

UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DEL SER
HUMANO
ESCUELA DE ENFERMERÍA

TEMA

FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES QUE INCIDEN EN EL BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSE CAMARÓN DE NOVIEMBRE 2010 A MARZO DEL 2011.

AUTORAS:

MARLENE LEONILA CHACHA JIMÉNEZ
VALERIA ANABEL BENAVIDES NÚÑEZ

DIRECTOR DE TESIS:

DR. RENE ALARCÓN

2010 - 2011

DEDICATORIA

En primer lugar quiero agradecer a Dios por bendecirme para llegar donde he llegado.

A ti, insuperable, preciosa, bella y amorosa mamá, por darme tu cariño, paciencia, apoyo, consejos y, por sobretodo, valor para seguir adelante. ¡Que nunca me vayas a faltar! A mis hermanas por su apoyo.

A Mithsuo Tsuchiya por haberme ayudado económicamente para culminar este sueño, que descansa en paz y que Dios le tenga en la Gloria siempre lo llevare en mi corazón.

A la Sra. Alicia García por su apoyo desinteresado, consejos y por animarme siempre a seguir adelante, a Valeria por su amistad incondicional en cada momento de la carrera y del diario vivir.

Marlene

DEDICATORIA

Son muchas las personas especiales a las que me, gustaría agradecer su amistad, apoyo, ánimo y compañía en las diferentes etapas de mi vida. Algunos están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y mi corazón. Sin importar el lugar en donde se encuentren quiero que sepan que les agradezco mucho que hayan sido parte del regalo maravilloso de la mi vida.

En primer lugar quiero agradecer a Dios y la Virgen Dolorosa por guiarme por el camino de felicidad que ha sido mi vida.

A mis padres Luis y Laura a quienes adoro y amo muchísimo y de los que me siento muy orgullosa, por ser el pilar fundamental en el desarrollo de mi vida; a mis hermanos Luis, Isaac, Pablo, Marcos quienes me han molestado durante este tiempo como no tienen idea gracias por su apoyo los amo mucho, a mi hermana Leissy que es mi caja fuerte con mis dos tesoritos Jhuliana y Jhosué sobrinitos preciosos siempre serán lo más importante en mi vida sin importar lo que pase.

A mi Amiga y compañera de tesis Monita te quiero mucho te lo dedico por haber permanecido juntas, pese a todo lo que paso. “Y no le estoy gritando así es mi tono de voz”.

Valeria

AGRADECIMIENTO

A nuestra querida “UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR” a nuestros docentes quienes nos han guiado, en nuestro proceso académico y por darnos la oportunidad de ser profesionales

Agradezco a mi director de tesis, Dr. Rene Alarcón por su valiosa asesoría durante el desarrollo del trabajo investigativo.

CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS

DIRECTOR DE TESIS

Dr. Rene Alarcón

CERTIFICA:

En calidad de director de tesis de grado presentado por las Srtas. Marlene Chacha y Valeria Benavides para optar el título de Licenciadas en enfermería han cumplido con el tema “FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES QUE INCIDEN EN EL, BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE CAMARÓN DE NOVIEMBRE 2010 A MARZO DEL 2011”, y con todos los aspectos normales, técnicos y reglamentarios establecidos, conforme queda documentado.

En calidad de Director de tesis eh prestado asesoramiento requerido por las alumnas que han acogido de la mejor forma durante todo el proceso.

Dr. Rene Alarcón

DIRECTOR DE TESIS

ÍNDICE GENERAL

PORTADA.....	I
DEDICATORIA.....	I
DEDICATORIA.....	II
AGRADECIMIENTO	III
CERTIFICADO DEL DIRECTOR DE TESIS	IV
TEMA	1
INTRODUCCIÓN	2
JUSTIFICACIÓN	5
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
OBJETIVOS	7
OBJETIVO GENERAL.....	7
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
HIPÓTESIS	8
VARIABLES EN ESTUDIO	9
VARIABLE INDEPENDIENTE.....	9
VARIABLE DEPENDIENTE	9
CAPITULO I	17
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	17
GENERALIDADES DEL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE CAMARÓN	17
DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL TERRITORIO	20
ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE CAMARÓN.....	21
TALENTOS HUMANOS	21
COMUNIDADES A LAS QUE PRESTA SERVICIO ESTE CENTRO DE SALUD.....	21
1. MARCO TEÓRICO.....	22
1.1.1. FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS, Y NUTRICIONALES	22

1.1.2. ABASTECIMIENTO DE AGUA.-	23
ORIGEN DEL AGUA	23
AGUA SEGURA.-	24
1.1.3. HACINAMIENTO.-.....	25
1.1.4. SALARIO MÍNIMO.-	25
1.1.5. ESTRUCTURA FAMILIA.....	26
1.1.6. ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS	28
1.1.7. ALIMENTACIÓN.-	29
1.1.8. IMPORTANCIA DEL DESAYUNO EN LOS NIÑOS.....	35
1.1.9. ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES	35
1.1.10. PRÁCTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA	38
1.1.11. PRÁCTICAS INADECUADAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.....	39
1.2. EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO	40
1.2.1. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO	40
1.3. INFECCIÓN.....	44
1.3.1. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES:.....	45
1.3.2. ANEMIAS:	45
1.3.3. MARASMO Y KWASHIORKOR	45
1.3.4. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)	49
1.3.5. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS:	56
1.3.6. ENFERMEDADES CARDIACAS:.....	61
1.4.1. ALCOHOL, TABACO Y DROGA EN EL EMBARAZO.....	62
1.5.1. LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL.....	63
CAPITULO II	68
DISEÑO METODOLÓGICO	68
2.1 ÁREA DE ESTUDIO.....	68
2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	68
2.3 TIPO DE ESTUDIO	68
2.4 UNIVERSO O MUESTRA	69
2.5. TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	69
CAPITULO III	71
ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	71

TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS MEDIANTE LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES.....	71
TABULACIÓN DE DATOS DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS A LAS MADRES DE L@S NIÑ@S QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE CAMARÓN	75
CONCLUSIONES	98
COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	101
RECOMENDACIONES	102
CAPITULO IV	103
4.1. PROPUESTA	103
TEMA:	104
PROGRAMA EDUCATIVO, SOBRE MEDIDAS Y NORMAS PARA CONTRARRESTAR EL BAJO PESO, TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL A LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS, QUE ACUDEN AL SCS CAMARÓN.	104
INTRODUCCIÓN	104
DESARROLLO DEL PROGRAMA EDUCATIVO	108
HIGIENE DEL NIÑO	108
LACTANCIA MATERNA.....	112
CONTROL PRENATAL.....	118
CONSUMO DE AGUA SEGURA	121
IMPLEMENTACIÓN DE HUERTOS FAMILIARES.	125
INFLUENCIA DE LOS PADRES SOBRE EL DESARROLLO DE LOS NIÑ@S.....	127
COMO PREVENIR ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y RESPIRATORIA EN LOS NIÑOS.....	130
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL PROGRAMA EDUCATIVO	135
BIBLIOGRAFÍA	136
ANEXOS	138
GLOSARIO	143
PRESUPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO INVESTIGATIVO	162

TEMA

FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES QUE INCIDEN EN EL, BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSE DE CAMARÓN DE NOVIEMBRE 2010 A MARZO DEL 2011.

INTRODUCCIÓN

El niño es un ser humano único en proceso de crecimiento y desarrollo, que lo ayudara en la adaptación, supervivencia en el mundo.

Este proceso inicia en su desarrollo intrauterino luego se realizara en etapas exclusivas teniendo su repercusión en toda su vida, se efectuara de la mejor manera teniendo en cuenta un sin número de factores.

La influencia de los familiares, y la sociedad es fundamental durante el proceso de crecimiento y desarrollo del niño.

Los componentes bióticos y abióticos del medio influyen de forma directa, ya que nos permitirán identificar el entorno en el que desarrollara en gran parte el niño

Cierta dependencia familiar, ingresos económicos, desconocimiento sobre temas alimentarios, patologías que nos pueden llevar a la pérdida de peso y disminución de la talla que conlleva un sin número de problemas durante el crecimiento y desarrollo del niño.

Mediante acciones oportunas se pueden evitar dichos problemas, dentro de las cuales podemos mencionar, cuidados básicos en ciertas patologías como en parasitosis, manejo de enfermedades gastrointestinales, respiratorias etc. aprovechamiento de los recursos alimentarios con los que cuenta la comunidad, modalidades adecuadas de alimentación.

Toda esta problemática nos llevó a proponernos este trabajo investigativo, nuestro propósito fundamental es identificar la incidencia y cuál de los

factores, es el que interviene en el bajo peso, talla e índice de masa corporal en los niños de 6 a 48 meses.

El presente trabajo investigativo se efectuó en la comunidad de San José Camarón, nuestro estudio está dividido en capítulos los mismos que serán expuestos a continuación:

En el Capítulo I analizaremos la problemática presentada en la comunidad de Camarón, dentro de la cual hablaremos sobre el tema, justificación, planteamiento del problema, la determinación de los objetivos, formulación de hipótesis, identificación y operacionalización de variables, las generalidades de la comunidad de Camarón.

En el marco teórico se abordaran los factores socioeconómicos, alimentarios, nutricionales, causas de bajo peso talla e índice de masa corporal.

En el Capítulo II se emplea la metodología que se utilizó la misma que está definida para la determinación de estrategias y procedimientos que se ejecutaran para dar respuesta al problema y comprobar hipótesis

Nuestro trabajo investigativo es bibliográfico por que consta de un marco teórico científico el mismo que está sustentado en base científica de libros y de internet y de campo debido que se interactuó con las madres de los niños.

El tipo de estudio es descriptivo porque está dirigido a determinar cómo está la situación de las variables en estudio la presencia o ausencia de algo, la frecuencia en que ocurre de fenómeno, en quienes donde y cuando se presenta el determinado fenómeno.

En el Capítulo III hablaremos sobre Análisis y presentación de Resultados obtenidos durante nuestra investigación

En el Capítulo IV realizamos una propuesta la cual va encaminada a desarrollar un programa de capacitación dirigido a las familias que acuden al Subcentro de salud San José de Camarón para contrarrestar el bajo peso y talla en los niños.

JUSTIFICACIÓN

En calidad de Internas Rotativas de Enfermería hemos realizado este presente trabajo investigativo en el Sub Centro de Salud de San José de Camarón, perteneciente al cantón Echeandia. Por conocer que existe un 54 % de desnutrición, de los niños que acuden a realizarse los controles en esta casa de salud.

El objetivo primordial de la investigación es conocer los factores socioeconómicos, alimentarios y nutricionales que inciden en el bajo peso, talla e Índice de Masa Corporal, en los niños de 6 a 48 meses mediante la elaboración de diagnóstico nutricional que nos permitirá identificar el estado de salud de los niños.

Los problemas que afrontan los niños de 6 a 48 meses de edad, como la mala alimentación, falta de recursos económicos, malos hábitos higiénicos, conlleva a tener un sin número de enfermedades y problemas nutricionales que en casos extremos pueden llegar hasta la muerte del niño. Sabemos sobre la importancia de la alimentación y como beneficia a los niños en su desarrollo físico, psicológico, intelectual y mental, conocemos de un sin número de programas que brinda el Ministerio de Salud Pública para mejorar la nutrición de los niños pero sin embargo la familia no evidencian la magnitud de lo que puede producir la malnutrición en los niños

Por lo cual nuestro trabajo de investigación va dirigido a los jefes de hogar para concientizarlos sobre una buena alimentación y nutrición de los niños para que crezcan, sanos y fuertes.

Además proponemos un plan de capacitación que va dirigido a las familias de niños de 6 a 48 meses, que acuden a esta casa de salud en el cual se desarrollaran temas como medidas y normas para contrarrestar el bajo peso, talla e índice de masa corporal de los niños.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿CUÁLES SON LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES QUE INCIDEN EN EL BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD CAMARÓN DE NOVIEMBRE 2010 A MARZO DEL 2011?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- ❖ Estudiar los factores socioeconómicos, alimentarios y nutricionales, que inciden en el bajo peso y talla e Índice Masa Corporal en los niños, de 6 a 48 meses que acuden al Sub Centro de Salud Camarón en Noviembre 2010 a Marzo 2011.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ❖ Realizar un Diagnostico Nutricional de los niños de 6 a 48 meses que acuden al Sub Centro de Salud San José de Camarón de Noviembre 2010 a Marzo 2011.
- ❖ Identificar los factores socioeconómicos, alimentarios, nutricionales, que inciden en el bajo peso, talla e Índice de Masa Corporal.
- ❖ Proponer un plan de capacitación, a las Familias de los niños de 6 a 48 meses que acuden al Sub Centro de Salud San José Camarón, sobre medidas y normas para contrarrestar el bajo peso, talla e Índice de Masa Corporal.

HIPÓTESIS

H₀.-LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES, INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD CAMARÓN.

H₁.-LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS, NUTRICIONALES, NO INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD CAMARÓN

VARIABLES EN ESTUDIO

VARIABLE INDEPENDIENTE

FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES

VARIABLE DEPENDIENTE

INCIDENCIA BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL.

VARIABLE INDEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM/ESCALA
FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS Y NUTRICIONALES	Los factores socio-económicos tienen relación con el entorno social, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud; con las leyes de oferta y demanda con las políticas de desarrollo del país, factores nutricionales determinan el crecimiento porque están en relación directa con la absorción de nutrientes, su aprovechamiento y utilización por el organismo para la realización de los procesos que	FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS	Vivienda	a) Urbana b) Rural
			Tipo de vivienda	a) Caña b) Madera c) Bloque d) Adobe e) Mixta
			Existe Hacinamiento	a) Si b) No

	produce el aumento de tejidos.	Estructura familiar	Instrucción de los Padres	<ul style="list-style-type: none"> a) Ninguna b) Primaria c) Secundaria d) Superior
			Edad de los padres cuando la madre estuvo embarazada fue	Entre <ul style="list-style-type: none"> a) 13 A 23 Años b) 24 A 35 c) 36 A 60 Y MAS
			Ocupación de los Padres	<ul style="list-style-type: none"> a) Agricultor b) Jornalero c) Comerciante d) Ganadería e) QQDD f) Otros g) Cual.....

			Quien efectúa el cuidado de los niños.	a) Madre b) Padre c) Abuelos d) Otros e) Quienes...
		Ingresos del Hogar.	El Salario Mínimo Vital Unificado. de la persona jefe de hogar es	a) 264 b) Menor de 264 c) Mayor de 264
			El empleo del jefe o jefa del hogar es	a) Estable b) No Estable
			Cuánto dinero es invertido mensual en alimentación en el hogar	a) 100 b) Menor de 100 c) Mayor de 100

		<p>FACTOR ALIMENTARIO Alimentación</p>	<p>Qué tipo de alimentos son consumidos en mayor cantidad por los niños</p>	<p>a) Proteínas b) Carbohidratos c) Grasas d) Cereales e) Comida f) Chátara g) Otras</p>
			<p>Cuántas veces come el niño al día</p>	<p>a) 2 b) 3 c) 5</p>
			<p>Acude mensualmente al control del niño sano</p>	<p>a) Si b) No</p>

VARIABLE DEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN	DIMENSIÓN	INDICADOR	ITEM/ESCALA
BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL.	<p>PESO: Peso corporal es una medida de la masa corporal. Es una medida heterogénea, una composición de muchos tejidos que, a menudo, varían independientemente.</p> <p>TALLA: es una medición lineal de la distancia desde el piso o superficie plana donde está parado, hasta la parte más alta (vértice) del cráneo. Es una composición de dimensiones lineales a la que contribuyen las extremidades inferiores, el tronco, el cuello y la cabeza.</p> <p>INDICE DE MASA CORPORAL:</p>	Infecciones	Infecciones más frecuentes.	a) Respiratorias b) Gastrointestinales c) Otras
		Parasitosis	El agua de su consumo	a) Segura b) Insegura
			Hace cuanto desparasitó a su niño.	a) Nunca b) Mayor de 6 meses c) Menor de 6 meses
			Eliminación de excretas	a) Alcantarillado b) Pozo séptico c) Pozo ciego d) Letrina

Este índice de masa corporal infantil es de suma utilidad a la hora de establecer una evaluación antropométrica y nutricional, que permita tomar medidas preventivas en caso de que un niño se encuentre en sobrepeso o bajo peso.			e) Ninguna
	Control de Salud de la Madre.	Cuál fue su estado nutricional durante el embarazo	a) Bajo a) Normal b) Sobrepeso c) Obesidad
		Ha fumado durante el embarazo.	a) Si b) No
		Alcohol en el embarazo	a) Si b) No
		Drogas durante el embarazo	a) Si b) No
		Se ha realizado los controles durante el embarazo	a) Si b) NO c) Porque.-

		A sufrido alguna complicación durante el embarazo	a) Si b) No c) Cual.-
--	--	---	-----------------------------

CAPITULO I

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

GENERALIDADES DEL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE CAMARÓN

En año de 1955 lo que es San Jase de Camarón era un pequeño camino que servía de enlaces entre Chazo Juan y Echeandía, un año después Pedro Gomes de la Torre Capitán del Ejército Ecuatoriano que vino a vivir a este rincón de la patria junto con José Cadena, Ángel Aranda, José Gallo y otros.

Fueron personas importantes con espíritu de superación optimistas por seguir adelante, fueron los promotores para la construcción de la carretera sobre un pequeño chaquiñán o camino de herradura de Echeandía Camarón aprovechando la maquinaria que trabajo Echeandía -Guanujo que en ese entonces a los pobladores de Camarón consiguieron a 860 sucres diarios

Con un pequeño grupo de familias, Aranda, Cadena, Gómez, Gallo, se conformó un caserío que lo pusieron el nombre, poco después Pedro Gómez de la Torre, converso con las familias que Vivian en ese lugar para que se llamara San José de Camarón.

Pedro Gomes de la Torre, Ángel Aranda José Cadena hicieron gestiones con la finalidad de conseguir la escuela que hoy se llama Redes de San José de Camarón.

Años más tarde Gómez de la torre junto con los moradores consiguió la iglesia.

Para parcelar los terrenos de ese caserío vinieron del cabildo de Salinas, en ese entonces los solares 200 sucres con esfuerzo de los moradores se han

venido, consiguiendo obras para el adelanto de la comunidad y ayuda de la curia de Guaranda. En ese tiempo todo ese tiempo todo estaba poblado de montañas ya que lo único que existía era otro caserío de Chazo Juan que tiene pocos años más que Camarón.

En este sector se aglutino un poco más la gente por su producción ya que se cultiva en gran cantidad arroz, plátano, y la pesca, que servía para la alimentación de las comunidades cercanas.

Gómez de la Torre hombre honesto, trabajador, charlatán conseguía lo que se proponía.

En recompensa de lo que hizo por este recinto le regalaron un lote de terreno en la montaña, años más tarde, después de su muerte todo quedo para su familias.

El primer cabildo fue comandado por Javier Paredes .hombre honesto, trabajador sacrificado e interesado por el adelanto y progreso de la comunidad y toda zona ya que a base de mingas se hacían caminos, puentes, casas comunales.

Además Aurelio Chamorro con Eugenio Pungaña, Carlos Valle. También contribuyeron con el adelanto de la comunidad. Ya que juntos con los demás, pedían a las autoridades sectoriales y provinciales se les hiciera obras indispensables para la comunidad hoy por hoy San José de Camarón es una zona rica en pastizales, naranjales, madera , caña de azúcar, café, cacao, banano, ganadería productos de importación ya que Camarón es conocido por la venta de sus productos .

Como obras de infraestructura Camarón cuenta, con agua potable, jardín de infantes, escuela, además cuenta con Colegio, y una academia

También tenemos un Sub -Centro de Salud. La escuela hoy cuenta con unos 250 niños el jardín con 30 niños el colegio con 44 alumnos solo funciona los ciclos básicos.

Además el MINISTERIO DE EDUCACION Y CULTURA contribuyo con una biblioteca que hoy simboliza un centro de educación y recreación para toda la comunidad: que tanta falta hacia a la misma.

Trabajo por la comunidad, se efectúa por las autoridades del cabildo y muchas personas son quienes están adelante en la comunidad para pedir a las autoridades como el consejo provincial obras como la casa comunal adecuada, puentes, arreglo de carreteras, parque infantil para niños que tanta falta nos hace.

Hoy en día se demolió la iglesia antigua con la administración del sacerdote Sr. Gonzalo Lucio y con el apoyo de las autoridades locales y provinciales y la comunidad entera se construyó en nuevo templo, también esta comunidad consta con un destacamento de la policía.

Hoy en día a la fecha las autoridades de la comunidad se encuentran en los trámites para la legalización de hacerse parroquia

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIO HISTÓRICO Y CULTURAL DEL TERRITORIO

RECURSOS NATURALES.- En cuanto a la agricultura por tener un clima subtropical se realiza con prioridad el cultivo de plátanos, naranjas, cacao, yuca, la caña de azúcar, papa china, tomate de carne, zanahoria amarilla, naranjas, mandarinas, limas, etc. Hoy en día se está fomento para la creación de huertos familiares sustentados por varios programas locales.

Esta comunidad cuentan con montañas, lomas, chaquiñanes las mismas que están siendo afectadas por el cambio climático causando esto la destrucción paisajística. En las lomas se pueden observar unos campos verdes, arboles de cedro,, balsa, Palma que tienen más muchos años y se les observa con mucha altivez. Los pastizales son el alimento básico para los animales como el ovino, vacuno, porcino, caballar y aves.

SU CLIMA: Sub Trópico.

EN LO QUE RESPECTA A LA FAUNA: Se dedican a la crianza de ganado vacuno, chanchos, y aves de corral. Los cultivos y la crianza de los animales que se realizan en la zona sirven como trabajo y beneficio para las familias debido a la comercialización de los productos, de igual manera ayuda a la alimentación de las personas que habitan en el sector.

FAUNA SILVESTRE: Cuentan con guatusas, guantas, armadillo, ardillas, culebras, tigrillos, monos. Caracoles, sapos.

ORGANIZACIÓN POLÍTICA-ADMINISTRATIVAS: Las organizaciones que están presentes en la localidad son: Ministerio de Educación, Ministerio de Salud Pública, además una organización que se destina a un Cabildo. Las mismas que han colaborado en algunas actividades programadas en la zona, ayudando al desarrollo de la comunidad.

ESTRUCTURA DEL CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE CAMARÓN

Estructura Funcional del Centro de Salud

- ❖ Sala de espera
- ❖ Sala de Cirugía Menor
- ❖ Consultorio 1
- ❖ Consultorio 2
- ❖ Odontología
- ❖ Estadística y Farmacia
- ❖ Sala de TB
- ❖ Consultorio de Gineco-Obstetricia
- ❖ Vacunatorio
- ❖ Bodega

TALENTOS HUMANOS

- ❖ 1 Médico Rural
- ❖ 1 Odontólogo
- ❖ 1 Enfermera
- ❖ 1 Interna Rotativa de Enfermería
- ❖ 1 Auxiliar de Enfermería

COMUNIDADES A LAS QUE PRESTA SERVICIO ESTE CENTRO DE SALUD

- ❖ Cruz Loma
- ❖ Payacacao
- ❖ La Samba
- ❖ Karimara
- ❖ Los Laureles
- ❖ Naranjal
- ❖ Cañitas

1. MARCO TEÓRICO

1.1.1. FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS, Y NUTRICIONALES.

DEFINICIÓN.- Los factores socioeconómicos tienen relación con el entorno social, la disponibilidad y accesibilidad de alimentos y de servicios de salud; con las leyes de oferta y demanda con las políticas de desarrollo del país, factores nutricionales determinan el crecimiento porque están en relación directa con la absorción de nutrientes, su aprovechamiento y utilización por el organismo para la realización de los procesos que produce el aumento de tejidos.

CLASIFICACIÓN.-Dentro de la clasificación de los factores Socio-Económicos tenemos

ESTRUCTURA FAMILIAR.- Precisa la edad y sexo, vínculo familiar y generacional de todo el núcleo que convive en la vivienda.¹

OCUPACIÓN.- Ocupación principal del núcleo que aporta la mayor parte de los ingresos distinguiendo el tipo de trabajo porque tendrá dependencia en la disponibilidad de alimentos para el núcleo familiar.²

ESCOLARIDAD.- Tiene referencia al grado de alfabetización, educación que ha llegado a obtener el núcleo familiar³

VIVIENDA.- Es una estructura artificial, consiste principalmente en , por lo general con base y una cubierta que puede ser, un techo . La vivienda sirve para brindar refugio contra la precipitación. viento , calor y frío , y sirven de refugio de los ataques de animales (u otros seres humanos). Además es el

¹ CANALES, francisca METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Pág. 231

² CANALES, francisca METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Pág. 231

³ CANALES, francisca METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. Pág. 231

lugar donde los individuos tienen su vida privada. Esto, a pesar de que muchas personas pasan gran parte de su día de trabajo fuera de casa o en lugares de recreación . La casa también sirve como un lugar de descanso. ⁴

1.1.2. ABASTECIMIENTO DE AGUA.- El agua es vida y este en gran parte en los alimentos como sopas, leche, frutas, vegetales, jugos, pero también es un importante que se tome en forma natural pues intervienen en todas las funciones que realiza el organismo transporte y absorción de vitaminas y minerales, evita el estreñimiento y mantiene hidratada la piel.

Hay que proporcionar al niño/niña agua segura, se recomienda por lo menos dos o tres vasos diarios.

ORIGEN DEL AGUA

Los sistemas de abastecimiento de agua potable se pueden clasificar por la fuente del agua, del que se obtienen:

- Agua de lluvia almacenada en los tanques de reserva.
- Agua proveniente de manantiales naturales, donde el agua subterránea aflora a la superficie;
- Agua subterránea, captada a través de pozos.
- Agua superficial (lleva un previo tratamiento), proveniente de ríos, arroyos.

Según el origen del agua, para transformarla en agua potable deberá ser sometida a tratamientos, que van desde la simple desinfección y filtración, hasta la desalinización.

COMPONENTES DEL SISTEMA DE ABASTECIMIENTO

⁴ <http://pt.wikipedia.org/wiki/Habita%C3%A7%C3%A3o>

El sistema de abastecimiento de agua potable más complejo, que es el que utiliza aguas superficiales, consta de cinco partes principales:

- Almacenamiento de agua bruta;
- Captación;
- Tratamiento;
- Almacenamiento de agua tratada;
- Red de distribución abierta

AGUA SEGURA.- Es el agua apta para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción. Debe ser agua que cumple con las normas de calidad promulgadas por las autoridades locales e internacionales. Las autoridades internacionales establecen, valores máximos y mínimos para el contenido en minerales, diferentes iones como cloruros, nitratos, nitritos, amonio, calcio, magnesio, fosfato, arsénico, entre otros, además de los gérmenes patógenos. El pH del agua potable debe estar entre 6,5 y 8,5. Los controles sobre el agua potable suelen ser más severos que los controles aplicados sobre las aguas minerales embotelladas.

En zonas con intensivo uso agrícola es cada vez más difícil encontrar pozos cuya agua se ajuste a las exigencias de las normas. Especialmente los valores de nitratos y nitritos, además de las concentraciones de los compuestos fitosanitarios, superan a menudo el umbral de lo permitido. La razón suele ser el uso masivo de abonos minerales o la filtración luego arrastrado por el agua de lluvia. Las causas de la no potabilidad del agua son:

- Bacterias, virus;
- Minerales (en formas de partículas o disueltos), productos tóxicos;
- Depósitos o partículas contaminantes.

1.1.3. HACINAMIENTO.- El término hacinamiento hace referencia a la situación de los seres humanos que habitan o que ocupan un determinado espacio son superiores a la capacidad que tal espacio debería contener, de acuerdo a los parámetros de comodidad, seguridad e higiene. El hacinamiento es un problema de gran importancia en la actualidad ya que la población mundial es muy numerosa y la densidad de la misma es extremadamente alta en algunos espacios del planeta.

El hacinamiento implica la presencia de un gran número de personas o animales en un espacio reducido. Esto tiene como principal consecuencia la generación de un ambiente no apto para la supervivencia de todos ya que tanto los recursos como los elementos característicos de ese espacio empiezan a perder sus rasgos esenciales (el aire se vuelve denso e irrespirable, el agua y los alimentos no alcanzan para todos, los desechos son muy altos y por lo tanto contaminan el espacio, etc.

1.1.4. SALARIO MÍNIMO.- Es la remuneración establecida legalmente, para cada periodo laboral (hora, día o mes), que los empleadores deben pagar a sus trabajadores por sus labores. Fue establecido por primera vez en Australia y Nueva Zelanda en el siglo XIX. Los costos y beneficios de los salarios mínimos legales son aún objeto de debate. Cada país suele establecer las normas legales que regulan el salario mínimo y los mecanismos para determinar periódicamente su monto, generalmente en forma anual.

SALARIO MÍNIMO DEL ECUADOR.- El Salario mínimo lo fija el Ministerio de Relaciones Laborales. Éste salario comprende jornadas de 40 horas semanales, el cual rige para el sector privado incluyendo a los siguientes grupos: campesinos, trabajadores de la pequeña y mediana industria, trabajadoras del servicio doméstico, artesanos, sector agrícola y del sector

de las maquilas. A más del pago mensual existe algunos sobresueldos, estos son: El Décimo Tercer sueldo.- Se paga en Diciembre para compensar las necesidades de gastos por las festividades de navidad. Es la 12ava parte de todo lo percibido en el año calendario anterior. Aproximadamente us\$264.00 (2011). El Décimo Cuarto sueldo.- Se paga en Septiembre para compensar las necesidades de gastos por ingresos a clase de las escuelas y colegios. Corresponde un salario mínimo unificado, es decir us\$240.00 (2010). Pago de utilidades.- Se paga en Abril, corresponde al 15% de las utilidades netas de la empresa. El 10% es pagado por completo a cada trabajador, el 5% distribuidos entre las cargas familiares del trabajador.⁵

TABLA DEL SALARIO MÍNIMO EN ECUADOR:

2007	2008	2009	2010	2011
170 US\$/mes	202 US\$/mes	218 US\$/mes	240 US\$/mes	264 US\$/mes

1.1.5. ESTRUCTURA FAMILIA

La familia es considerada como el conjunto de personas unidas por lazos de parentesco, como la unidad básica de organización social, cuyas funciones y roles son proporcionar a sus miembros protección, compañía, seguridad, socialización y principalmente ser fuente de afecto y apoyo emocional especialmente para los hijos, quienes se encuentran en pleno proceso de desarrollo. La familia es el principal agente a partir del cual el niño desarrollará su personalidad, sus conductas, aprendizajes y valores.

⁵ http://es.wikipedia.org/wiki/Salario_m%C3%ADnimo#Ecuador

El ambiente ideal para el desarrollo adecuado de estos elementos es aquel que brinde armonía y afecto entre los integrantes de la familia. Hoy en día se sabe que el tipo relación que exista entre los padres y el niño va influenciar en el comportamiento y en la personalidad del niño.

En síntesis, la familia cumple diversas funciones

- Brinda la seguridad y los recursos necesarios que el niño necesita para desarrollarse biológicamente, el cuidado y apoyo que le brinden sus padres, como la alimentación y el vestido le permitirán gozar de salud, desarrollarse y aprender habilidades básicas necesarias para su supervivencia.
- Brinda la educación, los patrones de conducta y normas que le permitirán desarrollar su inteligencia, autoestima y valores haciéndolo un ser competitivo y capaz de desenvolverse en sociedad.
- Proporciona un ambiente que le permitirá al niño formar aspectos de su personalidad y desarrollarse a nivel socioemocional.

Teniendo en consideración la influencia que tiene la familia en el desarrollo integral del niño, es fundamental propiciar un ambiente libre de tensión y violencia, donde exista un equilibrio y se logre brindar las pautas y modelos adecuados que permitan a los hijos actuar adecuadamente, desarrollar las habilidades personales y sociales que perdurarán a lo largo de su vida y que serán reflejados más claramente en ellos cuando formen sus propios hogares.⁶

⁶ <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia-g.htm>

1.1.6. ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS

La nutrición humana es un ámbito científico multidisciplinar que estudia como las sustancias componentes de los alimentos proporcionan valor nutritivo esencial para el mantenimiento de la vida. El conocimiento de la nutrición, influye sobre la salud el bienestar y la calidad de vida y es tan antiguo como la salud humana existen aproximadamente cincuenta nutrientes en los alimentos cuyos estudios sustenta el conocimiento de la nutrición tanto los nutrientes mayoritario (glucosas, aminoácidos, y ácidos grasos, minoritarios vitaminas y minerales) participan de forma concertada con muchas hormonas en la regulación de la expresión genética en respuesta a cambios nutricionales.

La pediatría tiene como objetivo general proporcionar la salud del niño. Una nutrición optima, equilibrada es el indicador básico de la salud eh influye positivamente longevidad. El crecimiento es un excelente indicador de salud, el pediatra vigilante de este proceso debe monitorizarlo detectar sus desviaciones e intervenir cuando se presenten desviaciones anomalías. La hipótesis” orígenes fetales” postula que determinadas condiciones, especialmente nutricionales, programan al feto para el desarrollo de enfermedades crónicas en la vida adulta intervenciones nutricionales en la madre gestante podría disminuir el riesgo de la posible patología crónica.

Nutrición.- Fue definida por grande Covián como el conjunto de procesos mediante los cuales el organismo utiliza, transforma e incorpora en sus propias estructura una serie de sustancias químicas que recibe del mundo exterior, formado parte de los alimentos, y elimina los transformación de los mismos, con objeto de cumplir tres finalidades principales; suministrar energía, construir y preparar estructuras orgánicas y regular los procesos metabólicos”.

Nutriente.- Es el elemento nutritivo de un alimento se diferencia en dos tipos de nutrientes esenciales y energéticos los primeros precisan ser tomadas del exterior o medio ambiente ya que el organismo no puede sintetizarlos su número alcanza 40-50 los energéticos son los proporcionados por los principios inmediatos que aportan energía química y está contenida en los enlaces de sus moléculas

1.1.7. ALIMENTACIÓN.- Puede definirse como la parte externa del proceso nutritivo, Es el acto mediante el cual los seres vivos introducen en su organismo, generalmente por la boca, los distintos alimentos que sirven de sustentos, él alimento es cualquier sustancia que, de forma directa o previa modificación, es capaz de ser ingerida, asimilada o utilizada por el organismo que compone la dieta de los humanos son productos de origen vegetal o animal que contienen compuestos químicos indispensables para la nutrición. Los alimentos solo llegan al organismo después de haber sido asimilados por el aparato digestivo previo a la digestión y absorción en el intestino los hidratos de carbono son absorbidos en forma de glucosa las grasa neutras (triglicéridos) en dos moléculas de ácidos grasos y una de monoglicerido las proteínas en forma de aminoácidos en definitiva los alimentos como tales no participa directamente en la nutrición sino que lo hacen sus componentes liberados durante la digestión.

Se clasifican en los siguientes grupos:

- 1) Cereales, tubérculos, plátanos y derivados.
- 2) Verduras hortalizas.
- 3) Frutas.
- 4) Lácteos, leche y derivados.
- 5) Carnes, aves, pescados y mariscos.
- 6) Huevos

- 7) Leguminosas
- 8) Grasas y aceites
- 9) Azucares

Cereales, tubérculos, plátanos y derivados.- Dentro de este grupo tenemos como las más destacadas

Cereales.- El arroz, maíz.

Tubérculos.- Yuca, papa, zanahoria blanca, papa china.

Plátanos y bananos.- Tienen mucha variedad como los oritos, guineo (plátano de seda), maduros, maqueños, verdes, rosados, limeños barraganete, en este grupo también encontramos frutos de algunos árboles como la fruta de pan y el chontaduro por su alto contenido de almidón.

Estos alimentos proveen la energía necesaria para que el niño pueda realizar sus actividades diarias, la energía que el niño necesita, está relacionada con su peso talla, sexo actividad física.

Las Frutas.- Son el fruto comestible de algunas plantas; contienen vitaminas algunos minerales y fibra, necesaria para proteger al niño contra enfermedades y mantener una buena actividad física. Las frutas como la guayaba, naranja, piña, limón, mandarina, contienen vitamina C la que ayuda a curar las heridas y además mejora el sistema inmunológico.

El mango, papaya, sapote, guineo que aportan con vitamina A que aporta en el mejoramiento de la agudeza visual la fortificación y calcificación de los huesos.

El niño debe consumir diariamente de 3 a 5 frutas en forma natural.

Verduras y Hortalizas.- Las verduras son vegetales que proveen al organismo de vitaminas, minerales y fibra óptica. Es importante el consumo diario de estas por mejorar el sistema inmunitario además aportan minerales

como calcio, hierro, fosforo que no se absorben muy bien en el organismo, por lo que se recomienda consumirlos conjuntamente con algún alimento de origen animal como carne leche, huevo, pescado.

Las hortalizas y verduras de color amarillo o verde intenso también contienen betacaroteno que son sustancias precursoras de la vitamina A y que al ser ingeridos en el organismo se transforman en vitamina A.

Las verduras frescas aportan con vitamina C , ayudan al crecimiento, protegen las encías y ayudan a cicatrizar heridas; dentro de estos encontramos el perejil, pimiento, lechuga, col, brócoli, nabo, hojas de rábano, hojas de yuca entre otras.

Los niños necesitan consumir de 3 a 5 porciones diarias

Carnes Pescados y Mariscos.- la carne es un tejido que forma parte de la composición de un animal es un alimento común para el humano y otras especies animales las carnes aportan con varios nutrientes de calidad como las proteínas que ayudan a desarrollar los músculos; el hierro participa en la formación de los glóbulos rojos y del músculo, previene además, enfermedades como la anemia, ayudan a una mejor concentración en los estudios el fosforo interviene en sinapsis neuronal, funciones cerebrales, el zinc interviene en crecimiento de la masa ósea, el crecimiento del cello y la maduración sexual adecuada. Contienen vitaminas de complejo B que ayudan a fortalecer el sistema nervioso y para utilizarlas energías de los alimentos.

Pescado.- Es un alimento rico de aceites de excelente calidad que contribuye al desarrollo del cerebro y evitan las enfermedades del corazón.

Los mariscos

Las vísceras.- son órganos ubicados en el interior del cuerpo que sirven para alimento, se le conoce con el nombre menudencias como son: hígado,

corazón, riñón, pulmón, intestino molleja. Aportan con hierro vitamina A y complejo B

Los embutidos.- son grasas saturadas y colesterol que afectan la salud esta se debe consumir solo en ocasiones especiales y en pequeña cantidad.

Necesita consumir de 2 a4 porciones de carne diarias ,el pescado y pollo se debe comer sin piel preferiblemente al horno a vapor o la plancha, porque contiene menos grasa saturada y colesterol, así se previene enfermedades del corazón y el niño crecerá saludable.

Lácteos.- Los lácteos son la leche y sus derivados como el yogur, quesillo queso que aportan proteínas de buena calidad.

Además son fuentes de minerales, como el calcio, fosforo, magnesio indispensable para que el sistema óseo se desarrolle y las piezas dentales se mantengan fuertes y firmes; también es una fuente de vitamina A.

El niño necesita consumir de 3 tazas de leche o una de yogur o una rebanada de queso.

Es importante el consumo de leche semidescremada y queso fresco para evitar problemas de sobrepeso y proteger al niño de enfermedades del corazón en La edad adulta.

Huevos.- El huevos es producto de origen animal que contienen algunas sustancias nutritivas consta de tres partes la cascara la clara y la yema de huevo.

Los huevos aportan proteínas de alta calidad ya que contiene todos los aminoácidos esenciales, que el cuerpo humano no puede elaborar la yema provee hierro y vitamina A, también contiene colesterol por ello es preferirle cocinarlos, en lugar de fritos.

Las Leguminosas.- Como la soya, arveja, garbanzo son vegetales que generalmente se producen en vainas que se secan para almacenar por mayor tiempo proveen, al organismo proteínas de origen vegetal y para mejorar su calidad se recomienda combinarlos con cereales. También son una buena fuente de energía y minerales; también aportan hierro. La soya, garbanzo, chochó son una buena fuente de proteína, grasa buena como calcio y fibra.

Las grasas y aceites.-Las grasas y aceites son importantes para el buen funcionamiento del organismo, es necesario un consumo equilibrado, es decir no debe haber ni déficit ni exceso proporcionan mayor cantidad de energía que los otros nutrientes. Las grasas están compuestas por ácidos grasos.

Las grasas se clasifican en saturadas, monosaturadas y poli saturadas.

Las saturadas.- predominan en las grasas de origen animal como los productos lácteos (leche queso yogur), carnes y aves. También se encuentran en algunos aceites vegetales como los de la palma y coco. Cuando se consume en exceso contribuyen a elevar el colesterol sanguíneo, y se relaciona con el apareamiento de las enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares.

Las monoinsaturadas.- se encuentra en productos de origen vegetal aceite de oliva, maní, canola.

Poliinsaturadas.- Se encuentran en aceites de girasol, maíz, soya. En aceites de frutas secas algunos pescados son excelentes fuentes de ácidos grasos omega tres como los pescados de agua fría, atún, sardina, trucha, salmón estas grasas ayudan disminuir los niveles de colesterol.

Las grasas se deben consumir con moderación porque su consumo excesivo causa, problemas como sobrepeso, obesidad, colesterol elevado que

ocasionan enfermedades como diabetes, enfermedades del corazón y cáncer.

Los niños deben consumir en sus comidas aceites vegetales crudos de soya como maíz, girasol, oliva y canola.

Muchas preparaciones tienen gran cantidad de grasa que se llama grasa oculta, y hay que tener cuidado de consumir en exceso: (frituras, papas fritas, hamburguesas, hot dog, salchipapas).

Azúcares.- Se les conoce como azúcares al azúcar común, miel, panela. Muchos alimentos son preparados a base de azúcar como dulces, jaleas, mermeladas de frutas, dulce de leche, refrescos gaseosos, jugos instantáneos (en polvo), helados, tortas, pasteles, galletas, gomas y otras golosinas. Estos alimentos aportan muchas calorías y el consumo en exceso afecta la salud, producen daño en las placas dentarias y se acumula en forma de grasa produciendo sobrepeso y obesidad.

La sal.- que se consume tiene que tener flúor y yodo y debe usarse con moderación. Los niños deben evitar alimentos a los cuales se añaden sal (grosellas con sal, mango verde y limón) ya que pueden ocasionar daño a sus dientes y predisponer a la presión alta.

Es necesario evitar dar a los alimentos salados tipo snacks como: papas fritas, galletas y canguil. No ponga salero en la meza ni adicione sal en las preparaciones listas para comer.

Minerales.- intervienen en el crecimiento y las relaciones entre sus cantidades absorbidas deben respetar ciertas normas. La alimentación debe proporcionar un equilibrio entre el calcio y el fósforo desde el nacimiento a la adolescencia. El fósforo favorece, en particular, el crecimiento óseo, dentario y el del sistema nervioso, mientras que el calcio interviene en la osificación del esqueleto y juega un importante papel en la contracción muscular. Son

necesarios otros minerales como el sodio y el potasio que intervienen en la conducción del impulso nervioso; el hierro que forma uno de los constituyentes de la hemoglobina, necesaria para el transporte del oxígeno en la sangre, y el zinc que facilita la eliminación del ácido láctico producido durante el esfuerzo y cuya ausencia causa un retraso de crecimiento, de formación ósea, así como la pérdida de cabello en jóvenes.

1.1.8. IMPORTANCIA DEL DESAYUNO EN LOS NIÑOS.

El desayuno es la primera comida del día, muy importante para los niños ya que aportan la energía y nutrientes necesarios para que el niño desarrolle sus actividades.

El desayuno contribuye a un mejor rendimiento intelectual y físico, estimulando sus capacidades intelectuales relacionadas con el proceso de aprendizaje. El ayuno nocturno provoca cambios metabólicos que ocasionan en los niños caída más rápida de los niveles de glucosa en sangre que en los adultos. Cuando los niños no desayunan puede haber una disminución de la capacidades cognitivas, de aprendizaje y desarrollan hábitos alimentarios incorrectos que pueden durar toda la vida y favorecer la mal nutrición por déficit (desnutrición); o por exceso (sobre peso y obesidad) esto debido a que al omitir el desayuno ingieren bocadillos continuamente y generalmente sus meriendas son excesivas.⁷

1.1.9. ALIMENTACIÓN EN LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES

Se incorporan alimentos semisólidos o sólidos (papilla). No se aconseja antes de los 6 meses debido a que sus sistemas enzimáticos y de defensa todavía están inmaduros. Los alimentos deben tener bajo contenido de sodio,

⁷ <http://www.msp.gov.ec>

ya que de lo contrario pueden provocarse micciones frecuentes (orinar) y llegar a la deshidratación.

Tampoco se deben dar alimentos muy azucarados ya que se los condiciona a consumir dulces.

Los bebés necesitan tiempo para acostumbrarse a los nuevos alimentos y a sus sabores.

El niño comienza a mostrar su independencia de los padres, aparecen diferentes tendencias con respecto a los hábitos alimentarios; es decir, muestra preferencia o rechazo por determinados alimentos. Entre el primer y segundo año el apetito del niño varía en cantidad y calidad. Algunos comen pastas y cereales por un tiempo, y luego prefieren las carnes. El equilibrio de nutrientes se da a medida que varía de grupos de alimentos.

En relación con el peso corporal, los requerimientos de nutrientes son mayores.

Un niño necesita dos veces más proteínas, vitaminas (B1, B2, Niacina y vit A) que un adulto.

La actividad física que el chico desarrolla tiene que ver con su apetito. Los más activos necesitarán más calorías que los que no lo son. El valor calórico total aumenta durante el crecimiento.

El peso del niño: Un bebé desde que nace hasta el año triplica su peso. Si nace con 3 kg. pesará 9 kg. al año. Los niños que nacen con un peso menor al considerado normal (2,8-3,5 kg) deben alcanzar igualmente el peso de 9 kg al año.

Durante el primer año configura una 'curva ascendente continua' (aumento paulatino del peso, siempre sube de peso nunca baja).

A partir del año el niño aumenta 2 kg por año subsiguiente. Si pesaba 9 kg al año, cumplirá 2 años con 11 kg.

Después del año hace 'dos mesetas' (mantiene el peso y luego asciende). Aspectos a considerar para que los niños coman mejor:

1. No pelear con el niño acerca de la comida. No insistir demasiado, no castigar por no comer, hacer atractivos los platos
2. No hablarle mucho de la comida. Frente a la inapetencia infantil no hablarle constantemente de la comida para entusiasmarlo porque conseguimos lo contrario. Es común que la inapetencia sea temporal y el niño solo vuelva a comer normalmente. Es importante no solo evaluar su peso si no también su crecimiento
3. Prepara paseos y juegos antes de la comida. Si el niño está expectante, esperando terminar su comida para ir a jugar, estará demasiado absorbido por su verdadero interés y tendrá tendencia a comer poco y mal
4. Elegir momentos tranquilos. Que la hora de la comida sea un momento placentero sin discusión
5. Porciones pequeñas. Porciones chicas que sean agradables y no aquellas que por su gran tamaño son todo un desafío
6. Mesas pequeñas. Sitios cómodos, no sienten presión. Se ha observado que ubicados en mesas de su tamaño, los chicos permanecen más tiempo en su lugar y comen más; sobre todo si están acompañados por niños de su edad
7. Dejar pasar un tiempo entre comida y comida. Dejar que el niño sienta hambre. No ofrecer comida constantemente
8. Participar en las tareas. A algunos niños les agrada tener responsabilidades (poner la mesa parcialmente, siempre que sean tareas de poco esfuerzo). Hacer las compras juntos, además genera un

fuerte vínculo madre-hijo. Al relacionar ese vínculo con la comida el niño comenzará a comer mejor

1.1.10. PRÁCTICAS INADECUADAS DE LACTANCIA MATERNA

En Ecuador, según la última encuesta demográfica y de salud materna e infantil (ENDEMAIN 2004), la lactancia es una práctica generalizada: el 96.7% de los recién nacidos la reciben. Sin embargo, apenas el 26.4% de las madres amamantó a su hijo dentro de la primera hora de vida y el otro 73.6% durante el primer día. La lactancia materna exclusiva alcanzó una duración de solo 2.7 meses.

Según resultados de la misma encuesta (ENDEMAIN 2004) y del boletín # 3: Salud materna y salud del niño (a) (CEPAR: Quito; 2005) se puede observar la evolución de las prácticas relacionadas con lactancia materna en el siguiente cuadro No. 6. De este, se desprende que casi todos los niños recibieron leche materna, pero solo un 26% lo hicieron durante la primera hora después del parto, es decir 10 puntos menos al de 1994. En cuanto a la lactancia materna exclusiva, menos de la mitad se alimentaron solo de leche materna y solo hasta los tres meses.

Cuadro No. 6. Prácticas de lactancia materna	1994	1999	2004
Recibió pecho	95 %	97%	96.7%
Recibió pecho en la primera hora	35.8%	26.7%	26.4%
Lactancia exclusiva de 0 a 3 meses de edad	----	41.7%	48.5%

1.1.11. PRÁCTICAS INADECUADAS DE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA.

La edad en la que los niños deben comenzar a recibir alimentos complementarios a la lactancia materna, luego de cumplidos los seis meses de edad, es el otro periodo de mayor vulnerabilidad para que se presente la desnutrición.

La transición de una dieta exclusiva con leche materna a otra, en la que se incluyen alimentos complementarios, no se realiza adecuadamente, dando origen a varios problemas que afectan al estado nutricional de los niños (as). Entre los mayores inconvenientes, se encuentran: la baja densidad de los alimentos ofrecidos, la poca cantidad de alimentos de acuerdo con la edad, el escaso aporte de alimentos fuentes de proteína animal, la poca práctica de una alimentación perceptiva (estimulación para consumir los alimentos) y el no usar una vajilla exclusiva. Todas estas inapropiadas características de la alimentación en este periodo influyen negativamente en el estado nutricional del niño. El país no cuenta con datos nacionales, pero estudios locales en varias provincias del país así lo demuestran.

De acuerdo con un estudio de línea de base, en niños menores de cinco años, realizado por la Cooperación Técnica Internacional de Japón (JICA) en el Ecuador la alimentación complementaria se inicia antes de los seis meses en el 32% de los niños, y las características en frecuencia, consistencia y vajilla propia para el uso del niño, se apartan de los lineamientos recomendados por la OMS de acuerdo con el grupo de edad.

1.2. EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO



1.2.1. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

La evolución del crecimiento y desarrollo tienen beneficios para el niño, para su familia y para la comunidad en el que se desarrolla el niño.

La evaluación, que es una vigilancia del proceso vital del humano, permite orientaciones para estimular al niño en su desarrollo y, si hay problemas, detectarlos para plantear soluciones, con el fin hacer que mejoren o por lo menos no aumenten en severidad ni afecten otras áreas del crecimiento o desarrollo.

Para realizar la evaluación correcta del crecimiento debemos conocer ciertas medidas que nos permitirán evaluar el estado nutricional en el niño

Peso: Peso corporal es una medida de la masa corporal. Es una medida heterogénea, una composición de muchos tejidos que a menudo varían independientemente.

Talla: Es una medida lineal de la distancia desde el piso o superficie plana donde está parado hasta la parte más alta (vértice) del cráneo. Es una composición de dimensiones lineales a la que contribuyen las extremidades inferiores, el tronco el cuello y la cabeza.

Para realizar una correcta evaluación del crecimiento, debemos realizar las siguientes acciones:

Debe medirse al niño descalzo y sin medias, porque pueden ocultar un levantamiento de los talones, debe permanecer juntos y la cabeza debe sostenerse de tal forma que el borde inferior de la órbita coincida con el meato del conducto auditivo externo en el plano horizontal.⁸

Índice de Masa Corporal.- Este índice de masa corporal infantil es de suma utilidad a la hora de establecer una evaluación antropométrica y nutricional, que permita tomar medidas preventivas en caso de que un niño se encuentre en sobrepeso o bajo peso.

Tiene propiedades aplicables en la niñez tiene alta correlación con la grasa subcutánea y la grasa corporal total se correlaciona significativamente con alteraciones metabólicas secundarias a la obesidad permite evaluar el efecto de arrastre de la obesidad desde la infancia y adolescencia a la edad adulta. Para valorar al niño y determinar la proporción de masa grasa, el IMC y los pliegues cutáneos son los mejores indicadores del grado de obesidad.

1.2.1.1. RITMO DEL CRECIMIENTO.

Para todas las mediciones, una curva que asciende paralelamente a las de las gráficas óseas por el mismo canal, es un dato siempre satisfactorio. Por el contrario, una desaceleración, que aun cuando puede ser fisiológica para niños maduradores lentos en la edad inmediatamente previo a la pubertad puede estar significando un trastorno patológico se recomienda: en estos casos una adecuada investigación y estrecho seguimiento. En la desnutrición reciente o aguda (Así como en la Deshidratación) la desaceleración es únicamente en la curva de peso y de manera aguda, no así en la de talla; que debe permanecer ascendente. Se necesita se haga un largo proceso de subalimentación o de catabolismo aumentado para que se afecte la talla. Si por medidas dietéticas el desnutrido crónico se recupera esto se logra por el

⁸ ARREGUI SALTOS , klever , MANUAL DE PEDIATRIA, EDITORA MULTICOLOR,IMPRESO EN RIOBAMBA 2007, PRIMERA EDISION pág. 78-79.

proceso de homeótesis, ósea, hay un nuevo equilibrio de adaptación del peso para la talla.

Hay una sola excepción para no alarmarse frente a las desaceleraciones de la curva de peso: Hemos observado un número no despreciable de niños que alrededor de la sedestación y bipedestación, sin mediar ninguna patología aparente, cambian de canal hacia abajo (desaceleración) en su curva de peso (lo que a primera vista sugeriría riesgo de desnutrición o enfermedad catabolizante) pero que paralelamente pueden hacer lo mismo en la curva de talla, conservándose de esta manera inmodificada la relación del peso para la talla en la respectiva gráfica. Este ajuste u homeostasis se observa más frecuentemente en varones y parece corresponder a cambios de tendencia maduracionales las cuales son constitucionales para cada individuo es una fuente de falsos diagnósticos de desnutrición considerar solo el dato de peso para la edad, tomando como tal todo lo que esté por debajo del percentil.

1.2.1.2. BENEFICIOS DE LA MEDICIÓN

En el niño/a, vemos la tendencia del crecimiento en relación con un patrón que es la edad. Cuidados preventivos, provisión de tratamientos, antecedentes familiares, etc.) Se obtiene así un cuadro integral que permite la visualización y cuidado adecuado y una atención especializada a aquellos niños que presentan problemas específicos o situaciones de riesgo.

Para el trabajador de salud, sirve de guía para diferenciar un crecimiento normal de un anormal (desnutrido), determinar que niños/as se encuentran en situación de riesgo. Identificar a los niños/as que requieren cuidados rutinarios y cuales especializados y tomar medidas preventivas oportunas de alimentación e inmunización.

Para la comunidad. El uso de estos patrones permite evaluar el estado de salud de la misma.

Para los servicios de salud, estos datos proporcionan evaluaciones para intervenciones específicas de salud y mejor uso de los alimentos locales. También sirven como un diagnóstico de salud de la comunidad.

Para el país o la región, la ejecución de los programas de intervención tendientes a favorecer el crecimiento de una población, se traduce en el mejoramiento de las condiciones de vida y desarrollo de la misma.⁹

1.2.1.3. PERCENTIL NORMAL DEL CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS

Patrón Internacional de Crecimiento Infantil referido a los lactantes y niños pequeños difundido hoy por la Organización Mundial de la Salud (OMS) proporciona, por primera vez, datos científicos y orientación sobre la manera en que cada niño del mundo debería crecer.

El nuevo Patrón de Crecimiento Infantil de la OMS confirma que todos los niños, nacidos en cualquier parte del mundo, que reciban una atención óptima desde el comienzo de sus vidas, tienen el potencial de desarrollarse en la misma gama de tallas y pesos. Por supuesto, existen diferencias individuales entre los niños, pero a nivel regional y mundial la media de crecimiento de la población es notablemente similar. Por ejemplo, los niños de la India, Noruega y el Brasil registran patrones de crecimiento similares si se les proporcionan las condiciones para un crecimiento sano en la primera infancia. El nuevo patrón demuestra que las diferencias en el crecimiento infantil hasta los cinco años dependen más de la nutrición, las prácticas de

⁹ ARREGUI SALTOS , klever , MANUAL DE PEDIATRIA, EDITORA MULTICOLOR,IMPRESO EN RIOBAMBA 2007, PRIMERA EDISION pág. 78-79.

alimentación, el medio ambiente y la atención sanitaria que de los factores genéticos o étnicos.

Desde finales del decenio de 1970 se ha utilizado la tabla de referencia de crecimiento del National Center for Health Statistics/OMS para evaluar el crecimiento de los niños. Esa tabla de referencia se basaba en datos de una muestra limitada de niños de los Estados Unidos, y planteaba ciertos inconvenientes técnicos y biológicos que la hacían poco adecuada para el seguimiento de la rápida y cambiante tasa de crecimiento en la primera infancia. La tabla sólo indicaba de qué manera crecen los niños en una región y un momento determinados, pero no proporcionaba una base sólida para la evaluación en función de pautas y normas internacionales.

El nuevo patrón se basa en el niño alimentado con leche materna como norma esencial para el crecimiento y el desarrollo. Esto asegura, por primera vez, la coherencia entre los instrumentos utilizados para evaluar el crecimiento, y las directrices nacionales e internacionales sobre alimentación infantil que recomiendan la lactancia materna como fuente óptima de nutrición durante la primera infancia. A partir de ahora, se podrán evaluar, valorar y medir con precisión los resultados de la lactancia materna y la alimentación complementaria.¹⁰

1.3. INFECCIÓN

Es el término clínico para la colonización de un organismo huésped por especies exteriores. En la utilización clínica del término infección, el organismo colonizador es perjudicial para el funcionamiento normal y

¹⁰ <http://lactanciamaterna.lacoctelera.net/post/2006/04/27/nuevas-tablas-crecimiento-infantil-la-oms>

supervivencia del huésped, por lo que se califica al microorganismo como patógeno.¹¹

1.3.1. ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES: Los síndromes de malabsorción y enfermedades inflamatorias crónicas producen un grave retardo del crecimiento. Las primeras a través de pérdidas fecales y las segundas principalmente por anorexia. No siempre existe historia de diarrea, debiendo descartarse estas enfermedades en el estudio de los niños con talla baja, especialmente si se acompaña de retraso de edad ósea importante

1.3.2. ANEMIAS: las ferroprivas, hipoplásicas (tipo Fanconi), hemolíticas (talasemia), se asocian a retraso de crecimiento, explicado por: hipoxia tisular, mayor gasto energético por el sistema cardiovascular, mayores demandas por aumento en la hematopoyesis. Además, el fierro participa en diversos procesos enzimáticos que inciden en forma directa en el crecimiento tisular. Por lo tanto, en todo niño con retraso del crecimiento debe realizarse una rigurosa anamnesis y examen físico, orientadas a buscar patologías crónicas sistémicas subclínicas y descartarlas a través del estudio de laboratorio.

1.3.3. MARASMO Y KWASHIORKOR

Es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación, caracterizada por una deficiencia calórica y energética. Un niño con marasmo aparece flácido y su peso corporal puede reducirse hasta menos del 80% de su peso normal para su altura.

La incidencia del marasmo se incrementa antes del primer año de edad mientras que la incidencia del Kwashiorkor aumenta después de los 18 meses. Es esencial tratar no sólo los síntomas sino también las

¹¹ <http://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n>

complicaciones de estos desórdenes tales como infecciones, deshidratación y trastornos del aparato circulatorio que frecuentemente son letales y provocan una alta mortalidad si son ignorados.

El marasmo debe ser tratado, preventivamente, el objetivo es revertirlo progresivamente. Aunque el apoyo nutricional es necesario, la replicación agresiva puede provocar severos desbalances metabólicos, como hipofosfatemia.

El tratamiento debe ser establecido poco a poco para lograr la readaptación de las funciones metabólicas e intestinales.

Marasmo nutricional.- El marasmo nutricional es en realidad una forma de hambre, y las posibles causas subyacentes son numerosas. Por cualquier razón, el niño no recibe cantidad suficiente de leche materna o de cualquier alimento alternativo.

Comparación de las manifestaciones clínicas del Kwashiorkor y el Marasmo

Característica	Kwashiorkor	Marasmo
Insuficiente crecimiento	Presente	Presente
Emaciación	Presente	Presente, notorio
Edema	Presente (algunas veces leve)	Ausente
Cambios en el cabello	Común	Menos común
Cambios mentales	Muy común	Raros
Dermatosis, copos de pintura	Común	No ocurre

Apetito	Pobre	Bueno
Anemia	Grave (algunas veces)	Presente, menos grave
Grasa subcutánea	Reducida pero presente	Ausente
Rostro	Puede ser edematoso	Macilento, cara de mono
Infiltración grasa del hígado	Presente	Ausente

Quizás las causas precipitantes más importantes del marasmo son las infecciones y enfermedades parasitarias de la infancia. Estas incluyen sarampión, la ferina, diarrea, malaria, y otras debidas a parásitos. Las infecciones crónicas como la tuberculosis pueden también llevar al marasmo. Otras causas comunes del marasmo son el parto prematuro, la deficiencia mental y las molestias digestivas, como mal absorción o vómito. Una causa muy común es también la interrupción temprana de la lactancia.¹²

Manifestaciones clínicas

Crecimiento deficiente. En todos los casos el niño no crece en forma adecuada. Si se conoce la edad, el peso será muy bajo. En los casos graves la pérdida muscular es obvia: las costillas sobresalen; el estómago, en contraste con el resto del cuerpo, puede ser protuberante; la cara tiene una característica simiesca (como un mono); y las extremidades inferiores son muy delgadas. El niño parece ser sólo piel y huesos. Un caso avanzado de la enfermedad es inconfundible, y una vez que se ve, jamás se olvida.

¹² www.ucam.edu/desarrollo-social Enlaces patrocinados

Emaciación. Los músculos siempre se encuentran muy disminuidos. Hay poca grasa subcutánea, si es que queda algo. La piel cuelga en arrugas, sobre todo alrededor de las nalgas y los muslos. Cuando se toma la piel entre el índice y el pulgar se nota la ausencia de la capa habitual de tejido adiposo.

Estado de alerta. Los niños con marasmo raramente son desinteresados como los que sufren kwashiorkor. Los ojos profundamente hundidos les dan una apariencia bastante despierta. También se puede manifestar en modo menos infeliz e irritable.

El niño por lo general tiene buen apetito. En realidad, como cualquier individuo hambriento, el niño puede ser voraz. Los niños con marasmo a menudo se chupan las manos violentamente o la ropa o cualquier otra cosa a su alcance. Algunas veces emiten sonidos de succión.

Anorexia. Algunos niños son anoréxicos. Puede aparecer pero solo algunos casos, muy pocos.

Diarrea. La materia fecal puede ser suelta, pero no es una característica constante de la enfermedad. La diarrea de naturaleza infecciosa, como ya se mencionó, puede comúnmente haber sido un factor precipitante.

Ulceraciones en la piel. Puede haber úlceras por presión, pero por lo general están sobre las prominencias óseas, no en áreas de fricción.

Cambios del cabello. Puede haber cambios semejantes a los del kwashiorkor. Es más común un cambio en la textura que en el color.

Deshidratación. Aunque por sí misma no es una característica de la enfermedad, es común que la deshidratación acompañe al marasmo; como resultado de una fuerte diarrea (y algunas veces del vómito).

1.3.4. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA)

La enfermedad diarreica aguda (EDA) se puede definir como un cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del individuo, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones. Para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de tres semanas. La causa más importante y frecuente de EDA es la infección entero-cólica con respuesta variable en los enfermos; algunos manifiestan cuadros graves, otros síntomas moderados y otros son asintomáticos.

Fisiopatología

El cuadro suele ser mediado por uno o más de los siguientes mecanismos:

- ❖ Diarrea osmótica
- ❖ Diarrea secretora
- ❖ Diarrea exudativa
- ❖ Motilidad intestinal alterada
- ❖ Reducción de la superficie de absorción

Diarrea osmótica. Se origina por la presencia de solutos no absorbibles en la luz intestinal, como laxantes y alimentos mal digeridos que causan la salida de agua. Desaparece con el ayuno. Es frecuente luego de la administración de medio de contraste oral para la realización de una TAC.

Diarrea secretora. Es secundaria a la secreción activa de iones que causa una pérdida considerable de agua. Dentro de este grupo se encuentran las diarreas producidas por virus (rotavirus), enterotoxinas bacterianas (cólera, E. coli), protozoos (giardia) trastornos asociados con el SIDA, tumores productores de péptido intestinal vasoactivo (VIP), tumores carcinoides (histamina y serotonina) y adenomas vellosos de colon distal. No desaparece con el ayuno.

Diarrea exudativa. Es producto de la inflamación, ulceración de la mucosa intestinal y alteración de la permeabilidad para agua, electrolitos y solutos pequeños como la úrea. Puede tener algunos componentes de la diarrea secretora como consecuencia de la liberación de prostaglandinas por células inflamatorias. Es consecuencia de infecciones bacterianas (Salmonella), clostridium difficile (frecuentemente inducidos por antibióticos) parásitos del colon (Entamoeba histolytica), enfermedad de Crohn, enterocolitis por radiación e isquemia intestinal, proctocolitis ulcerativa y enfermedad intestinal inflamatoria idiopática.

Diarrea motora. Aunque poco estudiada, se sabe con certeza que se producen alteraciones hiperperistálticas con disminución en el contacto entre el contenido luminal y la mucosa intestinal. A menudo la diarrea es intermitente y alterna con estreñimiento. Es causada por diabetes mellitus, hipertiroidismo y, también por el síndrome de intestino irritable.

Reducción de la superficie de absorción. Algunas operaciones (resección o derivación intestinal amplia) dejan una superficie de absorción inadecuada para líquidos y electrolitos. Es el denominado síndrome de intestino corto.

Etiología

Los cuadros más corrientes de diarrea aguda suelen tener su origen en alimentos o agua contaminados. Las diarreas agudas que se desarrollan con ocasión de viajes se denominan "diarreas del viajero" y, en la mayor parte de los casos, son producidas por infecciones bacterianas. Las diarreas de origen viral son igualmente importantes.

CAUSAS INFECCIOSAS DE DIARREA AGUDA		
Bacterias	Protozoos	Virus
E.coli	E. histolytica	Rotavirus
Shiguella	Giardia	Norwalk
Salmonella	Cryptosporidea	Adenovirus
Vibrio choleral		Calicivirus
S. aureus		

La infección bacteriana más común en nuestro medio es la debida a la *Escherichia coli*. Aunque la mayor parte de las cepas de *E. coli* son inofensivas, algunas, como la enterotoxigénica, son las causantes del 70% de los casos de diarrea del viajero.

La shigellosis, conocida como disentería bacilar, es causa importante de diarrea. La presentación clínica incluye cólicos abdominales, fiebre y diarrea que con frecuencia es sanguinolenta. La *Salmonella* puede causar gastroenteritis, fiebre tifoidea y bacteremia.

La diarrea viral se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre, mialgias y cefaleas. Por lo general se autolimita en tres o cuatro días, aunque en ocasiones, produce cuadros severos con deshidratación, haciéndose obligatorio un manejo intrahospitalario.

Las infecciones parasitarias como la giardiasis, además de la diarrea, que nunca es sanguinolenta, producen dolor abdominal. La amebiasis es clínicamente indistinguible de las colitis bacterianas, por lo cual es indispensable el estudio de las heces frescas en busca de trofozoitos para asegurar el diagnóstico.

Diagnostico

Para establecer el diagnóstico son indispensables una historia clínica detallada y una exploración física cuidadosa, y hacer distinción entre las causas infecciosas y no infecciosas de la enfermedad.

- ❖ Causas no infecciosas de diarrea aguda
- ❖ Enfermedad inflamatoria del intestino
- ❖ Colitis ulcerosa - Enfermedad de Crohn
- ❖ Deficiencia de lactasa
- ❖ Fármacos: laxantes, antiácidos, antibióticos
- ❖ Lesión aguda por radiación

Es imprescindible precisar:

- ❖ La existencia de síntomas sistémicos que faciliten clasificar la severidad del proceso
- ❖ La duración del cuadro y antecedentes de episodios similares
- ❖ La existencia de antecedentes epidemiológicos personales o familiares

- ❖ Las manifestaciones extraintestinales. Una diarrea asociada con dolor de articulaciones, iridoscleritis o erupciones cutáneas, sugiere la existencia de una enfermedad intestinal inflamatoria.
- ❖ El examen físico debe incluir el rectal y el pélvico (vaginal).

Tratamiento

El objetivo primordial es corregir la deshidratación y los trastornos hidroeléctricos y mantener la homeostasia durante el curso de la enfermedad; para ello se recomienda la solución de rehidratación oral, la cual puede ser salvadora en los. La composición por litro de agua consiste en: cloruro de sodio 3,5 g; cloruro de potasio 1,5 g; bicarbonato de sodio 2,5 g; glucosa 20 g. Su uso es más eficaz.

Debe tenerse en cuenta que en algunos casos esta solución hipertónica puede incrementar.

La hidratación parenteral se indica en casos de deshidratación grave, cuando fracasa la hidratación oral o se sospecha enterocolitis. Se utiliza lactato de Ringer, 10-20 ml/kg/hora, según la intensidad de las pérdidas.

Los agentes antimicrobianos sólo están indicados en casos específicos de enfermedad diarreica:

Disentería por *Shigella*. se trata con ampicilina (g diarios durante 5 a 7 días) o trimetropin - sulfametoxasol (2 tabletas de doble concentración durante 5 a 7 días)

Enteritis por *Campylobacter*. Su manejo se hace con eritromicina (250 mg tres veces al día durante 7 días)

Giardiasis. Está indicado el tratamiento con metronidazol (250 mg tres veces al día durante 7 días)

Escherichia coli. El tratamiento con antibióticos sólo está indicado si los síntomas son intensos e incapacitantes; el fármaco de elección es el trimetropin-sulfametoxazol (2 tabletas de doble concentración durante 3 días).

Amebiasis. Está indicado el tratamiento con metronidazol (500 mg tres veces al día durante 7-10 días)

1.3.4.1. LA PARASITOSIS

La parasitosis o enfermedad parasitaria sucede cuando los parásitos encuentran en el huésped las condiciones favorables para su anidamiento, desarrollo, multiplicación y virulencia, de modo que pueda ocasionar una enfermedad.

Es el estado latente o infestación, oculto bien tolerado por el huésped, que convive con el parásito en un estado de equilibrio y armonía, que no produce síntomas y que por lo tanto, es un hecho accidental.

Debido a que los parásitos están bien adaptados a sus modos de vida, son difíciles de destruir, desarrollan estrategias para evitar los mecanismos de defensa de sus huéspedes y muchos han conseguido ser resistentes a los medicamentos.

Los ascariasis: Prevalece en zonas de mayor desnutrición y las condiciones socioeconómicas bajas. Existen con mayor frecuencia en niños, aunque no es raro encontrarla en los adultos. Los machos miden 15 a 31 cm y las hembras 20 a 35 cm o más de longitud.

Agente etiológico: áscaris lumbricoides

Mecanismo de transmisión: ingestión de huevos embrionados, excretados en las heces de los enfermos, que contaminan la tierra, agua, alimentos, manos, y juguetes

Patogenia .- El hábitat del parásito es el intestino delgado, vive en la luz intestinal sin lesionar la mucosa, tiene la particularidad de migrar dentro del organismo humano, en fase de larva es tisular y al paso por el parénquima pulmonar, origina procesos de neumonía eosinofílica o síndrome de Löffler.

La hembra puede producir 250,000 huevecillos diarios, que invaden diversos órganos, a través de la circulación, corazón, hígado, pulmón.

Síntomas: En ocasiones es asintomático, en parasitosis moderadas hay palidez, hiperoxia, geofagia, diarrea, y expulsión de gusanos adultos por vía rectal, en casos de parasitosis masiva se observan complicaciones que requieren manejo quirúrgico, como la suboclusión intestinal, o alguno de ellos puede introducirse e vías biliares o migración errática a vesícula etc.

Diagnóstico: Coproparasitoscopico 3 muestras.

Tratamiento

Mebendazol 200 mg diarios vía oral por 3 días sin importar peso ni edad.

Pirantel 10 mg dosis única por vía oral.

Tiabendazol 50 mg por kg al día por vía oral.

Piperazina 100 mg por kg al día por vía oral.

Medidas preventivas:

- ❖ Saneamiento del hogar y la comunidad.
- ❖ Eliminación adecuada de la materia fecal.
- ❖ Tratamiento a los enfermos.
- ❖ Lavado de manos antes y después de ir al baño
- ❖ Aseo de juguetes que los niños se llevan a la boca.
- ❖ Higiene personal.
- ❖ Evitar el fecalismo al ras del suelo.
- ❖ Construcción de letrinas.
- ❖ Campanas para mejorar la vida de la población.
- ❖ Consumir agua potable y hervida.
- ❖ Evitar comer alimentos en la calle.
- ❖ Lavar y desinfectar frutas y verduras.¹³

1.3.5. ENFERMEDADES RESPIRATORIAS: dentro de las enfermedades respiratorias, los síndromes bronquiales obstructivos crónicos, especialmente cuando requieren de terapia corticoidal, son causa importante de frenación del crecimiento. Otra enfermedad que debe descartarse es la fibrosis quística, que compromete el crecimiento pondoestatural no sólo a través del compromiso bronquial y bronquiectasias, sino también por la malabsorción secundaria a insuficiencia pancreática.

1.3.5.1. NEUMONÍAS EN NIÑOS

La Neumonía es una infección que provoca inflamación del parénquima pulmonar de variada etiología (bacteriana, viral, parasitaria, micótica, química, etc.) Perturbando el intercambio de gases entre el espacio aéreo y

¹³ <http://www.monografias.com/trabajos26/parasitosis-intestinal/parasitosis-intestinal.shtml>

el capilar sanguíneo, con descenso de PaO₂, cursando con dificultad respiratoria.

Epidemiología

Las Infecciones Respiratorias Agudas (I.R.A.) continúan ocupando en la actualidad una de las principales causas de morbimortalidad en los niños menores de 5 años en los países en desarrollo. Las Neumonías representan entre el 80 % A 90 % de las muertes por I.R.A. Se encuentran entre las primeras 5 causas de mortalidad en menores de 5 años.

Etiopatogenia

Las acciones mecánicas están representadas por el reflejo tusígeno y el aparato mucociliar, que mediante el mecanismo de barrido expulsan el moco.

Factores de riesgo en Neumonía

Los factores responsables:

- ❖ Inmadurez inmunológico
- ❖ Bajo peso al nacer
- ❖ Nacimientos prematuros
- ❖ Destete prematuro.

Socioeconómicos: La diferencia socioeconómica entre países es muy amplia. Sin embargo la mortalidad por I.R.A. es casi una constante.

Los factores socioeconómicos están en relación al:

- ❖ Ingreso familiar
- ❖ A la educación de los padres.
- ❖ Al lugar de residencia

Ambientales: Los factores de riesgos ambientales más frecuentes son:

Por exposición al humo: que puede ser por contaminación atmosférica (Dióxido de sulfuro); por la contaminación doméstica (combustibles orgánicos: maderas-desperdicios humanos y agrícolas); por tabaco; etc.

Por hacinamiento: el mayor contacto interhumano contribuye a la transmisión de infecciones mediante gotas de secreciones. La presencia de 3 o más niños menores de 5 años en la vivienda o la concurrencia a guarderías se asocia a un incremento de 2,5 veces en la mortalidad por neumonía.

Exposición al frío y la humedad: las muertes por neumonía aumentan considerablemente durante los meses de invierno. Probablemente más que el frío y la humedad, sean los contaminantes domésticos por hacinamiento ligados al clima frío, los responsables de la morbimortalidad.

Nutricionales:

Bajo peso al nacer: aproximadamente el 16% de los niños nacidos en el mundo tienen bajo peso al nacer. Esto representa 20 millones de niños cada año, de los cuales el 90% nace en países en desarrollo. Este bajo peso condiciona una reducida inmunocompetencia y función pulmonar restringida. Los infantes pretermino se encuentran en mayor riesgo de muerte que los infantes pequeños para edad gestacional; los infantes severamente prematuros raramente sobreviven.

Desnutrición: La prevalencia de desnutrición es más alta en países en desarrollo. Los niños severamente desnutridos presentan una respuesta inmunológica deficiente de preferencia a nivel celular y por consiguiente las infecciones son más graves que en los niños con un estado nutricional adecuado.

Lactancia Materna: La frecuencia de la lactancia materna varía entre los diferentes países e incluso entre los estratos económicos. Entre ricos y algunas áreas urbanas pobres, la duración media de la lactancia es de 3 meses. En otras áreas urbanas pobres y rurales pobres, los bebés son alimentados a pecho hasta los 12 5 18 meses .La lactancia materna protege contra las I.R.A. mediante cierto número de mecanismos incluyendo sustancias antivirales, antibacterianas, células inmunológicamente activas y los estimulantes del sistema inmune de los infantes. En los países en desarrollo los bebés alimentados a pecho presentan un mejor estado nutricional en los primeros meses de la vida. Después del 6to mes cuando deben introducirse los alimentos sólidos, comienzan los problemas económicos y como resultado la desnutrición.

Examen radiográfico

La radiografía es un elemento de gran ayuda para el diagnóstico de la Neumonía,

Diagnóstico de laboratorio.

- A) El hemograma muestra leucocitosis con neutrofilia en las bacterianas
- B) La Proteína C Reactiva positiva
- C) La Velocidad de Sedimentación por encima de 30 mm en la primera hora, son sugerente de infección bacteriana.
- D) El hemocultivo no es de gran utilidad, ya que sólo da resultados positivos en un 20% de los casos

Tratamiento

Elegir un Antibiótico: El Neumococo y el Hemophilus Influenzae son las bacterias más frecuentes en las neumonías adquiridas en la comunidad en niños menores de 5 años estos gérmenes responden bien a la:

La amoxicilina (50mgs./Kg./día) (32) es el antibiótico de primera línea en las neumonías leves y moderadas, se administra por vía oral cada 8 horas, su absorción es más rápida y no se modifica ante la presencia de alimentos.

La Ampicilina (100mgs./kgs/día) se emplea por vía endovenosa en los casos graves.

Penicilina con Procaina (150,00 U/Kg./día) (34) era la droga de elección, pero el aumento de la resistencia al neumococo y lo difícil en los países en desarrollo de contar con personal capacitado para aplicar el inyectable en la comunidad,

Las medidas de apoyo también son de suma importancia. Si bien el diagnóstico de neumonía requiere primordialmente el uso de antibióticos, no hay que olvidamos que el niño puede presentar:

Hipertermia: que deben controlarse con antipiréticos y compresas de agua calientes.

Obstrucción bronquial: se tratará con mucolíticos, broncodilatadores, y fisioterapia respiratoria activa.

Deshidratación: se administra líquidos parenterales durante las primeras horas o días del tratamiento.

Dificultad respiratoria aguda: precisa oxigenoterapia en los niños que presentan acidosis respiratoria confirmada.

Crisis convulsivas: si se presentan son originadas básicamente por la fiebre, una vez excluida las causas metabólicas o neurológicas; se tratan con anticonvulsivos.

El tratamiento preventivo

Nivel ambiental: mejorando la vivienda y la higiene familiar, aumentando el estado nutricional, promoviendo la lactancia materna, disminuyendo la contaminación atmosférica, educando a los padres en el cuidado de sus hijos y evitando el hacinamiento.

Nivel específico: cumpliendo con las vacunaciones antivirales bacterianas.

Complicaciones de las neumonías bacterianas

Complicaciones pulmonares:

- ❖ Derrame pleural.
- ❖ Neumotórax.
- ❖ Absceso pulmonar
- ❖ Muerte del niño ¹⁴

1.3.6. ENFERMEDADES CARDIACAS: entre éstas destacan las cardiopatías congénitas cianóticas y las con cortocircuito de izquierda a derecha con hipertensión pulmonar. El mecanismo por el cual se afecta el crecimiento es probablemente multifactorial, incluyendo hipoxia tisular, aumento del gasto energético, disminución de ingesta e infecciones respiratorias frecuentes.

1.3.6.1. NEFROPATÍAS CRÓNICAS: producen trastornos del crecimiento a través de diversos mecanismos: defectos de concentración (diabetes insípida

¹⁴ http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/neum_ni%C3%B1os.htm

nefrogénica); acidosis tubular renal (no hay correlación entre el grado de acidosis y la gravedad del retraso, acidosis leves o parcialmente compensadas pueden provocar intensos retrasos del crecimiento, especialmente si se acompañan de pérdidas de bases, Na +, K+ y Ca + +; nefropatías con alteraciones del metabolismo del calcio y fósforo (diabetes fosfatásica, síndrome de Fanconi); síndrome de Bartter; insuficiencia renal.

1.3.6.2. INFECCIONES CRÓNICAS: en países subdesarrollados, las infecciones crónicas, especialmente la tuberculosis y las parasitosis masivas, aún son causa de retardo de crecimiento.

1.4.1. ALCOHOL, TABACO Y DROGA EN EL EMBARAZO

Hay ciertas sustancias que pueden afectar al feto si son consumidas en exceso. El alcohol consumido diariamente debe evitarse, ya que afecta al feto cuando se consumen grandes cantidades.

Alcohol

El bebé de una mujer alcohólica puede presentar síndrome alcohólico fetal, este produce malformaciones en la cara y las articulaciones, falta de crecimiento antes y después de nacer, retraso en el desarrollo mental, dificultad de aprendizaje y alteraciones neurológicas. Los niños de madres que ingieren cantidades moderadas de alcohol en el embarazo pueden presentar alguno de estos síntomas. Estas mujeres también tienen un índice más elevado de abortos espontáneos, desprendimientos de placenta y niños con bajo peso al nacer.

El alcohol atraviesa la placenta libremente, entonces a mayor cantidad de alcohol ingerido mayor efecto sobre el feto. No se ha establecido una cantidad segura de bebida alcohólica, al parecer una ingesta leve, dos a la semana y cada una no mayor a 30cc no traería un resultado adverso. A pesar de esto lo recomendado es no consumirlas y reservar la ingesta para

ocasiones como los brindis y reuniones. Las bebidas con alto grado de alcohol (como whisky, fernet, vodka, licores, gin, ron, etc.) deben evitarse durante los nueve meses de gestación.

Tabaco.-En cuanto al tabaco, una mujer tabaquista que fume más de 10-20 cigarrillos por día, tiene riesgo de tener un bebé con bajo peso al nacer (menor a 2,5 Kg), con las consecuencias que esto acarrea, menor capacidad motora e intelectual y mayor probabilidad de enfermar. Pero si el consumo de cigarrillos no es excesivo parece no traer consecuencias negativas. Igualmente se recomienda eliminar el hábito.

Drogas.-La cafeína atraviesa la placenta y penetra en el feto, su exceso puede alterar la frecuencia cardíaca y respiratoria del mismo. Esto ocurre cuando la madre toma café en exceso, 6 o más tasas al día. Los estudios realizados en humanos son muy escasos, en ratones dosis masivas son causantes de malformaciones. Hasta el momento no se ha demostrado que la cafeína provoque defectos en el nacimiento, pero se recomienda a la mujer embarazada y en lactancia un máximo de dos tasas medianas de café por día.

1.5.1. LA IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL

El control prenatal consiste en una visita mensual al doctor en la cual te tomará la presión arterial, medirá el crecimiento de tu abdomen, controlará el aumento de tu peso, enviará pruebas de laboratorio y ecografías, todo esto para determinar que todo esté bien.

Todas las mujeres embarazadas, sin excepción, deben seguir un control prenatal que debe llevarse mensualmente hasta la semana 28, luego las consultas deben ser cada 2 semanas hasta la semana 36 y cada semana desde la semana 37 hasta el parto o la cesárea.

En condiciones de bajo riesgo y pacientes sin problemas se puede utilizar un esquema más flexible y con menor número de consultas, pero esto depende del criterio del médico en común acuerdo con su paciente. Si la madre presenta un embarazo de alto riesgo las consultas dependen de lo que el médico determine, lo más probable es que se den con mayor frecuencia

El objetivo más importante del control prenatal es prevenir, orientar, disminuir los factores de riesgo, detectar problemas de salud y tratarlos a tiempo como por ejemplo:

- ❖ Infección urinaria sin síntomas.
- ❖ Infecciones genitales asociadas al aborto o infección del recién nacido.
- ❖ Anomalías congénitas, cardíacas o hidrocefalia.
- ❖ Enfermedades hereditarias y síndromes genéticos.
- ❖ Infecciones congénitas como la rubéola fetal.
- ❖ Enfermedades cromosómicas como el Síndrome de Down.
- ❖ Embarazos múltiples o embarazo gemelar.
- ❖ Amenaza de parto prematuro.
- ❖ Problemas placentarios como: placenta previa y desprendimiento prematuro.
- ❖ Presión arterial alta.
- ❖ Trastornos de crecimiento fetal o diabetes del embarazo.
- ❖ Incompatibilidad de grupo sanguíneo o enfermedad por Rh incompatible.

- ❖ La buena relación con tu doctor hará que se le faciliten las cosas que parecen complicadas y que la experiencia del nacimiento de tu bebé sea lo que tiene que ser: uno de los días más especiales de tu vida.¹⁵

1.5.1.1. MICRONUTRIENTES DURANTE EL EMBARAZO

La dieta recomendada para el embarazo debe contener seis porciones de frutas y verduras combinadas para obtener vitaminas y minerales. Las frutas y verduras con vitamina C ayudan a la madre y a su niño a tener sanas las mucosas y otros tejidos, ayudan a la cicatrización y además garantizan la absorción del hierro. Dentro de esas frutas y verduras se encuentran los cítricos, melón, fruta bomba, tomate, pimientos, verduras de hojas verdes. Las verduras de color verde oscuro, amarillas o rojas, contienen pro vitamina A y ácido fólico, nutrientes importantes durante el embarazo.

Los productos integrales o enriquecidos tales como el pan, arroz, pastas y cereales contienen hierro, vitaminas del complejo B, algo de proteínas, minerales y fibra que la embarazada necesita. Algunos cereales se enriquecen con ácido fólico, micronutriente fundamental para este proceso de la vida.

Los productos lácteos en la dieta de la embarazada son la fuente fundamental de calcio. La futura madre y su niño necesitan calcio para tener huesos y dientes fuertes. Estos productos contienen además vitamina A y D, así como diferentes tipos de vitaminas del complejo B.

Calcio La mujer embarazada necesita 1200 mg diarios de calcio. Otras fuentes de calcio son las verduras de hojas verde oscuro, los chícharos y otras leguminosas. En el caso de embarazadas intolerantes a la lactosa se

¹⁵ http://www.injcolombia.com.co/portal_padres/contenidos/ligarticulo.asp?id=2606

recomienda de forma obligada el consumo de suplementos de este mineral, porque el embarazo requiere demandas superiores de calcio, así como de hierro.

El calcio es un mineral necesario para la formación de huesos del feto y para preservar la dureza de los huesos de la madre. El calcio es sumamente importante durante el último trimestre, cuando los huesos del niño terminan su formación. Si la alimentación de la madre no supe el calcio suficiente, el feto utilizará las reservas de la madre y la deja carente de este mineral. Las fuentes de calcio en la alimentación incluyen la leche, el yogur y productos lácteos en general con la excepción de la mantequilla y el queso crema.

Hierro y Vitamina C.- Los requerimientos de hierro se incrementan notablemente durante la gestación, especialmente en la segunda mitad del embarazo, porque el feto lo acumula para su uso después de nacido. Las recomendaciones de hierro durante el embarazo deben estar alrededor de los 30 mg diarios. Debido a que el volumen total de sangre es mayor, se necesita hierro para transportar oxígeno de la sangre. Los suplementos con hierro oral, habitualmente en forma de sales ferrosas, constituyen una de las acciones preventivas más relevantes para el control prenatal de la anemia ferropénica y sus repercusiones para el feto. La ingesta de suplementos de hierro suele producir intolerancia gástrica, náuseas, estreñimiento y coloración oscura de las deposiciones. Para su mejor absorción se recomienda tomarlo en ayunas; siempre y cuando los efectos secundarios lo permitan, acompañado de una bebida cítrica o de otro alimento rico en vitamina C como jugos de frutas, evitando la ingesta simultánea del suplemento con café o té, bebidas que reducen su absorción.

Ácido fólico.- El ácido fólico es una vitamina del complejo B necesaria para una óptima división celular. El ácido fólico puede ayudar a prevenir defectos

en el cerebro y la espina dorsal del feto. Se recomienda el consumo de 440 mg diarios de ácido fólico por lo menos un mes antes de salir embarazada y durante el primer trimestre del embarazo. La mejor forma para asegurar de que esta vitamina sea obtenida es el uso de un suplemento. También se puede obtener a través de productos enriquecidos en forma de cereales y de alimentos ricos en vitaminas como verduras de hojas verdes, leguminosas, frutas y vísceras como el hígado. La utilización de suplementos con sales de hierro y ácido fólico previenen anemias en el embarazo, con sus serias consecuencias en el parto, como el nacimiento prematuro y el bajo peso al nacer, entre otras.

Vitamina A.- La vitamina A es fundamental para el crecimiento y diferenciación celular. Es importante además para la visión y mantenimiento de la piel, membranas mucosas, dientes y huesos. La vitamina A juega un papel importante además en la reproducción y la integridad del sistema inmunológico. Las dosis recomendadas de vitamina A en el embarazo no deben exceder las 8 000 UI diarias de vitamina A o 800 mg-ER (ER= Equivalentes de retinol).

Otras vitaminas del complejo.- La vitamina B1 o tiamina resulta esencial para las mujeres embarazadas. Se recomiendan diarios. Es esencial para un cierto número de reacciones que implican enzimas, incluyendo las que intervienen en la obtención de energía a partir de la glucosa.

La vitamina B6 o piridoxina es importante tiene como función la formación de glóbulos rojos y anticuerpos. Es esencial para el crecimiento. Tiene un importante papel en la síntesis de niacina, ayuda a absorber la vitamina B12 y ayuda a prevenir enfermedades nerviosas y de la piel. En la embarazada ayuda a mejorar los malestares matutinos.

Zinc.- Es fundamental en el embarazo. Sus recomendaciones diarias son de 15 mg diarios. Es muy importante en la síntesis del ADN y ARN, proteínas y desarrollo celular. Deficiencias de cinc en el embarazo pueden provocar bajo peso al nacer.

CAPITULO II

DISEÑO METODOLÓGICO

Está definida como la determinación de estrategias y procedimientos que seguirán para dar una respuesta al problema y comprobar la hipótesis.

2.1 ÁREA DE ESTUDIO

El trabajo de investigación se realizó, con las madres de los niños de 6 a 48 meses que acuden al Sub Centro de Salud San José de Camarón (área cuatro) perteneciente al Cantón Echeandía.

2.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

2.2.1 Bibliográfico

Porque nuestro trabajo investigativo consta de un marco teórico científico el mismo que está sustentado en bases científicas de libros e internet.

2.2.2 De Campo

Debido a que se interactuó con las madres de los niños de 6 a 48 meses.

2.3 TIPO DE ESTUDIO

2.3.1 Descriptivo

Porque está dirigido a determinar cómo está la situación de las variables que se estudian en una población. La presencia o ausencia de algo, la frecuencia con que ocurre un fenómeno y en quienes (niñ@s de 6 a 48 meses) donde (las comunidades que acuden al sub centro de salud San José de Camarón)

y cuando (noviembre 2010 a marzo 2011) se está presentando determinado fenómeno.¹⁶

2.3.2 Transversal

Porque se estudian las variables en un momento dado (noviembre 2010 a marzo 2011), ósea, que la recolección de datos de la información se hace en el mismo tiempo.¹⁷

2.4 UNIVERSO O MUESTRA

La presente investigación se realizó con el universo de niñ@s y madres que acuden al Sub Centro de Salud San José de Camarón ubicada en el cantón Echeandía provincia Bolívar. Correspondiendo a 68 madres y 68 niños.

Se trabajó con el 100% de la población por considerarse pequeña y manejable.

2.5. TÉCNICAS DE INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas que se han utilizado para la obtención de datos en la presente investigación son los siguientes:

2.5.1. FUENTES PRIMARIAS

Entrevista: Las mismas que fueron dirigidas a las madres y /o jefes de las familias de los niños de 6 a 48 meses que acuden al Sub Centro de Salud San José de Camarón.

2.5.2. FUENTES SECUNDARIAS

Cuenta como fuentes secundarias, historias clínicas de los niños fuente de estudio, las mismas que nos sirvieron para elaborar nuestro diagnóstico nutricional, revisión bibliográfica, e internet.

¹⁶ CANALES A. PINEDA, metodología de la investigación. Página 82.

¹⁷ CANALES A. PINEDA, metodología de la investigación. Página 86.

2.5.3. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

El procesamiento de datos se efectuó de manera computarizada mediante una base de datos del programa de Microsoft office Excel, conjuntamente se utilizó el software de MSP denominado SIVAN el respectivo análisis de los resultados se realizó a través de promedios y porcentajes, la presentación será expuesta mediante cuadros gráficos estadísticos.

CAPITULO III

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

TABULACIÓN DE DATOS OBTENIDOS MEDIANTE LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS DE LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES.

1. Niños atendidos de Noviembre 2010 a Marzo 2011

Tabla # 1

Niños Atendidos en el Sub Centro de Salud San José Camarón		
Niños	Niñas	TOTAL
39	29	68



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

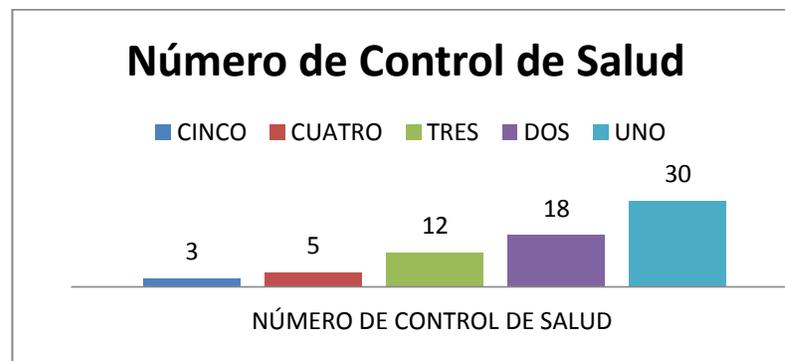
Fuente. Historias Clínicas del Departamento del Sub Centro de Salud de San José de Camarón.

ANÁLISIS: Se observa que existen más niños 39% que niñas 29% quienes serán la base fundamental para realizar el presente trabajo investigativo.

2. CONTROL DE SALUD EN NIÑOS DE 6 A 48 MESES.

TABLA # 2

NÚMERO DE CONTROL DE SALUD	#	%
Uno	30	44
Dos	18	26
Tres	12	18
Cuatro	5	7
Cinco	3	5
TOTAL	68	100



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

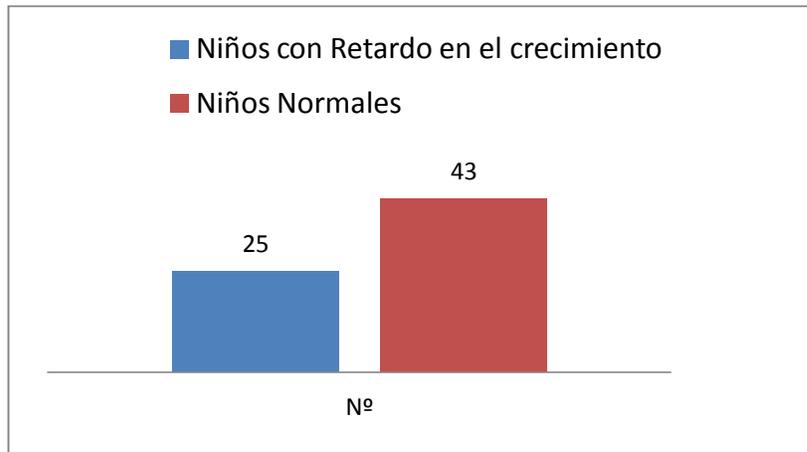
Fuente. Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Sub Centro de Salud de San José de Camarón.

Análisis: Se observa que los padres de los niños desconocen sobre la importancia del control del niño en un 44% ya que es fundamental llevar a cabo la supervisión de salud del menor de manera que se logre detectar eventuales alteraciones, enfermedades o situaciones de riesgo, únicamente el 5 % de madres de los niños conocen sobre dicha importancia lo que perjudica de manera directa el desarrollo integral del niño.

3. NIÑOS CON RETARDO EN EL CRECIMIENTO DURANTE EL PRIMER CONTROL

TABLA # 3

NIÑOS CON RETARDO EN EL CRECIMIENTO	Nº	%
Niños con Retardo en el crecimiento	25	37
Niños Normales	43	63
TOTAL	68	100



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Sub Centro de Salud de San José de Camarón.

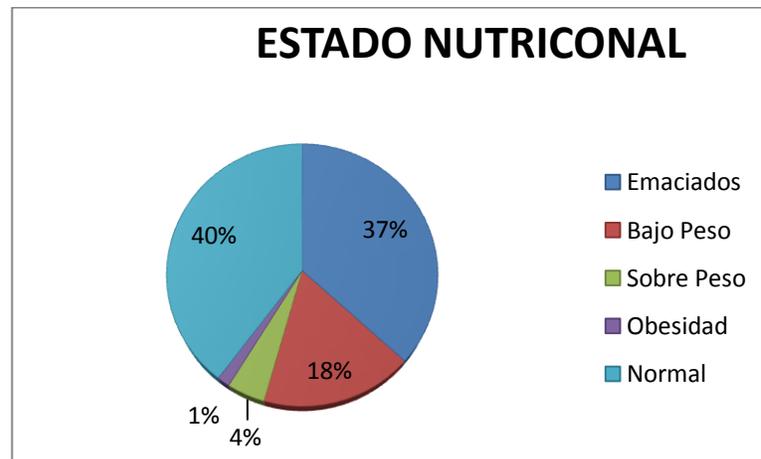
Análisis: Observamos que el 25% de niños presentan retardo del crecimiento, la primordial causa para que se produzca retardo de crecimiento es la desnutrición reciente o aguda así como la deshidratación, es fundamental que los niños se encuentren siempre en proceso ascendente la talla nunca debe verse interrumpida porque perjudica el desarrollo integral del niño

El 43 % de niños se encuentran dentro de la talla normal para su edad según los nuevos percentiles de crecimiento.

4. ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES

TABLA # 4

ESTADO NUTRICIONAL	Nº	%
EMACIADOS	25	37
BAJO PESO	12	18
SOBRE PESO	3	4
OBESIDAD	1	1
NORMAL	27	40
TOTAL	68	100



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Historias Clínicas del Departamento de Estadística del Sub Centro de Salud de San José de Camarón.

Análisis: Se observa que hay la presencia de altos porcentajes de los diversos grados de desnutrición encontrando la presencia de emaciación (37%), en la que se presenta la disminución de tejido subcutáneo lo que hace que disminuya la energía de cuerpo además presentan bajo peso un (18%) la disminución de peso puede deberse a estados patológicos que

pueden conllevar a complicaciones graves en el niño además hay presencia de obesidad el 1%.

El estado normal de los niños sometidos a estudio sin embargo es un (40%).

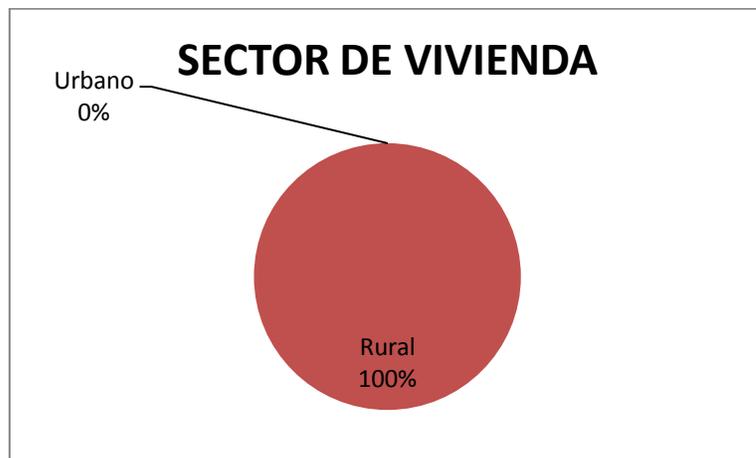
TABULACIÓN DE DATOS DE LAS ENTREVISTAS APLICADAS A LAS MADRES DE L@S NIÑ@S QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE CAMARÓN

5. VIVIENDA DELAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD CAMARÓN

TABLA # 5

SECTOR DE LA VIVIENDA	#	%
Urbano	0	0%
Rural	68	100%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 5



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

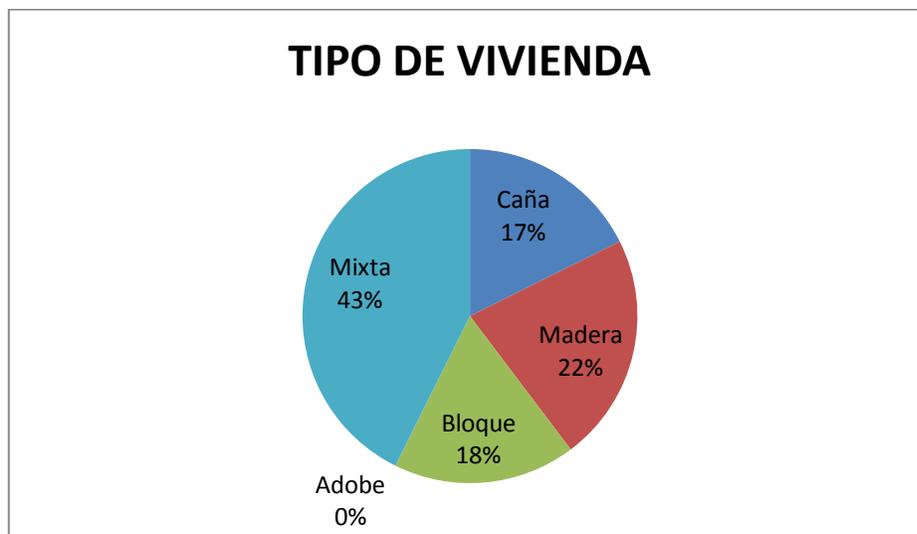
Análisis: En el gráfico podemos observar que el 100% de las familias de los niños de 6 a 48 meses sus viviendas se encuentran ubicadas en el sector rural. Lo que nos permite examinar directamente que en los hogares de las familias hay deficiencia de diversos servicios básicos que ayudarían a disminuir los factores para el alto grado de desnutrición de los niños.

6. TIPO DE VIVIENDA DELAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ DE CAMARÓN

TABLA # 6

TIPO DE VIVIENDA	#	%
Caña	12	17%
Madera	15	22%
Bloque	12	18%
Adobe	0	0%
Mixta	29	43%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 6



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: En el gráfico podemos observar que en la comunidad Camarón la mayoría de las familias de los niños de 6 a 48 meses sus viviendas son mixtas en un 43% de la población seguido de viviendas de madera en un

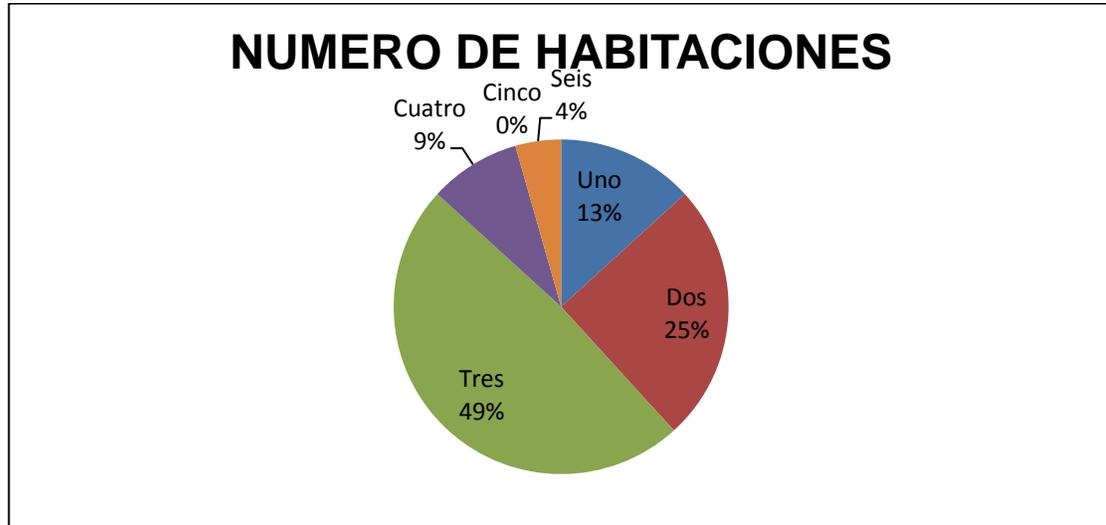
22% también se puede evidenciar la presencia de vivienda de bloque 18% caña en un menor porcentaje 7% la vivienda es un punto importante ya que su estructura, puede ser un factor para varias patologías de manera especial las enfermedades respiratorias.

7. VIVIENDA DE LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS DE 6 A 48 MESES QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD SAN JOSÉ CAMARÓN.

TABLA # 7

NUMERO DE HABITACIONES	#	%
Uno	9	13%
Dos	17	25%
Tres	33	49%
Cuatro	6	9%
Cinco	0	0%
Seis	3	4%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 7



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: según los datos obtenidos podemos evidenciar que en la comunidad de Camarón viviendas con tres habitaciones en un 49 % lo que indica que en la mayor parte de las viviendas de los niños no existe

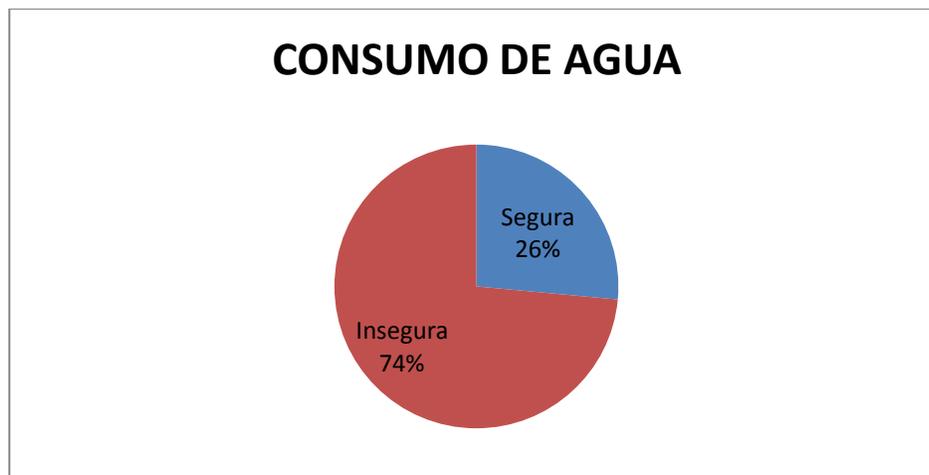
hacinamiento, mientras que 13% cuentan únicamente con una habitación lo que nos puede indicar que existe la presencia de hacinamiento en estos hogares.

8. CONSUMO DE AGUA DE LAS FAMILIAS

TABLA # 8

CONSUMO DE AGUA	#	%
Segura	18	26%
Insegura	50	74%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 8



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

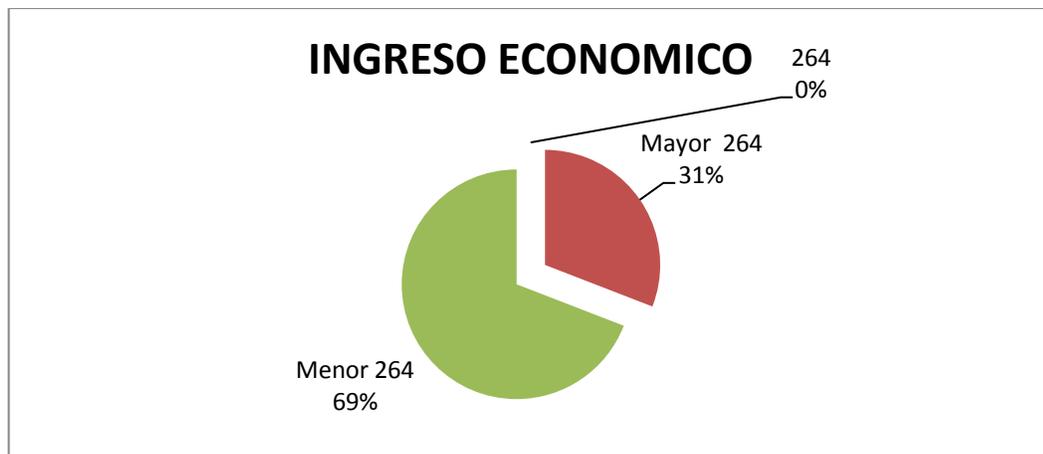
Análisis: Se observa que las familias de los niños, en un porcentaje muy elevado realizan el consumo de agua insegura, resaltando que puede ser uno de los factores que puede generar infecciones que hace que se produzca la disminución de peso en los niños.

9. REFERENTE AL SALARIO MÍNIMO VITAL UNIFICADO DE LA FAMILIA.

TABLA # 9

INGRESO ECONOMICO	#	%
264	0	0%
Mayor 264	21	31%
Menor 264	47	69%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 9



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

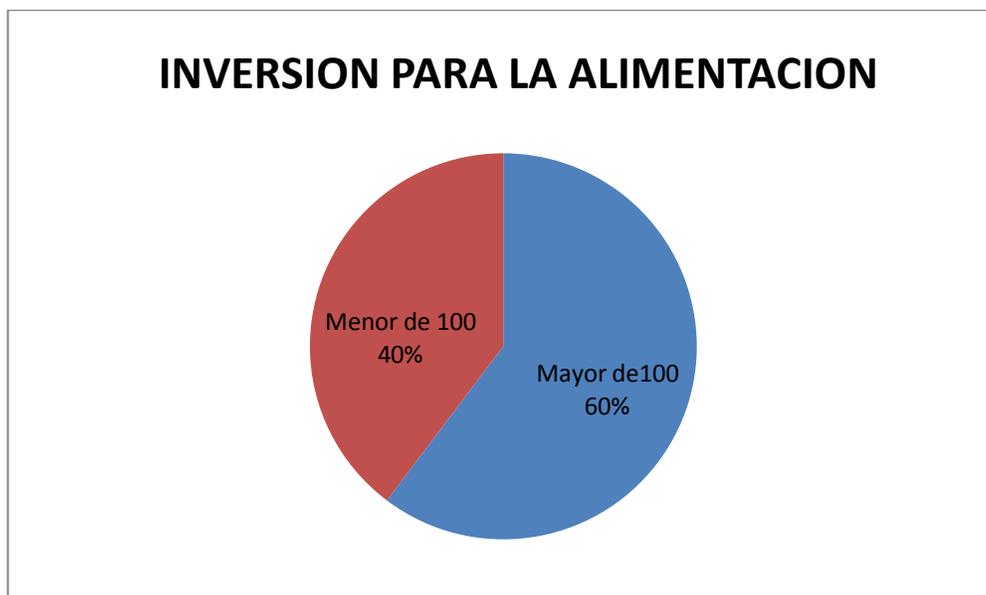
Análisis: Los datos obtenidos nos demuestran que un 69 % de los jefes de hogar de l@s niñ@s de 6 a 48 meses de edad tienen los ingresos económicos menores a \$ 264, que hoy por hoy se considera como el salario mínimo vital unificado en el Ecuador. Esto demuestra que la mayoría de los ingresos de las familias se encuentra por debajo del salario mínimo determinando la existencia de pobreza. Sin embargo, existe un 31% de familias que perciben un ingreso mayor al indicado.

10. REFERENTE A LA INVERSION ECONOMICA, EN ALIMENTACION POR PARTE DEL JEFE DE HOGAR.

TABLA # 10

INVERSION PARA ALIMENTACION	#	%
Mayor de100	41	60%
Menor de 100	27	40%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 10



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón

Análisis: En este grafico podemos evidenciar que los padres de familia de l@s niñ@s de 6 a 48 meses invierten para la alimentación mayor de 100 dólares en un 60 %, con la que tratan de cubrir todas las necesidades

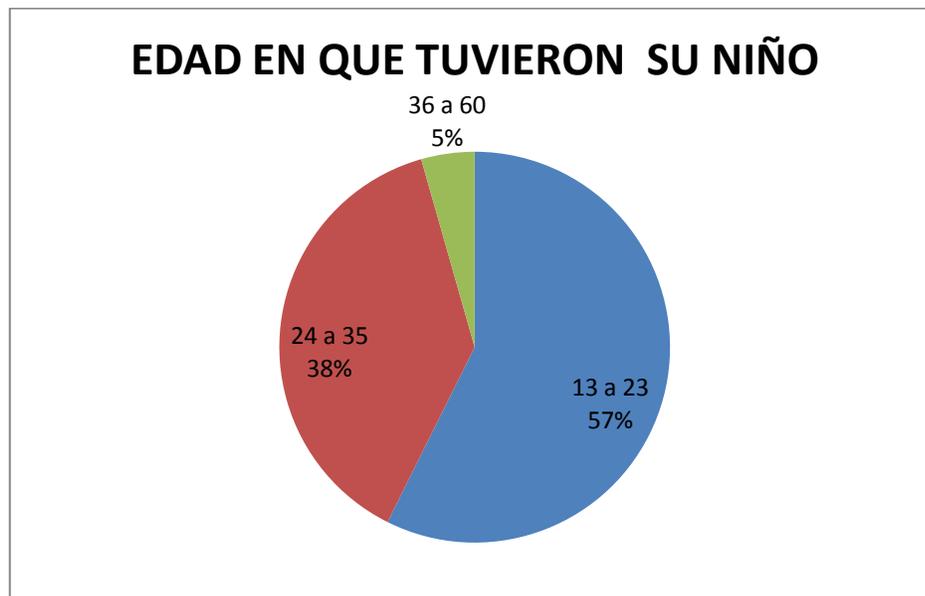
alimentarias de la familia, además existe un porcentaje de familias que invierten menos de 100 dólares es un 40 %.

11. EDAD QUE LOS PADRES TUVIERON A SU NIÑ@

TABLA # 11

EDAD EN QUE TUVIERON SU NIÑO	#	%
13 a 23	39	57%
24 a 35	26	38%
36 a 60	3	5%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 11



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

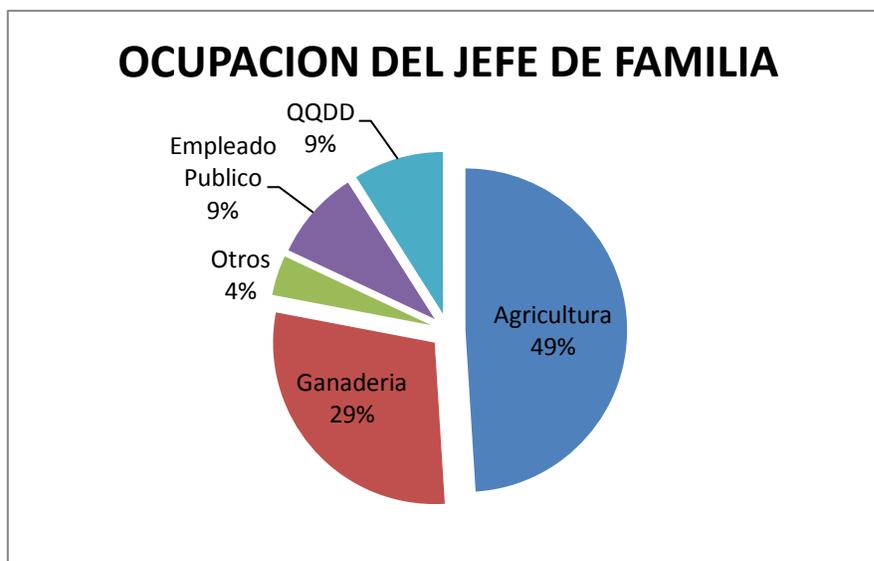
Análisis: Se observa que los padres de l@s niñ@s de 6 a 48 meses tuvieron a sus hijos entre los 13 a 23 años con un porcentaje 57%, lo que nos permite analizar que los padres de los niños aún no han logrado desarrollo académico ni han logrado una madurez personal para mantener sus hogares.

12. REFERENTE A LA OCUPACIÓN DEL JEFE DE HOGAR.

TABLA # 12

OCUPACION DEL JEFE DE FAMILIA	#	%
Agricultura	33	49%
Ganadería	17	29%
Comerciante	0	0%
Empleado Publico	6	9%
QQDD	6	9%
Otros	3	4%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 12



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Como la gráfica refleja podemos determinar que las actividades laborales, de los padres de familia mayormente se dedican a la agricultura y

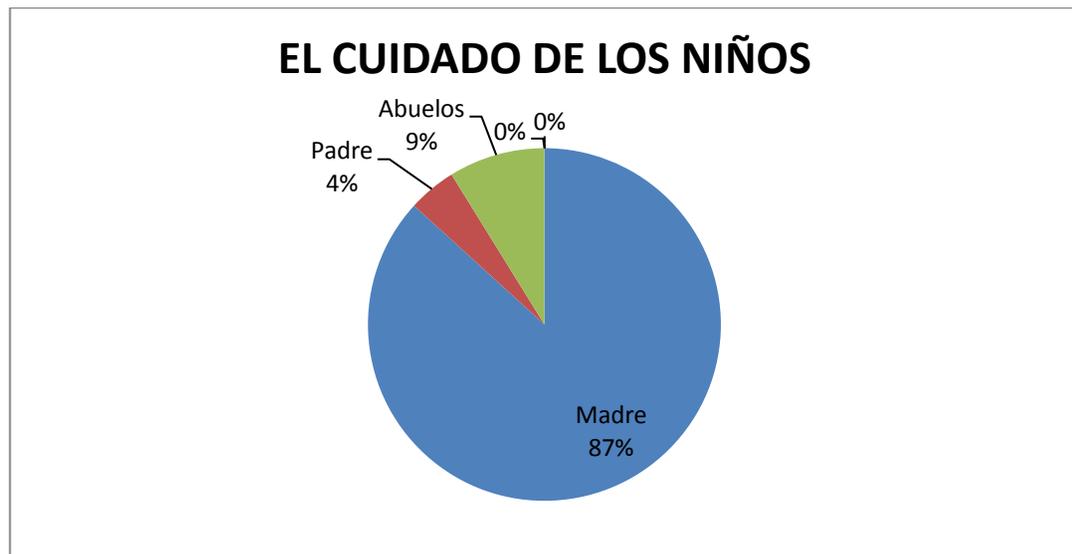
ganadería los cuales muchas veces no suelen ser bien remunerados, por el hecho de los intermediarios, las madres de familia por lo habitual se dedican a los quehaceres domésticos, así mismo una proporción baja obtendría un salario remunerado de acuerdo a los que señala ley.

13. REFERENTE HA QUIEN EFECTÚA EL CUIDADO DE LOS NIÑ@S.

TABLA #13

EL CUIDADO DE LOS NIÑOS	#	%
Madre	59	87%
Padre	3	4%
Abuelos	6	9%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 13



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Establecemos descriptivamente que el cuidado de los niños están hecho por las madres de familia como generalmente se da en nuestro medio, y en el restante de los casos lo hacen muy pocas ocasiones los padres y los abuelos, que sería un problema más ya que no tendrían las

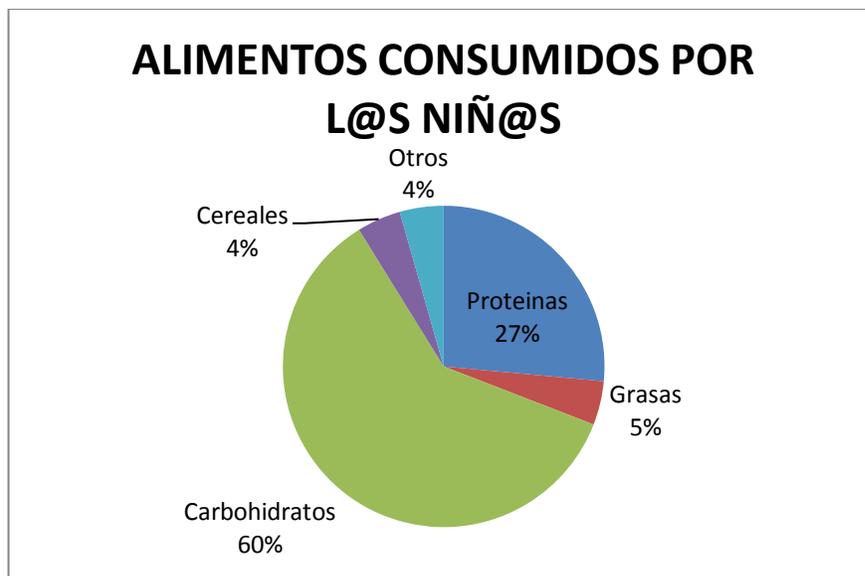
habilidades para poder educar a estos niños ya que son gente de la tercera edad y a veces con problemas de salud lo que provoca más dificultades.

14. REFERENTE A LA ALIMENTACIÓN QUE RECIBEN LOS NIÑ@S

TABLA # 14

ALIMENTOS CONSUMIDOS POR L@S NIÑ@S	#	%
Proteínas	18	27%
Grasas	3	5%
Carbohidratos	41	60%
Cereales	3	4%
Comida Chatarra	0	0%
Otros	3	4%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 14



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

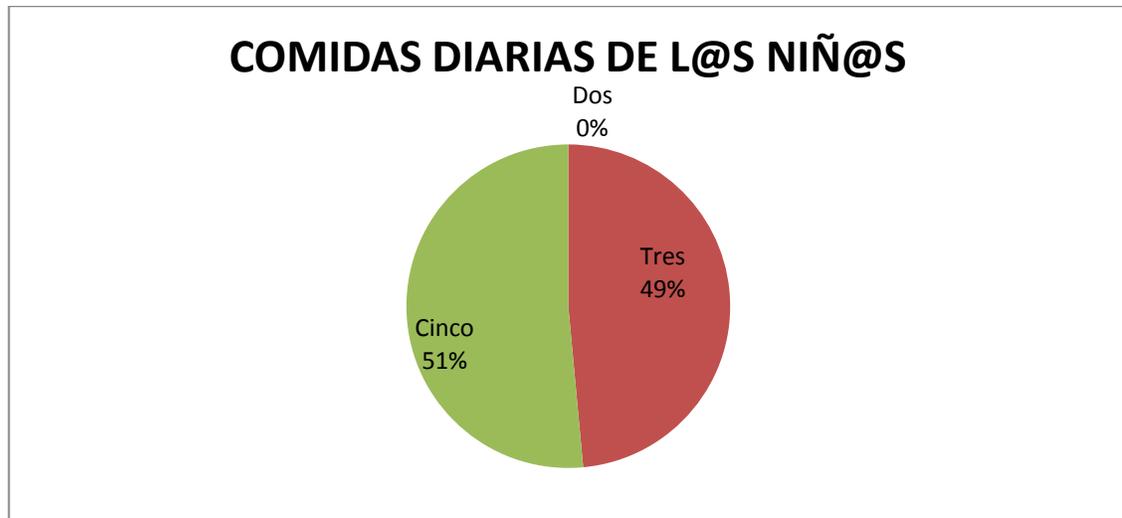
Análisis: Se observa que el tipo de alimentos más consumidos por los niños son carbohidratos, consecuentemente refleja una de las causas del bajo peso de los niños.

15.REFERENTE AL CONSUMO DE DIETA FRACCIONADAS EN LOS NIÑ@S.

TABLA # 15

COMIDAS DIARIAS DE L@S NIÑ@S	#	%
Dos	0	0%
Tres	33	49%
Cinco	35	51%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 15



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Podemos observar que a pesar de la cantidad de veces que comen los niños, no se refleja en un buen estado nutricional, debido a que no tienen

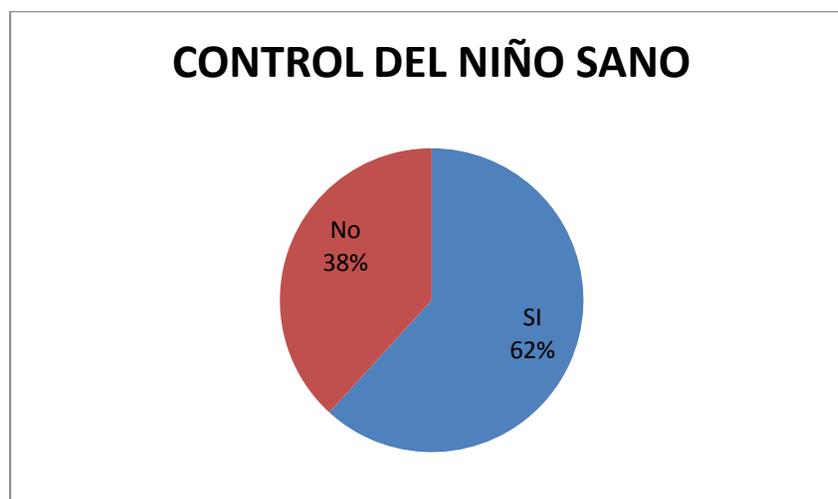
una dieta balanceada y de acuerdo al grupo etareo es insuficiente para mejorar el estado de los niños con bajo peso.

16. CONCERNIENTE AL LA REALIZACION DE CONTROL EN LOS NIÑ@S.

TABLA # 16

CONTROL DEL NIÑO SANO	#	%
SI	42	62%
No	26	38%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 16



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Mediante este cuadro se puede determinar que las madres llevan a los niños al control, sin embargo las madres desconocen sobre el número de controles óptimos a realizar al niño.

16.1. CONCERNIENTE AL LA REALIZACION DE CONTROL EN LOS NIÑ@S.

TABLA # 16.1

PORQUE NO	#	%
Distancia del SCS	6	23%
Falta de tiempo	20	77%
TOTAL	26	100%

GRAFICO # 16.1



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

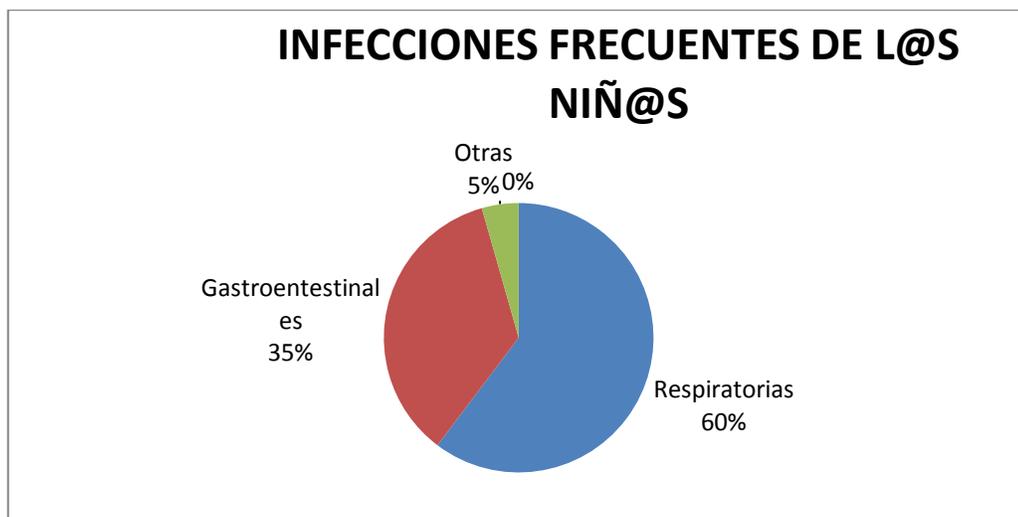
Análisis: Se concluye que los padres de los niños prefieren realizar otras actividades y no acudir al S.C.S al control mensual lo que se traduce en niños con mal nutrición, y otras alteraciones fisiológicas.

17. CONCERNIENTE A LAS ENFERMEDADES MAS FRECUENTES DE L@S NIÑ@S

TABLA # 17

INFECCIONES FRECUENTES DE L@S NIÑ@S	#	%
Respiratorias	41	60%
Gastrointestinales	24	35%
Otras	3	5%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 17



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Podemos observar que las enfermedades más frecuentes en este grupo etareo son de tipo respiratoria y gastrointestinales, las que en muchas

ocasiones se complican o agravan por dar medicamentos tradicionales y/o farmacéuticos sin prescripción médica teniendo en cuenta que encontramos la incidencia de otras enfermedades que afectan otras partes del cuerpo humano.

18. REFERENTE AL TIEMPO DE DESPARASITACION DE L@S NIÑ@S.

TABLA # 18

TIEMPO DE DESPARASITACION	#	%
Menos de 6 meses	18	26%
Mayor de 6 meses	23	34%
Nunca	27	40%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 18



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Podemos observar en este grafico que los niños son desparasitados irregularmente y en la mayoría de los casos no son desparasitados, lo que también provoca alteración severa de su estado nutricional sin duda las, madres de los niños desconocen el tiempo optimo para la desparasitación del niño.

19. CONCERNIENTE A LA ELIMINACIÓN DE EXCRETAS

TABLA # 19

ELIMINACION DE EXCRETAS	#	%
Alcantarillado	27	40%
Pozo séptico	21	31%
Pozo ciego	3	4%
Letrina	0	0%
Ninguna	17	25%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 19



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

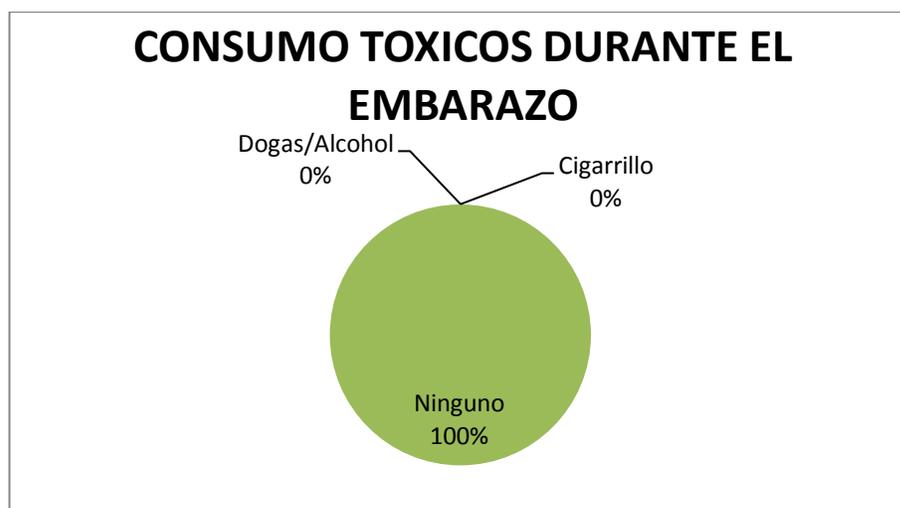
Análisis: Podemos observar en este cuadro que a pesar de existir un alto porcentaje de familias con adecuada eliminación de excretas, no se puede despreocuparse de aquellas familias que realizan la eliminación de ellas a campo abierto lo que se transforma en un alto riesgo de transmisión de enfermedades por vectores.

20. REFERENTE AL CONSUMO DE SUSTANCIAS TOXICAS DURANTE EL EMBARAZO

TABLA # 20

CONSUMO TOXICOS DURANTE EL EMBARAZO	#	%
Dogas/Alcohol	0	0%
Cigarrillo	0	0%
Ninguno	68	100%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 20



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Podemos observar que hay una correcta costumbre y educación de no consumir sustancias nocivas durante el periodo de embarazo.

21.CONTROLES REALIZADOS POR LAS MADRES DURANTE EL EMBARAZO

TABLA # 21

CONTROLES DURANTE EL EMBARAZO	#	%
SI	62	91%
NO	6	9%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 21



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

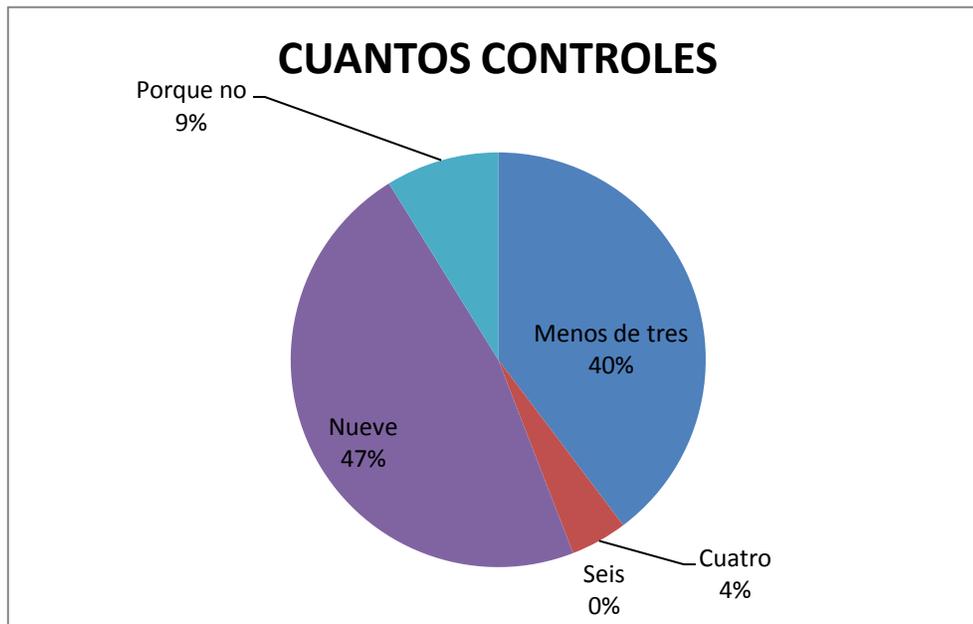
Análisis: en este cuadro podemos valorar que los controles de embarazos son adecuados un gran y alto porcentaje, pero tenemos que tener en cuenta que ese 9% representa riesgo durante el embarazo, el periodo de parto y que puede llevar a alteraciones mayores en los neonatos o a su vida futura.

22.1. NUMERO CONTROLES PRENATALES SE REALIZARON LAS MADRES

TABLA # 22.1

CUANTOS CONTROLES	#	%
Menos de 3	27	40%
Cuatro	3	4%
Seis	0	0%
Nueve	32	47%
Porque no	6	9%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 22.1.



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS Camarón

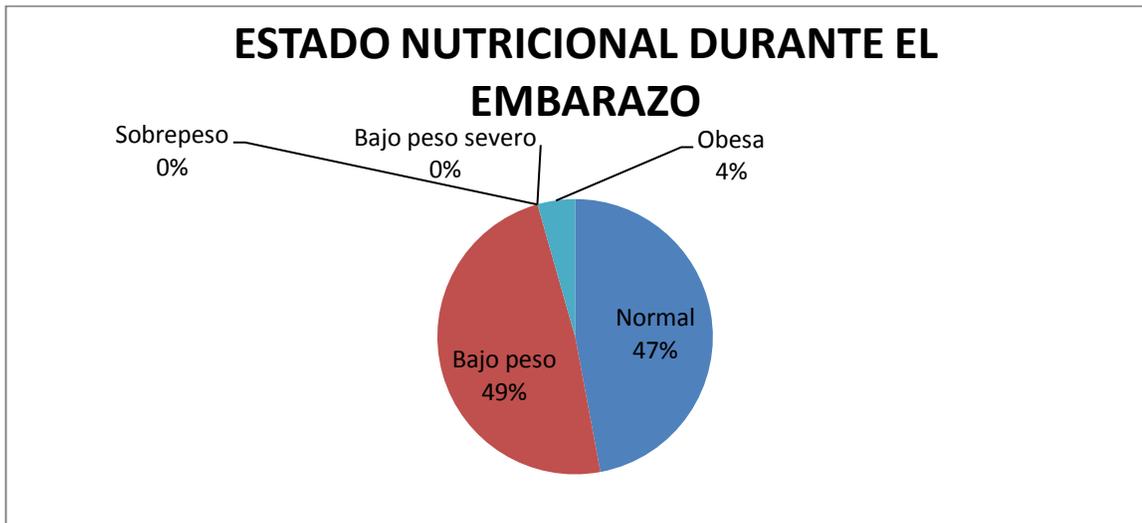
Análisis: En este grafico se puede determinar que las madres a pesar de acudir a los controles prenatales no lo hacen en un número correcto de veces lo que representa un riesgo para el estado gestacional de la mujer y del producto al momento de su nacimiento.

23. REFERENTE AL ESTADO NUTRICIONAL DE LAS MADRES DURANTE SU EMBARAZO

TABLA # 23

ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO	#	%
Normal	32	47%
Bajo peso	33	49%
Bajo peso severo	0	0%
Sobrepeso	0	0%
Obesa	3	4%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 23



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Encontramos en este grafico un grave problema en el estado nutricional de las mujeres embarazadas que acuden a los controles ya que en un valor cercano a la mitad del total de futuras madres tiene bajo peso. Y al no acudir a todos los controles como se determinó anteriormente los riesgos de enfermedades nutricionales aumenta considerablemente en los RN.

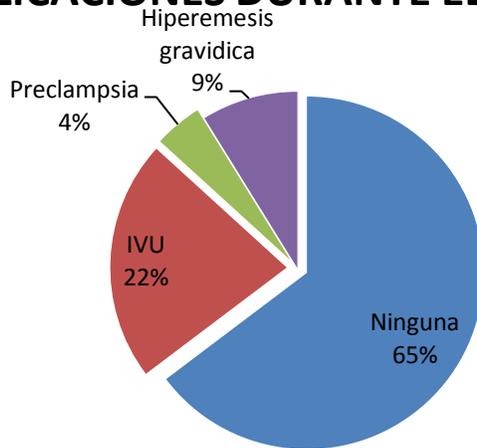
24. REFERENTE A LAS COMPLICACIONES DE LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO

TABLA # 24

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO	#	%
Ninguna	44	65%
IVU	15	22%
Preeclampsia	3	4%
Hiperémesis gravídica	6	9%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 24

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: En este cuadro podemos observar de que la incidencia de enfermedades durante el periodo de gravidez no es tan marcado sin embargo tenemos de que hay un alto grado de enfermedades del aparato urinario, y un porcentaje considerable de preeclampsia. Los cuales son contralados durante los controles mensuales.

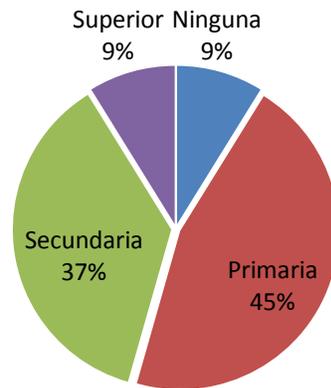
25. CONCERNIENTE A LA INSTRUCCIÓN DE LA MADRE

TABLA # 25

INSTRUCCION DE LA MADRE	#	%
Ninguna	6	9%
Primaria	31	45%
Secundaria	25	37%
Superior	6	9%
TOTAL	68	100%

GRAFICO # 25

INSTRUCCION DE LA MADRE



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: Podemos observar que el nivel de estudio de las madres de la comunidad es primario en 45% del total, y que solo un mínimo 9% alcanzo estudios superiores, lo que nos da un indicativo del poco interés sobre la educación por parte de las madres además se puede observar que existe analfabetismo en las mismas.

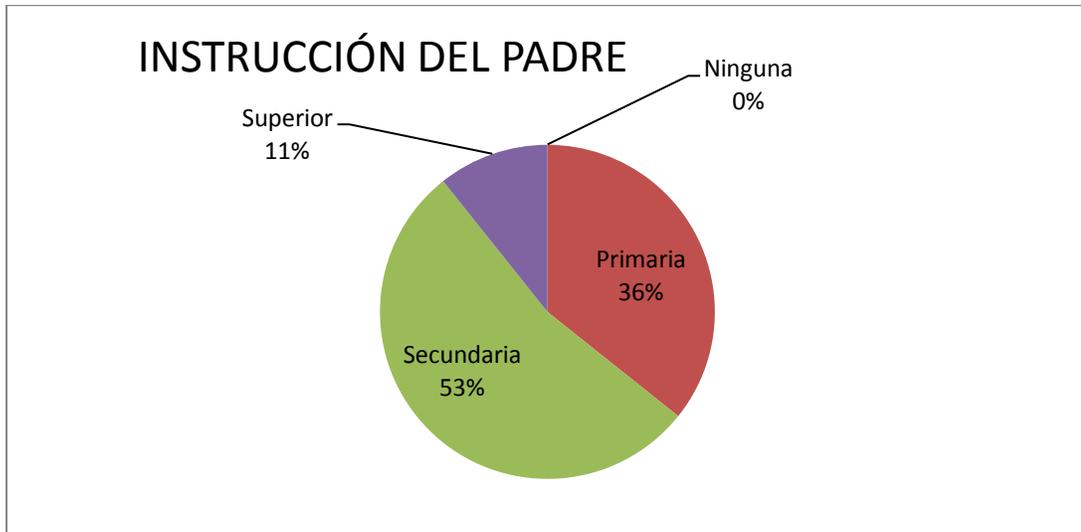
26. CONCERNIENTE A LA INSTRUCCIÓN DEL PADRE

TABLA # 26

INSTRUCCIÓN DEL PADRE	#	%
Ninguna	0	0%
Primaria	20	36%
Secundaria	30	53%

Superior	6	11%
TOTAL	56	100%

GRAFICO # 26



Elaborado por: Marlene Chacha, Valeria Benavides.

Fuente. Entrevista realizada a las Familias con niños de seis a 48 meses que acuden al SCS San José de Camarón.

Análisis: A diferencia del cuadro de las mujeres observamos que los varones progresan hasta un nivel secundario y en el cual a semejanza del anterior solo un pequeño porcentaje llega estudios superiores, determinado que la mayoría se dedica a la agricultura sin una preparación superior.

CONCLUSIONES

Una vez concluido el trabajo de investigación a los niños de 6 a 48 meses que acuden al sub centro de salud San José de Camarón, analizando porcentual y conceptualmente las tablas estadísticas de las observaciones realizadas podemos establecer las siguientes conclusiones:

- ❖ Se puede concluir que existe una deficiencia en promoción, sobre la importancia del control de niño sano por parte del Sub-Centro de Salud.
- ❖ Se ha podido concluir que los niños de la comunidad de Camarón, presentan el 37 % de emaciación y 18% de bajo peso.
- ❖ Se ha logrado identificar que en la comunidad de Camarón, el grado de desnutrición es muy alto.
- ❖ Hemos llegado a concluir, que las Familias con niños de 6 a 48 meses de la comunidad de San José de Camarón consumen agua insegura, lo que puede perjudicar a los niños y producir enfermedades como la parasitosis.
- ❖ Los ingresos de las Familias que acuden al sub-centro de salud Camarón se encuentran, por debajo del Salario mínimo vital unificado que son 264 dólares.
- ❖ Mediante la tabla N° 10 podemos concluir que en un 60% de los jefes hogar en un invierte de los niñ@s un porcentaje considerable en alimentación.
- ❖ Se ha concluido que los padres, tuvieron a sus niños entre una edad adolescente, en la que aún no se han desarrollado académicamente y no han completado su madurez.
- ❖ Los jefes de hogar a los que hemos aplicado las entrevistas tienen un empleo inestable, lo que puede generar un problema en el ingreso económico.
- ❖ Los niños de 6 a 48 meses que acuden el Sub Centro de Salud Camarón, permanecen al cuidado de sus madres, lo que beneficiara en forma directa su desarrollo
- ❖ Los niños tienen una alimentación basada en carbohidratos en una mayor cantidad, esta dieta en los niños por no ser balanceada puede provocar bajo peso en los mismos.

- ❖ Los niños sujetos a estudio se encuentran entre las edades de 6 a 12 meses, edad en la cuales además de la lactancia Materna los niños deben incluir en su dieta alimentación complementaria
- ❖ Los padres de los niños desconocen la importancia, de brindar por lo menos 5 veces por día alimentos a sus niños.
- ❖ La ocupación de sus padres, permite que estos ausenten de tiempo para acudir al sub centro de salud San José de Camarón a realizar los controles a sus niños. En un porcentaje considerable, los niños no reciben control mensual, desconociendo sobre su vital importancia en el desarrollo del niño.
- ❖ Los niños presentan enfermedades respiratorias las mismas que hacen que los niños tengan un bajo peso, baja talla y haya deficiencia de un buen desarrollo en el niño.
- ❖ Los padres de los niños a pesar de realizar un consumo de agua insegura no realizan, una adecuada desparasitación de los niños.
- ❖ Las familias que acuden, al sub centro de salud San José de Camarón en un 25% según la (Tabla N° 19) de las mismas no realizan una adecuada eliminación de excretas.
- ❖ Las madres de los niños, han gozado de un buen estado de salud libre de las drogas.
- ❖ Las madres se realizaron los controles prenatales, sin embargo existe un 40%(Tabla N° 22.1) de ellas que se realizaron menos de 3 controles prenatales que nos ayuda a identificar que no fueron los óptimos para evaluar el estado del niño y su madre.
- ❖ Las madres durante su embarazo presentaron bajo peso, en un 49% 8 (Tabla N° 23) siendo un porcentaje muy impórtate que nos ayuda a identificar una causa para el bajo peso en sus niños.
- ❖ Las madres de los niños no presentaron complicaciones a más de las que con frecuencia se presentan en el embarazo.

- ❖ Las madres de los niños en una gran mayoría únicamente, han recibido educación primaria mientras que Los padres de los niños no se evidencian la existencia de analfabetismo.

COMPROBACIÓN DE LA HIPÓTESIS

H₀.-LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS, NUTRICIONALES, INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD CAMARÓN.

H₁.-LOS FACTORES SOCIOECONÓMICOS, ALIMENTARIOS, NUTRICIONALES, NO INFLUYEN EN LA INCIDENCIA DE BAJO PESO, TALLA E INDICE DE MASA CORPORAL EN LOS NIÑOS QUE ACUDEN AL SUB CENTRO DE SALUD CAMARÓN

Al realizar nuestro trabajo de investigación en l@s niñ@s de 6 a 48 meses y al realizar un análisis de la variable, factores socioeconómicos, alimentarios, nutricionales, podemos decir que estos influyen directamente en el bajo peso, talla e índice de masa corporal por las siguientes razones:

- ❖ El alto grado de analfabetismo.
- ❖ El trabajo inestable del jefe de hogar.
- ❖ El bajo ingreso económico.
- ❖ Desconocimiento sobre la importancia de realizar, los controles prenatales y control del niño sano.
- ❖ El consumo de agua insegura.
- ❖ Formación de hogares adolescentes.
- ❖ El consumo de carbohidratos como base en la alimentación.
- ❖ La ocupación de sus padres.
- ❖ La eliminación inadecuada de las excretas.
- ❖ El alto grado de desnutrición de los niños.
- ❖ Las madres se realizan los controles prenatales, sin embargo existe un 40% de ellas que se realizaron menos de 3 controles prenatales que nos ayuda a identificar que no fueron los óptimos para evaluar el estado del niño y su madre.

Toda esta problemática interfiere en el desarrollo integral de los niños.

Se ha realizado la comprobación de la hipótesis en base a los cuadros más relevantes durante el análisis e interpretación de los resultados. La hipótesis H_0 es la que se aprueba en esta investigación.

RECOMENDACIONES

- ❖ Requerimiento de más fuentes de trabajo estables como por ejemplo microempresas.
- ❖ Educar a las comunidades sobre la importancia de acudir mensualmente, al control del embarazo y del niño sano.

- ❖ Indicar a las familias sobre los beneficios del consumo de agua segura.
- ❖ Educación a los adolescentes sobre la formación de familias planificadas.
- ❖ Referente al grado de analfabetismo materno se recomienda la incentivación de su alfabetismo, con la creación de un colegio que cuente con bachilleratos o que sea técnico.
- ❖ Brindar Charlas educativas sobre las medidas básicas para contrarrestar el bajo peso, talla, e índice de masa corporal en los niños.

CAPITULO IV

4.1. PROPUESTA

TEMA:

PROGRAMA EDUCATIVO, SOBRE MEDIDAS Y NORMAS PARA CONTRARRESTAR EL BAJO PESO, TALLA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL A LAS FAMILIAS DE LOS NIÑOS, QUE ACUDEN AL SCS CAMARÓN.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las policías de salud conceden gran importancia, a la atención de los niños debido a que es necesario coadyuvar a las acciones que permitan su desarrollo integral.

La desnutrición en la niñez menor de cinco años incrementa su riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta a su estado de salud de por vida. Atender a este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al desarrollo de las niñas y niños de América, así como para garantizar el desarrollo de los países.

La región es en extremo heterogénea, con una gran la desnutrición crónica afecta a 8,8 millones de niños menores de 5 años (16%) y refleja la acumulación de consecuencias de la falta de una alimentación y nutrición adecuada durante los años más críticos del desarrollo de los niños -desde la etapa intrauterina hasta los 3 primeros años. Sus efectos son, en gran medida, irreversibles.

Dentro de las medidas básicas de prevención de desnutrición en los niños tenemos las medidas de higiene general, consumo de agua segura, los beneficios de acudir a realizarse los controles prenatales, y los controles del niño sano entre otros

Mediante la educación a la población sobre estos parámetros importantes, lograremos disminuir las tasas de desnutrición en los niños.

JUSTIFICACIÓN

Con los datos obtenidos en la aplicación de entrevistas y la información recolectada de las historias clínicas durante nuestra investigación sobre los factores socioeconómicos nutricionales y alimentarios que influyen en el bajo

peso y talla de los niños de 6 a 48 meses que acuden al sub - centro de salud San José de Camarón, permitimos realizar el siguiente programa de capacitación con la finalidad de educar, fortalecer, y promover acciones para contrarrestar el bajo peso y talla en los niñ@s.

Pretendemos lograr concientizar a las familias sobre la importancia de una correcta nutrición en los niñ@s, y los beneficios de las mismas.

Con este programa buscamos capacitar a las familias sobre las medidas más relevantes para contrarrestar el bajo peso y talla en los niños de 6 a 48 meses su desarrollo integral.

OBJETIVOS

Objetivo general.

Desarrollar un programa de capacitación dirigido a las familias con niños de 6 a 48 meses que acuden al sub centro de salud camarón, sobre medidas para contrarrestar el bajo peso y talla en los niños.

Objetivos específicos.

Capacitar a las familias sobre los siguientes temas:

- ❖ Normas de higiene generales.
- ❖ Importancia del control prenatal.
- ❖ Importancia del control del niño sano.
- ❖ Consumo del agua segura.
- ❖ Como prevenir las infecciones gastrointestinales y respiratorias en niños.
- ❖ Educación de los padres y su influencia en el desarrollo del niño
- ❖ Huertos familiares y su beneficio en los hogares.

FACTIBILIDAD

El programa de capacitación sobre medidas básicas para contrarrestar el bajo peso y talla exige un compromiso con las familias ya que su ejecución ayudara a mejorar el estado nutricional de los niños

SOSTENIBILIDAD

Los fondos para la ejecución del siguiente programa son autofinanciados, y se realizó mediante actividades teórico prácticas.

RESPONSABLES: Internas Rotativas de Enfermería

DIRIGIDO: Familias que acuden al sub centro de salud Camarón.

DESARROLLO DEL PROGRAMA EDUCATIVO

HIGIENE DEL NIÑO

Los hábitos de higiene

Para tener una vida sana, es necesario desarrollar hábitos y medidas de higiene general y personal, ello puede evitar en gran medida diversas enfermedades en los bebés, niños y adultos.

El aseo y la limpieza son de gran importancia para prevenir diferentes clases de infecciones, la limpieza personal (higiene) y el aseo público (sanidad) son de igual importancia.

Muchas infecciones intestinales se pasan de una persona a otra por falta de higiene; miles de microbios y lombrices (o sus huevecillos) salen del excremento de personas infectadas y pasan a la boca, por medio de los dedos y uñas sucias o por agua o comida contaminada. Algunas de las enfermedades que se transmiten así, son:

- Lombrices intestinales (distintas clases).
- Diarrea y disentería (causada por amebas y bacterias).
- Hepatitis y fiebre tifoidea.
- Otras infecciones.

Consejos para la limpieza personal (higiene).

- Siempre lávese las manos con jabón al levantarse, después de ir al baño y antes de comer.
- Bañarse seguido, después de trabajar y sudar mucho, así se evita muchos tipos de tiña, jjotes, caspa, ronchas, granos y comezones. Bañe diariamente a los niños.

- No deje que los niños anden descalzos. Así se evita que adquieran lombrices, ya que algunas entran por la planta del pie.
- Lave los dientes después de cada comida.

Antes de bañar al niño, conviene comprobar que la temperatura ambiental sea la adecuada, que no se sienta frío y no existan corrientes de aire.

Es preferible que el baño se realice en una bañera, palangana, tina o recipiente amplio que permita al bebé estar cómodo, y que el agua tenga una temperatura adecuada para él.

Antes de desvestir al niño tenga preparado lo siguiente:

- Peine o cepillo.
- Toallas.
- Una esponja suave.
- La ropa limpia que le pondrá.
- Pañales.
- Jabón neutro.

Antes de introducir al niño en la tina de baño o recipiente donde se bañará, límpiele los restos fecales para no ensuciar el agua.

Para que el niño no caiga en el agua se le sujeta de su brazo izquierdo con nuestra mano izquierda, de modo que su cabeza se apoye en la parte interior de nuestro codo, así, con la otra mano podremos enjabonarle con comodidad. Si al introducir al niño en la tina llora puede deberse a que la temperatura no es la adecuada.

En general, para proteger la salud de los niños, la higiene es muy importante, y debe tenerse especial atención en el aseo de la casa, y de los lugares donde juegan los pequeños.

Al comprar la ropa se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Debe ser holgada, para adaptarse al crecimiento y no obstruir el movimiento libre del niño. Debe ser de fácil lavado.
- Debe ser segura y cómoda para el niño.
- Debe permitir que el vestir y el desvestir al niño pueda realizarse en el mínimo tiempo posible.
- Procure que sea de algodón y evite en lo posible fibras sintéticas, sobre todo en la ropa interior.

El cepillado de los dientes

Desde que a nuestros niños les sale el primer diente, debemos fomentarles el hábito de la higiene bucal, así nuestros pequeños se acostumbrarán a lavarse los dientes después de cada comida, de esta manera, conseguiremos prevenir enfermedades dentales.

Los dientes definitivos empiezan a aparecer hacia la edad de seis años y su función es necesaria para toda la vida. Son indispensables porque cortan y trituran el alimento en la primera parte de la digestión; cuanto más se usan, más fuertes y saludables se mantienen.

Para mantener los dientes y las encías en buen estado, se debe consumir una alimentación nutritiva y variada, además de limpiarlos perfectamente después de cada comida.

Las ventajas de la limpieza dental diaria son:

- Se puede masticar y digerir mejor la comida.
- Se evitan los dientes cariados, y enfermedades de las encías.
- Un buen aseo bucal puede prevenir infecciones graves que afectan todo el cuerpo.
- Evita el mal aliento.
- Para mantener sana la dentadura y encías se recomienda tomar las siguientes medidas:
- Evitar los dulces, ya que dañan muy rápido la dentadura.
- Lavar bien la dentadura todos los días y siempre inmediatamente después de comer. Empiece a lavarle los dientes al niño tan pronto como le salgan y luego enséñele a hacerlo solo.

La mejor manera de lavarse los dientes es la siguiente:

- a) Utilizar un cepillo de preferencia con cerdas suaves.
- b) Deben cepillarse los dientes de arriba hacia abajo y los de abajo hacia arriba, sin olvidar cepillar las muelas con movimientos circulares y las encías, ya que esto activa la circulación.
- c) También debe cepillarse la lengua en un movimiento suave de arriba hacia abajo.
- d) El tiempo del cepillado no debe ser menor de tres minutos.

La limpieza de las manos y uñas

En lo que se refiere al aseo de las manos, éstas se deben lavar después de ir al baño, también antes de comenzar a preparar los alimentos y antes de comer. Otro momento en que se deben lavar las manos, es cuando se llega

de la calle al hogar. Es recomendable no tocar las manos de los bebés, ya que se las llevan frecuentemente a la boca y pueden contraer microbios y enfermedades. Con las manos limpias y las uñas cortas. se pueden evitar muchas enfermedades gastrointestinales.

La mayor parte de los padres enseñamos a nuestros hijos a lavarse las manos antes de comer y después de ir al baño, pero también es conveniente enseñarles la forma apropiada de hacerlo: prestar atención a la limpieza de la punta de los dedos, de las muñecas y del dorso de las manos. La suciedad que se encuentra debajo de las uñas debe quitarse con un corta uñas o cepillo y, de ser necesario, hay que lavar varias veces las manos hasta que salga la espuma totalmente limpia.

Se le debe enseñar al niño que hay otras ocasiones en las que es importante lavarse las manos, como después de jugar en la calle, especialmente si lo hizo en superficies sucias.

Las uñas deben cortarse cada 1 ó 2 semanas, según la rapidez con la que crezcan. La forma correcta de cortar las uñas de las manos es siguiendo el contorno del borde. Las uñas de los pies deben cortarse en borde recto para evitar que se entierren.

Es de enorme importancia establecer la costumbre de lavarse las manos y cortarse las uñas, no sólo como parte de la limpieza normal, sino también para proteger la salud.

LACTANCIA MATERNA

La leche materna es la mejor fuente de nutrición durante los primeros 6 meses de vida.

- Contiene cantidades apropiadas de carbohidratos, proteínas y grasa
- Suministra las proteínas (enzimas) digestivas, los minerales, las vitaminas y las hormonas que los bebés necesitan

La leche materna también contiene anticuerpos de la madre que pueden ayudar al bebé a prevenir infecciones.

Los bebés amamantados por la madre tienen menos probabilidades de tener:

- Alergias
- Infecciones de oído
- Gases, estreñimiento y diarrea
- Enfermedades de la piel (eccema infantil)
- Infecciones estomacales o intestinales
- Sibilancias, neumonía y bronquiolitis

Los bebés amamantados pueden presentar menos riesgo de desarrollar:

- Diabetes
- Obesidad o problemas de peso
- Caries dental

BENEFICIOS PARA LA MADRE

Las madres que amamantan a sus bebés también disfrutan de algunos beneficios:

- Un vínculo único entre madre e hijo
- Menos sangrado después del parto

La lactancia materna puede ahorrar tiempo y dinero, incluyendo:

- Costo más bajo en la alimentación.
- No tener que preparar leche maternizada (la leche materna está siempre disponible a la temperatura apropiada)
- Disminución del riesgo de cáncer de mama, algunos tipos de cáncer ovárico y osteoporosis

Algunos bebés no pueden tomar suficiente leche materna al amamantarse debido a:

- Defectos congénitos de la boca (labio leporino o paladar hendido)
- Dificultad para succionar
- Problemas digestivos
- Nacimiento prematuro
- Tamaño pequeño
- Estado físico débil

Se aconseja no amamantar a algunas madres con ciertos problemas de salud, tales como:

- Lesiones activas por herpes en la mama
- Tuberculosis activa, no tratada
- Infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) o SIDA
- Enfermedades graves.
- Desnutrición grave¹⁸

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la

¹⁸<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/002450.htm>

alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad.

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En relación con la nutrición, porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin manifestación clínica. Por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

ALIMENTO COMPLEMENTARIO

Es cualquier nutriente líquido o sólido que se proporciona al niño pequeño al mismo tiempo que la lactancia materna. Los alimentos complementarios pueden dividirse en dos categorías:

- a) Transicionales cuando están preparados expresamente para cubrir las necesidades nutricionales específicas del niño pequeño.
- b) Familiares, así denominados a los que entran a formar parte de la dieta de la familia.

Consideraciones generales

La leche como alimento único a partir de los seis meses no proporciona la energía y nutrientes que precisa el lactante, y además, como sus funciones digestivas han madurado, debe incluirse una alimentación complementaria. No se recomienda introducir nuevos alimentos antes de los 5-6 meses, aunque tampoco es aconsejable hacerlo más allá de los seis, porque la falta de diversificación es motivo frecuente de anorexia, a la vez que se desaprovecha una época muy valiosa para la educación del gusto y la adaptación progresiva a una alimentación equilibrada y variada. La forma

habitual de introducir la alimentación complementaria es el ir sustituyendo, de una en una, las tomas de leche que hace el lactante, por los distintos componentes de la alimentación complementaria, como papilla de cereales, fruta, puré de verdura, con intervalos suficiente para que el niño vaya aceptando los nuevos alimentos, probando su tolerancia antes de introducir uno nuevo, y dando tiempo a la aceptación por parte de su organismo. Esto ayudará a los padres a identificar cualquier alergia o intolerancia a los alimentos.

En este período es de vital importancia la introducción tardía en la dieta del gluten, una proteína que está presente en trigo, centeno, avena, cebada.

Es importante en este periodo, permitir que la cantidad de alimento varíe de un día a otro y de una semana a otra, según el apetito del niño. Y es fundamental el análisis de la composición completa de las comidas.

Capacidad funcional

El comienzo de la alimentación complementaria a los seis meses de vida implica que existe un buen grado de desarrollo de la función gastrointestinal, que se ha alcanzado la capacidad de absorción de nuevos nutrientes, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo.

Desde el punto de vista de las habilidades para alimentarse, se aprecia el comienzo de los movimientos masticatorios, se debilita el reflejo de protrusión y el niño es capaz de colocar los alimentos en la parte posterior de la boca y coordinar la deglución. Se mantiene bien en la posición de sentado y demuestra sus sensaciones de hambre y saciedad.

GUÍA PRÁCTICA PARA ALIMENTAR A LOS NIÑOS.

Cereales

Se introducirán alrededor de los 5-6 meses y nunca antes de los cuatro. A partir de los 7-8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten. A

menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes.

Los cereales contribuyen al aporte energético, y por tanto, existe riesgo de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se ofrecen en forma de papillas y debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario.

Frutas

Se pueden empezar a ofrecer al lactante a partir del 6º mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son naranja, manzana, pera, uva, ciruela, y se debe evitar las más alergénicas como fresa, kiwi y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario.

Verduras y hortalizas

Se van introduciendo a partir del 6º mes en forma de puré. Al principio: patatas, , calabacín, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido en nitratos (remolacha, espinacas, acelgas, nabos,.) y también las flatulentas o muy aromáticas (col, coliflor, nabo, puerro, espárragos). Conviene añadir una cucharadita de aceite de oliva al puré, pero no sal.

Carnes

Se empieza con pollo, a partir del 6º mes, ya que es la menos grasa, posteriormente se introduce ternera, cordero y otras. Las cantidades: 10-15 g/día al principio, aumentando 10-15 g/mes, hasta un máximo de 40-50 g. Conviene darla triturada junto con patata y/o verduras.

Pescados

Comenzar pasado el 9º mes con pescados blancos. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad. Pueden sustituir a algunas comidas preparadas con carne.

Huevos

Al 9º mes se puede introducir la yema cocida, y el huevo entero hacia el 12º mes. Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico.

Legumbres

A partir de los 18 meses se pueden añadir al puré de verduras. Mezclados con arroz u otros cereales, sustituyen a las carnes. Se puede dar un par de veces a la semana.

Yogures

A partir del 8º mes puede ofrecerse yogur natural, sin azúcar, sólo o mezclado con la papilla de frutas.

Azúcares refinados, miel y otros dulces

No es recomendable el consumo de azúcar, pues la dieta del bebé tiene un aporte adecuado de hidratos de carbono.

Agua

El lactante pequeño, alimentado básicamente con leche no necesita líquidos adicionales, excepto en situaciones extremas de calor o incrementadas pérdidas de líquidos por fiebre, vómitos, diarrea,.... Pero dado que la alimentación complementaria supone un aporte importante de carga renal de solutos, no es suficiente el agua vehiculada en la leche y en otros alimentos y por ello se debe ofrecer con frecuencia al niño agua para ayudarle a realizar una mejor filtración renal.

CONTROL PRENATAL

Es un conjunto de acciones realizadas durante el embarazo en forma de consultas o visitas médicas periódicas, con el fin de diagnosticar, prevenir y tratar cualquier alteración que vaya en contra del normal desarrollo del bebé y las condiciones óptimas durante el embarazo hasta el momento del parto.

Está comprobado que las madres embarazadas que cumplen con el control prenatal reducen notablemente la posibilidad de sufrir partos prematuros, bebés con bajo peso al nacer y con insuficiencias respiratorias, así como otras afecciones que pueden presentarse tanto en el bebé que viene al mundo como en la madre.

El control prenatal desde el mismo primer mes del embarazo puede ayudar mucho en la detección de complicaciones y establecer las medidas preventivas para corregirlas en su momento oportuno.

La importancia del control prenatal radica en la prevención como base para lograr tanto en la madre como en el bebé las condiciones óptimas durante el embarazo, reduciendo los riesgos de sufrir alteraciones o enfermedades y tratarlas oportunamente, garantizando así el pleno y sano desarrollo del bebé y las mejores condiciones para todo el embarazo.

Para lograr que dicho control sea efectivo es necesario tener en cuenta factores como la alimentación, los medicamentos que toma la madre si fuere el caso, la presencia de alguna enfermedad, las actividades diarias, etc. Con el fin de establecer un equilibrio y poder cumplir con las necesidades tanto de la madre como con las del bebé que se desarrolla dentro de ella.

BENEFICIOS DEL CONTROL PRENATAL:

- Prevenir complicaciones del embarazo.
- Permite detectar enfermedades en las madres que pueden afectar su salud y la del bebé durante el embarazo.
- Se puede vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal.

- Posibilidad de disminuir las molestias y síntomas menores asociados al embarazo, a través del correcto diagnóstico y tratamiento.
- Preparar física y mentalmente a la madre para el nacimiento de su hijo.

Aunque el embarazo es un proceso natural está lejos de ser perfecto y desafortunadamente se presentan complicaciones en algunos de ellos. Entonces, la finalidad del control prenatal es detectar esos embarazos anómalos que podrían hacer peligrar la vida de la madre y/o su bebé.

Si no existiese este control veríamos una gran profusión de complicaciones que de otra manera hubiesen podido ser evitadas.

LA IMPORTANCIA DEL CONTROL SANO DE NIÑOS

Desde el nacimiento hasta los seis años, fundamentalmente, se lleva a cabo esta actividad de supervisión de salud y desarrollo del menor, de manera que se puedan detectar eventuales alteraciones, enfermedades o situaciones de riesgo.

Y aunque para algunos padres puede parecer innecesario, especialmente a medida que el niño crece y no padece afecciones tan frecuentes como cuando es lactante, el cuidado de su salud está directamente relacionado con su asistencia a esta supervisión.

El primer control se hace en la maternidad cuando el bebé nace. Se chequea que no tenga malformaciones ni enfermedades, se le aplica sus primeras vacunas, y se comienza con la lactancia materna. A los 14 días hay un segundo control donde además del peso y la talla, se revisa que no existan malformaciones congénitas ni problemas oculares, auditivos o cardíacos.

El control sano se efectúa con distinta periodicidad dependiendo de la edad del niño. Los primeros seis meses los controles se realizan con mayor frecuencia, idealmente cada mes porque el riesgo de enfermedad es mayor. Por ejemplo, un virus respiratorio puede significar un simple resfrío para un adulto, pero para el lactante puede implicar una bronconeumonía.

Después de los seis meses, el control se realiza cada dos meses, entre el año y los dos, cada 3 meses. Y de ahí en adelante el examen se hace cada seis meses.

A partir de los 3 años los controles son anuales.

Es común que los niños deban ir al pediatra varias veces al año, por distintas razones: tos, fiebre, dolor de oídos y diarrea, entre otros.

Aunque los niños estén sanos, es muy importante. Llevarlos a los controles, además de ver el crecimiento y la madurez psicomotora, a la mamá se le entregan orientaciones correspondientes a cada edad: qué cosas tiene que hacer con el niño, cómo estimularlo, qué alimentación darle, hábitos, prevención de accidentes. Se indican también las vacunas correspondientes, las posibles molestias que puede sufrir y cómo tratarlas.

CONSUMO DE AGUA SEGURA

Se denomina **agua potable** o agua para consumo humano, al agua que puede ser consumida sin restricción.

LA DESINFECCION DEL AGUA A NIVEL CASERO EN ZONAS URBANAS MARGINALES Y RURALES

ALTERNATIVAS DE DESINFECCION Y PURIFICACION DEL AGUA

El agua es un elemento esencial para mantener nuestras vidas. El acceso a un agua potable segura nos protege frente a las enfermedades. Necesidades

vitales humanas como el abastecimiento de alimentos dependen de ella. El agua que tomamos no es agua químicamente pura, viene mezclada con pequeñas cantidades de elementos a esta agua se le llama agua potable. Cuando el agua contiene sustancias que de alguna manera cambian las propiedades y afectan la salud humana se dice que el agua está contaminada.

PRINCIPALES SUSTANCIAS CONTAMINANTES DEL AGUA

Microorganismos Patógenos (Bacterias, Virus, Protozoos) Desechos orgánicos: (Residuos orgánicos producidos por los seres humanos y animales) Sustancia Químicas Orgánicas (Ácidos, sales, Metales Tóxicos.) Nutrientes Vegetales Inorgánicos (Son sustancias Necesarias, pero en exceso son perjudiciales). Compuestos Orgánicos: (Petróleo, gasolina, Plástico)

EXISTEN VARIAS ALTERNATIVAS PARA DESINFECTAR Y PURIFICAR EL AGUA QUE PUEDEN APLICARSE EN EL HOGAR.

HERVIR EL AGUA:

Se trata de un método muy eficaz ya que la exposición de los organismos patógenos transmitidos por el agua más común (bacterias, esporas, virus, quistes) a temperaturas de 90 o 100 grados c. durante un corto tiempo los matara o inactivara. El agua tiene que calentarse hasta que hierva unos tres minutos. Se debe almacenar en el mismo recipiente en que se hirvió. Si no es posible, se recomienda desinfectar antes de transferir el agua. No es muy recomendable ya que se puede contaminar al airearse. La desventaja de este método es que no es económico ya que debe utilizarse un combustible.

DESINFECCION QUÍMICA:

Existen varias sustancias químicas que se emplean para desinfectar el agua potable, entre estas son las más utilizadas en caso de emergencia a nivel domicilio e individual son: cloro, yodo, yodo elemental, hipoclorito de sodio, hipoclorito de calcio cada uno puede utilizarse como desinfectante en forma eficaz.

COLORO

No solo es uno de los desinfectantes más efectivos para el agua potable, sino también uno de los más baratos. se presenta en diferentes tipos de compuestos pero principalmente como hipoclorito de sodio. y de calcio En forma de polvo en diferentes concentraciones alrededor del 65%. El hipoclorito de sodio en líquido y se obtiene en concentraciones de 3 a 5 o hasta un 10%. Al 10% se considera muy inestable. El hipoclorito de sodio comercial puede contener sustancias que podrían ser tóxicas en cuyo caso no deberá emplearse para desinfectar agua para beber. La dosificación depende del porcentaje Al 0.5% 8 gts en 4ml -1% 4gts en 2ml -2% 2gts en 1ml etc.

PRODUCCION DE DESINFECTANTES EN EL HOGAR

GENERADORES DE HIPÓCLORITO DE SODIO

Se han hecho grandes progresos en el desarrollo de generadores de hipoclorito de sodio para desinfección de agua potable se produce por electrolisis del cloruro de sodio. Es especialmente apropiada para pequeñas comunidades y evitan problemas como el transporte y compra. Su costo depende del costo de la sal electricidad y quipo.

GENERADORES DE OXIDANTES MEZCLADOS

Son relativamente económicos los gases de oxidantes mezclados eliminan problemas de olor y sabor.

DESINFECTANTES ENVASADOS PARA USO INDIVIDUAL.

Existen algunos desinfectantes eficaces contra la mayoría de los organismos patógenos. Son componentes de cloro y yodo en forma de comprimidos o en solución. Con algunos se pueden preparar soluciones madres se utilizan frecuentemente con fuerzas armadas, alpinistas, excursionistas etc. son fáciles de administrar, se conservan durante mucho tiempo y la mayoría son muy confiables.

COMO MEJORAR EL MANEJO

Para mejorar el manejo es indispensable la difusión, la promoción y continuar educando a la población, la contribución del usuario es la única manera de asegurar el éxito en la desinfección del agua, claro es que el apoyo de gobierno al proporcionar los materiales es básico. Por qué en algunas comunidades les es muy difícil proveerse de ellos.

BENEFICIOS AL MEJORAR EL MANEJO

Para su adecuado funcionamiento nuestro cuerpo requiere entre uno y tres litros de agua diarios para evitar la deshidratación, la cantidad precisa depende del nivel de actividad, temperatura, humedad, y otros factores, el cuerpo pierde agua por medio de la orina, las heces y la transpiración. El agua potable es vital para el ser humano y el realizar el tratamiento adecuado para que se alcance la calidad ideal para evitar las enfermedades gastrointestinales sobre todo, es fundamental para evitar su propagación. Por lo tanto los beneficios serán a la salud, a la economía y el bienestar de la sociedad.

REPERCUSIONES AL NO HACERLO ADECUADAMENTE

La deficiente calidad del agua, y los servicios ha sido principal factor que contribuyó a millones de casos anuales de enfermedades diarreicas en el mundo causando muerte en millones de niños. Si se dispone de saneamiento adecuado y agua sana podría evitarse esto. La buena gestión de recursos se refleja en el agua sana y garantiza su adecuada calidad. De no ser así continuara la falta de salud en las comunidades y la propagación de las enfermedades.

IMPLEMENTACIÓN DE HUERTOS FAMILIARES.

Los huertos familiares son ecosistemas agrícolas situados cerca del lugar de residencia permanente o temporal. Aquí encontramos en un espacio reducido una combinación de árboles, arbustos, verduras, tubérculos y raíces comestibles, gramíneas y hierbas, que proporcionan alimentos y condimentos, medicinas y material de construcción. A menudo también se integran los animales domésticos a este sistema. Los productos de los huertos no sólo aportan a la seguridad alimentaria y los ingresos familiares, sino también suelen tener un importante rol cultural. Los huertos familiares se hallan en un permanente proceso de desarrollo. La conservación de las especies domésticas en el campo ofrece la ventaja de que las variedades siguen evolucionando. De este modo, la adaptación evolutiva de las plantas puede dar lugar a nuevas características aprovechables.

Durante cientos de años, los pequeños agricultores y las comunidades rurales han desarrollado y conservado una gran diversidad de cultivos en sus huertos familiares. Así, en los países en desarrollo contribuyen sustancialmente a la seguridad alimentaria y la subsistencia de la población. El aprovechamiento continuo de plantas alimenticias transmitidas de generación en generación, convierte a los huertos familiares al mismo tiempo

en un importante lugar para el resguardo de recursos fitogenéticos y para la conservación de la biodiversidad. Por lo general, son las mujeres quienes determinan lo que se siembra en los huertos familiares, puesto que en muchas sociedades son las principales responsables de la alimentación y de la salud familiar. Frecuentemente, al elegir las diferentes variedades y especies, las mujeres fijan prioridades de manera distinta que los hombres.

Cuanto mayor es la diversidad en el huerto familiar, mejores resultan ser la alimentación y la situación de ingresos del hogar. Al mismo tiempo, el estudio resaltó el rol protagónico de las comunidades rurales en la conservación de la biodiversidad.

El hecho de que los campesinos y las campesinas conserven en sus huertos las prácticas agrícolas tradicionales y una gran variedad genética depende en gran medida de las condiciones generales del país. El entorno sociocultural también influye considerablemente sobre los productos cultivados en el huerto familiar.

Las medidas de fomento también incluyen:

- Mejor acceso a la propiedad agrícola y de bienes raíces.
- Apoyo técnico a las comunidades locales.
- Identificación de nuevos productos y mercados. .
- Fomento de los huertos familiares.

BENEFICIOS DEL HUERTO FAMILIAR.

Contribuyen a nivel local a la seguridad alimentaria y a los ingresos familiares. Ambos factores merecen fortalecerse en el marco de la cooperación para el desarrollo.

Los huertos familiares pueden contribuir fundamentalmente a la conservación de los recursos fitogenéticos. Los huertos familiares son un excelente medio para sensibilizar al público en general sobre su aprovechamiento en huertos y campos de cultivo y su aporte a la agro-biodiversidad como patrimonio cultural de un país.

INFLUENCIA DE LOS PADRES SOBRE EL DESARROLLO DE LOS NIÑ@S

Los hallazgos de tales investigaciones señalan la importancia de una paternidad sensible y afectiva. En el primer año de vida se establecen lazos estrechos entre los bebés y los padres, quienes ejercerán una gran influencia en el desarrollo social, emocional y cognoscitivo del niño.

LAZOS Y VÍNCULOS ENTRE LOS PADRES E INFANTES

Muchos papás establecen fuertes lazos con sus hijos poco después del nacimiento. Los nuevos padres admiran con orgullo a sus bebés y se sienten obligados a cargarlos. Los bebés contribuyen a mantener los lazos al hacer lo que todo bebé normal hace; abrir los ojos, agarrar los dedos o moverse en los brazos de los padres.

A los tres meses de edad es posible predecir la seguridad del vínculo entre padre e hijo. Los papás que se sienten satisfechos con sus hijos de tres meses, saben que son importantes en el desarrollo de los bebés, responden a sus necesidades, tienen como prioridad pasar tiempo con ellos y pueden lograr establecer un vínculo seguro a la edad de un año.

Los bebés desarrollan vínculos con ambos padres casi al mismo tiempo. En un estudio clásico, los bebés de un año en adelante protestaron de igual manera por la separación del padre y de la madre, mientras que los bebés de nueve meses o menos sólo protestaron por la separación de la madre. Cuando ambos padres estaban presentes, un poco más de la mitad de los

bebés buscaban a la madre, pero casi la mitad mostró tanta o mayor inclinación hacia su padre.

Otro estudio encontró que aunque los bebés preferían el padre o la madre antes que un extraño, se inclinaban más por la madre que por el padre, sobre todo cuando estaban disgustados. Esto se presenta porque normalmente las madres cuidan más a menudo a los bebés. Sería interesante saber si el vínculo padre – hijo cambia en los hogares en donde el padre les brinda los cuidados primordiales.

ACTÚAN LOS PADRES FRENTE A LOS INFANTES

A pesar de la creencia corriente de que las mujeres están predispuestas biológicamente para cuidar a los bebés, las investigaciones señalan que los padres pueden ser igual de sensibles y afectivos frente a los infantes. Los padres hablan el "lenguaje materno", ajustan el ritmo de alimentación a las señales de los bebés y cuando ven llorar o sonreír a los infantes frente a un aparato de televisión sus respuestas fisiológicas (cambios en la frecuencia cardiaca, la presión arterial y la conductancia de la piel) son similares a los de las madres. Sin embargo, normalmente los padres no son tan sensibles como las madres. En general asumen un rol menos activo en la crianza del niño, y la cantidad de cuidado que brinda al bebé es el factor principal para determinar cuán sensible es un adulto frente a las señales de los bebés.

No obstante, la cantidad de cuidado que los hombres brindan a los bebés está aumentando en los países industrializados. Estos padres hablaban a sus bebés, jugaban con ellos, los alimentaban, les cambiaban los pañales, los consolaban y les cantaban. Los hombres más dispuestos a cuidar sus niños eran los jóvenes cuyo matrimonio marchaba bien, estuvieron en el parto, modificaron sus horarios de trabajo y compartían los trabajos domésticos con sus esposas.

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN PADRE E HIJO

Las diferencias biológicas y sociales entre hombre y mujer contribuyen a que el rol de cada padre sea único en la familia y la contribución de cada uno, especial. Por ejemplo, la característica física de los juegos en que participan los padres ofrece a los bebés estímulos y retos para superar los temores. Durante los dos primeros años, sonrían y "conversan" más con el padre, debido quizá a que él constituye una novedad.

Un estudio realizado con niños que empezaban a caminar (dos tercios de los cuales eran hijos de mujeres que trabajaban fuera del hogar) mostró los beneficios que produce el que el padre se involucre en los juegos y en el cuidado de los niños, en especial cuando su actitud es afectiva y positiva. El comportamiento del padre tuvo especial importancia en el desarrollo de la competencia para resolver problemas, y aunque el comportamiento de la madre tuvo mayor impacto en la relación, la interacción con el padre ayudó a crear vínculos más seguros con la madre. Además, el vínculo de seguridad con el papá contribuye a que el niño establezca amistades más estrechas a la edad de cinco años.

Como ya se ha dicho, los adultos actúan de modo diferente frente a los bebés, y esto depende de si son niños o niñas. Esta diferencia se nota más en los padres que en las madres, aun durante el primer año de vida del bebé. En el segundo año esta diferencia se intensifica: los papás conversan y dedican más tiempo a los hijos que a las hijas. Por estas razones, los padres más que las madres parecen ayudar a desarrollar la identidad de género y el rol de género, proceso por el cual los niños aprenden los comportamientos que la sociedad considera apropiados para cada sexo.

Los padres también pueden influir más que las madres en el desarrollo cognoscitivo de los hijos. Cuanto más atención preste un padre a su hijo varón, más inteligente, alerta, curioso y alegre se mostrará entre los cinco y los seis meses. Los niños que crecen sin padre se retrasan en su proceso cognoscitivo frente a los que se crían con los dos padres, aun cuando en ambos casos la madre actúe de igual manera. Este hallazgo puede reforzar las evidencias de que el padre es muy importante en el desarrollo cognoscitivo o mostrar que crecer en un hogar con un solo padre acarrea desventajas económicas o sociales.

El mismo hecho de que los dos padres tengan personalidades diferentes influye en el desarrollo en formas no conocidas todavía.

COMO PREVENIR ENFERMEDADES GASTROINTESTINALES Y RESPIRATORIA EN LOS NIÑOS

MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS:

La función intestinal predomina sobre la secretora, estableciéndose normalmente un balance. Este se pierde cuando hay enfermedad del intestino delgado o grueso, en la que se disminuye la absorción, aumenta la secreción o ambas. En conclusión la diarrea se produce por una rotura del equilibrio absorción-secreción.

Para evitar las enfermedades gastrointestinales es necesario:

- Lavarse bien las manos antes de comer, tocar o preparar alimentos.
- Lavarse bien las manos después de ir al baño.
- Enseñar a los niños y niñas a lavarse bien las manos en los casos mencionados.

- Cocinar bien los alimentos como carnes, frutas y verduras. Estos últimos deberán ser puestos en agua con 2 o 3 gotas de cloro y después enjuagarlos bien, sobre todo si se van a consumir crudos.
- Hervir bien el agua para consumo durante cinco minutos y dejarla reposar media hora antes de consumirla. Mantenerla tapada siempre.
- Evitar la presencia de animales donde se preparan los alimentos o cerca de ellos.
- Evitar comer en puestos callejeros o lugares con poca higiene.
- Solicitar al médico algún medicamento para restablecer la flora intestinal después de consumir antibióticos.
- Tomar yogurt.
- Revisar bien que los alimentos estén además de limpios, frescos y sin caducidad.
- Hervir bien los biberones del bebé y los chupones y evitar que los niños y niñas se lleven las manos a la boca si han estado jugando en el suelo o con animales.

CÓMO EVITAR INFECCIONES RESPIRATORIAS EN NIÑOS

La calidad del aire cumple un rol fundamental en la prevención de estas enfermedades. Por eso, los especialistas recomiendan mantener los ambientes ventilados y evitar tanto las situaciones de hacinamiento como el uso de braseros y el humo del cigarrillo, sobre todo si hay un bebé en la casa. La condición de fumadores pasivos implica una lesión de las vías respiratorias que vuelve más vulnerables a los niños frente a un eventual contagio.

Además, el amamantamiento exclusivo hasta los seis meses ofrece mayor inmunidad y, si bien un bebé amamantado no está exento de contraer una infección respiratoria, el cuadro revestirá menor gravedad si se respetó el

período de lactancia materna (de 6 meses en forma exclusiva y hasta los 2 años como complemento de otros alimentos).

Las medidas para prevenir casos graves de IRA deben tomarse desde el embarazo: una mamá que se alimenta bien y que no fuma tiene más probabilidades de tener un bebé con buen peso al nacer, lo cual ya constituye un modo de protección frente a las infecciones”.

PREVENCIÓN PRIMARIA

Evite el hábito tabáquico y la exposición al humo de tabaco ambiental particularmente durante el embarazo e infancia .

Elimine el hábito tabáquico en los lugares de trabajo .

Evite las condiciones húmedas en el hogar , y reduzca los contaminantes aéreos intra domiciliarios.

Se recomienda que los lactantes reciban alimentación materna hasta los 6 meses de edad

Prevención secundaria

Trate las enfermedades de las vías aéreas superiores (por ejemplo rinitis alérgica) para reducir el riesgo de desarrollo de asma.

En niños pequeños ya sensibilizados a los ácaros del polvo de habitación, mascotas y cucarachas, la exposición deberá reducirse o evitarse para prevenir el inicio de una enfermedad respiratoria .

Retire a los empleados de su ambiente de trabajo si ellos han desarrollado síntomas producidos por una sensibilización alérgica ocupacional.

Prevención terciaria

Es así que surge la inquietud de qué podemos hacer como padres para evitar que los niños, que son la población más susceptible a enfermarse, contraigan dichas infecciones y, sobre todo, cómo sospechar y evitar que se compliquen, algunas sugerencias se mencionaran y se hará énfasis en aquellos datos de alarma que indiquen que existe una situación de urgencia y entonces se evite además el impulso de dar remedios caseros o auto medicar a los niños.

Dentro de las recomendaciones alimentarias se sugiere el consumo de cítricos los cuales son ricos en Vitamina C, como jugo de naranja, mandarina, agua de limón, guayaba, los cuales disminuyen el riesgo de infección respiratoria, además de una dieta balanceada con cereales, verduras, proteínas de origen animal, leche, abundantes líquidos e infusiones frutales.

La administración extra de Vitamina A protege también de las infecciones virales.

Evitar los cambios bruscos de temperatura y arropar a los niños para evitar la exposición al frío es importante, hay que tener presente que los niños por su actividad y metabolismo pocas veces refieren tener frío y suelen negarse a usar ropa gruesa y estorbosa para sus actividades y juegos, pero aun así se deberá de insistir en usar suéter, chamarra y bufanda por las mañanas.

Es frecuente la creencia de que se debe de evitar bañar a los niños en días muy fríos, lo cual no sólo es un error grande pues esto en nada contribuye a la prevención de las enfermedades respiratorias, sino que se debe de insistir en el baño diario aun cuando exista infección, únicamente se insistirá en bañar, secar y vestir a los niños dentro de la misma habitación para evitar cambios bruscos de temperatura.

Otra medida importante es evitar acudir a lugares contaminados, donde exista humo de tabaco u otros irritantes, por ejemplo, sitios concurridos donde se encuentren personas tosiendo o con otros síntomas respiratorios

Una recomendación más es la indicación de la vacuna de la influenza, con la cual se logra la prevención de esta enfermedad, anteriormente el programa recomendaba la inmunización para niños pequeños y ancianos, actualmente se sabe que toda la población puede recibirla con lo que se controlaría la transmisión de la misma.

Las medidas anteriores tienen como objetivo la prevención de enfermedades respiratorias, pero una vez que los síntomas aparecen como son fiebre, tos, catarro, voz ronca deberán de instalarse medidas generales como abrigar, ofrecer abundantes líquidos, cítricos e infusiones frutales de preferencia, medicamentos como acetaminofén entre otros analgésicos, reposo y solicitar valoración médica oportuna para iniciar tratamiento con antibióticos, cuando así esté indicado, pretendiendo además evitar que se presenten complicaciones.

Se deben tener presentes datos de alarma como son fiebre persistente, dificultad para respirar como es la presencia de respiración rápida, agitación, hundimiento de las costillas y el pecho para respirar, aleteo de la nariz, silbido en el pecho, coloración azul de labios y uñas, rechazo a los alimentos y signos de deshidratación, son indicación absoluta de llevar al niño a un servicio de urgencias.

Evitemos al máximo las complicaciones al brindar tratamiento oportuno por personal médico capacitado y evitemos abuso de remedios caseros o auto medicar a los niños.

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA EL DESARROLLO DEL
PROGRAMA EDUCATIVO
POR PARTE DE LAS INTERNAS ROTATIVAS PERIODO 2010-2011**

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	FECHA
INAUGURACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.	IRE MARLENE CHACHA. IRE VALERIA BENAVIDES.	22/2/11
REFRIGERIO		
TEMA N° 1: NORMAS DE HIGIENE CONSUMO DE AGUA SEGURA	IRE MARLENE CHACHA. IRE VALERIA BENAVIDES	22/2/11
REFRIGERIO		
TEMA N°2: IMPORTANCIA DEL CONTROL PRENATAL Y CONTROL DEL NIÑO SANO	IRE MARLENE CHACHA. IRE VALERIA BENAVIDES	09/03/11
TEMA N° 3: MEDIDAS PARA PREVENIR LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y GASTROINTESTINALES	IRE MARLENE CHACHA. IRE VALERIA BENAVIDES	9/06/11
TEMA N° 4: HUERTOS FAMILIARES, INFLUENCIA, DE LOS PADRES EN EL DESARROLLO DE LOS NIÑOS.	IRE MARLENE CHACHA. IRE VALERIA BENAVIDES	21/06/11
PROGRAMA DE CLAUSURA		

BIBLIOGRAFÍA

1. BASTIDAS, mirian, FUNDAMENTOS DE PEDIATRÍA, CIB MEDELLIN COLOMBIA, impreso 1994 reimpresso 2003 segunda edición Colombia.
2. PLANTA RUEDA , ernesto, EL PEDIATRA EFICIENTE, EDITORIAL MEDICA PANAMERICANA impreso 1980- quinta edición 1996, Colombia DVINNI editora LTA
3. CLAYDEN GRAHAM, ton AVER liss, TEXTO ILUSTRADO DE PEDIATRIA, IMPRESO EN ESPAÑA 2002, Grafos, SA, Artes sobre papel, segunda edición.
4. ARREGUI SALTOS, klever, MANUAL DE PEDIATRIA, EDITORA MULTICOLOR, impreso Riobamba 2007, primera edición.
5. CRUZ HERNANDEZ, manuel, TRATADO DE LA PEDIATRIA, MM7 EDITORIAL OCEANO/REGON, impreso en España 2007 Volumen I.
6. CANALES francisca, METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION, PUBLICACION PASCAP, impreso 1989- reimpresso 1989 en Colombia primera edición.
7. <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/crecdess.html>
8. <http://www.sabetodo.com/contenidos/EEyykpkVIVphXZsdga.php>
9. <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000379.htm>
10. [http:// www.msp.gov.ec](http://www.msp.gov.ec)
11. <http://pt.wikipedia.org/wiki/Habita%C3%A7%C3%A3o>
12. http://es.wikipedia.org/wiki/Salario_m%C3%ADnimo#Ecuador
13. <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia-g.htm>
14. <http://www.cosasdelainfancia.com/biblioteca-familia-g.htm>
15. www.msp.gov.ec
16. <http://lactanciamaterna.lacoctelera.net/post/2006/04/27/nuevas-tablas-crecimiento-infantil-la-oms>.

17. <http://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n>
18. www.ucam.edu/desarrollo-social Enlaces patrocinados
19. <http://www.monografias.com/trabajos26/parasitosis-intestinal/parasitosis-intestinal.shtml>
20. http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/enfermedades_torax/v43_n1/numero_ni%C3%B1os.htm
21. http://www.jnjcolombia.com.co/portal_padres/contenidos/ligarticulo.asp?id=2606
22. Papalia, Diane E., "DESARROLLO HUMANO". Editorial McGraw – Hill, sexta edición, 1997.
23. www.ipgri.org/themes/human/Articles/C
24. http://www.alimentacionynutricion.org/es/index.php?mod=content_detail&id=139
25. http://www.gencat.cat/salut/acsa/html/ca/dir3496/alimentacion_de_tus_ninos.pdf
26. <http://pdf.rincondelvago.com/higiene-personal-y-ambiental.html>
27. <http://hdr.undp.org/en/media/03-Chapter%20ES.pdf>
28. <http://www2.gtz.de/dokumente/bib/04-5108a4.pdf>

ANEXOS



UNIVERSIDAD ESTATAL DE BOLÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LAS SALUD
ESCUELA DE ENFERMERÍA

Objetivo: Realizar la siguiente entrevista con la finalidad de conocer los factores económicos alimentarios, y nutricionales de las familias que tienen niños de 6 meses a 48 meses.

1.- ¿En qué sector se encuentra ubicada su vivienda?

a) Urbana	
b) Rural	

2.- ¿Cuál es el tipo de Vivienda?

a) Caña	
b) Ladrillo	
c) Adobe	
d) Mixta	
e) Número de Habitaciones	

3.- ¿El agua de su consumo es?

a) Segura	
b) Insegura	
c) Otros. Cuales	

4.- ¿Cuál es el ingreso mensual del, jefe de hogar?

264	
Menor de 264	
Mayor de 264	

5.- ¿Cuánto de dinero invierte mensualmente, el jefe de hogar para alimentación?

100	
Menor de 100	
Mayor de 100	

6.- ¿Cuál es el grado de Educación recibieron los padres del niñ@?

	Madre	Padre
a) Ninguna		
b) Primaria		
c) Secundaria		
d) Superior		

7.- ¿Cuál es la edad de los padres del niñ@?

Entre

a) 13 A 23 Años	
b) 24 A 35	
c) 36 A 60 Y MAS	

8.- ¿Cuál es la Ocupación del jefe de hogar?

Agricultura	
Ganadería	
Comerciante	
Empleado Publico	
QQDD	
Otros Cual.....	

9.- ¿Quién efectúa el cuidado de los niños?

a) Madre	
b) Padre	
c) Abuelos	
d) Otros	
e) Quienes	

10.- ¿Qué tipo de alimentos son consumidos en mayor cantidad por los niños?

a) Carbohidratos	
b) Grasas	
c) Cereales	
d) Comida chátara	
e) Otros	
f) Cuales	

11.- ¿Cuántas veces come el niño al día?

a) 2	
b) 3	
c) 5	

12.-¿ Acude mensualmente al control del niño sano?

a) Si	
b) No	
c) Porque	

13.- ¿Que infecciones son más frecuentes en su niñ@?

a) Respiratorias	
b) Intestinales	
c) Otras	
d) Cuales	

14.- ¿Hace cuánto tiempo desparasito a su hijo?

Menor de 6 meses	
Mayor de 6 meses	
Nunca	

15.- ¿Cómo realiza en su hogar la eliminación de excretas?

a) Alcantarillado	
b) Pozo séptico	
c) Pozo ciego	
d) Letrina	
e) Ninguna	

16.- ¿La madre del niño durante su embarazo consumía?

a) Drogas	
b) Alcohol	
c) Cigarrillo	
d) Ninguno	

17.- ¿Cuántos controles realizo la madre durante el embarazo?

SI	
No	
Cuántos	

18. ¿Cuál fue su estado de salud durante su embarazo?

Normal	
Bajo Peso Severo	
Bajo Peso	
Sobrepeso	
Obesa	

19.- ¿Durante su embarazo ha tenido alguna complicación?

Cual.....
.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

GLOSARIO

Abióticos refiere al medio en el que no es posible la vida. Es el término opuesto a biótico, ya que nombra a lo que no forma parte o no es producto de los seres vivos.

Alergia es una hipersensibilidad a una partícula o sustancia que, si se inhala, ingiere o se toca produce unos síntomas característicos.

Aminoácidos Los aminoácidos son compuestos orgánicos que se combinan para formar proteínas. Los aminoácidos y las proteínas son los pilares fundamentales de la vida.

Anorexia como síntoma, que describe la inapetencia o falta de apetito.

Bióticos característico de los seres vivos o que está vinculado a ellos. También es aquello perteneciente o relativo a la biota (el conjunto de la flora y la fauna de una determinada región).

Bronquiectasia es una dilatación anormal e irreversible del árbol bronquial, encargado de conducir el aire desde la tráquea hasta la unidad funcional respiratoria (alvéolo pulmonar), que puede ser localizada o generalizada

Catabolismo es la parte del metabolismo que consiste en la transformación de biomoléculas complejas en moléculas sencillas y en el almacenamiento adecuado de la energía química desprendida en forma de enlaces de fosfato y de moléculas de ATP, mediante la degradación de las moléculas que contienen gran cantidad de energía en los enlaces covalentes que la forman, a través de reacciones de reducción-oxidación.

Cianosis es la coloración azulada de la piel, mucosas y lechos ungueales.

Cistinosis es la causa más común del síndrome de Fanconi en niños.

Eccema Un eccema o eczema es una afección dermatológica (de la piel), caracterizada por una inflamación que presenta diversas lesiones como: eritema, vesículas, pápulas y exudación.

Ecosistema Un ecosistema es un sistema natural que está formado por un conjunto de organismos vivos (biocenosis) y el medio físico donde se relacionan (biotopo). Un ecosistema es una unidad compuesta de organismos interdependientes que comparten el mismo hábitat.

Enfermedad de Crohn es una enfermedad crónica de origen desconocido que quizás tiene un componente autoinmune en la cual el sistema inmunitario del individuo ataca su propio intestino produciendo inflamación. Frecuentemente la parte afectada es el íleon o tramo final del intestino delgado, aunque la enfermedad puede aparecer en cualquier lugar del tracto digestivo

Enteritis generalmente es causada por comer o beber sustancias contaminadas con bacterias o virus. Los gérmenes se establecen en el intestino delgado causando inflamación y edema que pueden provocar dolor abdominal, cólicos, diarrea, fiebre y deshidratación.

Fitogenético comprenden la diversidad genética correspondiente al mundo vegetal que se considera poseedora de un valor para el presente o el futuro

Fitosanitarios aquella sustancia o mezcla de sustancias destinadas a prevenir la acción de, o destruir directamente, insectos (insecticidas), ácaros (acaricidas), moluscos (molusquicidas), roedores (rodenticidas), hongos (fungicidas), malas hierbas (herbicidas), bacterias (antibióticos y bactericidas) y otras formas de vida animal o vegetal perjudiciales para la salud.

Glucosa, es una forma de azúcar que se encuentra libre en las frutas y en la miel. Su rendimiento energético es de 3,75 kilocalorías por cada gramo en condiciones estándar.

Hematopoyesis es el proceso de formación, desarrollo y maduración de los elementos formes de la sangre (eritrocitos, leucocitos y plaquetas) a partir de un precursor celular común e indiferenciado conocido como célula madre hematopoyética pluripotencial, unidad formadora de clones, hemocitoblasto.

Hidrocefalia es la acumulación de una cantidad excesiva de líquido cefalorraquídeo en el cerebro. Normalmente, este líquido protege y amortigua el cerebro. Sin embargo, cuando hay demasiado ejerce una presión nociva para el cerebro.

Hiperoxia: Aumento de la cantidad de oxígeno distribuido en los tejidos por la sangre en la unidad de tiempo.

Hipertermia es un aumento de la temperatura por encima del valor hipotalámico normal por fallo de los sistemas de evacuación de calor, esto es, una situación en la que la persona experimenta un aumento de la temperatura por encima de los límites normales, es decir, por encima de los 38 grados.

Homeostasia es la característica de un sistema abierto o de un sistema cerrado o una conjugación entre ambos, especialmente en un organismo vivo, mediante la cual se regula el ambiente interno para mantener una condición estable y constante.

Iones es una partícula cargada eléctricamente constituida por un átomo o molécula que no es eléctricamente neutra.

La anemia ferropénica o ferropriva, corresponde a la más común de las anemias, y se produce por deficiencia de hierro, representado por el símbolo químico "Fe", el cual es necesario para la formación de los hematíes.

Malformaciones es una diferencia notable en la forma del cuerpo o parte del cuerpo, u órgano del cuerpo (interno o externo) comparada con la forma promedio de la parte en cuestión.

Metabolismo es el conjunto de reacciones bioquímicas y procesos físico-químicos que ocurren en una célula y en el organismo. Estos complejos procesos interrelacionados son la base de la vida a escala molecular, y permiten las diversas actividades de las células: crecer, reproducirse, mantener sus estructuras, responder a estímulos, etc.

Niacina Es un tipo de vitamina del complejo B y es hidrosoluble, lo cual significa que no se almacena en el cuerpo. Las vitaminas hidrosolubles se disuelven en agua.

Nutrientes Aquellos compuestos orgánicos (que contienen carbono) o inorgánicos presentes en los alimentos los cuales pueden ser utilizados por el cuerpo para una variedad de procesos vitales (suplir energía, formar células o regular las funciones del organismo)

Péptido es una sustancia orgánica, en forma de gen, cuyas moléculas son estructuralmente similares a las de las proteínas, aunque más pequeñas y más livianas

pH El pH indica la concentración de iones hidronio [H₃O⁺] presentes en determinadas sustancias. La sigla significa "potencial de hidrógeno"

Proctocolitis en términos generales es una inflamación del recto y del colon

Promulgar Publicar una cosa solemnemente.

Shigella es un género de bacterias con forma de bacilo Gram negativas, no móviles, no formadoras de esporas e incapaces de fermentar la lactosa, que pueden ocasionar diarrea en los seres humanos

Sinapsis es una unión intercelular especializada entre neuronas.¹ En estos contactos se lleva a cabo la transmisión del impulso nervioso Es el contacto de las neuronas y dicho contacto se lo denomina *Sinapsis*.

Síndrome de Fanconi puede ser causado por genes defectuosos o puede aparecer posteriormente en la vida debido a daño renal. Algunas veces, se desconoce su causa. En los niños, las causas comunes de este síndrome son defectos genéticos que afectan la capacidad del cuerpo para descomponer ciertos compuestos.

Síndrome de bartter Se refiere a un grupo raro de dolencias que afectan los riñones Se sabe que hay cinco defectos genéticos asociados con el síndrome de Bartter. La afección está presente desde antes de nacer (congénita).

Síndrome de Löffler o Loeffler es una enfermedad en la cual los eosinofilos se acumulan en el tejido pulmonar en respuesta a una infección parasitaria.

Talasemia es un grupo de anemias hemolíticas hereditarias en las que existe disminución de la síntesis de una o más de las cadenas polipeptídicas de la hemoglobina.

Tisular aquellos materiales constituidos por un conjunto organizado de células, con sus respectivos organoides iguales o de unos pocos tipos de diferencias entre células diferenciadas de un modo determinado, ordenadas regularmente, con un comportamiento fisiológico coordinado y un origen embrionario común.

NIÑOS ENTRE 1 AÑO Y 5 AÑOS

PARTE DIARIO FECHA: 01/01/08

PROVINCIA: BOLIVAR AREA: ECHEANDIA
 CANTON: ECHEANDIA UNIDAD DE SALUD: CHAZO JUAN
 PARROQUIA: ECHEANDIA, CABECERA CANTONAL RESPONSABLE: JOSE EGAS LEMOS

No HISTORIA: 02045004PS01 000
 CEDULA: 1704902111
 APELLIDOS: MONTERO
 NOMBRES: MARTHA
 FECHA NAC: 01/01/07 1 Añ 0 Me 0 D
 PESO: 12 Kg TALLA: 69 cm HEMOGLOBINA: g/dl
 SEXO: FEMENINO

NIÑOS DE 1 A 5 AÑOS

ALIMENTACION DEL NIÑO

TOMA LECHE MATERNA: SI NO

INICIO ALIMENTACION COMPLEMENTARIA: ANTES DE 8 MESES

PRIMERAS SUBSECUENTES
 ANEMIA

ESTADO NUTRICIONAL (P/E): **NORMAL**

VITAMINA "A": PRIMERAS SUBSECUENTES
 MI PAPILLA: PRIMERAS SUBSECUENTES

CALCULOS ANTROPOMETRICOS

	O.P.S.	DIAGNOSTICO	N.C.I.S.	DIAGNOSTICO	
PESO / TALLA	5.1	OBESO	5.11	OBESO	GRAFICO
TALLA / EDAD	-2.9	RETARDO CRECIM	-2.6	RETARDO CRECIM	GRAFICO
PESO / EDAD	2.0		1.6	NORMAL	GRAFICO
25.20 IMC / EDAD	6.0	OBESO			GRAFICO

Inicio | sivan | SISTEMA REGIONALIZA... | HTML Help | MANUALSIVAN - Microso... | 13:51

CAMPOS	DESCRIPCION
LECHE MATERNA	Escoger entre sí o no toma leche materna
ALIMENTACION	Escoger cuando comenzó la alimentación
COMPLEMENTARIA	Antes, durante, o después de los 6 meses.
ESTADO NUTRICIONAL	Se calcula en forma automática.
PESO/TALLA	Cuadro de valores automáticos, OPS, DIAGNOSTICO, NCHS, DIAGNOSTICO.
TALLA/EDAD	Cuadro de valores automáticos, OPS, DIAGNOSTICO, NCHS, DIAGNOSTICO.
PESO/EDAD	Cuadro de valores automáticos, OPS, DIAGNOSTICO, NCHS, DIAGNOSTICO.
IMC/EDAD	Cuadro de valores automáticos, OPS, DIAGNOSTICO, NCHS, DIAGNOSTICO.

DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL MES DE NOVIEMBRE

H.CI	F.N	Edad	Peso	Talla	I.M.C	HOMBRE	Mujer	Peso/talla	Talla/Eda	Peso/Edad	IMC	Estado Nu	D.D	N.N	N.F
3	26/01/2009	21 meses	11.9	83	17.27	x		N	N	N	N	N	La Zamba	Barragan Cavajal Neicer Vakentin	Barragan Neisser
22	17/02/2009	20 meses	10.1	78	16.60		x	N	RTC	N	N	N	San Camilo	Tibalombo Gavilan Jasmin Analia	
36	14/09/2008	25 meses	11.6	82	17.25		x	N	N	N	N	N	Payacacao	Chisag Cille Evelin Dayana	
60	10/03/2009	19 meses	11.5	80	17.92	x		Emaciado	N	N	N	N	Naranjal	Pazmiño Estrella Adan	Estrella Gladys
61	20/10/2009	12 meses	8.9	71	17.65		x	N	RTC	N	N	N	Payacacao	Segura Chimbo Alexandra	Chimbo Maria
146	13/04/2009	18 meses	11.2	81	17.07	x		N	N	N	N	N	Barrio Bellavista	Ruiz Ibarra Michael Alejandro	Ruiz Victor
214	28/06/2007	40 meses	15.9	95.2	17.54		x	N	N	N	N	N	Cruz Loma	Barragan Poveda Mariuxi	Poveda Patricia
245	30/12/2009	10 meses	9.5	71	18.85	x		N	N	N	N	N	Naranjal	Estrella Gavilanes Cristofer	Gavilanes Norma
246	30/12/2009	10 meses	8.9	71	17.65	x		N	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Gualpa Rochina Edison	Rochina Delia
247	02/01/2010	10 meses	8.9	72	17.16	x		N	N	N	N	N	San Camilo	Ocampo Rochina Jhony David	Rochina Olga
248	10/10/2008	24 meses	11.3	82	16.80		x	N	N	N	N	N	HD Lucho Gallo /Kanimara	Trujillo Secaira Lourdes	Secaira Mirian
249	01/01/2010	10 meses	9	70	18.36		X	N	N	N	N	N	Cruz Loma	Agualongo Bayas Jordana Cleotilda	Bayas Maria
280	08/02/2010	8 meses	8.7	71	17.25	x		N	N	N	N	N	Arroz Uco	Ibarra Poveda Jonatan Alexander	Poveda Carmen
289	10/02/2010	8 meses	7.2	69	15.12		x	Emaciado	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Sanchez Segovia Solanda Yamile	Segovia Angelita
301	01/04/2007	43 meses	12	89	15.14		x	N	RTC	N	N	BP	La Pradera	Agualongo Bayas Emily Nayeli	Agualongo Jose
324	23/03/2010	7 meses	9	69	18.90		x	N	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Yumbo Piray Dana Madeley	Piray Cajo Carmen
334	02/02/2010	9 meses	7.8	66	17.90		x	N	RTC	N	N	N	Arroz Uco	Gavilanes Ocampo Alexandra Mariuxi	
363	06/10/2008	25 meses	11	82	16.35		x	N	N	N	N	N	Camaron	Archundia Segovia Alexandra Valer	Segovia Dolores
692	27/11/2007	35 meses	17	97	18.06	X		N	N	N	N	N	Arroz Uco	Real Coloma Miguel Gerardo	Coloma Rosana
735	09/12/2009	10 meses	10.5	72	20.25	x		P/R	N	N	N /sp	N	Barrio la Esperanza	Tualombo Gavilan Alexander Gabriel	
2494	01/08/2007	39 meses	15.5	94	17.54	x		PRD	N	N	N	N	Camaron	Illanes Salas Yandre Arley	Salas Lourdes
2540	22/10/2007	3 años	12.4	85.5	16.96	x		N	RTC	N	N	N	La Plancha	Cuchi Alucho Moises Joakin	Rosa Alucho
2546	29/10/2007	36 meses	14	94	15.84	X		N	N	N	N	N	San Camilo	Sanchez Segovia Josue Jair	
2553	26/11/2007	35 meses	12.3	92	14.53		x	Emaciado	N	N	N	N	La Zamba	Gaibor Cadena Emily Sofia	Cadena Rosa Eñena
2608	08/06/2008	28 meses	10.2	85	14.11		x	Emaciado	N	N	N	Bajo Peso	Camaron	Garcia Yunda Maria Fernanda	Yunda Paloma
2618	16/06/2008	27 meses	11.5	85	15.91		x	N	N	N	N	N	San Camilo	Saltos Correa Melina	Correa Mariuxi
2631	11/08/2008	26 meses	10.5	82	15.61		x	N	RTC	N	N	N	Arroz Uco	Gavilanes Ocampo Daniela Karolin	Gavilanes Fabian

DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL MES DE DICIEMBRE

H.CI	F.N	Edad	Peso	Talla	I.M.C	HOMBRE	Mujer	Peso/talla	Talla/Edad	Peso/Edad	IMC	Estado Nutricional	D.D	N.N	N.F
3	26/01/2009	22 meses	11.5	83	16.69	X		N	N	N	N	N	La Zamba	Barragan Carvajal Neicer Vakentin	Barragan Neisser
35	01/01/2009	23 meses	11.2	78	18.40	x		PRD	RTC	N	Sobre peso	Sobre peso	La Zamba	Cambo Rochina Bladimir	Rochina Maria
36	14/09/2008	27 meses	11.5	82	17.10		X	N	RTC	N	N	N	Payacacao	Chisag Cille Evelin Dayana	SD
104	06/06/2009	17 meses	9.7	80	15.15	x		Emaciado	N	N	N	N	San Camilo	Urbano Darek joel	Urbano Betty
122	22/11/2008	25 meses	10.6	82	15.76	x		N	N	N	N	N	Camaron	Yumbo Piray Shostin Maykel	Yumbo Angel
128	27/06/2009	17 meses	7.8	72	15.04		x	Emaciado	RTC	BP	N	BPS	Vía Karimara	Guaranda Aguilar Nicol Madeley	Guaranda Martha
181	28/06/2009	17 meses	11.4	71	22.61	x		PRD	N	N	N	N	Mira Flores	llanos Gaibor Iñaki	Llanos Cristian
196	08/05/2010	7 meses	8.9	67	19.82	x		PRD	N	N	N	N	Payacacao	Gavilanes Chileno Deywis Sebastia	Chileno Lida
199	20/09/2009	15 meses	9.4	72	18.13		x	N	RTC	N	N	N	Barrio la Esperanza	Yumbo Ushca Sonia Alejandrina	SD
214	28/06/2007	41 meses	16	95	17.72		x	PRD	N	N	N	N	Cruz Loma	Barragan Poveda Mariuxi	Poveda Patricia
245	30/12/2009	11 meses	9.3	73	17.45	x		N	N	N	N	N	Naranjal	Estrella Gavilanes Cristofer	Gavilanes Norma
246	30/12/2009	11 meses	8.6	72	16.58	x		N	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Gualpa Rochina Edison Adrian	Rochina Delai
247	02/01/2010	11 meses	8.9	72	17.16	x		N	N	N	N	N	San Camilo	Ocampo Rochina Jhony David	Rochina Olga
249	01/01/2010	11 meses	9.4	72	18.13		x	N	N	N	N	N	Cruz Loma	Agualongo Bayas Jordana Cleotild	Bayas Maria
289	10/02/2010	10 meses	7.4	69	15.54		x	Emaciado	N	N	N	BP	Barrio la Esperanza	Sanchez Segovia Solanda Janeth	Segovia Angelita
291	26/02/2009	22 meses	13	82	19.33	x		Sobre Pes	N	N	Sobre peso	N	Camaron	Perez Viscarra Joaquin Alejandro	Viscarra Carol
301	01/04/2007	44 meses	12	91	14.49		x	Emaciado	RTC	N	N	BP	La Pradera	Agualongo Bays Emili Nayeli	Agualongo Jose
324	24/03/2010	9 meses	9.2	69	19.32		x	PRD	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Yumbo Piray Danna Madeley	Piray Carmen
376	02/04/2010	8 meses	6.4	58	19.2	x		PRD	RTC	BP	N	BP	San Camilo	Gavilanes Coles Eduardo Jadiel	Coles Olga
399	23/05/2010	6 meses	7.6	66	17.44		X	N	N	N	N	N	Payacacao	Soledispa Pasto	Pasto Maria
724	01/09/2008	27 meses	9	81	13.71		x	N	RTC	BP	N	BPS	Payacacao	Gavilanes Chileno Daniela	Chileno Lida
735	09/12/2009	12 meses	10.5	75	18.66	x		PRD	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Tibalombo Gavilan Alexander Gabi	SD
1492	24/03/2007	45 meses	12.7	86	17.17	x		N	RTC	N	N	N	SD	SD	SD
2457	14/03/2007	44 meses	18.5	102	17.78	x		PRD	N	N	N	N	Puente Via Chazo juan	Miranda Correa Miguel Angel	Correa Maria
2487	15/06/2007	42 meses	11.6	84	16.43	x		N	RTC	BP	N	BP	Camaron/Frente al Cole	Bayas Rea Alex Dario	Bayas Marcia
2570	19/01/2008	35 meses	12.1	88	15.62		x	N	RTC	N	N	N	La Zamba	Yumbo Milan Monica Adriana	Milan Maria
2586	91/04/2008	32 meses	14	91	16.90	x		N	N	N	N	N	La Plancha	Cando Alucho Joel David	Alucho Maria
2621	19/07/2008	28 meses	12.4	84	17.57	x		Emaciado	N	N	N	N	Payacacao	Quinaloa Cando Wilmer Oswaldo	Cando Martha
2639	09/08/2008	27 meses	11.9	88	17.17		X	N	N	N	N	N	San Camilo	Segovia Chimbo Domenica Alejan	Chimbo Rosa
2646	26/02/2009	22 meses	11.5	80	17.96	x		Sobre Pes	RTC	N	N	N	Camaron	Rochina Moran Alex David	Moran Marcia

DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL MES DE ENERO

H. CI	F.N	Edad	Peso	Talla	I.M.C	HOMBRE	Mujer	Peso/talla	Talla/Edad	Peso/Edad	IMC	Estado Nutricional	D.D	N.N	N.F
3	26/01/2009	23 meses	11.3	86	15.27	x		N	N	N	N	N	La Zamba	Barragan Carvajal Neices Valentin	Barragan Neicer
22	17/02/2009	22 meses	19.5	78	17.25		x	N	RTC	N	N	N	Barrio San Camilo	Toalomdo Gavilan Jazmin Analia	SD
35	01/01/2009	24 meses	11.2	78.6	18.12	x		N	RTC	N	N	N	La Zamba	Cambo Rochina Bladimir	Rochina Maria
36	14/09/2008	28 meses	11.7	83	16.98		x	N	RTC	N	N	N	Payacacao	Chisag Quille Evelin Dayana	SD
60	10/03/2009	22 meses	11.8	82	17.54	x		N	N	N	N	N	Naranjal	Pazmiño Estrella Adan	Estrella Gladys
61	20/10/2009	14 meses	9.3	72	17.93		x	N	RTC	N	N	N	Payacacao	Segura Chimbo Silvia Alexandra	Chimbo Maria
104	06/06/2009	19 meses	10	80	15.62	x		N	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Urabano Lema Darek	Urabno Betty
128	28/06/2009	18 meses	8.4	74.6	15.09		X	N	RTC	BP	N	N	Camaron	Guaranda Aguilar Nicol Madeley	Aguilar Martha
246	30/12/2009	12 meses	9.2	72	17.74	x		N	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Gualpa Rochina edison Edison Adrian	Rochina Delia
247	02/01/2010	12 meses	8.8	72	16.97	x		N	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Ocampo Rochina Jhony David	Rochina Olga
289	10/02/2010	11 meses	7.8	70	15.91		x	Emaciado	N	N	N	BP	Barrio la Esperanza	Sanchez Segovia Solanda Yamile	Segovia Angelica
324	23/03/2010	9 meses	9.5	70	19.38		X	PRD	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Yumbo Piray Dana Madeley	Piray Cajo Carmen
439	19/08/2009	16 meses	9.8	75	17.42		x	N	N	N	N	N	Arroz Uco	Erazo Poveda Daniela Geomara	Poveda Adriana
698	06/12/2008	25 meses	10.6	81	16.15		X	N	RTC	N	N	N	Camaron	Quinaloa Yumbo Ruth Analia	Yumbo Maria Veronica
700	15/06/2007	46 meses	12.5	91	15.09		x	N	RTC	N	N	BP	Karimara	Quinatoa Aguilar Mirian Yolanda	Quinatoa Silvia
2455	07/03/2007	46 meses	12.5	93	14.45		x	Emaciado	RTC	N	N	BP	Barrio el Triunfo	Gavilan Aguirre Cyntia Marisol	Gavilan Elias
2457	15/03/2007	46 meses	19.4	106	17.26	X		PRD	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Miranda Correa Miguel Angel	Correa Maria
2486	01/09/2008	28 meses	14.1	91.9	16.69	x		N	N	N	N	N	Camaron	Pereira Tuqueres Dayana Alicia	Tuqueres Alicia
2502	01/06/2007	33 meses	16.2	95	17.95	x		PRD	N	N	N	N	Arroz Uco	Poveda Rea Jimmy Joel	Rea Betty
2525	10/03/2008	34 meses	12.2	88	15.75	x		N	N	N	N	N	Camaron	Toalombo Trujillo Alexis	Trujillo Rocio
2539	15/09/2007	40 meses	12.5	87	16.51	x		N	RTC	N	N	N	Payacacao	Segura Chimbo Carlos David	Gabriela Chimbo
2540	22/10/2007	38 meses	12.5	85.5	17.09	x		N	RTC	N	N	N	La Plancha	Cunchi Alucho Neiser Joaquin	Alucho Rosa
2546	29/10/2007	38 meses	14.9	94.5	16.68	X		N	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Sanchez Segovia Josue Jair	SD
2570	14/01/2008	36 meses	12.5	88.5	15.95		X	N	RTC	N	N	N	La Zamba	Yumbo Milan Monica Adriana	Milan Maria
2646	14/01/2009	24 meses	11	82	16.35	X		N	N	N	N	N	Camaron	Rochina Monar Alex David	Monar Marcia

DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL MES DE FEBRERO

H. CI	F.N	Edad	Peso	Talla	I.M.C	HOMBRE	Mujer	Peso/talla	Talla/Edad	Peso/Edad	IMC	Estado Nutricional	D.D	N.N	N.F
3	26/01/2009	24meses	12	86	16.22	X		N	N	N	N	N	La Zamba	Barragan Carvajal Neicer Vakentin	Barragan Neisser
35	01/01/2009	25 meses	11.5	79	17.62	X		N	RTC	N	N	N	La Zamba	Cambo Rochina Bladimir	
104	06/06/2009	20 meses	10.1	80	15.78	x		N	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Urbano darek Joel	Betty Urbano
215	28/08/2009	18 meses	11.3	83.5	17.92	x		N	N	N	N	N	Carimara	Guaranda Ocampo Junior Alexis	Bella Gaibor
246	30/12/2009	13 meses	9.2	75.5	16.00	X		N	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Hualpa Rochina edwin	Delia Rochina
247	02/01/2010	13 meses	9.2	74	16.80	X		N	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Ocampo Rochina Jhony David	Olga Rochina
249	01/01/2010	13 meses	10.6	76	18.35		x	N	N	N	N	N	La Pradera	Agualongo Bayas Jhordana	Jose Agualongo
280	08/02/2010	12 meses	8.7	68	18.81	X		N	RTC	N	N	N	ArrozUco Alto	Ibarra Poveda Alexander Jonatan	Carmita Poveda
301	01/04/2007	46 meses	12.6	93	14.56		x	N	RTC	N	N	BP	La pradera	Agualongo Bayas Emily Noyeli	Jose Agualongo
372	15/08/2010	6 meses	7.4	65	17.58	x		N	N	N	N	N	Camaron	Garcia Bayas johan	Libia Bayas
384	24/07/2010	7meses	6.8	65	16.09		X	Emaciado	N	N	N	N	Payacaco	Rochina Manobanda Emely	Maria Mnobanda
399	02/08/2010	8 meses	8.8	66	20.20		x	N	N	N	N	N	Payacaco	Soledispa Pasto	Maria Pasto
412	05/02/2010	12 meses	8.4	74	15.33	x		Emaciado	N	N	N	N	Payacaco	Aroca Quinaloa elvis	
439	19/04/2009	18 meses	9.8	77	16.52		x	N	N	N	N	N	Arroz Uco	Erazo Poveda Daniel	Adriana Poveda
704	15/12/2008	26 meses	12.5	87	16.51	X		N	N	N	N	N	Calle Pedro Gomea de la Torre	Gavilan Aguirre Franklin	SD
735	09/12/2009	14 meses	10.9	75	19.37	X		PRD	N	N	N	N	Camaron	Toalombo Gavilan Alexander	
2455	30/12/2009	47 meses	13	94	14.71		X	N	RTC	N	N	N	Camaron	Gavilan Aguirre Cynthia Marizol	Gavila Elias
2466	30/01/2007	48 meses	16	101	16.62	x		PRD	N	N	N	N	Arroz Uco	Poveda Carvajal Stiven	Ruth carvajal
2494	01/08/2007	42 meses	15.8	96	16.27	X		N	N	N	N	N	Parque	Illanes Salas Yandri	Salas Lourdes
2525	10/03/2008	35 meses	12.9	88	16.65	X		N	RTC	N	N	N	Mas abajo del Parque Central	Toalombo Trujillo Alexis	Rocio Trujillo
2540	22/10/2007	39 meses	12.5	87	16.51	x		N	RTC	N	N	N		Cunchi Alucho Neicer Juakin	Jose Agualongo
2556	17/02/2009	46 meses	17	98	17.70		X	PRD	N	N	N	N	Payacaco	Soledispa Pasto Karla Fernanda	Maria Pasto
2570	19/01/2008	37 meses	12.9	89.5	16.10		x	N	N	N	N	N	La Zamba	Yumbo Milan Monica Adriana	Maria Milan
2638	07/09/2008	29 meses	13.5	90	16.66	X		N	N	N	N	N	Parque	Andrade Punina Wasingthon	Maria Punina
2646	14/01/2009	25 meses	12.5	83.5	17.92	x		N	N	N	N	N	Mas abajo del Parque Central	Rochina Monar Alex David	Marcia Monar
2908	08/06/2008	32 meses	12.5	86	16.90		x	N	RTC	N	N	N		Garcia Yunda Maria Fernanda	Paulana Yunda

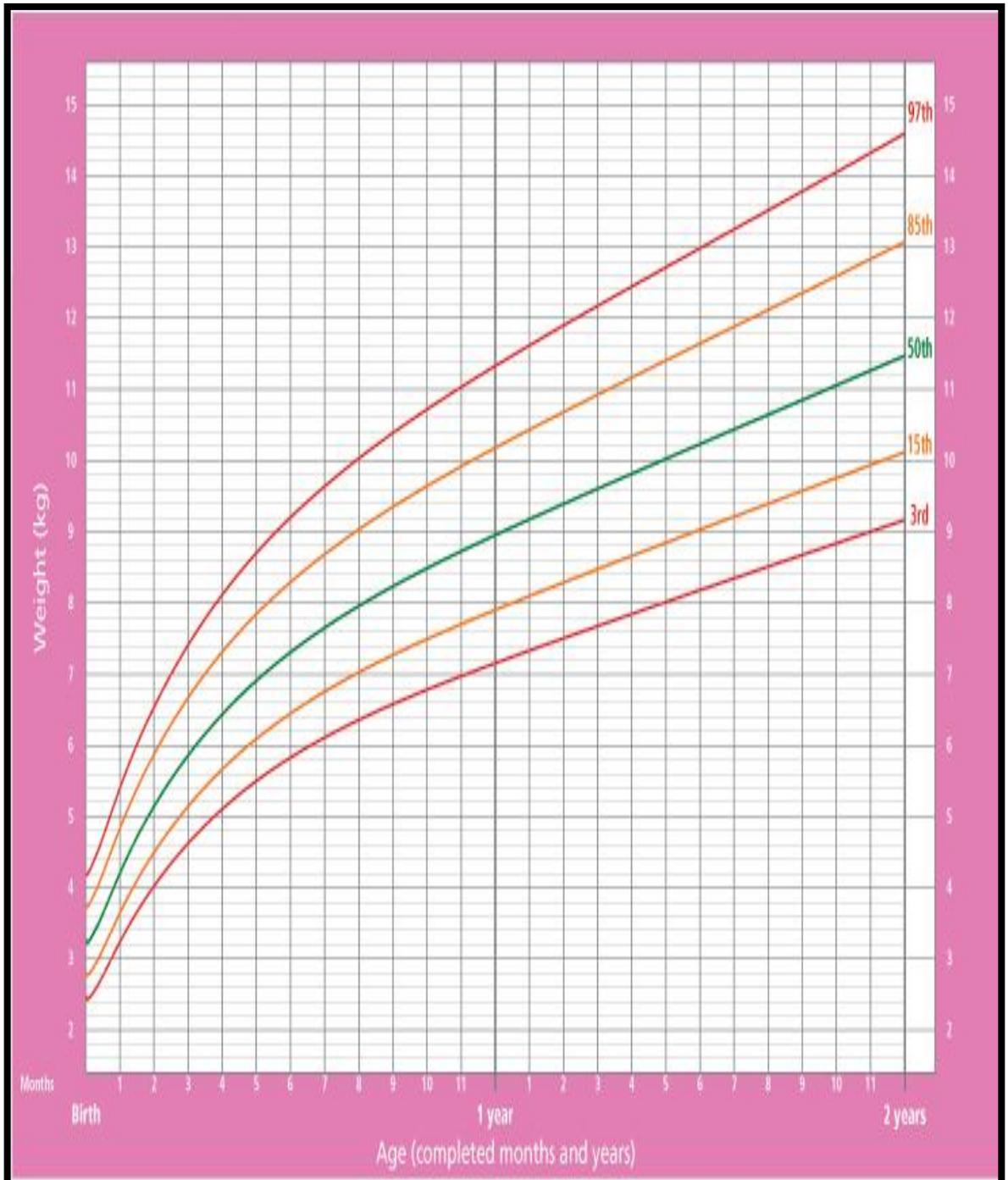
DATOS OBTENIDOS DE LAS HISTORIAS CLÍNICAS EN EL MES DE MARZO

H. Cl	F.N	Edad	Peso	Talla	I.M.C	HOMBRE	Mujer	Peso/talla	Talla/Edad	Peso/Edad	I.M.C	Estado Nu	D.D	N.N	N.F
3	26/01/2009	25 meses	12.6	85	17.43	X		N	N	N	N	N	La Zamba	Barragan Carvajal Neicer Vakentin	Barragan Neisser
13	06/02/2009	25 meses	9.7	82	14.42		X	Emaciado	N	N	N	BP	Los Laureles	Segura Secaira Dayli	SD
22	17/02/2009	25 meses	11	79.5	17.40		X	N	RTC	N	N	N	Barrio San Camilo	Toalombo Gavilan Jazmin Analia	SD
36	14/09/2008	30 meses	12	83.5	17.21		X	N	RTC	N	N	N	Camaron	Chisag chille Evelin	SD
122	20/11/2008	27 meses	12.5	84.5	17.50	X		N	N	N	N	N	Camaron	Yumbo Piray Jostin Michael	Yumbo Angel
128	27/06/2009	20 meses	8.6	76	14.88	X		Emaciado	RTC	BP	N	BP	Karimara	Guaranda Aguilar Nicol Madelyn	Guaranda Martha
196	08/05/2010	10 meses	10	70	20.40	X		N	N	N	SP	N	Payacaco	Gavilanez Chileno Deyvis	Chileo Livia
246	30/12/2009	14 meses	9.2	75.5	16.13	X		N	N	N	N	N	Barrio la Esperanza	Gualpa Rochina Edison	Rochina Delia
247	24/01/2010	13 meses	8.8	75	15.64	X		Emaciado	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Ocampo Rochina Jhony David	Rochina Olga
249	01/01/2010	14 meses	10.6	74			X	PRD	N	N	N	N	Camaron	Agualongo Bayas Jordana Cleotilde	SD
263	28/01/2010	13 meses	9.6	74	17.53		X	N	N	N	N	N	Barrio el Triunfo	Quinatoa Gaibor Bella	Gaibor Bella
289	20/02/2010	12 meses	8.2	71	16.26	X		N	RTC	N	N	N	Barrio la Esperanza	Sanchez Segovia Solanda Yamile	Segovia Angela
301	01/04/2007	47 meses	12.5	90.5	15.26		x	N	RTC	N	N	BP	La Pradera	Agualongo Bayas Emily Nayeli	Jose Agualongo
376	02/09/2010	6 meses	7.6	64	18.55	X		PRD	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Gavilanes Coles Edier Jadiel	Coles Olga
577	21/08/2010	6 meses	7	63	17.63	x		N	RTC	N	N	N	Barrio Bellavista	Bayas Matavaca	Maria Matavaca
698	06/12/2008	27 meses	10.5	82	15.61		X	N	RTC	N	N	N	Camaron	Quinaloa Yumbo Ruth	Yumbo Maria Veronica
724	01/09/2008	30 meses	9.5	84	13.46		X	N	RTC	BP	N	BP	Payacaco	Gavilanez Chileno Daniel	Chileno Livia
2455	17/03/2007	48 meses	13.1	94	14.82		x	N	RTC	N	N	N	Camaron	Gavilan Aguirre Cynthia Marizol	Gavilan Elias
2494	01/08/2007	43 meses	16.3	96	17.68	X			PR	N	N	N	Camaron	Illanes Sals Yandri	Salas Lourdes
2502	01/06/2007	45 meses	16.4	98	17.7	X		PRD	N	N	N	N	ARRO UCO	Poveda Rea Jhimy	Rea Betty
2525	10/03/2008	36 meses	12.3	88	15.88	X		N	RTC	N	N	N	Camaron	Toalombo Trujillo Alexis	Trujillo Rocio
2546	29/10/2007	40 meses	15.3	95	16.95	X		PRD	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Sanchez Segovia Jhosue	SD
2553	26/11/2007	40 meses	12.3	92	14.53		X	N	N	N	N	N	La Zamba	Gaibor Cadena Emily Sofia	Cadena Rosa Elena
2559	09/02/2008	37 meses	14	91	16.90		x	N	N	N	N	N	Camaron	Quinatoa Gaibor Brigith Selena	Bella Gaibor
2618	16/07/2008	32 meses	12	87	15.85		X	N	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Aviles Saltos Melina	Saltos Mariuxi
2638	07/09/2008	30 meses	13.5	90	16.66	X		N	N	N	N	N	Barrio el Triunfo	Andrade Punina Wasingthon	Punina Mirian
2639	09/09/2008	30 meses	12.8	88	16.52		X	N	N	N	N	N	Barrio San Camilo	Segura Chimbo Darwin	Chimbo Rosa
2646	14/01/2009	26 meses	11	80	17.18	X		N	RTC	N	N	N	Camaron	Rochina Monar Alex David	Monar Marcia
2657	05/09/2010	6 meses	8.8	62	22.89	X		Obeso	RTC	N	Obeso	Obeso	Camaron	Cornillo Quishne Edgar	Quishne Luz Maria

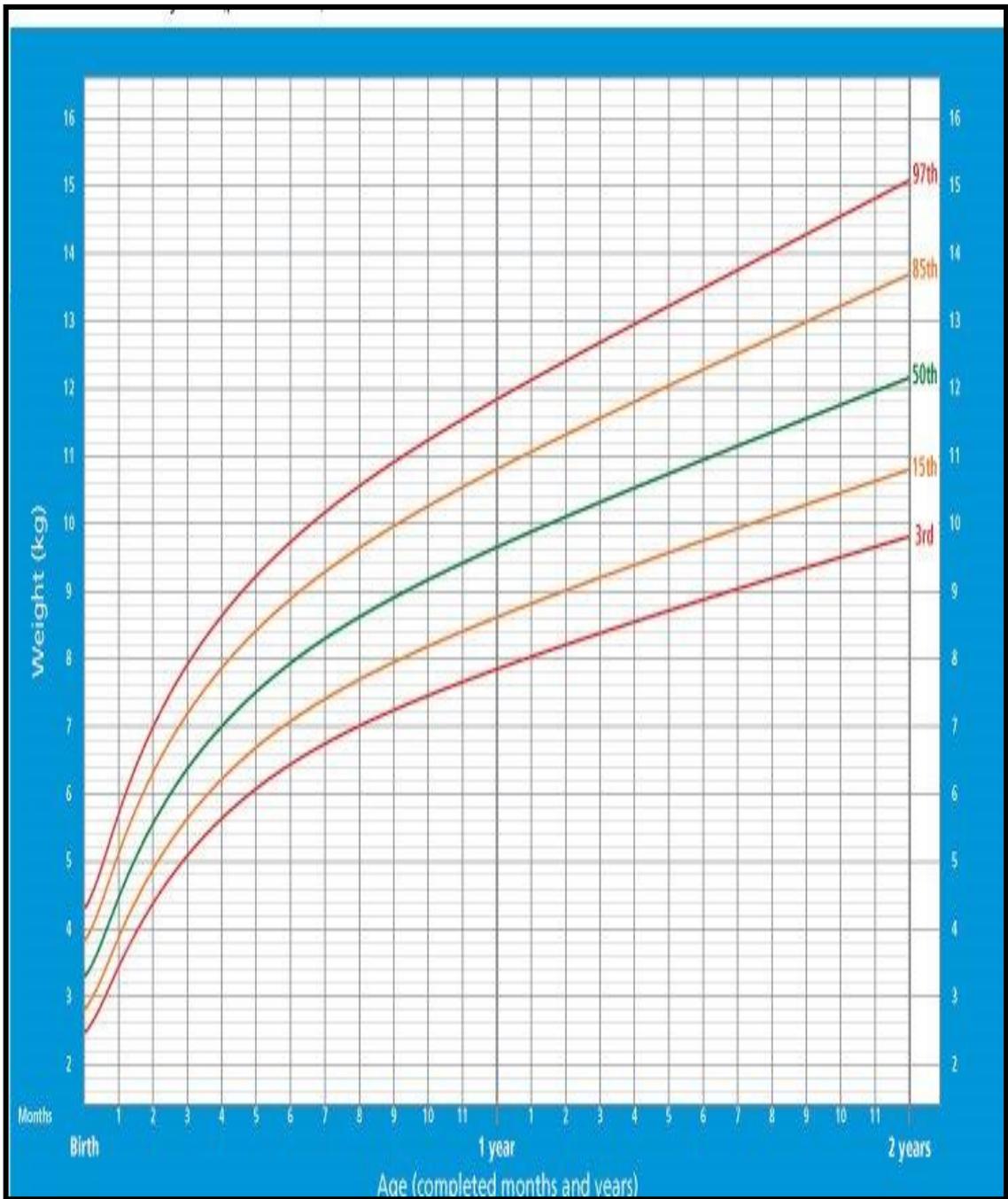
POBLACIÓN DE CAMARÓN POR GRUPOS ETAREOS

POBLACIÓN DE CAMARÓN POR GRUPOS ETAREOS	Menor de un año	12 a 23 mese s	1 a 4 años	2 a 4 años	5 a 9 añ os	10 a 14 años	15 a 19 años	20 a 64 años	65 a 74 años	75 y más años	TOTAL
	20	23	84	60	100	103	91	481	34	22	950

PERCENTIL DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO Y NIÑA SEGÚN LA NCHS



Percentil de Crecimiento de las Niñas



Percentil de Crecimiento de las Niños

LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

APLICACIÓN DE LAS ENTREVISTAS A LAS FAMILIAS DE CAMARÓN



CAPACITACIÓN A LAS FAMILIAS



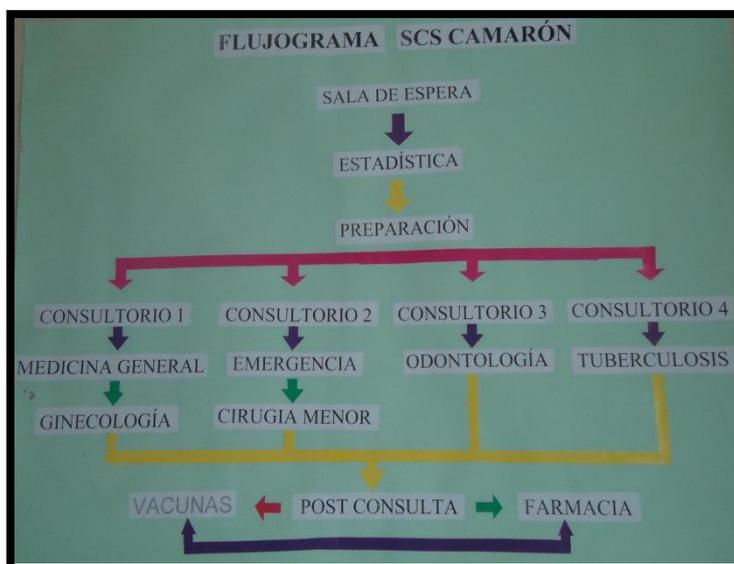


CROQUIS DE SAN JOSÉ DE CAMARÓN



AREA FISICA DEL SUB CENTRO DE SALUD

FLUJOGRAMA DEL SCS CAMARÓN



**PRESUPUESTO PARA LA ELABORACIÓN DEL TRABAJO
INVESTIGATIVO**

CANTIDAD	DESCRIPCIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
48 HORAS	INTERNET	0.60	28.80
1	ALQUILER DE RETROPROYECTO R	25	25
5	MARCADORES	0.70	3.50
6	IMPRESIONES	25	150
5	PAPELÓGRAFOS	0.15	0.75
GASTOS VARIOS			300
REFRIGERIOS			50
TOTAL			558.05

**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DESARROLLO DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
INTERNAS ROTATIVAS PERIODO 2010-2011**

ITEM	ACTIVIDADES	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT
1	Denuncias del Tema de Investigación y aprobación CIE													
2	Designación de Directores (as) de tesis													
3	Desarrollo proyecto primera parte Tema, objetivos, justificación, problema, hipótesis, variables Operacionanálisis de las variables, diseño metodológico y aplicación de instrumentos de recolección de la información													
4	Desarrollo proyecto													

