

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO**

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL

**EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL COMPONENTE DE NUTRICIÓN EN
MENORES DE CINCO AÑOS DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA PARA LA
ATENCIÓN A LA SALUD DEL NIÑO NOM-031 SSA-1999 EN LA
JURISDICCIÓN 6, OAXACA.**

**Trabajo para obtener el diploma de:
Especialización de enfermería en salud pública**

Presenta:

L.E Norma López Bautista

Director:

Dr. Arturo Luis Velásquez Paz.

Asesores:

Dra. Mónica Iliana García Rojas

M.C.E. María Guadalupe Serrano Díaz

Oaxaca, Oaxaca 15 de mayo 2012.

AGRADECIMIENTOS

A MIS HIJOS

Por ser el regalo más hermoso que he
Recibido y haber iluminado mi vida con su existencia

A MI ESPOSO

Por ayudarme a concluir este proyecto
Tan importante para mí, por su amor, comprensión
Y apoyo incondicional

A MI MADRE

Por su apoyo incondicional, comprensión

Índice	Pag.
I.- Introducción.....	4
II.- Antecedentes.....	6
III.- Justificación.....	10
IV.- Planteamiento del problema.....	11
V.- Objetivos.....	12
VI.- Marco teórico.....	13
VII- Marco de referencia	45
7.1. Ubicación geográfica.....	45
7.2. División política y sanitaria.....	45
7.3. Factores condicionantes.....	46
7.4. Datos sociodemográficos.....	46
7.5. Datos económicos.....	46
7.6. Morbilidad y mortalidad.....	47
7.7. Respuesta social organizada.....	47
VIII.- Metodología.....	48
8.1. Diseño de estudio.....	48
8.2. Universo	48
8.3. Criterios de selección.....	48
8.4. Fuentes de información.....	48
8.5. Variables.....	48
8.6. Operalización de variables.....	49
8.7. Instrumentos de recolección y Procesamiento de la información	50
8.8. Plan de análisis.....	50
8.9. Limitaciones.....	51
8.10. Aspectos éticos.....	51
IX.- Resultados y discusión	52
X.- Conclusión.....	59
XI.- Recomendaciones.....	60
XII.- Bibliografía.....	61
XIII.- Anexos.....	63

I.- INTRODUCCIÓN

La Norma Oficial Mexicana establece los criterios, estrategias, actividades y procedimientos aplicables al Sistema Nacional de Salud en todas las unidades que proporcionan atención a los niños residentes en la República Mexicana: aplicación de las vacunas para la prevención de enfermedades que actualmente se emplean en el esquema de Vacunación Universal; prevención, tratamiento y control de las enfermedades diarreicas y de las infecciones respiratorias agudas, así como las acciones para la vigilancia del estado de nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años .

La disponibilidad y accesibilidad de alimentos puede estar limitada por el ingreso y los factores sociales del entorno, los países en vías de desarrollo tienen altas prevalencias de desnutrición y la infantil en México no es la excepción. El estado de Oaxaca se encuentra en condiciones de pobreza y desigualdad, con difícil acceso a las comunidades, por el número de sus municipios y los índices de alta marginación, el acceso a los servicios y la cobertura en salud resulta un reto. Debido a esta complejidad la desnutrición infantil resulta un problema de salud pública que amerita ser estudiado, ya que si existen factores que la favorecen, también existen muchas formas de combatirla.

El estado de salud de los niños menores de cinco años es un reflejo de las condiciones sociales de las familias y del desempeño de las instituciones de salud en México. El avance en la disminución de la desnutrición y de las cifras de morbilidad y mortalidad en este grupo de edad es significativo, no obstante, se ha reconocido la necesidad de instrumentar políticas que le garanticen la atención a la salud.

Es posible afirmar que cada 6 segundos muere un niño, y en más de 40% la desnutrición es la causa directa o predisponente, además, constituye un estado de múltiples carencias; alimentarias, económicas, culturales, sociales y sanitarias. En la niñez menor de cinco años incrementa el riesgo de muerte, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta su estado de salud de por vida. Atender este problema es condición indispensable para asegurar el derecho a la supervivencia y al

desarrollo de las niñas y niños de todo el mundo, así como garantizar el desarrollo de los países¹

Por ello es necesario conocer la contribución del personal de enfermería para enfrentar este problema ¿Cuál es el nivel de aplicación del componente de nutrición en menores de cinco años de la norma oficial mexicana para la atención a la salud del niño NOM-031 SSA-1999? la información obtenida de este estudio ayudara a contribuir, modificar y mejorar las condiciones de nutrición de los menores para que puedan tener la oportunidad de crecer y desarrollarse en todo su potencial.

II. ANTECEDENTES

La vacunación, la vigilancia de la nutrición, el crecimiento y desarrollo, las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas (ED), son en México las principales causas de demanda de atención médica en menores de cinco años. Además, como en todos los países en desarrollo, las tres últimas se consideran las principales causas de muerte después de la etapa neonatal. En su mayor parte son muertes evitables y se estima que con tecnología sencilla y de bajo costo se podrían prevenir alrededor de 15,000 defunciones cada año. Diferentes factores contribuyen a esta mortalidad, pero uno muy importante, según lo han demostrado diversas investigaciones, es la mala calidad de la atención médica, incluida la capacitación de las madres para la atención del menor enfermo.³

Durante 1997, como parte de la modernización de la Secretaría de Salud, considerando los retos epidemiológicos y demográficos en nuestro país, así como el impacto de los programas, el costo y beneficio que éstos tienen y los recursos existentes, se establecieron las funciones prioritarias de prevención y control de enfermedades a las que la Secretaría de Salud brindaría atención especial.⁵

Se precisó que los programas de prevención y control de enfermedades que la SSA marcó como funciones prioritarias tuvieran como característica la integralidad y complementariedad entre los mismos. De esta manera, bajo esta conceptualización se creó el Programa de Atención a la Salud del Niño en 1997 integrando los programas de prevención y control de las enfermedades que frecuentemente afectan a la población menor de cinco años de edad. Se consideraron los componentes de Vacunación Universal, Prevención y Control de Enfermedades Diarreicas y de Infecciones Respiratorias Agudas así como el de nutrición crecimiento y desarrollo.³

De acuerdo a la OMS, en el año 2003 la tasa de mortalidad en México era de 28, para 2005 la tasa de mortalidad infantil descendió hasta 18.8 por cada 1000 nacidos vivos. Esto representó una variación en el país de 15.8 a 32.5, dependiendo del índice de desarrollo humano de las distintas regiones.

Oaxaca es uno de los estados que presenta la tasa de mortalidad más alta en la población menor de cinco años.⁴

La desnutrición constituye uno de los problemas más graves del mundo, afecta a más de una tercera parte de la población, y produce morbilidad y mortalidad infantil elevada. Se le relaciona con el grado de desarrollo de los países y por ello se le juzga como uno de los indicadores básicos de salud pública. Es posible afirmar que cada 6 segundos muere un niño, y en más de 40% de estos, la desnutrición es la causa directa o predisponente. La desnutrición constituye un estado de múltiples carencias; alimentarias, económicas, culturales, sociales y sanitarias.⁵

En México, durante generaciones, un gran número de niños y niñas han sufrido enfermedades como la desnutrición, asociada frecuentemente a infecciones, que pudiendo ser prevenibles, provoca secuelas perdurables que limitan su pleno desarrollo y, en ocasiones, propician a muy temprana edad la muerte.

Con base en las experiencias adquiridas en numerosos países, diversos organismos internacionales propone la vigilancia del crecimiento y desarrollo como el eje que sustenta la atención integral, ya que la evolución y seguimiento nutricional permite identificar riesgos, alteraciones y necesidades que implican un peligro para la supervivencia del niño y la niña. La magnitud del problema de la desnutrición, varía de un país a otro y en las diferentes áreas geográficas de un mismo país, sin embargo, se reconoce cuando menos que dos terceras partes de las muertes que ocurren cada año en nuestro planeta son atribuibles a la desnutrición.⁵

En América Latina 64 millones de personas sufren desnutrición, lo que representa 13% de la población regional. Hasta 11 millones de niños preescolares no presentan un crecimiento y desarrollo adecuados. De los casi 12 millones de niños menores de cinco años que mueren anualmente por enfermedades previsibles, 55% perecen por causas relacionadas con la desnutrición.⁷

Según un estudio, entre 2003 y 2005, el número de pobres en América Latina disminuyó en 13 millones. En todo caso, la pobreza sigue siendo elevada:

afecta a 213 millones de personas (40,6 %), de las cuales 88 millones (16,8 %) viven en la indigencia.

En 1996, en México, la prevalencia de desnutrición moderada y severa según el peso para la edad en población infantil del medio rural fue del 19,3%, mientras que en la región Mixteca-Cañada fue del 23.2%. En otros estados del sur del país, fue del 16.2%; mientras que los grupos étnicos mixes y triquis de Oaxaca, asciende al 36%

En México existen 10 millones de niños que tienen algún grado de desnutrición, aceptando que 90% consumen dietas que no cubren los requerimientos nutrimentales de un individuo durante las fases crítica de crecimiento y desarrollo.⁷

Cabe señalar que en los promedios nacionales no se reflejan las grandes disparidades existentes dentro de los países. Por ejemplo, la probabilidad de que un niño que vive en una zona rural sufra desnutrición global es entre 1,5 y 3,7 veces más alta que un niño que vive en zona urbana, y al menos 4 veces mayor entre niños indígenas.

De acuerdo con diversas estimaciones se ha considerado que la desnutrición en el país es grave, el porcentaje global de desnutrición es de casi 30% de población infantil menor de 5 años, de la cual la mitad se encuentran en situación de desnutrición grave. La incidencia de bajo peso en los estados de la región sur del país entre los que se encuentra Oaxaca es de 2.2 veces mayor que el norte y centro de la república, y 77% con alto grado de desnutrición y pobreza, se encuentra en el medio rural.

Al comparar las Encuestas Nacionales de Alimentación realizadas en México entre los años 1974, 1979, 1989 y 1996 se aprecia que la desnutrición continua siendo un problema grave sin solucionar que sigue afectando a las regiones del sur y con mayor frecuencia a grupos indígenas.

En México, la información más reciente acerca del estado de nutrición de la población antes de esta encuesta Nacional de Salud fue proporcionada por la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 la cual informó una prevalencia de 17.8%, de emaciación de 2.1% y de bajo peso para la edad de 7.6% en menores de cinco

años. En niños escolares se encontró una prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad de 19.5%.

Los resultados muestran que, en 2006, 472 890 niños menores de cinco años se clasificaron con bajo peso (5%); 1 194 805 con baja talla (12.7%) y alrededor de 153 mil niños como emaciados (1.6%) en todo el país.⁷

A 18 años de haber realizado la primera ENN 1988, la tendencia en las prevalencias de desnutrición, evaluada por los tres indicadores de estado de nutrición, es a la baja, por lo tanto podemos afirmar que la prevalencia ha disminuido.

En el ámbito nacional, la prevalencia de las distintas formas de desnutrición en niños menores de cinco años disminuyó. Entre encuestas de nutrición de 1988, 1999 y 2006, como se expone a continuación.

La prevalencia de emaciación o desnutrición aguda, la cual pone al niño que la padece en alto riesgo de muerte, disminuyó de 6% a 1.6% (reducción de 73%) entre 1988 y 2006. El mayor descenso ocurrió entre 1988 (prevalencia de 6%) y 1999 (prevalencia de 2.1%); esta última prevalencia se encontraba ya dentro del intervalo esperado en una distribución normal de niños bien alimentados.⁶

La desnutrición en el país, es sabido, sigue existiendo. Casos de este padecimiento, especialmente en regiones con extrema pobreza deben ser atendidos por el sistema de salud para asegurar su rehabilitación.

III. JUSTIFICACIÓN

La presente investigación se planteó para determinar el nivel de aplicación y conocimientos que posee el personal de enfermería de la NOM 031 de Atención a la Salud del niño en el componente de nutrición, crecimiento y desarrollo ; con el fin de ayudar en la mejoría del estado de nutricional de los niños, lo anterior es importante y necesario ya que la desnutrición es un problema de salud publica persistente a pesar de los grandes avances que ha tenido la civilización humana y es resultado de varias condiciones de origen socioeconómico principalmente. El recurso humano de enfermería es la base de la prestación de servicios de vigilancia y control del crecimiento y desarrollo de la población infantil; en particular del control del niño sano.⁷ A su vez es enfermería el primer contacto formal que tiene las madres con los servicios de salud.

Al cumplir el personal con lo que indica la NOM 031 de atención a la salud del niño en el componente de nutrición podemos contribuir al logro del beneficio esperado de las estrategias gubernamentales y estatales de atención a la salud; por una parte, enfocada a elevar el número de niños sanos como resultado del mejoramiento del estado nutricional; y por otra parte contribuir al incremento de la calidad de la atención.

Los resultados de este estudio podrán emplearse en la adecuación de las innovaciones que la atención a la salud del niño del crecimiento y desarrollo necesita para responder a la realidad del estado de Oaxaca e incorporarse armónicamente con los modelos rural, indijena y urbana vigente.

El buscar contribuir a la solución del problema de anemia en los niños mayores de dos años de edad, como dar alimentos fortificados, fomentar la alimentación a base de alimentos ricos en hierro en los talleres entre otros, compromete al personal de enfermería.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la desnutrición constituye uno de los retos más importantes de la salud pública. México, tiene una larga historia en la implementación de programas y políticas orientadas a mejorar la nutrición de grupos vulnerables. Oaxaca ocupa el segundo lugar a nivel nacional en desnutrición, lo que significa que de los 150 municipios en el país con el mayor grado de marginación y desnutrición, 51 están en la entidad. 93 mil 148 niños desnutridos en Oaxaca. En la jurisdicción sanitaria n0.6 sierra en el 2011 niños en control nutricional 11650 de los cuales 2265 se encuentran desnutridos.⁸

Debido a esta complejidad la desnutrición infantil resulta un problema de salud pública que amerita ser estudiado, ya que si bien existen factores que la favorecen, también existen muchas formas de combatirla. Es por ello que el profesional de enfermería debe de estar estructurado en todos los aspectos y preparado para ejercer diversos roles, preservando y manteniendo la salud. El desconocer la normatividad existente incide de manera negativa en la atención que se brinde a los niños desnutridos. Por lo anterior, surge la siguiente pregunta:

¿Cuál es el nivel de aplicación del componente de nutrición en menores de cinco años de la norma oficial mexicana para la atención a la salud del niño NOM-031 SSA-1999?

V. OBJETIVOS

GENERAL

Determinar el nivel de aplicación del componente de nutrición en menores de cinco años de la norma oficial mexicana para la atención a la salud del niño NOM-031 SSA-1999 en la jurisdicción 6, Oaxaca.

ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas del personal de enfermería.
- Determinar el nivel de conocimientos y de aplicación que posee el personal de enfermería sobre el componente de nutrición.
- Determinar la asociación que existe entre el nivel de conocimiento y el perfil académico del personal de enfermería sobre el componente de nutrición.
- Determinar la asociación que existe entre el nivel de conocimiento, en el componente de nutrición en menores de cinco años de acuerdo a los años de servicio.
- Determinar la asociación entre el nivel de aplicación con el nivel de conocimientos sobre el componente de nutrición en menores de cinco años.

VI. MARCO TEÓRICO

6.1 La nutrición humana es el aporte y aprovechamiento de nutrimentos que en el niño y la niña se manifiesta por crecimiento y desarrollo.

El crecimiento es un proceso por el cual se incrementa la masa corporal de un ser vivo, debido al aumento en el número de células (hiperplasia), el aumento en el volumen de las células (hipertrofia) y al incremento en la sustancia intercelular.

El desarrollo es la diferenciación sucesiva de órganos y sistemas. Se refiere al desarrollo de funciones, adaptaciones, habilidades y destrezas psicomotoras, relaciones afectivas y socialización.

Estas definiciones precisan considerar que el mantenimiento de las funciones orgánicas, la actividad básica y el crecimiento y desarrollo, en gran medida, dependen del consumo habitual de alimentos que tiene el niño o niña. El estado de equilibrio entre el consumo y el “gasto” da como resultado un buen estado de nutrición, sí se rompe este equilibrio por un consumo excesivo se presenta la obesidad y cuando es insuficiente la desnutrición. Las repercusiones en la salud de los niños y las niñas, en ambos casos son graves ya que la obesidad es un factor que los puede predisponer a padecer enfermedades crónico degenerativas en la edad adulta, en tanto que la desnutrición puede considerarse más grave, por el alto porcentaje de niños que la padecen y los efectos negativos irreversibles que tienen en el crecimiento y desarrollo, así como la certeza de que con ella se disminuye su calidad de vida presente y futura. Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo de duración y la edad a la que el niño y la niña la padezcan puede presentar para toda su vida:

Bajo crecimiento menor rendimiento intelectual

Menor capacidad física.

Mayor riesgo de padecer enfermedades de tipo infeccioso correlacionadas con la desnutrición y otras deficiencias nutricionales como anemia, bocio, ceguera nocturna.

Y mayor peligro de morir en los primeros años de vida.

Clasificación de la desnutrición por su duración e intensidad

La desnutrición por su duración se clasifica en:

Aguda:

Se presenta debido a la restricción de alimentos que se manifiesta por la pérdida de peso y quizá detención del crecimiento. Cuando el niño o la niña son atendidos adecuada y oportunamente, éste se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.

Crónica:

Se presenta cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa; como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye sus requerimientos y deja de crecer, es decir mantiene una estructura baja para su edad. La recuperación es más difícil.

La desnutrición por su intensidad se clasifica en:

Leve:

Se presenta cuando la cantidad y variedad de nutrimentos que el niño o niña reciben son menores a sus requerimientos.

Al inicio se caracteriza por la pérdida o la no ganancia de peso.

Moderada:

Se presenta cuando la falta de alimentos se prolonga y acentúa, la desnutrición se agudiza y fácilmente se asocia a procesos infecciosos, se manifiesta con mayor déficit de peso, detención del crecimiento, anorexia y mayor facilidad para contraer infecciones.

Severa:

Se presenta cuando hay falta prolongada de alimentos asociada a padecimientos

Infeciosos frecuentes, la anorexia se intensifica y la descompensación fisiológica del organismo llega a tal grado, que pone al niño o niña en grave peligro de muerte.

Se manifiesta en dos formas:

MARASMO (desnutrición seca)

1. Delgadez excesiva
2. Cara de viejito
3. Llanto exagerado
4. Peso ralo

KWASHIORKOR (desnutrición con edema modificado el peso del niño o niña)

1. Hinchazón sobre todo en pies, piernas, manos y cara
2. Triste
3. Pelo ralo
4. Lesiones en la piel.¹⁰

INSTRUMENTACIÓN DE LA VIGILANCIA DE LA NUTRICION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO Y LA NIÑA

Los indicadores de peso – talla, relacionados con la edad y parámetros Antropométricos de referencia, constituyen un método apropiado, sencillo, confiable y de bajo costo para la vigilancia y seguimiento del crecimiento y el estado de nutrición en los niños y niñas.

La vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo permiten conocer la evolución física, mental y emocional del niño o niña, así como identificar y corregir oportunamente alteraciones que obstruyan la formación plena e integral del individuo en los primeros años de su vida.

Sistematizar la vigilancia nutricional implica un reto que debe lograrse a fin de asegurar a todas las niñas y niños mexicanos una mejor calidad de vida presente y futura.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DESNUTRICION

En la vigilancia nutricional es necesario tomar en cuenta, algunos de los factores individuales y ambientales que influyen en la desnutrición como son:

Bajo peso al nacer.

Privación de amamantamiento al seno materno.

Hijo o hija de madre adolescente.

Ablactación y destete mal dirigidos.

Bajos ingresos económicos

Malos hábitos alimentarios

Higiene y saneamiento deficientes.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Actividad I.- Identifique a todos los menores que viven en su área de trabajo.

Actividad II.- Evalúe el estado de nutrición de todo niño o niña menor de 5 años.

Actividad III.- Realice el diagnóstico del estado nutricional.

Actividad IV.-Informe a la madre el resultado de las valoraciones efectuadas.

Actividad V.- Refiera a los niños y niñas que requieran apoyo especializado.

Actividad VI.- Oriente a la madre sobre cuidados alimentarios e higiénicos del niño y de la niña.

Actividad VII.-Continúe la vigilancia nutricional de niños y niñas mediante Evaluación periódica.

Actividad VIII.- Promueva una mejor alimentación familiar a través de la Capacitación a grupos de madres.

Actividad IX.- Ministre vitamina "A" a los menores de 5 años en las Semanas Nacionales de Salud

¿COMO REALIZAR CADA UNA DE LAS ACTIVIDADES?

ACTIVIDAD NO. I. IDENTIFIQUE A TODOS LOS MENORES DE CINCO AÑOS QUE VIVEN EN SU ÁREA DE TRABAJO

Identifique a los niños y niñas bajo su responsabilidad para establecer la meta que debe cumplir en la vigilancia nutricional. (puede utilizar el Censo Nominal de Vacunación actualizado o la cédula de micro diagnóstico).

Incorpore a los niños en la vigilancia utilizando la tarjeta de control nutricional.

ACTIVIDAD NO. II EVALÚE EL ESTADO DE NUTRICIÓN DE TODO NIÑO O NIÑA MENOR DE 5 AÑOS.

Para evaluar el estado de salud y nutrición del niño o la niña deberá realizar:

1. La valoración del crecimiento
2. La valoración del perímetro cefálico
3. La valoración del desarrollo.

1.- La valoración del crecimiento debe apoyarse en tres gráficas de crecimiento (peso/edad, talla/edad y peso/talla) para niñas y niños.

La valoración del crecimiento adecuada y completa se realiza con las tres gráficas que indican si el peso del niño o niña corresponden a su edad, la talla del niño o niña corresponden a su edad y si el peso actual del niño o niña coincide con su talla

Para el registro en el SISPA (Sistema de Información en Salud para Población Abierta) debe considerar la clasificación nutricional de la gráfica de peso/edad.

En cada consulta debe verificar:

- La edad en años y meses (solicite de preferencia un documento oficial que Confirme como acta de nacimiento, fe de bautizo, etc.)
El peso en kilogramos y gramos, utilizando una bascula pesa/bebé en los menores de 2 años, báscula de plataforma para mayores de 2 años o balanza pesa/bebé para niños de 0 a 4 años.
- La talla en centímetros, utilizando Infantómetro para menores de 2 años y el estadímetro para niños mayores de 2 años Estado de salud del niño o niña.
Todo lo anterior con base a la Norma Oficial Mexicana para el Control de la Nutrición Crecimiento y Desarrollo para el Niño y el Adolescente Instrumentos para la medición del peso y la talla
PARA MENORES DE 2 AÑOS PARA MAYORES DE 2 AÑOS
Antes de hacer las mediciones de peso y talla tome en cuenta los aspectos Siguietes:
Seleccione las gráficas que corresponden al sexo del menor y anote los datos de identificación contenidos en ellas.

- Explique brevemente a la madre el procedimiento que va a realizar y la importancia del mismo
- Pida ayuda a la madre para llevar a cabo las mediciones
- Solicite a la madre que desvista al niño o niña, dejándolo con la menor ropa posible y sin zapatos, de ser necesario le desbarate chongos y trenzas y le quite el gorro.
- Efectúe las mediciones entre dos personas
- Evite corrientes de aire cuando se trate de lugares fríos.

NOTA: Para la aplicación de los procedimientos de la medición del peso y talla consulte el anexo No. 1

Gráficas de crecimiento para niños y niñas menores de 6 años

Gráfica de peso/edad

Gráfica de longitud talla/edad

Gráfica de peso/talla

- Paralelamente a la toma de peso y talla registre los datos en las gráficas correspondientes.
- Cada vez que anote un punto en la gráfica, únalo para conocer la evolución del crecimiento
- En la gráfica el crecimiento se visualiza como una línea ascendente de izquierda a derecha, aún dentro de la misma curva. Cuando al unir los puntos, la línea es horizontal el niño o niña presenta retraso del crecimiento y si ésta descende indica pérdida de peso.

Manejo de la gráfica peso para la edad en menores de 6 años.

Descripción de la gráfica.

- El eje vertical izquierdo indica los kilogramos. Cada cuadro equivale a 500 gramos
El eje horizontal indica la edad en años y meses. Cada cuadro representa un mes

- Contiene además 6 zonas separadas por líneas curvas que señalan a la derecha, el estado de nutrición del niño o niña: obesidad, sobrepeso, normal, desnutrición leve, moderada y severa.

REGISTRO DE DATOS.

Estado y localidad: Anote el nombre completo de la localidad y la identidad federativa correspondiente.

Nombre: Anote nombre(s) y apellido (s) del niño o niña

Fecha de Nacimiento; Día, mes y año en que nació el niño o niña

Peso al nacer: Especifique en kilogramos y gramos.

Talla al nacer: Especifique lo que midió expresado en centímetros

Nombre de la madre; Anotar nombre(s) y apellidos completos de la

Madre o en su caso del tutor del menor

NOTA; Cuando la madre desconozca el peso y la talla al nacer, anotar se ignora.

- Después de tomar el peso al niño o niña, de inmediato marque un punto donde se cruzan los datos de peso en relación con la edad (años y meses cumplidos).
- El punto de unión de ambas líneas determina en área o curva se encuentra el niño o niña.

Ejemplo: Benita pesó 13 Kg. y tiene 2 años 6 meses de edad.

- Localice en el eje vertical la línea correspondiente a 13 kilogramos.
- Localice en el eje horizontal la línea correspondiente a 2 años 6 meses.
- Anote un punto donde se crucen las líneas correspondientes a los datos de kilogramos y edad.

INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA.

- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva normal, la niña o el niño tiene un estado de nutrición adecuado.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de desnutrición leve o sobrepeso la niña o niño requiere de mejor cuidado en su alimentación.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de la desnutrición moderada u obesidad la niña o niño requiere de atención médica.

- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de desnutrición severa la niña o niño requiere de atención hospitalaria urgente.

MANEJO DE LA GRÁFICA LONGITUD – TALLA PARA LA EDAD EN MENORES DE 6 AÑOS.

DESCRIPCIÓN DE LA GRÁFICA.

- El eje vertical izquierdo indica longitud – talla. Cada cuadro equivale a un centímetro.
- El eje horizontal indica la edad en años y meses. Cada cuadro representa un mes.
- Contiene 5 zonas separadas por líneas curvas que señalan a la derecha la clasificación de talla alta, ligeramente alta, normal, ligeramente baja y baja.

Longitud Medición realizada en menores de 1 año 11 meses, Acostado en una superficie plana y utilizando el Infantómetro. Talla Medición en mayores de 2 años de edad, puestos de pie Utilizando el estadímetro

REGISTRO DE DATOS

Fecha de control: Anotar día/mes/año de la evaluación

Peso: Anotar el peso expresado en kilogramos.

Longitud o talla: Anotar la medición expresada en centímetros.

Padecimiento actual: Anotar problemas de salud si en el momento existen.

- Después de tomar la talla al niño o niña de inmediato marque un punto donde se cruzan los datos de longitud o talla en relación con la edad (años y meses cumplidos)
- El punto de unión de ambas líneas determina en que área se encuentra el niño o niña

Ejemplo: Benita midió 90 centímetros y tiene 2 años 6 meses de edad

- Localice en el eje vertical la línea correspondiente a 90 centímetros.
- Localice en el eje horizontal la línea correspondiente a 2 años 6 meses.
- Anote un punto donde se crucen las líneas correspondientes a los datos de centímetros y edad.

- INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva normal, la niña o niño tiene crecimiento adecuado.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de ligeramente bajo, la niña o niño requiere medidas complementarias es su alimentación.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de alta o baja requiere de atención médica.

MANEJO DE LA GRÁFICA PESO PARA LA TALLA EN MENORES DE 6 AÑO (GRAFICA COMPLEMENTARIA)

DESCRIPCIÓN DE LA GRÁFICA.

- El eje izquierdo indica los kilogramos. Cada cuadro equivale a 500 gramos.
- El eje horizontal indica la talla en centímetros. Cada cuadro equivale a 1 cm. Contiene 5 zonas separadas por líneas curvas que señalan a la derecha la clasificación del estado de nutrición, sobrepeso, normal, desnutrición leve, moderada y severa.

REGISTRO DE DATOS.

- Después de tomar la talla y el peso al niño o niña de inmediato marque un punto donde se cruzan los datos de peso en relación con la talla.
- El punto de unión de ambas líneas determina en que área se encuentras el niño o niña.

Ejemplo: Benita pesó 13 Kg. y midió 90 cm.

- Localice en el eje vertical la línea correspondiente a 13 Kg.
- Localice el eje horizontal la línea correspondiente a 90 cm.
- Anote un punto donde se crucen las líneas correspondientes a 13 Kg. y 90

cm.

INTERPRETACIÓN DE LA GRÁFICA.

- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva normal el niño o niña presenta un estado de nutrición adecuada.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de desnutrición leve, el niño o niña requiere medidas complementarias en su alimentación.

- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de desnutrición moderada sobrepeso requiere estrecha atención medica y precauciones extremas en el cuidado alimentario.
- Cuando en la gráfica el punto se sitúa en la curva de desnutrición severa el niño o niña requiere hospitalización urgente.

ACTIVIDAD No. III REALICE EL DIAGNOSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL

Criterios para el diagnostico de la desnutrición con el análisis comparativo

de las tres gráficas.

a) Gráfica de peso/edad

Identifica desnutrición aguda o crónica, actual o pasada ya que el peso es el indicador más sensible para identificar que el niño o niña le faltan alimentos de acuerdo con sus requerimientos.

El peso relacionado con la edad permite observar cambios rápidos en la pérdida del mismo. También, es un buen indicador de la recuperación del niño o niña en caso de desnutrición.

Tiene como limitaciones calificar a un niño o niña de bajo peso y poca estatura para su edad como desnutrido o en el no identificar la desnutrición en un niño o niña muy altos con peso normal para su edad pero insuficiente en relación con su talla.

b) Gráfica de longitud – talla / edad.

Identifica desnutrición crónica en virtud de que la alimentación deficiente y la asociación con enfermedades facilitan que, además de la perdida de peso, se limite el crecimiento del niño o niña.

La medición de la talla del niño o niña se compara con la esperada para su edad y la observación de su evolución a través de las mediciones frecuentes y periódicas es un buen indicador de crecimiento. No obstante la detección de problemas nutricionales con la variación de la talla, son más tardíos de percibir, sobre todo a partir del año de edad, ya que el niño o niña aumenta menos de un centímetro por mes.

El crecimiento se afecta especialmente por la desnutrición crónica donde la misma desnutrición facilita las infecciones y entre ambas provocan que la desnutrición se

intensifique, por lo tanto, este indicador debe usarse complementariamente con la gráfica de peso /edad.

c) Gráfica de peso / talla.

La gráfica de peso/talla identifica desnutrición, cuando se aprecia menor peso para la talla y puede ser desnutrición pasada o presente. Tal vez hubo desnutrición y el peso está en proceso de adaptación a la talla o se trate de desnutrición persistente con afectación continua del peso y la talla.

La relación del peso con la talla es otro indicador para vigilar el crecimiento, a través de él se observa la adecuación del peso para la talla alcanzada sin importar la edad. Muestra también, en caso de desnutrición, déficit de peso en relación con la talla. Si este indicador se observa aislado puede pasar por alto casos de desnutrición crónica y considerar como de crecimiento adecuado a niños o niñas de baja estatura que presentan un peso proporcionado a su talla, pero insuficiente para su edad por lo que este indicador debe usarse complementariamente con los indicadores peso/edad y talla/edad.

Mediante la valoración de seguimiento y la observación detallada de las tres gráficas descritas se podrá definir un diagnóstico con precisión.

Criterios para la recuperación.

La recuperación se valorará en función de la respuesta particular de cada niño o niña según su edad, primero se tratará de alcanzar la zona de normalidad que presentan las tres gráficas de referencia. Se dará como recuperado cuando logre registrar en la zona de normalidad según gráfica de peso/edad. Cuando se trate de un niño o niña con desnutrición severa, es decir crónica e intensa, la recuperación de talla será más lenta o quizá no sea posible, entonces se dará como recuperado cuando logre la adecuación del peso para la talla siempre y cuando la vigilancia haya sido frecuente, con la observación de mejoría y por un periodo mayor a un año y medio. También podrá considerarse como un dato de recuperación cuando el peso del niño o niña sea ascendente y esté de acuerdo a su edad aún cuando no haya alcanzado la talla correspondiente.

No podrá considerarse como recuperado o con nutrición normal cuando dentro de la normalidad el peso sea descendente o no muestre incremento durante tres

meses consecutivos, en cada caso deberá vigilarse con mayor frecuencia para evitar que descienda hasta desnutrición leve.

RECUERDE:

QUE EL PRINCIPAL IMPACTO DE LAS ACCIONES DE VIGILANCIA ES
LOGRAR Y MANTENER LA RECUPERACIÓN DEL NIÑO O NIÑA
DETECTADO CON DESNUTRICIÓN

2.- Valoración del desarrollo psicomotor mediante los parámetros de normalidad según la edad

La privación de alimentos en los infantes significa no sólo la escasez de los nutrimentos necesarios para el crecimiento y el desarrollo del organismo, sino también la falta de estímulos sensoriales y de experiencias sociales para el desarrollo mental del aprendizaje del niño o niña, que aunado a la privación de estímulos afectivos y psicomotores propician que el niño no alcance un pleno desarrollo de sus capacidades psicomotoras y sociales.

Para que el desarrollo del niño o niña vaya acorde con su edad deberá evaluarse periódicamente, el desarrollo psicomotor del menor de 5 años, en las áreas del lenguaje, social, coordinación y motora, paralelamente a la valoración del crecimiento físico, de acuerdo con los parámetros siguientes:

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS CONDUCTAS EDAD LENGUAJE SOCIAL COORDINACIÓN MOTORA

0 A 3 meses Llora Ríe, emite sonidos

Mira la cara, sonrío Espontáneamente Sigue con la mirada objetos móviles. Gira la cabeza para seguir un objeto móvil.

Boca abajo, levanta 25° la cabeza. Mantiene erguida y firme la cabeza 4 a 6 meses Balbucea. "Da- da", "ma-ma" Atiende con interés al sonido .gira la cabeza en busca del sonido. Intenta la presión de objetos. Presión global a mano plena (Barrido) Eleva el tronco y la cabeza apoyándose en manos y antebrazos con ayuda tracciona hasta sentarse. Se mantiene sentado con apoyo. 7 a 9 meses Lolea "do-do", ""mama", "agu". Utiliza consonantes. Imita el sonido que se le

enseña. Encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal. Es inicialmente tímido con extraños. Presión entre la base del pulgar y la base del dedo índice. Gatea. Se sienta solo sin apoyo. Consigue pararse apoyado en muebles. 10 a 12 meses Dadá, mamá, pan, agua, oso. Bebe de la tasa. Juego “palmitas”, “tortillitas”. Detiene la acción a la orden de ¡No!

Presión en pinza fina. Opone el índice al pulgar. Camina tomado de la mano. 13 a 18 meses Construye frases de una sola palabra. Se alimenta con cuchara derramando parte del contenido. Obedece órdenes sencillas. Se viste con ayuda, juega solo. Construye torres de tres cubos. Introduce objetos grandes en otros. Introduce objetos pequeños en frascos o botellas. Sube escaleras gateando. Camina bien, solo, sin ayuda. 19 a 24 meses Señala alguna parte del cuerpo; cumple órdenes simples, nombra un dibujo. Hace la diferencia entre arriba y abajo. Reconoce parte del cuerpo. Ayuda a tareas simples de la casa. Construye torres de tres a cinco cubos. Patea la pelota. Salta en el lugar. Lanza pelota. Sube escaleras con ayuda. 2 a 4 años Construye frases. Cumple órdenes complejas Se lava y seca las manos. Controla esfínteres. Se pone alguna ropa. Se viste sin ayuda. Comparte juegos. Construye torres de más de cinco cubos.

Copia el círculo. Copia la cruz. Salta en un pie. Sube escaleras sin apoyo.

4 a 5 años Verbaliza las oraciones que realiza. Empieza a usar “yo” Compite jugando. Copia el cuadrado. Atrapa una pelota de rebote. Brinca la cuerda.

CLASIFICACIÓN DEL RESULTADO DE LA EVALUACIÓN

NORMAL, si ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica.

LIMITROFE, si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad cronológica.

ANORMAL, si no ejecuta todas las conductas correspondientes a su edad; ni las conductas correspondientes a la inmediata anterior.

Se debe mantener el control subsecuente de acuerdo con los siguientes

Hallazgos:

- Cuando el desarrollo corresponde a su edad se debe dar orientación sobre técnicas de estimulación para favorecer el desarrollo y citar a consulta

subsecuente con la periodicidad que establece la Norma Oficial Mexicana NOM-031 atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia.

- Si el desarrollo no corresponde a su edad pero si a la inmediata inferior, se debe de orientar para favorecer el desarrollo del niño y citar a consulta subsecuente a las dos semanas siguientes al infante y tres meses después al preescolar; si no logra mejoría se refiere a la unidad de salud de mayor complejidad para la atención oportuna.
- Si el desarrollo no corresponde a su edad ni a la inmediata inferior se refiere a una unidad de salud de mayor complejidad para su atención

3.-Valoración del perímetro cefálico.

Debido a la trascendencia de los problemas derivados de malformaciones congénitas ya sea por disfunción orgánica o alteraciones genéticas determinadas a nivel craneal se recomienda, en forma complementaria, medir mensualmente el perímetro cefálico, por lo menos desde el nacimiento hasta los tres meses de edad.

En caso de detectarse problemas, deberá referirse al especialista que corresponda para que continúe su vigilancia.

El dato obtenido del perímetro cefálico en relación con la edad del niño o niña se compara con los patrones de referencia específica contenidos en las gráficas para niños y niñas.

Las gráficas deben de utilizarse para la valoración inicial y para evaluar la tendencia del crecimiento en el tiempo; posteriormente debe hacerse un control subsecuente, de acuerdo a los hallazgos se recomienda que la valoración sea mensual.

CLASIFICACIÓN.

Si el perímetro cefálico se encuentra dentro de las percentiles 3 y 97 se debe considerar como valor normal. Si el perímetro cefálico se sitúa por fuera de la curva de la normalidad o si dentro de la propia curva normal se presenta un cambio brusco, hacia arriba o hacia abajo, se debe referir al niño o niña a una unidad de mayor complejidad para su atención.

ACTIVIDAD No. IV INFORME A LA MADRE SOBRE EL RESULTADO DE LAS VALORACIONES EFECTUADAS:

- Estado nutricional y crecimiento tomando como base la gráfica peso/edad.
- Desarrollo según resultado de las conductas valoradas.
- Estado de salud conforme a los hallazgos obtenidos en el estudio clínico
- Fecha de la próxima consulta y, en su caso, sobre la referencia que corresponda.

ACTIVIDAD No. V REFIERE A LOS NIÑOS Y NIÑAS QUE REQUIERAN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

Los niños y niñas con alteraciones graves del crecimiento y desarrollo deben referirse a una unidad donde puedan recibir atención especializada.

1. Todo niño o niña que presente desnutrición severa deberá ser referido de inmediato al hospital más cercano.
2. Todo niño o niña que presenta un desarrollo limítrofe y no logre mejoría o un desarrollo anormal, deberá enviarse a una unidad de salud de mayor complejidad para su atención.
3. Todo niño o niña que presente alteraciones del perímetro cefálico deberá referirse al hospital más cercano.
4. La madre debe conocer ampliamente la importancia de la referencia cuando el niño o niña presenta problemas que requieran atenderse en una unidad de mayor complejidad.
5. Este al pendiente de la contrarreferencia y continúe la vigilancia nutricional del niño o niña según la periodicidad que corresponda.
6. Todo niño o niña que presente desnutrición, envíelo a recibir ayuda alimentaria directa cuando exista en la localidad o en un área de influencia alguna institución que la proporcione.
7. Reciba a los niños o niñas que el personal comunitario refiera con sospecha de mala nutrición al haberle detectado con la nutricinta, e independientemente del resultado, incorpórelo a la vigilancia nutricional periódica.

8. Recuerde que la nutricinta es un detector grueso que ayuda a la promoción de la vigilancia; pero la valoración precisa, el seguimiento y el control nutricional de todos los niños y niñas están a cargo de usted.

ACTIVIDAD No. VI ORIENTAR A LA MADRE SOBRE CUIDADOS ALIMENTARIOS E HIGIENICOS DEL MENOR DE 5 AÑOS.

En la consulta brinde orientación nutricional a la madre tomando en cuenta el diagnóstico y la edad del niño o niña.

GUIA ALIMENTARIA SEGÚN DIAGNÓSTICO Y EDAD DEL NIÑO O NIÑA.

DIAGNOSTICO SEGÚN EDAD

Menor de 1 año sano

Menor de 1 año desnutrido

GUÍA ALIMENTARIA

Alimentarlo durante los primeros cuatro a seis meses de vida sólo con leche materna.

A partir de los cuatro meses, además de la leche materna comenzamos a darle otros alimentos (purés de frutas y verduras disponibles en la localidad).

Poco a poco ir incorporando otros alimentos como papilla de cereales, de leguminosas, posteriormente huevo cocido, carne y jugo de frutas, para que entre los ocho y los doce meses coma de lo mismas preparaciones que el resto de la Familia La leche materna debe continuarse hasta cerca de los 2 años de edad.

Además de la alimentación para el niño o niña sano, conforme a la edad se deberá recomendar papillas complementarias proteica-calóricas. (Suplemento alimenticio)

Niño o niña de 1 a 4 años sano Niño o niña de 1 a 4 años desnutrido

Niño o niña con sobrepeso u obesidad.

Proporcionarle 3 comidas principales y entre éstas ministras una colación es decir: una ración de fruta, verdura, pan, galletas, etc.

Proporcionarle alimentación a libre demanda, por lo menos 5 comidas al día. Seleccione conjuntamente con la madre ejemplos para las comidas diarias e incluya en ellas el suplemento alimenticio. No deberá restringir alimentos, seleccione conjuntamente con la madre ejemplos para 3 comidas diarias y dos colaciones, evite golosinas y refrescos y promueva juegos que propicien el

ejercicio físico Para lograr que la orientación sea precisa considere que en cada comida se deben utilizar alimentos que proporcionen al niño energía, proteínas y vitaminas. Según el esquema de los 3 grupos de alimentos siguientes:

LOS 3 GRUPOS DE ALIMENTOS

Cereales y tubérculos (energía)

Leguminosas y alimentos de origen animal (proteínas)

Frutas y verduras (vitaminas)

Cereales: arroz, trigo, maíz. Pasta, tortilla, pan. Tubérculos: papa, camote, yuca.

Leguminosas: haba, lenteja, garbanzo, frijol.

De origen animal: leche, carne, huevo.

De todo tipo. Prefiera las regionales y de temporada Agregar grasa o azúcar en cantidades moderadas para la preparación de alimentos.

Evite el exceso de sal y picante.

Consulte la Guía de Orientación Alimentaria y Guía de Alimentación para el niño y la niña de 1 a 5 años de edad (Anexo No. 2).

RECOMENDACIONES

1. En las preparaciones alimenticias aproveche los productos regionales disponibles, así como las frutas y verduras de temporada.
2. La alimentación diaria debe de ser variada, combinada, suficiente e higiénica.
3. Evitar el consumo de frituras, pastelillos y refrescos.
4. Cuidar la limpieza de manos, utensilios y alimentos en la preparación y el consumo de comidas.
5. Lavar las manos del niño o niña antes de cada alimento y después de ir al baño.
6. Beber agua que haya sido hervida durante 3 minutos o clorada (agregar dos gotas de cloro por cada litro, dejar reposar 30 minutos).
7. Es necesario dar al niño o niña su suplemento alimenticio.
8. Si el niño (a) es beneficiario de Oportunidades debe darle su dotación mensual de suplemento alimenticio a todos los niños de 4 meses, a las de 2 años y hasta los cinco años si está desnutrido.
9. Capacite a la madre sobre preparación u uso del suplemento alimenticio.

ACTIVIDAD No. VII CONTINÚE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL DEL NIÑO (A) MEDIANTE EVALUACIONES PERIÓDICAS.

- Recuerde valorar crecimiento, desarrollo, perímetro cefálico y salud básica integral.
- Una valoración aislada en el niño o niña no es útil para prevenir y atender los problemas de nutrición y crecimiento por lo que deberá explicar ampliamente a la madre la importancia de las consultas subsecuentes.
- Las acciones de la vigilancia de la nutrición y el crecimiento deben ser continuas para detectar oportunamente cualquier señal de alarma y evitar la desnutrición de todos los menores de 5 años.
- El propósito del seguimiento en los niños y niñas detectados con desnutrición es vigilar en forma cuidadosa su recuperación, conjuntamente con la madre.
- FRECUENCIA DE LAS CITAS PARA EL NIÑO O NIÑA SANO:
 - El recién nacido deberá recibir como mínimo 2 consultas: a los 7 y a los 28 días.
 - El menor de 2 años deberá recibir como mínimo 9 consultas. A los 2, 4, 6, 9, 12, 18, 21 y 24 meses.
 - El niño o niña de 2 a 4 años deberá recibir como mínimo 2 consultas al año: una cada 6 meses.

FRECUENCIA DE CITAS PARA EL NIÑO O NIÑA DESNUTRIDO.

El menor desnutrido de cualquier edad deberá recibir como mínimo 1 consulta, mensual, hasta 3 meses después de haber logrado un estado de nutrición normal. En el caso de los niños o niñas desnutridos referidos a una unidad de salud de mayor complejidad se deberá:

- Mantener una estrecha vigilancia para apoyo de la madre en el cumplimiento de las indicaciones proporcionadas en el hospital o en la unidad especializada a donde se haya referido.
- Una vez contra referido se valorará en la unidad cada mes, hasta 3 meses después de su recuperación.

NOTA: Todo niño o niña recuperado pasa al control del niño sano (sin desnutrición). Los niños y niñas que presentan sobrepeso u obesidad deben valorarse cada mes.

ACTIVIDAD No. VIII PROMUEVA UNA MEJOR ALIMENTACIÓN FAMILIAR A TRAVÉS DE LA CAPACITACIÓN DE GRUPOS DE MADRES.

Un aspecto importante que repercute en la nutrición de los niños y niñas son los hábitos alimentarios de la familia, por lo que se requiere fomentar una alimentación completa, adecuada y variada mediante la capacitación a madres.

Para tal efecto:

- Organice grupos de madres de familia en general, en especial las madres de niño o niñas con desnutrición o aproveche los grupos ya organizados.
- Elabore un calendario para actividades de educación nutricional con los temas siguientes:
 - Dieta recomendable en la familia
 - La alimentación durante el embarazo y la lactancia.
 - Preparación de la madre para la lactancia materna
 - La alimentación del niño o niña de los 4 meses al año de vida.
 - La alimentación del niño (a) de 1 a 5 años.
 - Prevención de enfermedades relacionadas con las carencias de yodo, hierro y vitamina A.
 - Rescate de la cultura alimentaria y conservación de alimentos.
 - Planee y prepare conjuntamente con las madres, demostraciones o recetas de cocina variadas, combinadas, de bajo costo y preferentemente utilizando alimentos silvestres regionales como quelites, nopales, conejo, torcacitas, etc.

El manejo de temas será a través de charlas, teatro guiñol, representaciones teatrales, desfiles, ferias de salud y nutrición, concursos, exposiciones, periódicos murales, etc. Considerando siempre la participación de la comunidad.

NOTA: Para el desarrollo más completo de los temas consulte la Guía de Orientación Alimentaria, misma que deberá estar disponible en la unidad de salud o en su caso, solicitar en la Jurisdicción Sanitaria.

ACTIVIDAD No. IX.- MINISTRACIÓN DE VITAMINAS A LOS MENORES DE 5 AÑOS EN LAS SEMANAS NACIONALES DE SALUD-

La deficiencia de vitamina A propicia en los niños y las niñas la aparición de:

- Enfermedades infecciosas.
- Retardo en el crecimiento.
- Resequedad en los ojos.
- Ceguera nocturna.
- Mayor riesgo de muerte.

En los niños y niñas mexicanas es frecuente la deficiencia de vitamina A, en especial los que habitan en áreas marginadas del país. Para disminuir la carencia de este micronutriente a los niños y niñas de 7 meses a 5 años, se le proporcionará 2 veces al año las dosis de vitamina A recomendadas durante las Semanas Nacionales de Salud.

- La vitamina A se presenta en frascos de 50 dosis y se ministra con gotero.
- Los niños de 7 a 11 meses reciben 2 gotas cada 6 meses.
- Los niños de 11 a 5 años reciben 4 gotas cada 6 meses.

NOTA: La vitamina A debe suministrarse en forma cuidadosa según dosis recomendadas para la edad.

Promueva durante todo el año el consumo de alimentos ricos en vitamina A como Zanahorias, jitomate, acelgas espinacas, papaya, naranja, entre otros.

La evaluación nutricional deberá registrarse en la "HOJA DIARIA DE CONSULTA EXTERNA, en el concepto clasificación nutricional del menor de 5 años donde se capta la información de la valoración y seguimiento del estado de nutrición de todos los menores de 5 años que acudan a consulta.

En las columnas 11 a la 15 registre el estado nutricional del niño o niña, según resultado de la gráfica de peso/edad.

En la columna 11 SIN DESNUTRICIÓN: cruce el cuadro cuando el niño o niña valorado no presenta desnutrición, es decir que el grafico califique en la zona normal, sobrepeso u obesidad.

En las columnas 12,13 y 14 CON DESNUTRICIÓN: cruce el cuadro que corresponda, cuando el gráfico califique en las zonas de leve, moderada o severa, respectivamente.

En la columna 15 recuperados: cruce el cuadro cuando el niño que presentaba desnutrición, según peso/edad, logre en la misma gráfica calificar en la zona de normal. Asimismo, cuando en las 3 consultas mensuales subsecuentes el recuperado continúe en la zona de normal, posteriormente inclúyalo en la columna de “Sin Desnutrición”, siempre y cuando este sea el caso.

En los formatos correspondientes del Sistema de Información anote el número de asistentes a charlas, demostraciones, exposiciones culinarias, etc. Así como el número de participantes en los eventos.

Las recomendaciones siguientes deberán realizarse paralelamente a la vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo. Control pre natal de las mujeres Embarazadas y lactantes.

Aplicación del esquema de vacunación

En niños, niñas y embarazadas.

Utilización de alimentos regionales

Disponibles en la localidad.

Promoción de huertos familiares, cría de especies menores y saneamiento básico capacitación permanente de las madres y padres de familia.

ANEXO No. 1

INSTRUCTIVO PARA EL MANEJO DE INSTRUMENTOS SOMATOMÉTRICOS MEDICION DEL PESO UTILIZANDO BASCULA PESA/BEBE PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS.

- La báscula pesa/bebé consta de platillo, barra y pesa móvil.
- Para la medición siga los siguientes pasos que a continuación se señalan.
- Colocar sobre el platillo un papel o un lienzo limpio para que el niño o niña no se enfrié, sobre todo si se trata de un recién nacido o de lugares fríos.
- Calibrar la báscula mediante el tornillo de ajuste, después de haber colocado el peso móvil donde indica cero.

- Poner al niño o niña acostado o sentado en medio del platillo procurando que tenga la menor ropa posible.
- Realizar la lectura en kilos y gramos. Para ello, la persona que la ejecuta deberá colocarse frente a la báscula.
- Anotar los datos en el expediente y las gráficas correspondientes.

MEDICIÓN DEL PESO UTILIZANDO BALANZA PESA/BEBE PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS.

- La balanza pesa/bebé consta de balanza, anillo calibrador y calzón pesa/bebé.
- Para la medición siga los pasos que a continuación se señalan:
- Colocar un clavo o alcayata en un lugar seguro (techo, viga etc.) que resista el peso del niño o niña.
- Colgar la balanza en el clavo y poner el calzón pesa bebé. Procurar que la parte de la balanza en la cual se observará el peso del niño o niña quede a la altura de los ojos.
- Calibrar la balanza. Girar el anillo calibrador que está en la parte superior de la balanza hasta que coincida con cero.
- Retirar el calzón de la balanza y con ayuda de la madre colocar al niño o niña con la menor ropa posible y sin zapatos.
- Colocar el calzón pesa bebé con el niño o la niña en la balanza; el niño debe tener los pies colgando si se encuentra inquieto, pedir ayuda a la madre para que se tranquilice.
- Cuando el niño o niña se encuentre quieto y tranquilo efectuar la lectura en kilos y gramos.
- Anotar los datos en el expediente y en las gráficas correspondientes.

MEDICIÓN DEL PESO UTILIZANDO BÁSCULA CON ESTADIMETRO PARA NIÑOS O NIÑAS DE DOS AÑOS EN ADELANTE.

- La báscula con estadímetro consta de: plataforma, soporte vertical con
- barra móvil horizontal, pasa móvil y tornillo de ajuste.
- Para la medición siga los pasos que a continuación se señalan:
- Calibrar la báscula. Ponga el peso móvil donde indique cero y ajuste el tornillo hasta que la barra móvil horizontal quede equilibrada.
- Pedir al niño o niña que se coloque de pie en la plataforma.
- Verificar que el niño o niña esté en posición recta sin moverse para que la plataforma y la barra móvil permanezcan fijas.
- Realizar la lectura en kilos y gramos, para esto, colóquese de tal manera que la escala quede a la altura de sus ojos.
- Anotar los datos en el expediente y en la gráfica correspondiente.

MEDICIÓN DE LA TALLA UTILIZANDO INFANTÓMETRO PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS.

- El infantómetro consta de escuadra con tope fija y paleta móvil.
- Para la medición siga los pasos que a continuación se señalan:
- Colocar el infantómetro en una superficie plana (de preferencia una mesa).
- Solicitar la cooperación de la madre para realizar la medición entre dos personas.
- Deslizar la paleta móvil del infantómetro para asegurar que ésta corra fácilmente por su riel.
- Colocar al niño o niña boca arriba con la cabeza en el tope fijo del instrumento.
- Verificar que entre la cabeza del niño o niña y el tope fijo del infantómetro no haya trenza, chongos o gorro.
- Tomar al niño o niña suavemente colocando ambas manos sobre las
- orejas, para sostener su cabeza contra el tope fijo del infantómetro, de manera que el niño o niña vea hacia arriba. Cuidar que mantenga esta posición.

- Cuando el niño o niña esté tranquilo, deslizar la paleta móvil hasta topar con las plantas de los pies.
- Asegurar que las plantas de los pies del niño o niña queden recargadas en ángulo recto contra la paleta móvil del infantómetro.
- Hacer la medición precisándolo en centímetros y milímetros, ejemplo 66.5 cm.
- Retirar un poco la paleta del infantómetro para que la madre pueda tomar a su hijo o hija.

INSTRUCTIVO PARA LA MEDICIÓN DE LA TALLA UTILIZANDO ESTADÍMETRO DE PARED PARA NIÑOS Y NIÑAS DE 2 AÑOS EN ADELANTE.

- Para la medición siga los pasos que a continuación se señalan:
- Verificar que el piso y la pared sean planos.
- Colocar el estadímetro sobre la pared en ángulo recto con el piso.
- Jalar el flexómetro hacia arriba hasta que aparezca el cero y poner una marca en la pared. A esa altura, fijar un clavo y colocar el estadímetro.
- Verificar que el niño o niña se quiten los zapatos y no tengan trenzas o chongos que puedan estorbar la toma de la medida.
- Colocar al niño o niña de pie en la pared en la dirección donde se encuentra el estadímetro.
- Verificar que los pies del niño o niña estén juntos, sus talones y nalgas toquen la pared, los brazos cuelguen a los lados y que tenga la mirada al frente.
- Bajar la escuadra del estadímetro y apoyarla sobre la cabeza del niño o niña.
- Realizar la lectura.¹⁰

6.2 EL CONOCIMIENTO

La filosofía y la psicología han estudiado de manera extensa el fenómeno del conocimiento, ambas ramas son concluyentes en un aspecto importante del mismo, por un lado la filosofía de la doctrina racionalista (Leibniz y Wolff) y por otro la empirista (Locke y Hume) enseñan que nuestro conocimiento es producto de la razón y de la experiencia, respectivamente; la psicología ha comprobado que el conocimiento humano es la suma de contenidos racionales y empíricos, y que la formación de nuestros conceptos se determinan a través de la experiencia. Así pues la filosofía pretende captar que es el conocimiento mientras a la psicología le interesa como se da el proceso del conocimiento.

Para que se dé el conocimiento es necesario dos componentes: el sujeto que es alguien que quiera o pueda conocer y el objeto algo o alguien que sea susceptible a ser conocido.

Los estudiosos en el tema del conocimiento han clasificado al mismo en dos grandes grupos, de acuerdo al contenido y de acuerdo a la transferencia.

De acuerdo al contenido se identifica el conocimiento de procedimientos, de definiciones, de objetos y hechos, de consecuencias y la meta conocimiento; es importante conocer que cada uno de ellos engloba el sentido semántico del saber.

De acuerdo a la transferencia, es decir, de acuerdo a lo que ocurre cuando lo que se aprende, o el conocimiento que se tiene, facilita (o inhibe) el aprendizaje o desempeño en otras situaciones o actividades.

Así pues, podemos clasificarlos en dos grupos:

- Conocimiento tácito: Es el saber que tiene un individuo u entidad compuesta de individuos. Este conocimiento responde a preguntas sobre cómo se hacen las cosas: cómo se resuelven problemas, cuándo resolverlos y de dónde se obtienen los recursos para poder solventarlos.

Está orientado a la experiencia y tiene un motor consciente y otro inconsciente: por eso, es difícil hacerlo explícito en su totalidad. Este saber engloba todas las habilidades que tienen las personas y se transfiere de manera informal.

- El conocimiento explícito: También llamado conocimiento convencional, es aquel que ya está representado o documentado y se utiliza como medio para transmitir los procedimientos que se han de seguir para resolver de forma óptima cualquier trabajo, problema o proceso, en general. Por tanto, este conocimiento está orientado conscientemente a la resolución de problemas y se haya siempre representado, lo que supone poder acceder a él conscientemente. Todo el conocimiento representado es conocimiento explícito y se genera a partir de conocimiento tácito o de un conocimiento previo. Esta representación del conocimiento es la interfaz entre el cerebro y el mundo exterior.¹¹

Llegar al nivel de tener explícitos los conocimientos es la situación más práctica que tiene el capital humano y las organizaciones se beneficiarán de ello. Una vez logrado esto se puede potenciar el conocimiento estableciendo manuales de procedimientos, formatos de negocios, maneras de proceder, capacitaciones, seminarios, etc.

En las organizaciones el conocimiento es un aspecto importante para la realización idónea de procesos, alcanzar los objetivos y hallar nuevas oportunidades de mejora. Es por esto que es considerado como el capital intelectual de una empresa.¹¹

Evaluación del nivel de conocimiento

La evaluación del conocimiento se realiza para reunir datos sobre el cumplimiento de objetivos en ciertas áreas, este puede realizarse mediante técnicas de interrogación, las técnicas mayormente utilizadas y con buenos resultados son la encuesta y la entrevista. Hablando específicamente de la encuesta dentro de sus

principales características, es que se encuentra basada en las manifestaciones del propio sujeto, se trata de una técnica adecuada para analizar y obtener información de un gran número de sujetos y permite valorar a través de ella aspectos tanto subjetivos como objetivos.

La elaboración de un cuestionario que permita la evaluación de un conocimiento requiere de ciertos pasos o fases como son: definir los objetivos generales y específicos, establecer a quienes se va a evaluar, la elaboración del cuestionario, organizar, codificar las respuestas y las conclusiones de la evaluación.

La formulación de preguntas permite obtener evidencia de los conocimientos esenciales establecidos sobre un tema, también permite tener información sobre desempeño y las competencias originadas por ese conocimiento, pueden utilizarse de forma escrita con preguntas de opción múltiple o preguntas abiertas, incluso utilizarse para formular casos hipotéticos cuyo fin es evidenciar la aplicación del conocimiento.

Al medir el nivel de conocimientos se pretenderá identificar las teorías, principios, conceptos e información que una persona aplica para lograr resultados u objetivos establecidos durante el desempeño de su laboral.¹¹

El nivel de conocimientos como factor importante de la competencia profesional

Las competencias en el ámbito laboral se encuentran relacionadas con los conocimientos necesarios para desempeñar adecuadamente una profesión en el ámbito aplicativo. Los perfiles profesionales se llegan a construir a través de la valoración de competencias de los individuos, es decir, basándose en los conocimientos y la práctica necesaria para su consecución.

Se dice que se llega a ser buen profesional, cuando la conjunción de conocimientos necesarios más la aplicación práctica de los mismos alcanza un nivel satisfactorio, que suele estar determinado por escalas que facilitan la medición o valoración de los conocimientos acordes con la actividad para que el profesional pretenda alcanza el mínimo requerido en dicha escala se dice que es

competente o está calificado para desempeñar determinada actividad profesional.¹¹

Cuando hablamos de nivel de conocimiento nos referimos a la medida referente a la cantidad de información que se tiene de cierto objeto que en este caso específico es la norma oficial mexicana 031.

El nivel de conocimiento se encuentra inmerso en el término de competencia; en el 2005 Perrenaud concibe a la competencia como: "la capacidad de movilizar varios recursos cognitivos para hacer frente a un tipo de situación". Sabemos que el desarrollo de las competencias no solo está determinado por los conocimientos, influyen otros componentes como las habilidades, las actitudes y la práctica, sin embargo tampoco se puede dejar notar que los conocimientos son la base necesariamente para la adquisición de competencias profesional.

Las organizaciones se han preocupado por evaluar el conocimiento de sus trabajadores, de esta necesidad han brotado términos como gestión del conocimiento y el aprendizaje de las organizaciones. El capital intelectual de los trabajadores en una organización permite la creación de conocimiento que con él lleva a las personas innovar. La base de conocimientos que una persona tiene representa y determina su habilidad para analizar situaciones, solucionar problemas, para tomar decisiones y para seguir aprendiendo.

Así pues el conocimiento obtenido en un área específica se refleja en las competencias que se tengan en la práctica.¹¹

6.3 CONTROL DE LA NUTRICIÓN, EL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE ACUERDO A LA NOM 031-SSA2-1999.

Las actividades que han demostrado ser efectivas y que deben promoverse en la comunidad es la orientación alimentaria a la madre responsable del menor de cinco años en los siguientes aspectos:

- Alimentación adecuada de la madre durante el embarazo y lactancia.
- Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses de vida.
- Ablactación adecuada.
- Orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada.
- Promoción de la higiene dentro del hogar, con énfasis en el lavado de manos, corte de uñas periódicamente, el consumo de agua hervida y cloración de la misma, así como en el manejo de alimentos.
- Capacitar a la madre o responsable del menor de cinco años en signos de alarma por desnutrición.
- Esquema básico de vacunación completo.
- Desparasitación intestinal periódica mediante tratamiento con Albendazol dos veces al año.
- Megadosis de vitamina A, en administración periódica.
- Fomentar la atención médica del niño sano, para vigilar su crecimiento y desarrollo, en forma periódica.
- Atención integrada del niño enfermo.¹³

En cada consulta se deberá registrar: edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo Psicomotor.

El personal de salud deberá otorgar al niño menor de 28 días dos consultas médicas, la primera a los siete días y la segunda a los 28.

El personal de salud deberá otorgar al niño menor de un año seis consultas al año, una cada dos meses.

El personal de salud deberá otorgar al niño de uno a cuatro años, una consulta con una periodicidad mínima de cada seis meses.

Se consideran como mínimas, para el registro de peso y talla de los niños en la Cartilla Nacional de Vacunación y en el Censo Nominal, las visitas a las unidades con objeto de recibir las dosis del Esquema Básico de Vacunación:

- Menores de un año: al nacimiento, a los dos, cuatro y seis meses de edad.
- Al año.
- A los dos años, y
- A los cuatro años.

SOMATOMETRÍA

Longitud, talla: la longitud debe medirse acostando en un Infantómetro a los niños que no pueden ponerse de pie. Se utilizará el estadímetro en niños que pueden ponerse de pie; se deben retirar zapatos y descubrir la cabeza de objetos y peinados que alteren la medición. Hay que asegurarse que el niño tenga las rodillas estiradas, la espalda recta y la vista al frente.

La lectura se debe realizar frente a la escala y debe anotarse en centímetros.

Peso: para su medición se debe calibrar y colocar la báscula en una superficie plana (báscula pesa bebé o de piso) o colgarla de un sitio fijo (báscula de resorte), se debe retirar toda la ropa, zapatos y objetos pesados, colocando al niño en la báscula y realizando la lectura de la medición cuando el instrumento esté sin movimiento, de frente a la escala de medición y expresarse en kilogramos.

Perímetro cefálico: debe realizarse hasta los dos años de edad, con cinta métrica metálica, flexible, 5 milímetros de ancho, expresándose en centímetros. En caso de detectarse problema, se efectuará el seguimiento del mismo y la medición por especialistas, hasta que el niño cumpla los cinco años de edad.¹³

Valoración del estado de nutrición:

La valoración del estado de nutrición debe basarse en una evaluación que comprende historia dietética, social y económica; historia clínica con énfasis en los datos antropométricos y signos de desnutrición.¹⁰

MEDIDAS DE CONTROL

Desnutrición leve: incorporarlo a un programa de orientación alimentaria, consulta mensual en la unidad de salud hasta su recuperación.

Desnutrición moderada sin infección agregada que ponga en riesgo su vida: Incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio. Consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

Desnutrición moderada con infección agregada que ponga en riesgo su vida: Envío a una unidad de segundo nivel, al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.¹³

Desnutrición grave:

Envío a una unidad de segundo nivel, al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatorio. Consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

En caso de sobrepeso u obesidad: integrarlo a un programa de orientación alimentaria, incrementar la actividad física y evaluar periódicamente su estado de nutrición.

Para clasificar la desnutrición, se emplean las mediciones de peso para la edad, peso para la talla o talla para la edad, y se comparan con los valores de una población de referencia que establezca indicadores. Actualmente se usan las tablas propuestas por la Organización Mundial de la Salud .La interpretación de estos indicadores somatométricos es como sigue

Peso para la edad: útil para vigilar la evolución del niño, cuando se sigue su curva de crecimiento.

Peso para la talla: el bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente.

Talla para la edad: una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica.

Valoración del desarrollo psicomotor del niño menor de un año y de uno a cuatro años de edad.

Se realizará cada que el niño acuda a consulta para el control de la nutrición y crecimiento, utilizando los parámetros de normalidad. ¹³

VII. MARCO DE REFERENCIA

7.1 Ubicación geográfica

El estado de Oaxaca es uno de los 31 estados de la república mexicana, se ubica al sur del país. La jurisdicción 06 sierra se encuentra en el municipio de Tlacolula de Matamoros que, a su vez, se ubica al este de la capital del Estado, a una distancia de 29.7 km. sobre la carretera Federal 190 Cristóbal Colón ó Internacional con destino al Istmo de Tehuantepec en la región de los valles centrales. Es cabecera de uno de los treinta distritos que conforman el estado de Oaxaca. ¹⁴

7.2 División política y sanitaria

El estado de Oaxaca cuenta con ocho regiones: cañada, costa, istmo, mixteca, tuxtepec, sierra norte, sierra sur y valles centrales; 30 distritos y una totalidad de 570 municipios. La división sanitaria del estado está delimitada a través de seis jurisdicciones sanitarias que abarcan 65% de la población total del estado y el 35% restante corresponde a IMSS oportunidades. La jurisdicción sanitaria No.6 sierra está situada en el distrito de Tlacolula de Matamoros; los distritos que abarca son: Tlacolula de Matamoros, con 25 municipios; Benemérito Distrito de Ixtlán de Juárez, con 26 municipios; Villa Alta, 25 municipios; San Carlos Yautepec, 12 municipios; Mixe, 17 municipios, y Choapam con sólo 6 municipios. El total de municipios para esta jurisdicción es de 130. Cuenta con 102 centros de salud, 3 hospitales comunitarios, 15 equipos de salud itinerante y 119 casas de salud. ¹⁴

7.3 Factores condicionantes

Contaminación

Los problemas que afectan a la población son, en primer término, la red de drenaje, el sistema de recolección de basura, la actividad y la falta de higiene en tianguis y mercados; traen consigo contaminación de productos ahí expendidos.

La industria, las ladrillera produce contaminación al calentar el horno para coser el ladrillo, y considerando que se encuentran ubicadas dentro de la traza urbana, producen grandes cantidades de humo que, en un momento dado, pueden llegar a ser tóxicos. ¹⁴

7.4 Datos sociodemográficos

La población total de Oaxaca es de 3,693.491 habitantes, de los cuales 1 828 620 (49.51%) son hombres y 1 864 871 (50.4%) son mujeres. La jurisdicción sanitaria no.6 atiende a 132 595 habitantes de los que 72 115 (49.51%) son hombres y 73 544 (50.49%) son mujeres.

7.5 Datos económicos

A nivel estatal, 2 716 470 habitantes son económicamente activos y representan el 73% de la población.

La región de la sierra tiene alta productividad por sus ecosistemas estables con bosques densos y lluvias constantes. Tiene áreas de alto rendimiento agrícola que cuentan con cultivos cíclicos de maíz, frijol, trigo, sandía, café, alfalfa, caña de azúcar, plátano, mango, manzana, durazno y otros. En la industria también se han desarrollado pequeñas empresas, minería e industria alimentaria, bebidas, madera, prendas de vestir, muebles. La economía también se beneficia por el turismo nacional y extranjero, permitiendo en la región una entrada económica importante principalmente en periodo vacacional o durante la celebración de festividades propias de cada localidad. ¹⁴

7.6 Morbilidad y mortalidad

En la jurisdicción 06 sierra, dentro de las cinco primeras causas de morbilidad se encuentran las infecciones respiratorias agudas, infecciones intestinales, infecciones de vías urinarias, conjuntivitis y la otitis media. En cuanto a la mortalidad, las cinco primeras causas son la desnutrición calórica proteica, diabetes mellitus, infección respiratoria aguda, enfermedades hipertensivas y enfermedades isquémicas del corazón.¹⁴

7.7 Respuesta social organizada

Se encuentra constituida por el comité de salud y el aval ciudadano.

Jurisdicción sanitaria cuenta 102 con centros de salud ,119 casas de salud, 3 hospitales comunitarios, en la jurisdicción se cuenta con 198 enfermeras en total de las cuales 1 es la coordinadora de enfermería 4 de equipo zonal, 1 supervisora del programa del pac oportunidades, 2 responsables de programa, 62 de base, 16 de contrato homologados, 35 de contrato 16 de equipo de salud itinerante, 25 responsables de modulo y 29 pasantes.¹⁴

VIII. METODOLOGÍA

8.1. Diseño del estudio

- Descriptivo y transversal

8.2 Universo

El universo está conformado por 50 enfermeras(os) del programa procedes-oportunidades de la jurisdicción 06 “sierra”

8.3 Criterios de selección

- Criterios de inclusión
Personal de enfermería del programa procedes-oportunidades
Personal de enfermería que desee participar en la investigación
- Criterios de exclusión
Enfermeras que no deseen participar en la investigación
Enfermeras de otro programa
- Criterios de eliminación
Personal que no complete el cuestionario

8.4 Fuentes de información

- Primaria. por medio de un cuestionario y un check list.

8.5 Variables

- Dependiente: nivel de aplicación
- Independiente :
Datos sociodemográficos
Perfil académico
Antigüedad laboral

8.6. Operalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL
Genero	Conjunto de características que distingue a hombres y mujeres	Dicotómica	1) Masculino 2) Femenino
Edad	Número de años desde el nacimiento	Continua Cuantitativa	1) Edad cumplida en años
Perfil académico	Conjunto de capacidades y competencias que identifican la formación de una persona para asumir en condiciones óptimas las responsabilidades propias del desarrollo de funciones y tareas de una determinada profesión.	Ordinal	1)Auxiliar de enfermería 2)Enfermera general 3)Lic.en enfermería 4.-Enfermera especialista
Puesto que desempeña	Trabajo o cargo que tiene una persona	Ordinal	1) Enfermera de brigada 2) Coordinador comunitario 3) Enfermera de unidad
Tipo de contratación	Régimen contractual	Nominal	1) Base 2) Contrato
Antigüedad laboral	Tiempo que tiene el personal de laborar en la jurisdicción sanitaria	Continua Cuantitativa	En años y meses
Dialecto	El personal de enfermería	Dicotómica	1) si, cual

	habla algún dialecto de la zona		2) no
Nivel de aplicación	Apego a los estándares de calidad que marca la NOM en cuanto a la Somatometría.	Ordinal	Aplica No aplica
Nivel de conocimiento	La percepción que posee el personal de enfermería del las medidas de prevención Consultas, Somatometría, valoración del estado nutricional y las medidas de control del componte de nutrición del menor de cinco años.	Ordinal	1.-< 10 puntos = nivel de conocimiento bajo 2.-10-16 puntos = nivel de conocimiento medio 3.-17 puntos = nivel de conocimiento alto

8.7 Instrumento de Recolección de Información y procesamiento de la información

La información se obtuvo a través de un check-list que consta de 13 campos y a través de la aplicación de un cuestionario de 27 preguntas de opción múltiple, el cual consta de dos partes, la primera de datos sociodemográficos y laborales; la segunda parte sobre conocimientos. Se aplicó durante los meses de octubre y noviembre de 2011.

8.8 Plan de Análisis estadístico

El análisis estadístico se realizó en un inicio a través de estadística descriptiva. Para los datos categóricos la descripción se hará por medio de frecuencias, frecuencias relativas y proporciones. Para las variables continuas utilizamos medidas de tendencia central y de dispersión. La correlación de variables y

análisis de proporciones se realizó a través de χ^2 . Se emplea un intervalo de confianza del 95%.

8.9 Limitaciones

Dificultad para el autofinanciamiento.

Autorización de facilidades administrativas para la investigadora.

Dificultad para el traslado a las localidades de difícil acceso para realizar la lista de cotejo al personal

Ubicación geográfica de las unidades de salud ya que se encuentran alejadas unas de otras

8.10 Aspectos Éticos

Para realizar el estudio se consideraron aspectos éticos y legales, de acuerdo a la ley de Helsinki que menciona que se debe solicitar el consentimiento informado, este no se aplicara en forma escrita por ser una investigación de tipo descriptiva, para lo cual se les informara de forma verbal el objetivo, la metodología, el compromiso que adquirirían, la manera en que participarían y que se guardaría la confidencialidad respecto a los resultados.¹⁷

Así mismo se tomara en cuenta la Ley General de Salud en materia de investigación en sus artículos del 1 al 14, considerando que la información que se tenga del presente será de carácter confidencial y sin fines de lucro lo cual las personas que en ella participen no saldrán afectadas en ningún sentido.

IX- RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la jurisdicción sanitaria No.6 Sierra; servicios de salud de Oaxaca se encuestaron a un total de 50 enfermeras, de las cuales 4 fueron eliminadas por no haber completado el cuestionario. En cuanto a las características sociodemográficas del personal de enfermería estudiado se identificó que el ochenta y cuatro punto ocho por ciento (39) fueron del género femenino y 15.2% (7) del masculino; la media de edad fue de 34.5 años (rango de 30-47 años). El treinta y nueve punto uno por ciento habla algún dialecto. En cuanto al perfil académico el 60.9% son auxiliares de enfermería; de igual manera se encontró que el 60.9% desempeña el puesto de coordinador comunitario de salud. El 100% de los encuestados es personal de base. (tabla 1).

Tabla 1. Principales variables sociodemográficas de las enfermeras de la jurisdicción sanitaria 6, Oaxaca 2011

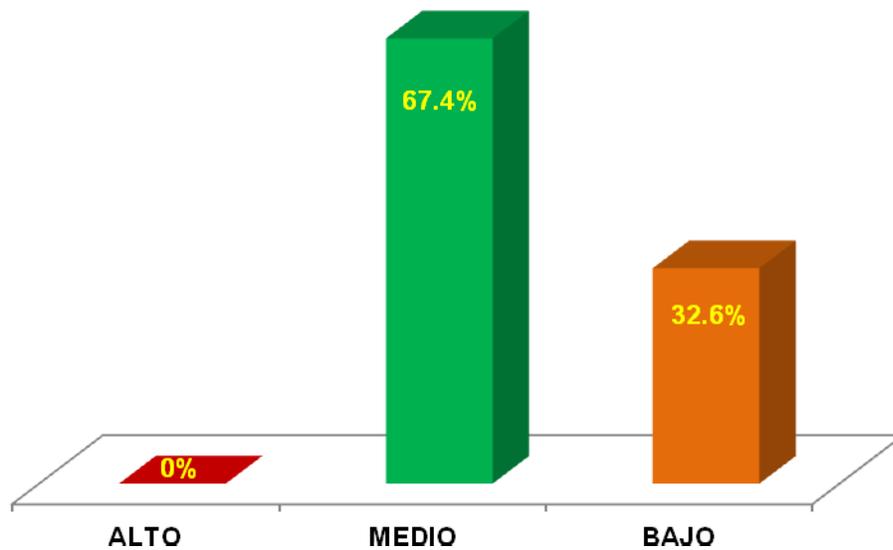
VARIABLE	FRECUENCIA	PORCENTAJE
GENERO		
MASCULINO	7	15.2%
FEMENINO	39	84.8%
EDAD		
MEDIA	34.57	
DIALECTO		
SI	18	39.1%
NO	28	60.9%
PERFIL ACADEMICO		
LIC.EN ENFERMERIA	9	19.6%
AUXILIAR DE ENFERMERIA	28	60.9%
OTRO	9	19.6%
PUESTO QUE DESEMPEÑA		
	13	28.3%

ENFERMERA BRIGADA	DE	5	10.9%
ENFERMERA UNIDAD COORDINADOR COMUNITARIO	DE	28	60.9%
TIPO CONTRATACION BASE	DE	46	100.0%

Fuente: cuestionario aplicado a personal de enfermería

En cuanto al nivel de conocimiento sobre la NOM 031 de atención a la salud del niño en su componente de nutrición, el 67.4% tuvo un conocimiento medio y el 32.6% bajo (figura 1).

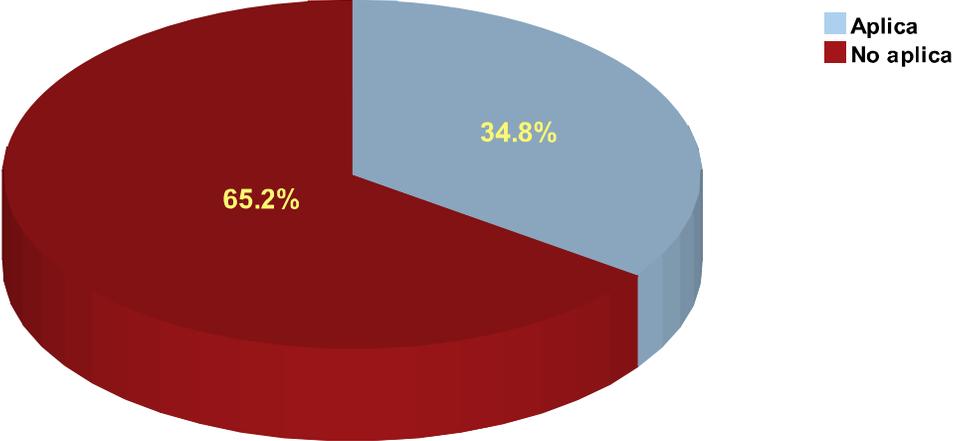
Figura 1. Nivel de conocimiento del personal de enfermería de la jurisdicción 6, Oaxaca 2011.



Fuente: cuestionario aplicado a personal de enfermería

En cuanto al nivel de aplicación del componente de nutrición por parte del personal de enfermería en estudio se encontró que solo el 34.8% lo aplica correctamente (figura 2).

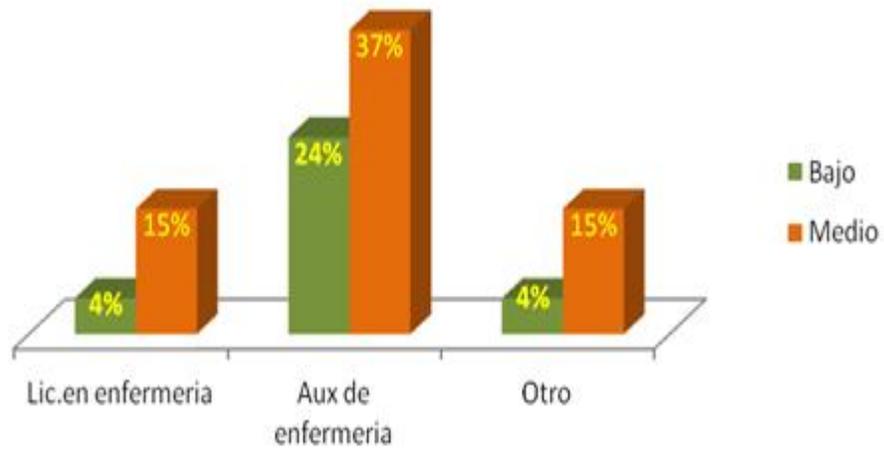
Figura 2. Nivel de aplicación del componente de nutrición



Fuente: Check-list

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y el perfil académico del personal de enfermería ($p = 0.484$) (figura3)

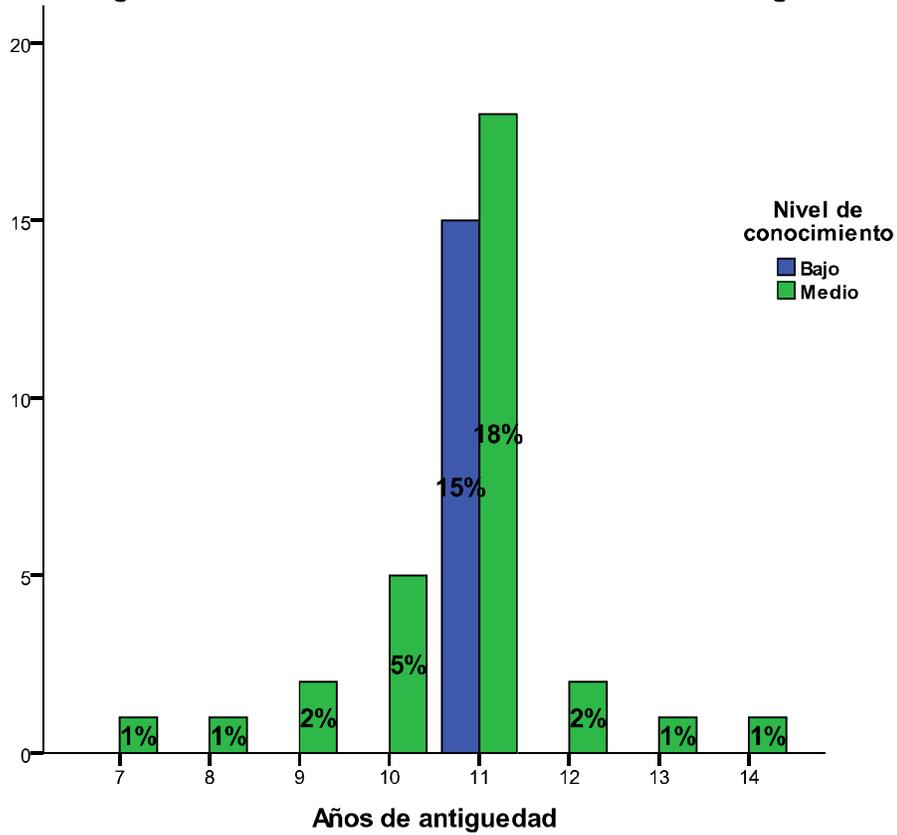
Figura 3. Nivel de conocimiento en cuanto al perfil académico



Fuente: cuestionario aplicado a personal de enfermería

Tampoco se encontraron diferencias con la antigüedad laboral ($p = 0.424$). (figura 4)

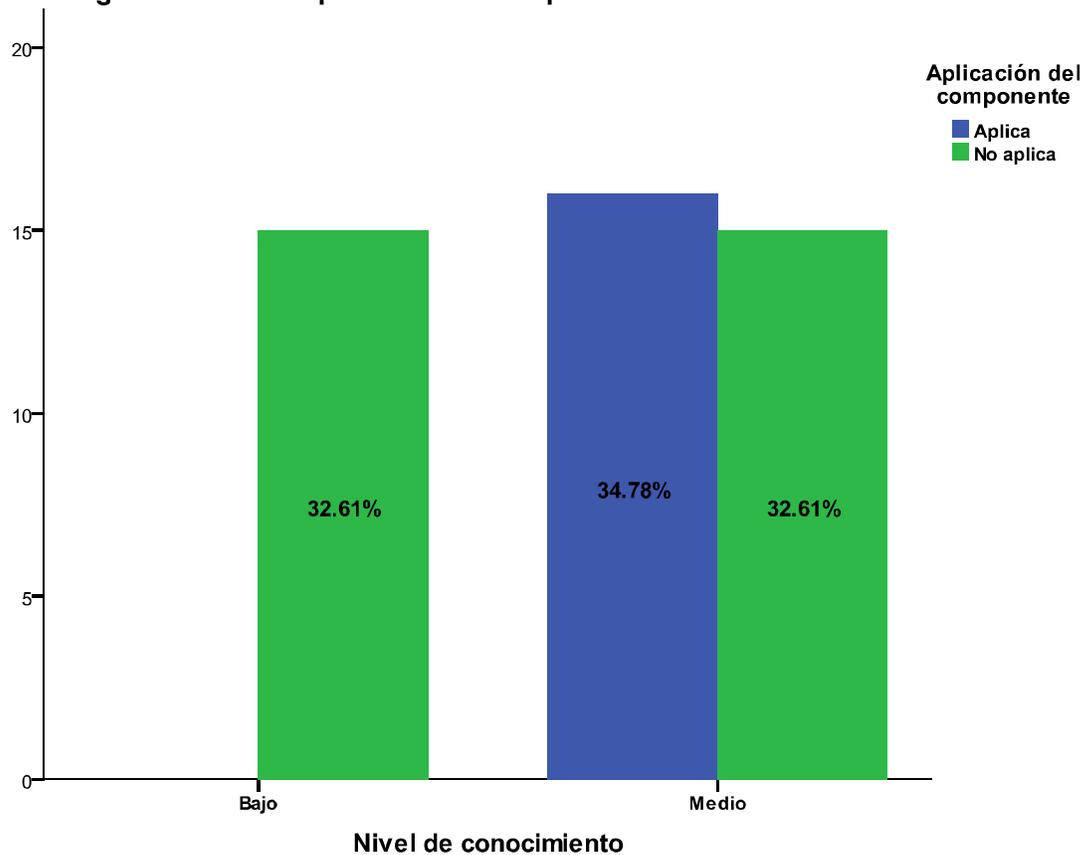
Figura 4. Nivel de conocimiento de acuerdo a la antigüedad laboral.



Fuente: cuestionario aplicado a personal de enfermería

Al analizar el nivel de aplicación de acuerdo al nivel de conocimientos se encontró que el 34.78% del personal con un conocimiento medio lo aplica correctamente (figura 5); por lo que no existe una asociación entre el conocimiento sobre el componente y la aplicación del mismo, siendo estadísticamente significativo ($p = 0.001$)

Figura 5. Nivel de aplicación del componente de acuerdo al nivel de conocimiento.



Fuente: cuestionario aplicado a personal de enfermería

X.- CONCLUSIONES

La consulta y el seguimiento rutinario del crecimiento y desarrollo es una actividad ampliamente aceptada y es un componente habitual de los servicios de cuidado primarios de salud, la buena nutrición es una condición fundamental para el crecimiento y desarrollo normal, es por ello que se identificó el nivel de conocimiento del personal de enfermería y el nivel de aplicación respecto al componente de control de la nutrición crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, se observó que existe desconocimiento del personal de enfermería en cuanto a lo que indica la norma oficial mexicana 031 de atención a la salud del niño , a las medidas de control de los niños desnutridos y qué medidas se emplean para clasificar la desnutrición, no importando el perfil académico, ni la antigüedad hay un nivel de conocimiento medio por parte del personal de enfermería ,tampoco se cuenta con la habilidad y destreza en el procedimiento técnico de la Somatometría ni en la valoración nutricional de los menores de cinco años ,el cual se basa en el requerimiento de capacitación y supervisión continua ya que el indicador más fácil, factible y costeable para el seguimiento longitudinal de estado de nutricional es el peso para la edad, siempre y cuando la medición se realice controlando la variabilidad del instrumento para medir, la del sujeto que se mide y la del observador que realiza la medición.los patrones de normalidad son indispensables para el diagnóstico del estado nutricional; afortunadamente se ha demostrado que no hay diferencias significativas entre los estándares de diferentes regiones geográficas en niños menores de cinco años de edad. De lo anterior se justifica que la norma oficial mexicana utilice las curvas de crecimiento para niños del nacimiento a los 18 años. El diagnóstico del estado nutricional deberá ser actualizado en cada consulta a la unidad de medicina familiar.

XI.- RECOMENDACIONES

Impulsar la profesionalización del personal de enfermería

Implementar acciones de capacitación sobre la norma oficial mexicana N0.031 atención a la salud del niño

Implementar un programa de supervisión capacitante, efectiva y constante para poder realizar las acciones de acuerdo a la norma oficial mexicana N0.031 de atención a la salud del niño.

XII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Antonio T; Hernández S; Moseo R; Pedraza V. Vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo del menor de cinco años (en línea) 2003.rev.med. (México); vol.41 (1) 547. (Fecha de acceso 10 de agosto de 2011).URL disponible en: <http://www.medigraphic.com>.
- 2.-Velasquez A. Efectividad de programas de reducción de la pobreza en la desnutrición infantil y los determinantes económicos de la desnutrición en países de escasos recursos.rev.med (Perú) 2009; 26(4) 478-480.
- 3.-Santo I.El programa nacional de vacunación: orgullo de Mexico.rev.med (México) 2002; vol.45 (3) 142-144.
- 4.-Centro nacional para la salud de la infancia y la adolescencia (en línea) 2011(fecha de accesos 15 de agosto de 2011) URL disponible en:<http://www.cencia.salud.gob.mx/descargas/infancia/pronaremi.pdf>.
- 5.-Rodrigo M; Andrés F.Desnutricion infantil en América latina y el Caribe (en línea) México; 2003 (fecha de acceso 15 de agosto de 2011) URL disponible en <http://www.cepal.org>
- 6.-Encuesta nacional de salud y nutrición (en línea) México; 2006(fecha de acceso 16 de agosto de 2011) URL disponible en: <http://www.insp.mx/ensanut/ensanut>.
- 7.-Flores S; Casanueva E, Kaufer M. Desnutrición energético-proteica de nutriología medica.mexico.editorial panamericana; 1995:151-68
- 8.-Desnutricion infantil (en línea) (fecha de acceso 18 de agosto de 2011)url disponible en.<http://148.23999.1.151/uagwb/nutriv10/guias7desnutricioninfanti.pdf>.
- 9.-Velasquez P.Factores de riesgo de desnutrición proteico energética en menores de un año de edad.URL disponible en [http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol12_2_98/ali02298, htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ali/vol12_2_98/ali02298.htm).

10.-Javier U, Lucero R, Vigilancia de la nutrición y crecimiento del niño, manual de capacitación para el personal de salud, dirección general de promoción.

11.- Calvillo Hernández Juan, Salazar García Juan Francisco: Teoría del conocimiento. Universidad Autónoma de Laguna. Programa de educación apoyo docente. México: 1996

12.- Castillo Arredondo Santiago, Cabrerizo Diego Jesús. Evaluación Educativa de Aprendizaje y Competencias. Madrid; Person educación S.A; 2010.

13.-Norma oficial mexicana nom-031-ssa2-secretaria de salud. (En línea).Mexico1999 (fecha de acceso 16 de agosto de 2011) URL disponible en: <http://www.salud.gob.mx>

14.-Plan de desarrollo municipal tlacolula de matamoros, (en línea) 2010(fecha de acceso 15 de agosto de 2011).URL disponible en: <http://.tlacolula.ieaip.org/transparencia/articulo9/pmd.pdf>.

15.-Datos epidemiológicos 2010.Departamento de planeación jurisdicción 06 "sierra" tlacolula. Servicios de salud de Oaxaca.

16.- Ley General de salud [En línea]. México: Cámara de Diputados H. Congreso de la Unión; 2011 [fecha de acceso 7 de julio del 2011]. URL disponible en: <http://www.diputados.org.mx//.142.pdf>

17.-asociacion medica mundial (2006) declaración de Helsinki principios éticos para las investigaciones medicas en seres humanos. <http://www.wma.net>.

.18.-Hernandez S, Fernández C, Baptista L. Metodología de la investigación. 5ª.ed.Mexico: Mc Graw Hill 2006.

XIII.- ANEXOS

3.-Coordinador comunitario

4.- Otro_____

VI.-Tipo de contratación

1.-Contrato

2.-Base

3.-Regularizado

VII.-Antigüedad laboral

Años: _____

Meses: _____

CONOCIMIENTOS DE LA NORMA OFICIAL MEXICANA

VIII.- ¿Conoce la norma oficial mexicana 031?

1.- Si

2.-No

IX.- ¿Cómo adquirió el conocimiento que tiene sobre la norma oficial mexicana?

1.-Durante su formación académica

2.-Por medio de cursos

3.-Por lectura de la norma

4.-A través de experiencia laboral

X.- ¿De qué trata la norma oficial mexicana 031?

1) Planificación familiar

2) Atención a la salud del niño

3) La prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama

XI.- ¿Cuenta con la NOM 031 en su unidad?

1.-Si

2.-No

XII.- ¿Según la Nom 031 en cada consulta qué se debe de registrar?

1.- Edad (en el menor de un año en meses y días y en el mayor de un año en años y meses), peso, talla, perímetro cefálico y evaluación del desarrollo Psicomotor.

2.-Edad, peso, talla

3.-Edad, peso, talla y evaluación del desarrollo psicomotor

XIII.- ¿Que debe contener e incorporar a los expedientes clínicos las unidades de salud?

- 1.-Tablas de crecimiento y desarrollo, graficas de que ellas deriven
- 2.-Graficas de peso y talla
- 3.-La 1 y 2 son correctas

XIV.- ¿Con qué frecuencia debe de acudir a consulta un niño con desnutrición leve?

- 1.-Cada dos meses
- 2.-Cada mes
- 3.-Cada 15 días

XV.- ¿Con que frecuencia debe de acudir a consulta un niño con desnutrición grave?

- 1.-Cada dos meses
- 2.-Cada mes
- 3.-Cada 15 días

XVI.- ¿Cual es la manera correcta de medir la talla en niños menores de un año?

- 1.-Colocar al niño en el Infantómetro
- 2.-Que la madre sostenga al niño y medirlo con la cinta métrica
- 3.-Colocarlo en la báscula pesa bebe, medirlo con la cinta métrica

XVII.- ¿Cuál es la manera correcta de pesar a los niños que pueden sostenerse en pie?

- 1.-Retirar zapatos, ropa, objetos pesados realizar la lectura de la medición cuando el instrumento se encuentre sin movimiento, colocando al niño de espalda a la escala de medición.
- 2.- Retirar zapatos, ropa, objetos pesados realizar la lectura de la medición cuando el instrumento se encuentre sin movimiento, colocando al niño de frente a la escala de medición
- 3.-Retirar zapatos, objetos pesados y realizar la lectura

XVIII.- ¿Hasta qué edad se realiza la medición del perímetro cefálico?

- 1.-6 meses

2.-1 año

3.-2 años

XIX.- ¿Cuales son los signos de desnutrición en un niño?

1.-Presenta signo de bandera

2.-Presenta edema

3.-Dejan de crecer uñas

4.-Todas las anteriores

5.-La 1 y 2 son correctas

XX.- ¿Qué medidas de control debe de recibir un niño con desnutrición leve?

1.-Incorporarlo a un programa de orientación alimentaria, consulta mensual en la unidad de salud hasta su recuperación.

2.-Consulta mensual en la unidad hasta su recuperación

3.- Incorporarlo a un programa de recuperación nutricio ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

XXI.- ¿Qué medidas de control debe de recibir un niño con desnutrición moderada sin infección agregada que ponga en peligro su vida?

1.-Incorporarlo a un programa de recuperación nutricio ambulatorio, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

2.-Nutricion ambulatoria, consulta cada mes hasta que disminuya el grado de desnutrición

3.-La 1 y 2 son correctas

XXII.- ¿Qué medidas de control debe de recibir un niño con desnutrición moderada con infección agregada que ponga en peligro su vida?

1.-Envio a una unidad de segundo nivel, al disminuir el grado de desnutrición y ser dado de alta, incorporarlo a un programa de recuperación nutricia ambulatoria, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación.

2.- Incorporarlo a un programa de recuperación nutricional ambulatoria, consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continuar en un programa de orientación alimentaria hasta su recuperación

3.-Consulta mensual en la unidad hasta su recuperación

XXIII.- ¿Qué medidas de control debe de recibir un niño con sobrepeso u obesidad?

1.-Integrarlo a un programa de orientación alimenticia, incrementar la actividad física y evaluar periódicamente su estado de nutrición

2.- Integrarlo a un programa de orientación alimenticia y evaluar periódicamente

3.-Evaluar periódicamente su estado nutricional

XXIV.- ¿Qué medidas se emplean para clasificar la desnutrición?

1.-Talla para la edad y peso para la talla

2.-Peso para la edad, peso para la talla o talla para la edad

3.-Peso para la talla y talla para la edad

XXV.- ¿Que valora el peso para la edad?

1.-Crecimiento del niño

2.-Vigilar la evolución del niño, cuando se sigue la curva de crecimiento

3.-Una talla baja para la edad

XXVI.- ¿Que valora la talla para la edad?

1.-Talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica

2.-El bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente

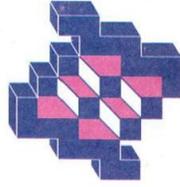
3.-Crecimiento del niño

XXVII ¿Cuándo se realiza la valoración del desarrollo psicomotor del niño menor de un año y de uno a cuatro años?

1.-Cuando acuda a consulta por vacunación.

2.-Cuando el niño acuda a consulta para el control de la nutrición y crecimiento.

3.-Siempre que acuda a consulta médica



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA DE MEXICO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTACIÓN: El presente check-list forma parte de un estudio que realizan las alumnas del Instituto Nacional de Salud Pública. Su participación es voluntaria y anónima. La información que se obtenga será utilizada solo con fines de investigación y no implica ningún compromiso ni riesgo para usted, ni será utilizado como evaluación laboral o institucional.

ACTIVIDADES A REALIZAR EN LA VIGILANCIA DE LA NUTRICIÓN CRECIMIENTO Y DESARROLLO	APLICA	NO APLICA
I.-El personal de enfermería identifica a todos los menores de cinco años que viven en su área de trabajo 1.-Identifica a los niños y niñas bajo su responsabilidad para establecer la meta que debe cumplir en la vigilancia nutricional. (Utiliza el Censo Nominal de Vacunación actualizado o la cédula de micro diagnóstico).		

	<p>II.-El personal de enfermería evalúa el estado de nutrición de todos los niños o niñas menores de 5 años.</p> <p>Para evaluar el estado de salud y nutrición del niño o la niña deberá realizar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La valoración del crecimiento: (peso/edad, talla/edad y peso/talla 2. La valoración del perímetro cefálico 3. La valoración del desarrollo. 	
	<p>III.-El personal de enfermería realiza el diagnóstico del estado nutricional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Criterios para el diagnóstico de la desnutrición con el análisis comparativo de las tres gráficas. <ol style="list-style-type: none"> a) Gráfica de peso/edad b) Gráfica de longitud – talla / edad. c) Gráfica de peso / talla. 2.- <i>Valoración del desarrollo psicomotor mediante los parámetros de normalidad según la edad</i> 3.-Valoración del perímetro cefálico. <p>El dato obtenido del perímetro cefálico en relación con la edad del niño o niña se compara con los patrones de referencia específica contenidos en las gráficas para niños y niñas.</p>	
	<p>IV.- El personal de enfermería informa a la madre sobre el resultado de las valoraciones efectuadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado nutricional y crecimiento tomando como base la gráfica peso/edad. • Desarrollo según resultado de las conductas valoradas. 	

<ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud conforme a los hallazgos obtenidos en el estudio clínico • Fecha de la próxima consulta y, en su caso, sobre la referencia que corresponda. 		
<p>V.-El personal de enfermería refiere a los niños y niñas que requieran atención especializada.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todo niño o niña que presente desnutrición severa 2. Todo niño o niña que presenta un desarrollo limitrofe y no logre mejoría o un desarrollo anormal. 3. Todo niño o niña que presente alteraciones del perímetro cefálico deberá referirse al hospital más cercano. 4. La madre debe conocer ampliamente la importancia de la referencia. 5. Está al pendiente de la contrarreferencia y continúa la vigilancia nutricional del niño o niña según la periodicidad que corresponda. 6. Todo niño o niña que presente desnutrición, lo envía a recibir ayuda alimentaria directa cuando exista en la localidad o en un área de influencia alguna institución que la proporcione. 		
<p>VI.-El personal de enfermería orienta a la madre sobre cuidados alimentarios e higiénicos del menor de 5 años.</p> <p>En la consulta brinde orientación nutricional a la madre tomando en cuenta el diagnóstico y la edad del niño o niña.</p> <p>RECOMENDACIONES</p>		

<p>1. En las preparaciones alimenticias aproveche los productos regionales disponibles, así como las frutas y verduras de temporada.</p> <p>2. La alimentación diaria debe de ser variada, combinada, suficiente e higiénica.</p> <p>3. Evitar el consumo de frituras, pastelillos y refrescos.</p> <p>4. Cuidar la limpieza de manos, utensilios y alimentos en la preparación y el consumo de comidas.</p> <p>5. Lavar las manos del niño o niña antes de cada alimento y después de ir al baño.</p> <p>6. Beber agua que haya sido hervida durante 3 minutos o clorada (agregar dos gotas de cloro por cada litro, dejar reposar 30 minutos).</p> <p>7. Es necesario dar al niño o niña su suplemento alimenticio.</p> <p>8. Si el niño (a) es beneficiario de Oportunidades debe darle su dotación mensual de suplemento alimenticio a todos los niños de 4 meses, a las de 2 años y hasta los cinco años si está desnutrido.</p> <p>9. Capacita a la madre sobre preparación u uso del suplemento alimenticio.</p>		
<p>VII.-El personal de enfermería continúa la vigilancia nutricional del niño (a) mediante evaluaciones periódicas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerde valorar crecimiento, desarrollo, perímetro cefálico y salud básica integral. 		
<p>VIII.-El personal de enfermería promueve una mejor alimentación familiar a través de la capacitación de grupos de madres.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organiza grupos de madres de familia en general, en especial las madres de niño o niñas con desnutrición o aproveche los grupos ya organizados. 		

<ul style="list-style-type: none"> • Elabora un calendario para actividades de educación nutricional con los temas siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Dieta recomendable en la familia • La alimentación durante el embarazo y la lactancia. • Preparación de la madre para la lactancia materna • La alimentación del niño o niña de los 4 meses al año de vida. • La alimentación del niño (a) de 1 a 5 años. • Prevención de enfermedades relacionadas con las carencias de yodo, hierro y vitamina A. • Rescate de la cultura alimentaria y conservación de alimentos. • Planea y prepara conjuntamente con las madres, demostraciones o recetas de cocina variadas, combinadas, de bajo costo y preferentemente utilizando alimentos silvestres regionales como quelites, nopales, conejo, torcacasitas, etc. 		
<p>IX.- El personal de enfermería administra vitaminas a los menores de 5 años en las semanas nacionales de salud.</p>		
<p>X.-El personal de enfermería realiza la medición del peso utilizando bascula pesa/bebe para niños y niñas menores de 2 años.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coloca sobre el platillo un papel o un lienzo limpio para que el niño o niña no se enfríe, sobre todo si se trata de un recién nacido o de lugares fríos. 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Calibra la báscula mediante el tornillo de ajuste, después de haber colocado el peso móvil donde indica cero. • Pone al niño o niña acostado o sentado en medio del platillo procurando que tenga la menor ropa posible. • Realiza la lectura en kilos y gramos. Para ello, la persona que le ejecuta deberá colocarse frente a la báscula. • Anota los datos en el expediente y las gráficas correspondientes 	
	<p>XI.-El personal de enfermería realiza la medición del peso utilizando báscula con estadímetro para niños o niñas de dos años en adelante.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Calibra la báscula. Ponga el peso móvil donde indique cero y ajuste el tornillo hasta que la barra móvil horizontal quede equilibrada. 2.-Pide al niño o niña que se coloque de pie en la plataforma. 3.-Verifica que el niño o niña esté en posición recta sin moverse para que la plataforma y la barra móvil permanezcan fijas. 4.- Realiza la lectura en kilos y gramos, para esto, colóquese de tal manera que la escala quede a la altura de sus ojos. 5.- Anota los datos en el expediente y en la gráfica correspondiente 	

<p>XII.-El personal de enfermería realiza la medición de la talla utilizando Infantómetro para niños y niñas menores de 2 años.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Colocar el Infantómetro en una superficie plana (de preferencia una mesa). 2.- Desliza la paleta móvil del Infantómetro para asegurar que ésta corra fácilmente por su riel. 3.- Coloca al niño o niña boca arriba con la cabeza en el tope fijo del instrumento. 4.- Verifica que entre la cabeza del niño o niña y el tope fijo del Infantómetro no haya trenza, chongos o gorro. 5.- Toma al niño o niña suavemente colocando ambas manos sobre las orejas, para sostener su cabeza contra el tope fijo del Infantómetro, de manera que el niño o niña vea hacia arriba. Cuidar que mantenga esta posición. 6.- Cuando el niño o niña esté tranquilo, deslizar la paleta móvil hasta topar con las plantas de los pies. 7.- Asegura que las plantas de los pies del niño o niña queden recargadas en ángulo recto contra la paleta móvil del Infantómetro. 8.- Hacer la medición precisándolo en centímetros y milímetros. 9.- Retira un poco la paleta del Infantómetro para que la madre pueda tomar a su hijo o hija. 		
<p>XIII.-El personal de enfermería realiza la medición de la talla utilizando estadímetro de pared para niños y niñas de 2 años en adelante.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.-Verifica que el piso y la pared sean planos. 		

	<p>2.- Coloca el estadímetro sobre la pared en ángulo recto con el piso.</p> <p>3.- Jala el flexómetro hacia arriba hasta que aparezca el cero y poner una marca en la Pared. A esa altura, fijar un clavo y colocar el estadímetro.</p> <p>4.- Verifica que el niño o niña se quiten los zapatos y no tengan trenzas o chongos que puedan estorbar la toma de la medida.</p> <p>5.- Coloca al niño o niña de pie en la pared en la dirección donde se encuentra el estadímetro.</p> <p>6.- Verifica que los pies del niño o niña estén juntos, sus talones y nalgas toquen la pared, los brazos cuelguen a los lados y que tenga la mirada al frente.</p> <p>7- Baja la escuadra del estadímetro y apoyarla sobre la cabeza del niño o niña.</p> <p>8.- Realiza la lectura</p>	
--	---	--

La autora concede permiso para la reproducción total o parcialmente y por cualquier medio al trabajo final titulado "Evaluación de la aplicación del componente de nutrición en menores de cinco años de la norma oficial mexicana para la atención a la salud del niño nom-031 ssa-1999 en la jurisdicción 6, Oaxaca. Para propósitos de consulta académica. Sin embargo quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que señala lo que conduzca a su reproducción total o parcial.

LE. Norma López Bautista

Oaxaca de juarez, Oax., mayo de 2012