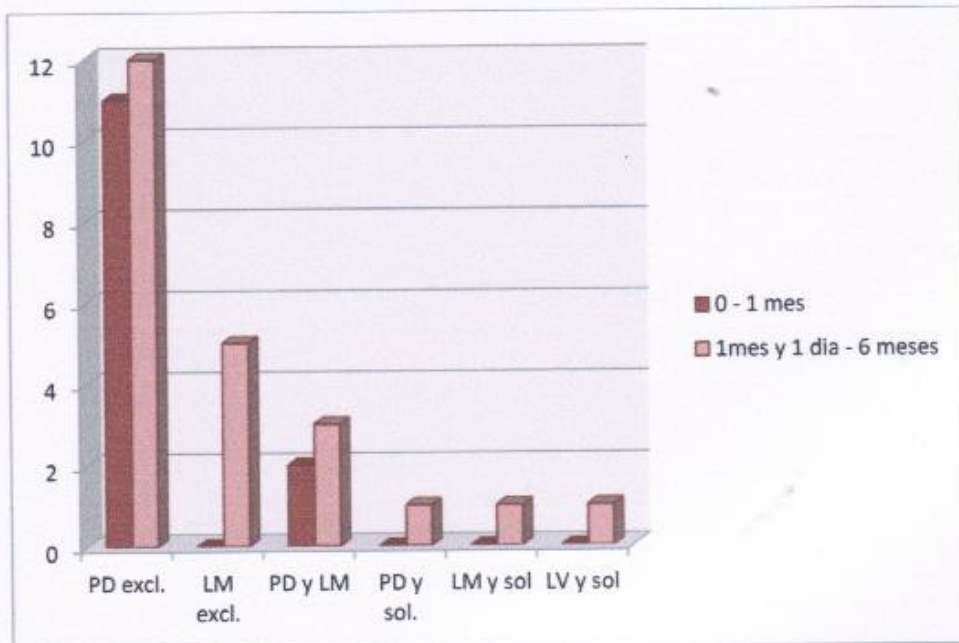


Tabla N°6.1: Distribución de la Población según la variable Alimentación de 0 a 6 meses de vida

En esta tabla el N es de 36 niños, estos son los que se encuentran comprendidos entre 0 y 6 meses de vida.

| Edad                   | Alimentación |          |         |           |           |           | Total |
|------------------------|--------------|----------|---------|-----------|-----------|-----------|-------|
|                        | PD excl.     | LM excl. | PD y LM | PD y sol. | LM y sol. | LV y sol. |       |
| 0 - 1 mes              | 11           | 0        | 2       | 0         | 0         | 0         | 13    |
| 1mes y 1 día - 6 meses | 12           | 5        | 3       | 1         | 1         | 1         | 23    |
| Total                  | 23           | 5        | 5       | 1         | 1         | 1         | 36    |

Grafico N° 6.1: Distribución de la Población según la variable Alimentación de 0 a 6 meses de vida



De esta grafica se desprende que de un total de 36 niños comprendidos en las edades de 0 a 6 meses, 23 se alimentan con PD exc. Esto se expresa en 11 RN y 12 lactantes pequeños que se alimentan con PD exc. De los niños



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



restantes solo 2 de los RN y 3 lactantes pequeños se alimentan con PD y LM y 5 lactantes pequeños se alimentan con LM exc. Se puede ver además que 3 de los 36 niños en las edades de 1 a 6 meses de vida ya incorporaron los alimentos sólidos.



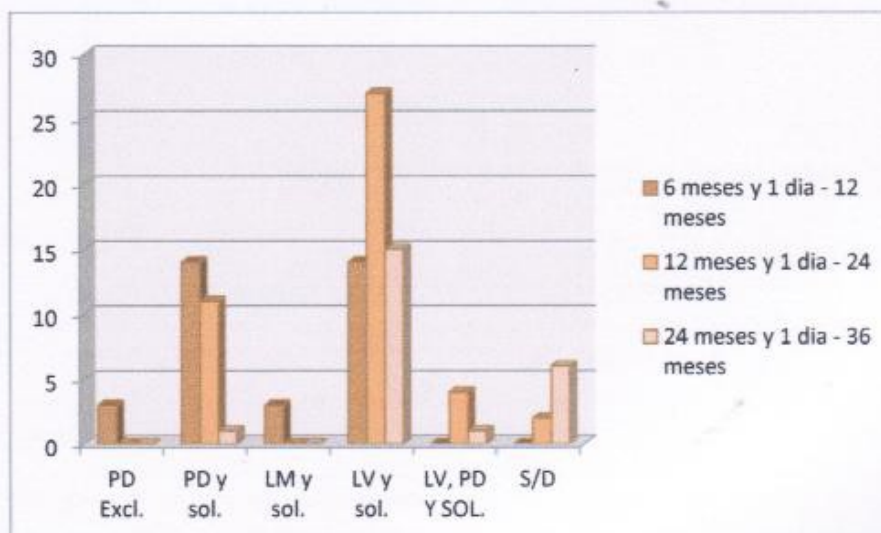


Tabla N°6.2: Distribución de la Población según la variable Alimentación de 6 meses y 1 día a 36 meses de vida.

En esta tabla el N es de 101 niños, estos son los que se encuentran comprendidos entre 6 meses y 1 día a 36 meses de vida.

| Edad                        | Alimentación |           |           |           |               |          | TOTAL      |
|-----------------------------|--------------|-----------|-----------|-----------|---------------|----------|------------|
|                             | PD Excl.     | PD y sol. | LM y sol. | LV y sol. | LV, PD Y SOL. | S/D      |            |
| 6 meses y 1 día - 12 meses  | 3            | 14        | 3         | 14        | 0             | 0        | 34         |
| 12 meses y 1 día - 24 meses | 0            | 11        | 0         | 27        | 4             | 2        | 44         |
| 24 meses y 1 día - 36 meses | 0            | 1         | 0         | 15        | 1             | 6        | 23         |
| <b>TOTAL</b>                | <b>3</b>     | <b>26</b> | <b>3</b>  | <b>56</b> | <b>5</b>      | <b>8</b> | <b>101</b> |

Grafico N° 6.2: Distribución de la Población según la variable Alimentación de 6 meses y 1 día a 36 meses de vida.



En esta grafica podemos observar que de un total de 34 niños, 3 de ellos se alimentan con PD excl. y aun no comenzaron la incorporación de los alimentos sólidos, 14 de ellos mantuvieron el PD mas la inclusión de sólidos, y 14 LV





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



más la inclusión de sólidos. Si observamos la franja etaria de 12 meses y 1 día a los 36 meses vemos que de un total de 67 niños, 17 de ellos mantuvieron el pecho directo mas los sólidos, y 5 de estos 17 también presentaron aportes con leche de vaca.

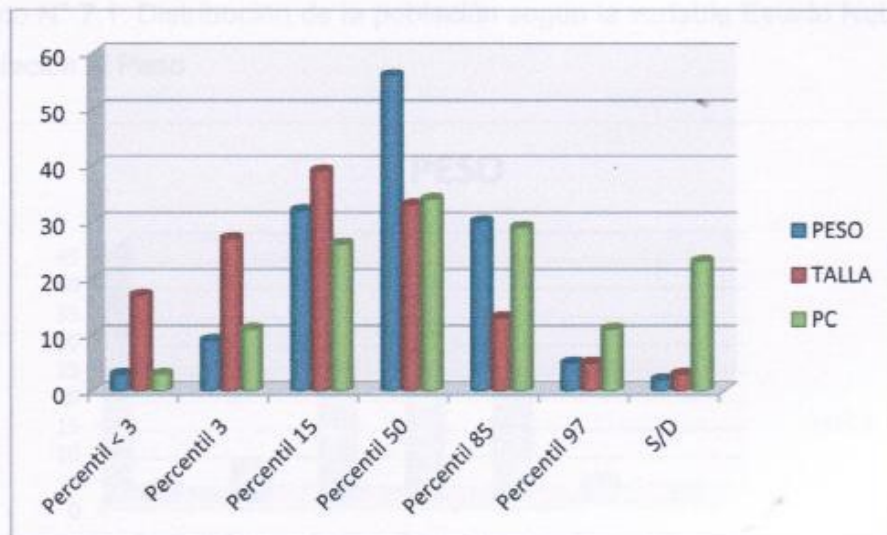


Tabla N°7: Distribución de la Población según la variable Estado Nutricional

|               | MEDIDAS ANTROPOMETRICAS |       |     |
|---------------|-------------------------|-------|-----|
|               | PESO                    | TALLA | PC  |
| Percentil < 3 | 3                       | 17    | 3   |
| Percentil 3   | 9                       | 27    | 11  |
| Percentil 15  | 32                      | 39    | 26  |
| Percentil 50  | 56                      | 33    | 34  |
| Percentil 85  | 30                      | 13    | 29  |
| Percentil 97  | 5                       | 5     | 11  |
| S/D           | 2                       | 3     | 23  |
| Total         | 137                     | 137   | 137 |

Fuente: La citada al comienzo y tabla de percentiles.

Gráfico N° 7: Distribución de la Población según la variable Estado Nutricional



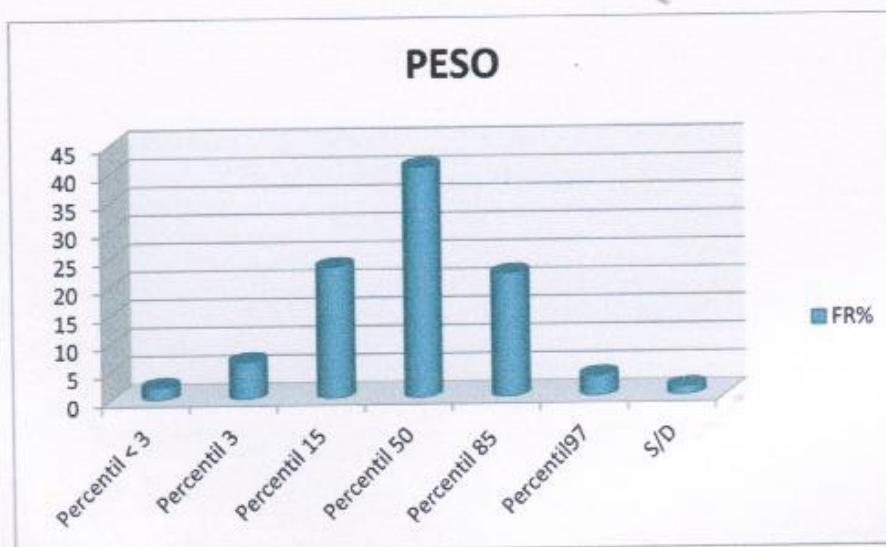
Para lograr una mejor visualización de los datos se realizaron 3 graficas diferentes que se denominan "Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación al Peso", "Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación a la Talla" y "Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación al Perímetro Cefálico".



Tabla N°7.1: Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación al Peso

|               | PESO |      |
|---------------|------|------|
|               | FA   | FR%  |
| Percentil < 3 | 3    | 2,2  |
| Percentil 3   | 9    | 6,6  |
| Percentil 15  | 32   | 23,3 |
| Percentil 50  | 56   | 40,9 |
| Percentil 85  | 30   | 21,9 |
| Percentil 97  | 5    | 3,6  |
| S/D           | 2    | 1,5  |
| TOTAL         | 137  | 100  |

Grafico N° 7.1: Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación al Peso



De esta grafica se puede observar que un 41% aproximadamente de los niños comprendidos entre 0 y 3 años de vida se encuentran dentro del percentil 50 en



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



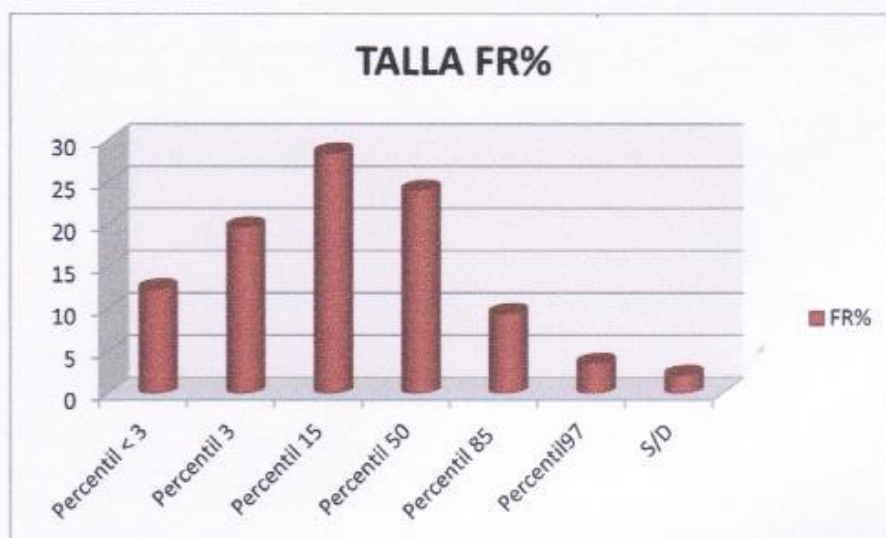
cuanto al peso según su edad, un 23% en el percentil 15 y un 22% aproximadamente en el percentil 85.



Grafica 7.2: Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación a la Talla.

|               | Talla |      |
|---------------|-------|------|
|               | FA    | FR%  |
| Percentil < 3 | 17    | 12,4 |
| Percentil 3   | 27    | 19,7 |
| Percentil 15  | 39    | 28,5 |
| Percentil 50  | 33    | 24,1 |
| Percentil 85  | 13    | 9,5  |
| Percentil 97  | 5     | 3,6  |
| S/D           | 3     | 2,2  |
| TOTAL         | 137   | 100  |

Grafico N° 7.2: Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación a la Talla.







UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



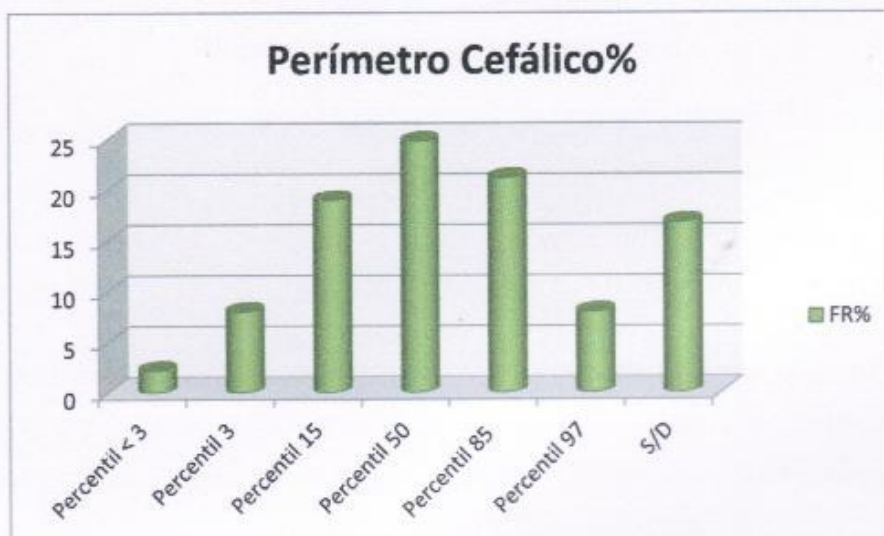
Esta grafica nos muestra que en la relación talla-edad en los niños de 0 a 3 años un 28% aprox. se encuentra en el percentil 15, un 24% en el percentil 50 y un 12% aprox. en el percentil 3.



Grafica 7.3: Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación al Perímetro Cefálico

|               | PERCENTIL<br>PC/EDAD |      |
|---------------|----------------------|------|
|               | FA                   | FR%  |
| Percentil < 3 | 3                    | 2,2  |
| Percentil 3   | 11                   | 8    |
| Percentil 15  | 26                   | 19   |
| Percentil 50  | 34                   | 24,8 |
| Percentil 85  | 29                   | 21,2 |
| Percentil 97  | 11                   | 8    |
| S/D           | 23                   | 16,8 |
| TOTAL         | 137                  | 100  |

Grafico N° 7.3: Distribución de la población según la variable Estado Nutricional en relación al Perímetro Cefálico





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



En cuanto al perímetro cefálico podemos ver que el 25% se encuentra dentro del percentil 50, el 21% dentro del percentil 85 y un 19% dentro del percentil 15.





Tabla N° 8: Distribución de la población según la variable Ecografía de Cadera

| Ecografía de cadera | FA  | FR%  |
|---------------------|-----|------|
| Si                  | 87  | 63,5 |
| No                  | 14  | 19,7 |
| S/D                 | 23  | 16,8 |
| Total               | 124 | 100  |

Gráfico N° 8: Distribución de la población según la variable Ecografía de Cadera



En cuanto a la realización de la ecografía nos encontramos con que el N= 124 debido a que ésta se realiza a partir del segundo mes de vida. Vemos que el 70% si se le realizo, el 11% no se la realizo y un 19% no se encontraron datos.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## ANÁLISIS

Para lograr identificar y analizar el estado de salud de los niños de 0 a 3 años que concurren al Centro de Salud Vigía, es necesario conocer la definición de salud; esto nos llevara a entender que la salud es un proceso cambiante, y que dicha investigación nos muestra la situación de salud de los niños en un momento determinado refleja en los registros existentes.

A su vez no debemos dejar de lado la influencia de un factor externo que es la intervención de los integrantes del equipo de salud a la hora de llevar a cabo estos registros.

Nos encontramos en un momento de transición en cuanto a los instrumentos de registros. Por un lado la existencia de la HC en formato papel y la ficha de aduana, que presenta un formato similar en cada servicio. Por otro lado se encuentra la HC electrónica a la que accede únicamente el médico de referencia y de la cual no quedara registro si el profesional no realiza la impresión correspondiente.

Esto trae como consecuencia el no acceso de todo el personal de salud a los datos de las consultas de los niños.

A su vez en este servicio el personal de enfermería (tanto la Licenciada como la Auxiliar de Enfermería) no participa ni de la pre ni de la consulta propiamente dicha con el Pediatra o Médico de Familia; por lo que el profesional médico en su consulta realiza el registro en la HC o HCE y la ficha de aduana, siendo en el primer caso los datos de la HC transcritos a la ficha de aduana por la Licenciada una vez culminada la consulta.

En cuanto a las características de la población que concurre al Centro de Salud Vigía en su mayoría proceden de tres asentamientos irregulares que se encuentran en el área de influencia de la policlínica. Dos de ellos no cuentan con presencia de luz eléctrica ni de agua potable, con viviendas precarias de



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



chapa, cartón y costanera, y se encuentran a distancias importantes con difícil acceso.

Otro factor a tener en cuenta es la estacionalidad ya que durante los meses de verano la población en general y puntualmente las jefas de hogar se dedican al trabajo de temporada con jornadas extensas y sin libres semanales. A su vez no debemos olvidar la migración interna, donde el Departamento de Maldonado atrae como generador de oportunidades de trabajo a población de otros departamentos, lo que trae consigo que numerosas familias no cuentan con una red familiar ampliada, que contribuya a la contención y el apoyo de los mismos.

Estos factores deben ser tomados en cuenta a la hora de analizar los datos tales como el cumplimiento de los controles pautados, el cumplimiento del esquema de vacunación, la alimentación, etc.

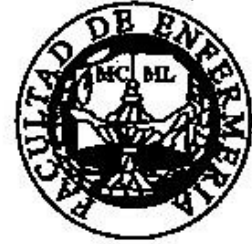
Si analizamos las variables de forma individual observamos que de los 137 niños 69 son del sexo femenino y 68 del sexo masculino.

En cuanto a la división por franja etaria nos encontramos con 13 RN, 23 lactantes pequeños hasta los 6 meses de vida, 24 lactantes entre 6 y 12 meses de vida y 67 niños entre 12 y 34 meses.

De la población total de niños comprendidos entre los 0 y 3 años de vida nos encontramos con que un 51% cumplieron con el número de controles correspondientes a la edad, y un 49% no cumple. Este dato se encuentra sujetos a lo citado anteriormente (estacionalidad, madres jefas de hogar, población vulnerable, ausencia de redes parentales, etc.). En los casos de los niños que son derivados de otros centros de salud, de otros departamentos o de otro país no existe en muchos de ellos registros de los controles realizados anteriormente a ingresar al Centro de Salud Vigía, por lo que los únicos registros que se pudieron tomar fueron los realizados en el mismo centro,



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



siendo esto un aspecto determinante en el porcentaje de cumplimiento de los controles.

En esta instancia se logro ingresar al Programa Aduana Informatizado en búsqueda de la información faltante, en éste tampoco se encontraron datos necesarios.

El análisis de este dato se da en base al número total de los controles, pero en aquellos niños que no concurren al control correspondiente en la actualidad, es llamado por el equipo de salud y en caso de no concurrir a la nueva fecha marcada se les realiza la visita domiciliaria.

En cuanto al esquema de vacunación encontramos que este es un factor favorecedor en esta población, ya que un 80% de los niños presentaron el esquema de vacunación vigente, un 12% no vigente y un 8% no se encontraron datos. Es aquí donde podemos notar que los datos obtenidos de los controles realizados no reflejan en su totalidad la realidad, ya que se encuentra vinculado, desde mi punto de vista siendo probable que un niño que no es traído a control en tiempo y forma tampoco cumpla con las vacunas correspondientes. Probablemente estas cifras favorables se encuentren vinculadas a las estrategias nacionales y departamentales. También debemos tomar en cuenta a la existencia de un puesto de vacunación en el Centro de Salud Vigla que funciona de lunes a viernes en diversos horarios que coinciden con las consultas médicas y facilitan el acceso a la población atendida.

Cuando hablamos de las visitas domiciliarias debemos aclarar que el Centro de Salud si bien se basa en la clasificación de riesgo planteada por el MSP, considera que todos los niños que concurren al mismo se encuentran clasificados en riesgo 1 y 2, no existiendo niños clasificados en riesgo 3. Esto nos lleva a que deberían de ser visitados la totalidad de los niños.

Una vez realizada esta aclaración podemos decir que de los 137 niños un 77% de ellos fueron visitados, un 19% no fueron visitados y un 4% no se



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



encontraron datos. Dentro del 77% de los niños visitados se encuentra el 100% de los RN.

No debemos olvidar que este es el ámbito ideal para que el equipo de salud identifique aquellos factores que favorecen y aquellos que interfieren el proceso salud enfermedad. Además les permite realizar una valoración del grupo familiar, ya que de este surgen las herramientas para el desarrollo personal y colectivo del individuo y por lo tal de la sociedad.

En la región de América, una de las mayores problemáticas se encuentra fuertemente vinculada a la desnutrición y a la sobre alimentación. Básicamente la franja etaria que se encuentra afectada es en niños menores de 2 años, siendo este el periodo de mayor riesgo y con mayores repercusiones a largo plazo.

Si hablamos de esta población en relación a su alimentación podemos notar que de 13 RN 11 se alimentan con PD exclusivo, y solo 2 de ellos con PD y LM. Esto en porcentajes significaría que un 85% aprox. se alimentan con PD exclusivo. Aquí encontramos un indicador favorable para esta población en situación de vulnerabilidad tanto por la edad como por el medio en el cual se encuentran insertos. Entre el mes de vida y los seis meses las cifras varían, de un total de 20 niños 12 se alimentan con PD excl. Significando esto un 60%, 5 con LM excl. y 5 con PD y LM.

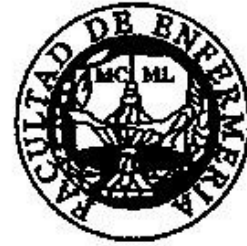
Si tomamos de 0 a 6 meses y analizamos exclusivamente los niños que se alimentan con PD exclusivo vemos que las cifras son de un 70% aproximadamente, encontrándose este dato por encima de las cifras mundiales (35% según datos de la OMS) y de las cifras nacionales (65% según datos de UNICEF 2011).

Debe ser tomado en cuenta que este centro se encuentra trabajando bajo la política de BPA, por lo que el personal en su totalidad se encuentra a fin a la temática y sensibilizado por ésta.





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Pasado los 6 meses de vida 3 niños aun presentaban alimentación con PD excl. sin realizar la incorporación de los alimentos sólidos. Estos casos corresponden a lactantes que concurren al control con los seis meses recién cumplidos, y por lo cual en esa consulta se le incorporaron los alimentos sólidos.

De los niños de 6 meses 12 meses de vida se observa que la incorporación de sólidos se dio en la totalidad a excepción de los casos nombrados anteriormente. A su vez de 34 niños 17 mantuvieron el PD sumado a la incorporación de los alimentos sólidos. No obstante 14 de ellos se alimentaban con LV y alimentos sólidos, factor que puede contribuir a la anemia del lactante y a las intolerancias a la lactosa.

De 12 a 24 meses de vida obtuvimos un total de 44 niños, de los cuales 11 mantuvieron el PD e incorporación de sólidos y 4 de ellos además agregaron la LV. Del total 27 niños se alimentaban con LV y sólidos.

En los niños de 24 meses de vida a 36, se encontró que de un total de 23 solo 1 mantuvo el PD, 1 el PD mas la LV y 15 la LV mas en todos los casos los sólidos.

Del total de 137 niños se encontraron 8 de ellos sin datos en cuanto a la alimentación.

Un aspecto a destacar en cuanto a la alimentación es el riesgo de contaminación alimenticia en aquellos niños que se alimentan con LM o LV. Esto se debe a las condiciones en las que se encuentran en sus hogares, que no les permiten una preparación higiénica y con agua potable, lo que genera un alto riesgo para los lactantes en especial.

Los primeros 2 años de la vida del niño son especialmente importantes, puesto que la nutrición óptima durante este periodo reduce la morbilidad y la mortalidad, así como el riesgo de enfermedades crónicas, y mejora el desarrollo general. De hecho, las prácticas óptimas de lactancia materna y



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



alimentación complementaria pueden salvar cada año la vida de 1,5 millones de menores de 5 años.

La desnutrición, que se manifiesta como retraso del crecimiento (talla baja para la edad) y peso inferior al normal (peso bajo para la edad), es un factor que contribuye a la aparición de las enfermedades comunes en la niñez y se asocia con muchas causas de muertes de los niños menores de 5 años.

En cuanto al estado nutricional lo voy a valorar basándonos en las medidas antropométricas y los percentiles correspondientes.

Si hablamos del peso en relación a la edad notamos que de 137 niños 128 se encuentran dentro de los rangos esperados comprendidos entre el percentil 15 y el 85. Solamente 2 no presentaban datos, 12 niños presentaban bajo peso para la edad y 5 de ellos sobrepeso.

Esto nos habla de un 9 % de niños con valores de desnutrición, cifra que si bien no parece significativa aisladamente una vez analicemos la talla no podrá arrojar una mirada más global del estado nutricional de estos niños.

Los datos expulsados de las tablas de talla en relación a la edad son los siguientes, entre el percentil 15 y el 85 encontramos 85 niños. Dentro del percentil 3 o menos encontramos 44 niños y por encima del percentil 97 encontramos 5. Existen tres usuarios que no presentaban datos.

Por lo que hablamos de un 32% de niños con cifras con percentil 3 y por debajo de este. Esto nos presenta un indicador de desnutrición crónica, retraso en el crecimiento, desarrollo y un factor determinante en el estado de salud en la adultez de estos lactante y niño pequeño.

En cuanto al perímetro cefálico de estos niños podemos decir que 89 niños se encuentran dentro de los rangos de percentil de 15 a 87; 14 dentro del percentil 3 y menos; y 11 en el percentil 97 y más. Del total de niños 23 no presentaban datos.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Vale mencionar que se toma como parámetros estándar de normalidad los datos ubicados entre el percentil 15 y el 85

Para analizar el siguiente dato es conveniente realizar una aclaración, cuando nace un niño, el programa aduana se activa inmediatamente, este niño es dado de alta con ciertos estudios ya realizados como Emisiones Otacústicas, la pesquisa neonatal, y otros coordinados como por ejemplo la ecografía de cadera. Se le entrega a la madre la fecha y hora de este estudio y se le recuerda cerca a la fecha vía teléfono o en el control de salud que le corresponda. Este estudio se coordina para los dos meses de vida del niño, edad en la que se considera conveniente. Es así que en esta variable nuestra población total es de 124 niños comprendido en la franja etaria de 2 meses a los 36 meses de vida; los datos dicen que 87 niños se realizaron la ecografía correspondiente, 14 niños no se la realizaron, y 23 de ellos no presentaban registros de ello.

En relación a la valoración bucal, no se encontraron registros en ninguna de las fuentes. Se le consulto a la profesional responsable y nos relato que si bien realizo algunos controles en niños de 0 a 3 años, únicamente fue registrado en el Carne de Control del Niño y no se dejo constancia ni en la HC ni en la Ficha de Aduana. Se mostro preocupada por la situación, planteando la posibilidad de corregir este error para próximas investigaciones.

Para culminar se logró identificar el rol de enfermería en la atención, en el seguimiento, en la educación para la salud, en la realización de los registros de las diferentes actividades y en los controles, integrada al equipo de salud en su conjunto.





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## CONCLUSIONES

Luego del análisis planteado en relación a el Estado de Salud de los niños de 0 a 3 años que se asisten en el Centro de Salud Vigía según los datos registrados en HC y Ficha Aduana, realizado en el presente año, puedo concluir que:

El servicio, al igual que otros servicios en nuestro país, se encuentra en un proceso de transición en cuanto a los instrumentos de registros, generando esto en la investigación situaciones de carencia o ausencia total de datos y mostrando una mirada sesgada.

Esto también nos trasluce la ausencia del personal de enfermería en la pre consulta y en la consulta propiamente dicha, siendo otro el escenario si existiera un recurso exclusivamente para esta función, ya que el equipo de enfermería que existe en el centro cumple una variedad de funciones que no le permite cumplir con esta tarea.

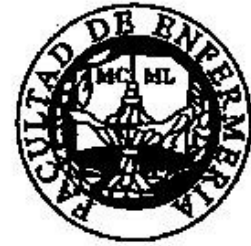
A su vez no debemos ignorar la situación socio económica de la población que concurre al centro y el contexto departamental que influye en el proceso salud-enfermedad de la población en su conjunto.

En cuanto a los objetivos planteados se logro cumplir con la totalidad de los mismos. Se caracterizo a la población por sexo y edad, se detecto si el número de controles realizados de cada niño era el acorde para su edad, se estudio el cumplimiento del esquema de vacunación, se identifico el tipo de alimentación de la población estudiada, se valoro el estado nutricional de los mismos basándonos en los datos de percentiles, y se identifico si presentaban valoración bucal y visitas domiciliarias aquellos niños que así lo requerían.

En cuanto a la alimentación puntualmente nos encontramos con cifras favorables en los lactantes menores de 6 meses presentando un alto porcentaje de niños alimentados con PD exclusivo.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Si hablamos del estado nutricional se destacó la baja talla en esta población siendo este un indicador de desnutrición crónica y el cual se podría desarrollar más detalladamente si se estudia la incorporación de los alimentos, y fundamentalmente la calidad de estos, quedando estos datos por fuera de mi investigación.

Cabe destacar que no existen antecedentes de investigaciones similares, en relación a los registros del Plan Aduana.

En el transcurso de la ejecución de esta investigación se logró un vínculo personal con el equipo de salud del Centro de Salud Vigía que me permitió como futura profesional una experiencia enriquecedora y una oportunidad para el desarrollo del rol como Lic. en Enfermería.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## SUGERENCIAS

Considero conveniente dejar abierta una línea de investigación para estudios cuantitativos y cualitativos en lo que refiere a esta población considerando la vulnerabilidad de la misma y su injerencia en el futuro de la sociedad.

En lo que refiere a los registros se sugiere la participación de enfermería en todas las etapas del proceso asistencial, para la actualización de los mismos y la fidelidad de estos.

Considero además pertinente que enfermería fortalezca y potencie la investigación junto al equipo de salud a través del empleo de herramientas técnicas, instrumentales y de pensamiento crítico para trabajar de esta manera en un objetivo en común y llevando un registro adecuado y oportuno de esta franja etaria.

Como futura Licenciada en Enfermería y profesional de la salud, considero de suma importancia trabajar en la mejora de la salud de los niños. Es proteger el futuro capital de la sociedad. A la luz de los resultados de esta investigación, hemos pensado junto al equipo de Enfermería del Centro de Salud Vigía, en la necesidad de una mejora en los registros y fundamentalmente en continuar y profundizar la tarea en el área de la promoción de salud y prevención de enfermedades. Además no debemos olvidar la importancia de brindarle a los padres el apoyo y el conocimiento necesario para una mejor atención y cuidado de estos niños. Esto a su vez les brindara herramientas y alternativas para mitigar la situación socioeconómica en la cual se encuentran inmersos.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



## BIBLIOGRAFÍA

- BARRENECHEA.C, MENONI.T, LACAVA.E, MONGE.A, ACOSTA.C, CROSA.S, GABRIELSYK.I, CARILLO.R. Herramientas metodológicas para el trabajo en Primer Nivel de Atención, capítulo 7. Comisión sectorial de educación permanente, Universidad de la Republica
- GRUPO DE TRABAJO INTERDISCIPLINARIO, Manual de Alimentación para la Familia. Primera edición, Montevideo, Uruguay. Noviembre de 2008
- HERNANDEZ SAMPIEREI R. Metodología de la Investigación, 5ta. Edición. México, Interamericana 2010.
- JUNTA NACIONAL DE SALUD, Metas del niño, niña y la mujer. Programa Aduana. Montevideo, Uruguay, Setiembre 2011.
- LAGEARD. C BEATRIZ, Indicadores Básicos de Salud. División de Epidemiología, MSP. Única edición. Maldonado 2012
- MENDEZ.A, GARCIA.G, CONTERA.M. Sistema Informático del Programa Aduana-Setiembre. Montevideo, Uruguay, 2002.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, Documento de Identificación en los servicios de salud y establecimientos educativos- Carne de Salud del niño y la niña. Primera Edición, Uruguay 2007.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Infovacunas. Montevideo, Uruguay 2012. Se puede encontrar en:  
<http://www.msp.gub.uy/vacunas/index.html>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Alimentación del lactante y del niño pequeño. Se puede encontrar en:  
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Documentos básicos, Suplemento de la 45a edición. Nueva York, EUA, Octubre de 2006
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. La Salud en las Américas. Volumen I. OMS. Washington D.C, EUA, 2003 Publicación Científica y Técnica No. 587



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. 2° Edición. Washington D.C, EUA, 2011
- PINEDA E.B, DE ALVARADO E.L Y DE CANALES F.H. Metodología de la Investigación. Manual para el desarrollo de personal de salud, 2° edición 1994.
- UNESCO. Sistema de Información sobre Primera Infancia en Iberoamérica. Madrid, España. Se puede encontrar en: [http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215039s.pdf#xml=http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?database=&set=509D77F5\\_3\\_275&hits\\_rec=1&hits\\_ing=spa](http://unesdoc.unesco.org/images/0021/002150/215039s.pdf#xml=http://www.unesco.org/ulis/cgi-bin/ulis.pl?database=&set=509D77F5_3_275&hits_rec=1&hits_ing=spa)
- UNICEF, Encuesta Nacional sobre lactancia, estado nutricional, practicas de alimentación y anemia. Uruguay 2010-2011.



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



ANEXO N° 1: Carta de autorización de la investigación

Montevideo, 30 de Noviembre de 2011

Sra. Lic. Adriana Larrosa,  
Directora del Centro de Salud Vigía

Presente,

Mi nombre es María José de Rosa, número de documento 4.155.373-7, soy estudiante de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, y me encuentro en la última instancia de mi carrera en la cual debo realizar un Trabajo de Investigación. Soy alumno de la Cátedra de Salud Comunitaria.

# ANEXOS



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN



ANEXO N° 1: Carta de autorización de la Investigación.

Maldonado, 30 de Noviembre de 2011

Sra. Lic. Adriana Larrosa:  
Directora del Centro de Salud Vigía

Presente:

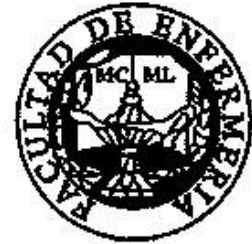
Mi nombre es María José da Rosa, numero de documento \_\_\_\_\_ soy estudiante de la Universidad de la Republica, Facultad de Enfermería, y me encuentro en la última instancia de mi carrera en la cual debo realizar un Trabajo de Investigación final dentro de la Cátedra de Salud Comunitaria.

Me dirijo a usted para solicitarle autorización para realizar la investigación acerca de "La situación de salud de los niños menores de dos años que se atienden en el Centro de Salud Vigía, reflejada a través de los registros de las Historias Clínicas", para lo cual le solicito acceder a los registros del Programa Aduana (Fichas e Historias Clínica).

Desde ya muchas gracias.

La saluda atentamente.

María José da Rosa.



ANEXO N° 2: Instrumento de recolección de datos

Datos de la Madre

|                   |    |     |     |
|-------------------|----|-----|-----|
| Edad (años)       |    | s/d |     |
| N° de gestas      |    | s/d |     |
| VDRL              | +  | -   | s/d |
| Control pre natal | si | No  | s/d |
| No de controles   |    | s/d |     |
| Escolaridad       |    |     |     |
| Estado civil      |    |     |     |

Datos del Niño

|                      |        |           |                     |     |
|----------------------|--------|-----------|---------------------|-----|
| Nombre               |        |           |                     |     |
| Edad                 |        |           |                     |     |
| Sexo                 | F      | M         | s/d                 |     |
| Peso al nacer        |        |           | s/d                 |     |
| Riesgo               | 1      | 2         | s/d                 |     |
| Visita Domiciliaria  | si     | No        | s/d                 |     |
| Ecografía de Cadera  | Si     | No        | s/d                 |     |
| Control odontológico | Cumple | No cumple | N°                  | s/d |
| Vacunas vigentes     | Si     | No        | s/d                 |     |
| Numero de controles  | Cumple | No cumple | N°                  | s/d |
| Peso (Kg)            |        | s/d       | # Al último control |     |
| Talla (m)            |        | s/d       |                     |     |
| PC (cm)              |        | s/d       |                     |     |
| Alimentación:        | PD+LM  | Sólidos   | Suple. Hierro       |     |
| PDEx. LMEx. LM LV    | si no  | si no     | Si no               | s/d |





UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



### ANEXO N° 3: Guía para la utilización del instrumento de recolección de datos

- Por cada niño se completará una de las planillas.
- Los datos de madre se tomarán en cuenta a la hora de definir el tipo de riesgo en el que se clasifica el niño.
- La edad se coloca en años
- El número de gestas que presente la misma
- Si tuvo VDRL positivo marcamos en el casillero "+" y si es negativo "-"
- Si asistió controles pre natales y el número de los mismos.
- La escolaridad de la madre que puede ser primaria incompleta, primaria completa, secundaria incompleta, secundaria completa, nivel terciario.
- Estado civil de la madre, que puede ser soltera, unión estable, casada, viuda, divorciada.
- En el casillero donde va el nombre colocaremos solo las iniciales para conservar la privacidad del usuario.
- La edad la anotaremos en días hasta el mes de vida, en meses hasta el año y en meses y años hasta los 3 años de vida.
- En el casillero de Sexo marcaremos en el casillero que corresponda, si es femenino en la "F" y si es masculino en la "M".
- El peso al nacer lo colocaremos en gramos.
- En el casillero de riesgo marcaremos el que corresponda según lo que se encuentre marcado en la ficha.
- Se marcará en el casillero que corresponda si se le realizó o no la visita domiciliaria en caso de que corresponda.
- Se marcará en el casillero que corresponda si se le realizó o no la ecografía de cadera.
- Se marcará en el casillero que corresponda si se le realizó o no el control odontológico.
- Para corroborar si las vacunas se encuentran vigentes o no debemos observar el esquema de vacunación que es el siguiente:



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
 FACULTAD DE ENFERMERIA  
 CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
 TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



| Vacunas obligatorias | Edad en meses |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   | Edad en años |       |  |
|----------------------|---------------|---|---|---|---|---|---|----|----|----|---|--------------|-------|--|
|                      | 0             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 12 | 15 | 21 | 5 | 12           | c/ 10 |  |
| BCG                  | #             |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   |              |       |  |
| Pentavalente         |               |   | # |   | # |   | # |    | #  |    |   |              |       |  |
| Triple bacteriana    |               |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   | #            |       |  |
| Polio OVP            |               |   | # |   | # |   | # | #  |    |    |   |              |       |  |
| Neumococo C7V        |               |   | # |   | # |   |   | #  |    |    |   |              |       |  |
| Triple viral         |               |   |   |   |   |   |   | #  |    |    |   | #            |       |  |
| Varicela             |               |   |   |   |   |   |   | #  |    |    |   |              |       |  |
| Hepatitis A          |               |   |   |   |   |   |   |    | #  | #  |   |              |       |  |
| Doble bacteriana     |               |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   | #            | #     |  |
| Hepatitis B          |               |   |   |   |   |   |   |    |    |    |   | #            |       |  |

\*Pentavalente: DPT (Difteria, pertussis, tétano), Hepatitis B, Haemophilus B

\*\*DPT

\*\*\*DT (difteria, tétano)

- En el casillero de número de controles ponemos la cantidad de controles realizados hasta el día de la fecha. Para saber si cumple o no con la cantidad de números de controles pautados observaremos la siguiente planilla:



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



| Edad                    | Nº de controles<br>pautados |
|-------------------------|-----------------------------|
| 0 a 9 días              | 1                           |
| 0 a 23 días             | 2                           |
| 0 a 1 mes               | 3                           |
| 0 a 2 meses             | 4                           |
| 0 a 3 meses             | 5                           |
| 0 a 4 meses             | 6                           |
| 0 a 5 meses             | 7                           |
| 0 a 6 meses             | 8                           |
| 0 a 8 meses             | 9                           |
| 0 a 10 meses            | 10                          |
| 0 a 12 meses            | 11                          |
| 0 a 15 meses            | 12                          |
| 0 a 18 meses            | 13                          |
| 0 a 21 meses            | 14                          |
| 0 a 24 meses            | 15                          |
| 0 a 2 años y 4<br>meses | 16                          |
| 0 a 2 años y 8<br>meses | 17                          |
| 0 a 3 años              | 18                          |

- Los datos de peso, talla, perímetro cefálico y alimentación van a corresponder a los datos del último control realizado.
- En cuanto a las medidas antropométricas, al peso lo marcamos en gr., la talla en cm y el perímetro cefálico en cm. Para ubicar estos datos en la tabla de percentiles utilizaremos las siguientes tablas extraídas del Carné de Salud del Niño:

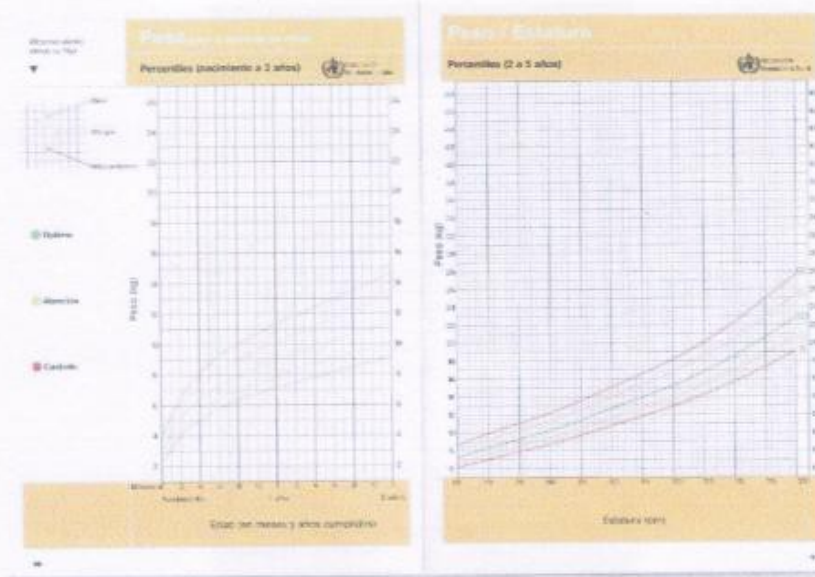


UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



Peso de 0 a 2 años

Peso/Estatura de 2 a 5 años (niñas)



Longitud de 0 a 2 años

Estatura de 2 a 5 años (niñas)

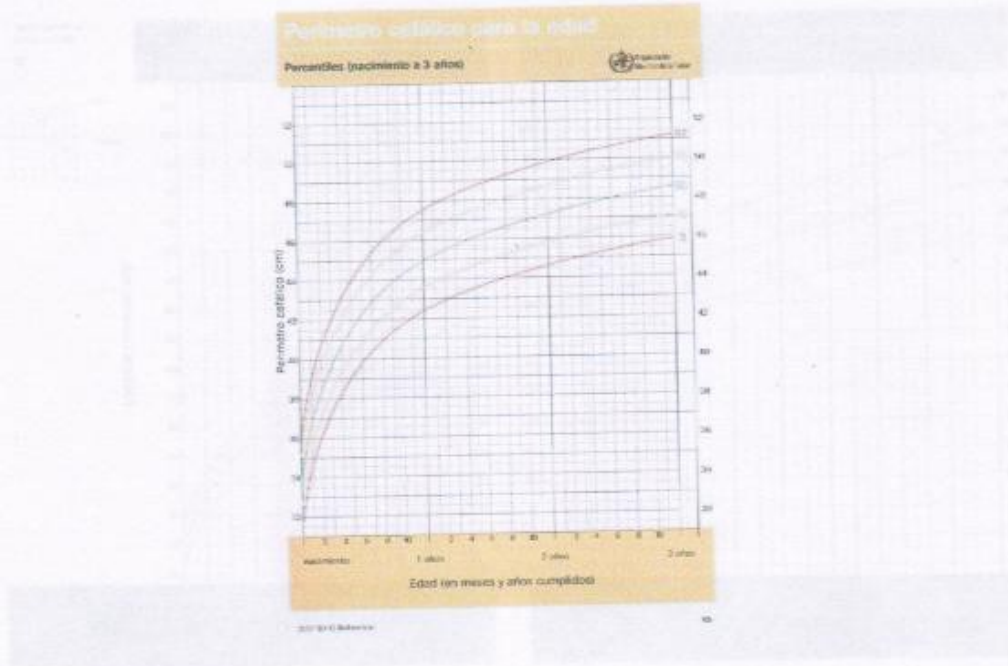




UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION

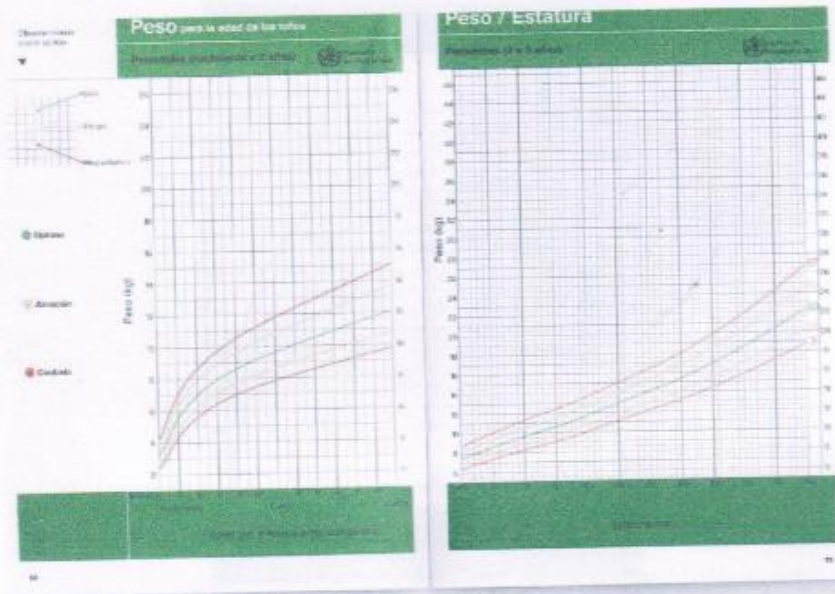


### Perímetro cefálico 0 a 36 meses (niñas) ~~de 2 a 5 años (niños)~~



### Peso de 0 a 2 años

### Peso/Estatura de 2 a 5 años (niños)

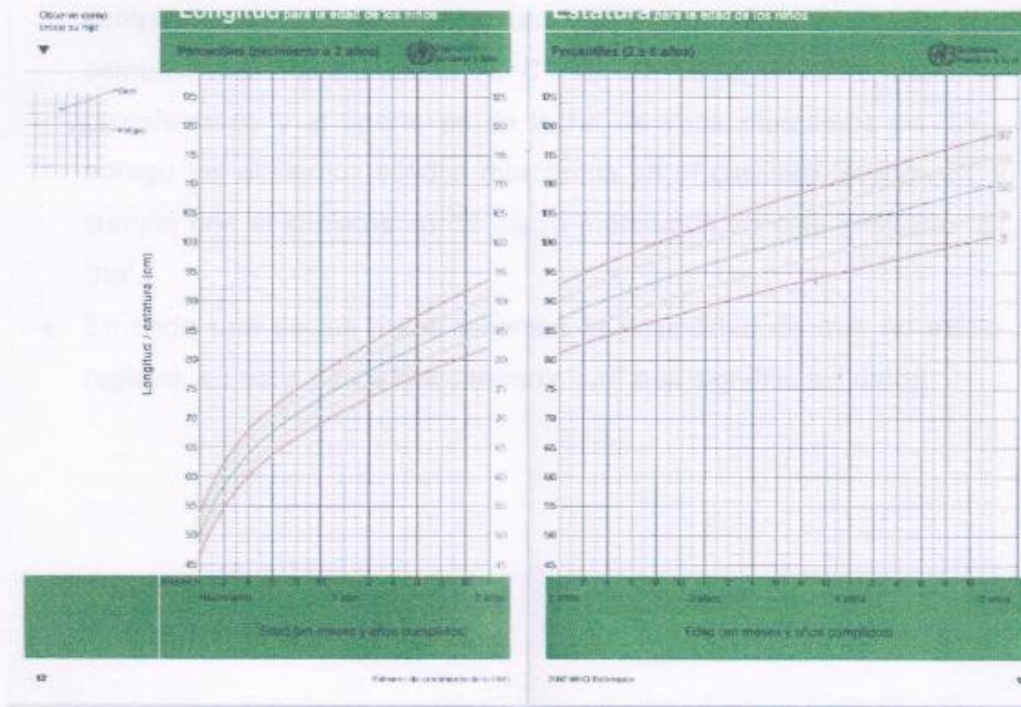




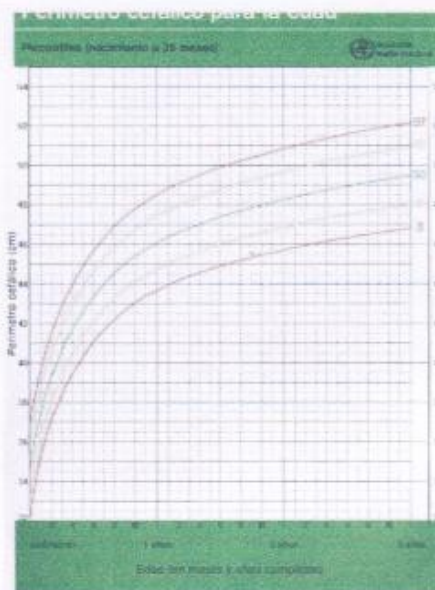


Longitud de 0 a 2 años

Estatura de 2 a 5 años (niños)



Perímetro cefálico 0 a 36 meses (niños)







UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA DE SALUD COMUNITARIA  
TRABAJO FINAL DE INVESTIGACION



- En cuanto a la alimentación tendremos que marcar: si se alimenta con lactancia exclusiva solo marcamos la "LEx.", si se alimenta con complemento exclusivo marcamos "CEx." si se alimenta de pecho mas complemento marcamos la "L+C". Si no toma ni leche materna ni complemento y el aporte es de leche de vaca marcamos en "LV". Si agrego los alimentos sólidos marcamos en el casillero "sólidos Si" y si cumple con el suplemento de hierro marcamos en este casillero. "Si" o "no".
- En cada uno de los datos tenemos la posibilidad de que no exista el registro, en esos casos marcaremos "s/d" que significa sin datos.