

Instituto Nacional
de Salud Pública

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO
2012-2014

**EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES SOBRE EL
ADECUADO CONTROL NUTRICIONAL INFANTIL DE MENORES DE 5 AÑOS Y DEL
PERSONAL DE SALUD EN EL PLATANAL, MICHOACÁN**

PROYECTO TERMINAL PROFESIONAL PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA(O) EN SALUD PÚBLICA EN SERVICIO PRESENTA

ALUMNA: Miledy Citlalli Pérez Solano
Correo electrónico: miledy_ensenanza@hotmail.com
Teléfono: 351-134-13-89

Director de PTP:
Mtra. Alejandra Jiménez Aguilar

Asesor de PTP:
Mtra. Juana Imela Herrera Pérez

Lector PTP:
Mtra. Rebeca Uribe Carvajal

CUERNAVACA, MORELOS 03 DE JULIO DEL 2015.

INDICE

I.	Introducción _____	Pág. 1
II.	Antecedentes _____	Pág. 4
III.	Marco teórico o Conceptual _____	Pág. 8
IV.	Planteamiento del Problema _____	Pág.17
V.	Justificación _____	Pág.18
VI.	Objetivos _____	Pág.19
VII.	Material y Métodos _____	Pág.20
VIII.	Consideraciones éticas _____	Pág.25
IX.	Resultados _____	Pág.26
X.	Discusión y Conclusiones _____	Pág.36
XI.	Recomendaciones _____	Pág.40
XII.	Limitaciones del estudio _____	Pág.42
XIII.	Bibliografía _____	Pág.43
XIV.	Anexos _____	Pág.46

I. INTRODUCCION

La desnutrición infantil es un importante problema de salud en los niños de los países en desarrollo, donde el estado nutricional es considerado como la resultante de un gran número de factores, entre los cuales, la disponibilidad de alimentos juega un rol de importancia pero no definitivo; los conocimientos y creencias de los responsables de los menores y de la familia respecto a la alimentación del niño, así como los hábitos de alimentación del grupo familiar condicionan la forma en que los niños serán alimentados ⁽¹⁾.

Los determinantes ambientales, ecológicos, biológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, tecnológicos, ideológicos, entre otros, influyen tanto en los hábitos alimentarios como en el estado de salud de un individuo o de una comunidad social ⁽²⁾. Las condiciones sociales restringen la capacidad de salud de algunas personas dentro de una sociedad y crean desigualdades; El conocimiento de los determinantes sociales de la salud en la localidad de el Platanal que afectan este grupo de población vulnerable se constituye en una herramienta útil para evaluar una intervención educativa sobre el adecuado control nutricional como estrategia para mejorar la situación de salud de esta población ⁽³⁾.

El presente trabajo fue realizado con base en un Diagnóstico de Salud de la localidad de El Platanal Michoacán, en donde a través de cinco años de estudio, se identificó que la desnutrición ocupó la tercera causa de morbilidad en la localidad ⁽⁴⁾, situación que motivó a su vez un análisis sobre los determinantes de salud por lo cual se creó la hipótesis de que una intervención educativa podría fortalecer el control nutricional. De esta manera es que se desarrolló un componente educativo con el objetivo de coadyuvar a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades sobre alimentación y vigilancia del estado nutricional que permitan disminuir los problemas nutricionales aun cuando los factores económicos y políticos que se encuentran relacionados con la producción, abasto y consumo de alimentos por la localidad no hayan sido intervenidos.

II. ANTECEDENTES

La escasez de alimentación adecuada es uno de los problemas más graves de los países de ingresos bajos, medios y altos. Es un marcador de desigualdad social que afecta a los más vulnerables. La malnutrición, en todas sus formas, es una de las causas principales de enfermedades y muertes prematuras, especialmente entre las mujeres y los niños cuyo bajo estado socio-económico, legal y político acrecienta su exposición y vulnerabilidad a las enfermedades ⁽⁵⁾.

La desnutrición es una de las subyacentes causas de muerte de 2.6 millones de niños cada año en el mundo (un tercio de las muertes infantiles) y deja a millones más con deficiencias físicas y mentales de por vida. La desnutrición inhibe el desarrollo sano y reduce la productividad y, por lo tanto, el desarrollo económico. Los niños desnutridos corren un mayor riesgo de tener dificultades en el aprendizaje, el juego y la participación en las actividades de una infancia normal ⁽⁵⁾. La malnutrición es uno de los factores que más contribuyen a la carga mundial de morbilidad. Más de una tercera parte de las defunciones infantiles en todo el mundo se atribuye a la desnutrición. Las carencias de vitamina A, zinc, hierro y yodo en la alimentación son motivos de gran preocupación para la salud pública. Unos 2000 millones de personas sufren de carencia de yodo en todo el mundo y la carencia de vitamina A se asocia cada año a más de medio millón de fallecimientos de niños menores de 5 años a escala mundial ⁽⁶⁾. La Organización Mundial de la Salud calcula que "cada año mueren cerca de 10 millones de niños menores de cinco años por causas fácilmente evitables", como la falta de vitamina A y minerales ⁽⁷⁾.

La malnutrición crónica se ve reflejada en el retraso del crecimiento, es decir, cuando los niños son demasiado bajos para su grupo de edad en comparación con los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Durante el 2011 en todo el mundo, existían alrededor de 165 millones de niños con retraso del crecimiento a causa de la escasez de alimentos, de una dieta pobre de vitamina A y minerales y por enfermedad. Cuando el crecimiento se reduce, disminuye el desarrollo cerebral, lo que tiene graves repercusiones en la capacidad de aprendizaje.

La desnutrición actúa como un círculo vicioso, ya que las mujeres desnutridas tienen bebés con un peso inferior al adecuado aumentando las posibilidades de desnutrición en las siguientes generaciones. En los países en desarrollo, nacen cada año alrededor de 19 millones de niños con bajo peso (menos de 2.500 gramos). Cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, un 90% de ellos viven en Asia y África, donde las tasas son muy elevadas: 40% en Asia y 36% en África ⁽⁵⁾.

La desnutrición en nuestro país ha mantenido una disminución sostenida a lo largo de casi un cuarto de siglo que separa la primera y la última encuesta de nutrición (ENSANUT). La velocidad del descenso en los diferentes periodos que separan las cuatro encuestas ha sido heterogénea. La prevalencia de desnutrición crónica disminuyó de manera más acelerada entre 1999 y 2006 que entre los periodos previos (1988-1999) y el periodo más reciente (2006-2012). La disminución en desnutrición aguda (bajo peso para talla) alcanzó ya valores compatibles con la eliminación como problema de salud pública, aunque persisten focos de desnutrición aguda en ciertas regiones y grupos de edad. La desnutrición crónica (baja talla para edad) disminuyó a la mitad de la encontrada en 1988. A pesar de esta tendencia sostenida de disminución en la prevalencia de desnutrición crónica, actualmente casi 14 de cada 100 preescolares tienen baja talla para la edad, indicador de desnutrición crónica, lo que representa casi 1.5 millones de menores de cinco años ⁽⁶⁾.

A pesar de los avances en materia de desnutrición infantil que se han experimentado en los últimos años, lo cierto es que las cifras siguen siendo alarmantes en algunos sectores de la población. En el grupo de edad de cinco a catorce años la desnutrición crónica es de 7.25% en las poblaciones urbanas, y la cifra se duplica en las rurales. El riesgo de que un niño o niña indígena se muera por diarrea, desnutrición o anemia es tres veces mayor que entre la población no indígena ⁽⁷⁾.

Los resultados sobre las prácticas de lactancia materna en México muestran que están muy alejadas de lo que recomienda la OMS, y que serían las compatibles con una óptima salud y supervivencia del niño. La lactancia materna exclusiva bajó casi 8 pp en México entre 2006 y 2012, y el descenso en el medio rural fue mayor. El pobre

desempeño de los indicadores de lactancia se debe a una temprana introducción de fórmulas lácteas y de la alimentación complementaria. La lactancia materna tuvo un desempeño pobre en Michoacán y la alimentación complementaria tendió a ser más temprana de lo recomendable y de calidad y frecuencia relativamente insatisfactorias ⁽⁸⁾.

Teniendo en cuenta que una nutrición adecuada, en cantidad y en calidad, es clave para el buen desarrollo físico e intelectual de los niños y que en caso contrario, un niño que sufre desnutrición ve afectada su supervivencia y el buen funcionamiento y desarrollo de su cuerpo, de sus capacidades cognitivas e intelectuales, se han creado estrategias para mejorar la nutrición de las madres y los niños, siendo así que en 1997, en México se integró el Programa de Atención a la Salud del Niño que abordó las principales causas de daño en ese grupo de población. Los logros se identifican principalmente en la reducción de la mortalidad Infantil, las enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas, su éxito se fundamenta en la capacitación que se ha dado a las madres o responsables del cuidado de los menores de cinco años sobre la identificación de signos de alarma, que permite solicitar la atención médica antes de que se presenten complicaciones ⁽¹⁾.

Michoacán se encontró en el onceavo lugar dentro de las entidades con mayor prevalencia de inseguridad alimentaria en el ámbito nacional (ENSANUT 2012), pues 7 de cada 10 hogares se encuentran en alguna categoría de inseguridad alimentaria y al menos uno de cada diez hogares reportó haber padecido hambre en los tres meses previos a la encuesta. Al igual que lo que ocurrió con otros indicadores de vulnerabilidad nutricia y de desarrollo social, los hogares de áreas rurales tuvieron mayor prevalencia de inseguridad alimentaria comparados con los hogares de áreas urbanas ⁽⁸⁾.

La baja talla para la edad, indicador de desnutrición crónica, continúa siendo un problema de salud pública en Michoacán. En el ámbito estatal, 12 de cada 100 niños y niñas menores de cinco años de edad la presentan. Estas altas prevalencias son de gran trascendencia dados los efectos adversos de la desnutrición crónica en la morbilidad, mortalidad, en el desarrollo psicomotor del niño y en el desempeño

intelectual y físico del escolar, el adolescente y el adulto, lo que se traduce en desventajas de por vida en el desarrollo de capacidades.

La anemia sigue siendo un problema muy serio en Michoacán, especialmente en los niños menores de cinco años, y muy en particular en el periodo de los 12 a los 24 meses de edad. La prevalencia disminuyó 11.8 pp en el plano estatal y también disminuyó en el ámbito rural en los últimos seis años ⁽⁸⁾.

El Platanal es la segunda localidad más grande del municipio donde la población en su totalidad es rural; representa aproximadamente el 5.17% de la población de todo el municipio de Jaconá, estimada en el año 2013 aproximadamente 65,740 habitantes, siendo así en total 3,400 habitantes en la localidad de El Platanal y en el transcurso del año 2014 se estima un total de 3,429 los habitantes en la localidad. ⁽⁹⁾ A través del análisis de las principales causas de Morbilidad de la localidad durante los años 2008 a 2013, se puede identificar que la Desnutrición Leve es la tercera causa de esta morbilidad, donde el número de casos ha ido en aumento y durante el 2013 aumentaron al 120% con respecto al año previo, la Desnutrición Moderada es la décimo cuarta causa de morbilidad ⁽⁴⁾.

III. MARCO CONCEPTUAL

1. Desnutrición en menores de 5 años.

Para comprender la desnutrición infantil, antes debemos de saber que la nutrición es una condición dinámica o proceso que involucra desde la ingestión, digestión, utilización y hasta la eliminación de los nutrimentos ⁽¹²⁾, siendo así, la desnutrición es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos adecuados, la atención inadecuada y las enfermedades infecciosas; lo cual está determinado por factores tales como inadecuados servicios de salud o ambientes no saludables, acceso limitado a los alimentos en el hogar y cuidados deficientes de los niños y sus madres ⁽¹⁰⁾.

Existen índices de desnutrición que se determinan mediante la exploración clínica, midiendo la talla, el peso, el perímetro del cefálico y braquial, conociendo la edad del niño, y comparándolo con unos estándares de referencia.

La desnutrición se manifiesta en el niño de diversas formas, si es más pequeño de lo que le corresponde para su edad, si pesa poco para su altura o si pesa menos de lo que le corresponde para su edad. Cada una de estas manifestaciones está relacionada con un tipo específico de carencias, siendo así la altura indicador de carencias nutricionales durante un tiempo prolongado y el peso un indicador de carencias agudas⁽¹¹⁾.

La desnutrición crónica, indica una carencia nutricional durante un tiempo prolongado, elevando el riesgo de que adquirir enfermedades y de afectar al desarrollo físico e intelectual, el número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención; existe una diferencia significativa en la altura en relación con la edad de los niños, siendo inferior a la media (menos dos desviaciones estándar). Se le denomina también retraso en el crecimiento y puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero y donde si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida ⁽¹¹⁾.

En la desnutrición aguda moderada un niño pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura, es decir, peso que en relación con la altura es significativamente inferior a la media (entre menos dos y menos tres desviaciones estándar) y que requiere un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

La desnutrición aguda grave o severa es la forma de desnutrición más grave, donde el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura, alterando todos sus procesos vitales lo que conlleva un alto riesgo de mortalidad, es decir, 9 veces superior que para un niño en condiciones normales requiriendo atención médica urgente ⁽¹¹⁾.

La desnutrición en menores de cinco años tiene efectos adversos en su crecimiento, desarrollo y salud; y a mediano y largo plazo en el rendimiento escolar e intelectual, el desarrollo de capacidades, el rendimiento en el trabajo y el ingreso laboral en los adultos, lo que repercute en el desarrollo social.

En la actualidad está identificado el periodo fundamental para prevenir la desnutrición del niño: el embarazo y los dos primeros años de vida. Es el periodo que se conoce como los 1.000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de una alimentación y atención adecuadas produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán a la salud y al desarrollo intelectual del niño para el resto de su vida ⁽¹¹⁾.

2. Programas de salud para combatir la desnutrición Infantil

En México se han desarrollado diversas estrategias y programas de salud y de desarrollo social que incluyen componentes de nutrición, enfocados a asegurar la cobertura y calidad de los servicios.

El Programa de Atención a la infancia y Adolescencia tiene como objetivo promover en la población, la importancia de acudir periódicamente a los servicios de salud para el control de los niños y adolescentes menores de edad, evaluación del desarrollo,

esquema básico de vacunación y prevención de enfermedades, de acuerdo a las acciones de línea de vida y con intervenciones interinstitucionales ⁽¹²⁾.

Las actividades básicas del programa incluyen:

- Educación del personal de salud así como de la población en la importancia en el cuidado de los niños y adolescentes sanos (vacunación, estimulación temprana, nutrición).
- Educación y capacitación del personal de salud así como de la población en la importancia en la identificación de factores de mal pronóstico y factores predisponentes en el cuidado de los niños y adolescentes (vacunación, estimulación temprana, nutrición, IRAS, EDAS, Cáncer).
- Educación y capacitación del personal de salud así como de la población en la importancia de detectar signos de alarma y la atención oportuna en las patologías que afectan a niños y adolescentes (enfermedades prevenibles por vacunación, retrasos neurológicos, desnutrición y obesidad, IRAS, EDAS, Cáncer).
- Impactar en la disminución de las conductas de riesgo y promover estilos de vida saludables durante la adolescencia.
- Seguimiento y evaluación a la estadística y comportamiento de las enfermedades más frecuentes que afecten a los niños y adolescentes a través de plataformas de información establecidas para todo el país (SINAVE, PROVAC).
- Proponer y gestionar las conductas que mejoren las circunstancias de vida de los niños y adolescentes (COMITES) ⁽¹²⁾.

El Programa de atención para la salud de la infancia tiene como objetivo general elevar la calidad de vida de la población menor de diez años de edad mediante acciones de prevención y control de enfermedades que afectan más frecuentemente a esta población a través de la atención integrada, fomentando la capacitación del personal de salud en la prevención y tratamiento de las enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas y accidentes, proporcionando las herramientas técnicas adecuadas para dar respuesta a los problemas más frecuentes que este grupo etáreo y capacitando a las madres o responsables del cuidado de los menores sobre la identificación de signos tempranos de alarma, control nutricional y la mejora del

conocimiento de la población sobre el manejo de dichos padecimientos y en la prevención de accidentes ⁽¹²⁾.

El Programa Nacional para la Reducción de la Mortalidad Infantil 2007-2012, es un programa que cuenta con directrices y objetivos claros que permitirán lograr la reducción en la mortalidad infantil con estrategias claras basadas en la capacitación, la vinculación Inter.-sectorial e intra-sectorial, y la participación de la Comunidad en General en un marco de igualdad de oportunidades para la Infancia en México ⁽¹⁾.

La experiencia internacional señala que las estrategias y programas específicos para la prevención de la desnutrición, como los incluidos en el Programa Oportunidades, aunque efectivos, tienen limitaciones impuestas por las condiciones estructurales, particularmente la pobreza y la falta de servicios sanitarios, de dotación de agua y servicios de salud preventivos y curativos accesibles a la población vulnerable, la más pobre ⁽⁸⁾.

Para la prevención y virtual eliminación de la desnutrición en México es necesario combinar políticas de crecimiento económico y de desarrollo social que mejoren el ingreso y las condiciones de vida de la población, junto con acciones específicas de promoción del crecimiento, mediante el fomento de una adecuada alimentación infantil, la dotación de suplementos alimenticios o micronutrientes y la atención primaria de la salud ⁽⁸⁾.

3. Deficiencia de Hierro y ácido fólico.

La anemia es un problema de salud pública que afecta a todos los niveles socioeconómicos, tiene consecuencias importantes sobre el desarrollo cognitivo y físico de los niños y en el desempeño físico y la productividad laboral de los adultos. Se puede presentar en todas las etapas de la vida, sin embargo es más frecuente en las mujeres embarazadas y en los niños menores de dos años. La causa más frecuente de anemia en México es la dieta deficiente en hierro o la dieta deficiente. Igualmente puede estar condicionada por un aumento en los requerimientos de hierro, tal y como sucede durante el embarazo. La prevalencia de anemia es un indicador del estado de

salud poblacional. La OMS ha definido que las prevalencias menores a 5.0% son indicativas de un buen desempeño, prevalencias de 5 a 19.9 son indicativas de un problema leve, de 20 a 39% de un problema moderado y porcentajes iguales o superiores a 40% se deben considerar como un problema grave. ⁽¹⁴⁾ La anemia durante los dos primeros años de vida, se asocia con la disminución de las capacidades mentales superiores, y de no ser atendida en este periodo resulta irreversible; las capacidades más alteradas son la de pensamiento abstracto, la de resolución de problemas, la de habilidad para las matemáticas y de lenguaje. Con respecto al ácido fólico, es fundamental durante el embarazo ya que previene la anemia y las malformaciones congénitas fortaleciendo al sistema inmunológico ⁽¹¹⁾.

4. Lactancia Materna

La alimentación infantil apropiada es uno de los pilares más importantes para la promoción de la salud. Así, la lactancia materna adecuada es considerada una de las medidas más costo-efectivas para evitar enfermedad y muerte en la etapa infantil y preescolar. Asimismo, la correcta alimentación complementaria disminuye el riesgo de desnutrición y deficiencias de micronutrientes. Se debe de identificar, orientar y corregir si la producción inadecuada de leche es consecuencia de tetadas poco frecuentes e insuficientes (es la causa más común y una causa prevenible), madres que desconocen la necesidad de tetadas frecuentes, especialmente en el posparto inmediato, duda/falla en despertar al bebé cuando está dormido durante más de 4 horas para alimentarlo, uso de chupón, alimentación al seno combinado con alimentación con biberón ya que lleva a pérdida de oportunidades de alimentarlo y la deficiente succión hace que no se estimule la producción de más leche.

5. Factores y Signos en Desnutrición

Existen factores que favorecen el desarrollo de la desnutrición, la mayoría de éstos pueden corregirse o evitarse si son manejados correctamente cuando se presenta, pudiendo reducir el impacto negativo sobre el estado nutricional del menor en cinco años.

Entre los principales factores de mal pronóstico para desarrollar desnutrición, están:

- Madre analfabeta o menor de 17 años.

- Muerte de un menor de cinco años en la familia.
- Mala higiene de utensilios y alimentos.
- Bajo peso al nacer (menos de 2,500g).
- Ausencia de lactancia materna.
- Lactancia materna exclusiva por menos de seis meses o más de seis meses .
- Prácticas inadecuadas de ablactación.
- Deficiencias de micronutrientes específicos (vitamina A, hierro, zinc, etc.)
- Parasitosis intestinal.
- Presencia de infecciones frecuentes.
- Manejo alimentario incorrecto durante las enfermedades agudas; por ejemplo, dejar al menor en ayuno.
- Presencia de patologías crónicas de base (inmunodeficiencias, renales, intestinales, hepáticas, pulmonares, etc.).
- Alteraciones anatómicas o neurológicas que dificulten la alimentación.
- Mala utilización de los nutrientes por parte del cuerpo.

SIGNOS DE ALARMA POR DESNUTRICION.

- El niño no aumenta de peso o disminuye.
- El niño no tiene hambre o no pide de comer.
- Al ofrecer los alimentos el niño, éste come con desgano o tarda mucho comiendo.
- El niño disminuye su ritmo usual de actividad o bien, la madre nota que el niño está indiferente, juega poco, se cansa muy rápido, y duerme mucho.
- El niño esta llorón o irritable y solo quiere estar en brazos.
- El niño presenta enfermedades frecuentes o de mayor duración.

6. Principales estrategias para prevenir la desnutrición.

Identificar y corregir los factores de mal pronóstico, vigilancia periódicamente a la madre embarazada, madre lactante y a los niño menores de 5 años de edad. Además se debe prevenir a través de la orientación sobre:

- Alimentación adecuada de la madre, durante el embarazo y la lactancia.

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses de vida y su prolongación hasta el primer año de edad.

Respecto a otras actividades que afectan de manera más general el estado de nutrición de un niño, pero en las cuales el personal de salud juega también un papel importante, se encuentran:

-DESPARASITACION INTESTINAL PERIODICA: La presencia de parasitosis intestinales afecta en forma negativa el estado nutricional de un niño, debido a varios mecanismos tales como : parásitos como el *Ascaris lumbricoides*, interfieren con la absorción de nutrimentos, pues provocan reacción inflamatoria secundaria a una reacción alérgica en el intestino, otros, como *Anchylostoma duodenale*, y *Necator americanus*, *Trichiuris trichuria* ocasionan sangrado intestinal, de magnitud tal, que pueden conducir a anemia; en otros casos, el efecto negativo sobre la condición intestinal periódica a partir de los dos años, ayuda a prevenir el deterioro nutricional.

-SUPLEMENTO CON HIERRO UTILIZANDO COMO VEHICULO VITAMINAS Y MINERALES: Previene la deficiencia de hierro, reduce la incidencia de anemia, mejora la capacidad y desarrollo mental, físico y de aprendizaje niños, y mejora la función reproductiva de la mujer y su capacidad de trabajo.

-SUPLEMENTACION PROFILACTICA: Para los nacidos con bajo peso o pre término, ésta debe iniciarse a partir de los 2 meses de edad, ofreciendo 2 mg de hierro/kg de peso corporal/día, durante un periodo de 6 meses. Para recién nacidos con peso normal y de término, iniciar la suplementación y de término, iniciar la suplementación a los 4 hasta los 23 meses de edad, proporcionando 2 mg de hierro/kg de peso corporal/día, en un periodo de 6 meses. A la población de 24 a 59 meses de edad de los municipios con menor índice de desarrollo humano, ofrecer de forma universal 2 mg de hierro/kg de peso corporal/ día, durante 6 meses.

-SUPLEMENTACION TERAPEUTICA: Cuando por datos clínicos o por laboratorio se diagnostique anemia, ofrecer hierro de forma terapéutica a partir de los 4 meses de

edad hasta los 9 años de edad, con dosis de 6 mg de hierro/kg peso corporal/día, sin exceder los 60 mg al día, durante un periodo de 6 meses.

-ADMINISTRACION TERAPÉUTICA DE MEGADOSIS DE VITAMINA A: la mejoría del estado nutricional, evitar infecciones y promover la sobrevivencia infantil se logra mediante la administración periódica de vitamina A de ahí que se recomienda una mega dosis a todos los recién nacidos de 50, 000UI, de preferencia antes del egreso hospitalario; a partir de los 6 meses de edad, se debe suplementar dos veces al año de forma universal durante las Semanas Nacionales de Salud; de los seis a once meses de edad es de 100,000 UI; y de uno a cuatro años de edad la dosis es de 200,000UI.

-FORTIFICACIÓN DE ALIMENTOS: La adición de micronutrientes de alimentos de consumo popular, se conoce como fortificación y es una estrategia de amplia cobertura para llevar micronutrientes a zonas de riesgo de carencia de los mismos. En México, la yodación de la sal para consumo humano es una estrategia que tiene más de cuatro décadas de funcionar, y ha ayudado en forma efectiva a disminuir en el país la incidencia de enfermedades por deficiencia de yodo. De la misma manera, se han fortificado alimentos, a través de acuerdos intersectoriales (leche, harina de maíz, cereales, etc.) con diversos micronutrientes (hierro, niacina, ácido fólico, etc).

-SANEAMIENTO AMBIENTAL: Las acciones de la promoción del saneamiento ambiental y la educación higiénica individual, respecto a la casa y los alimentos, contribuyen a disminuir las intenciones y, por lo tanto, a prevenir el deterioro en el estado de nutrición.

-DISMINUCION DE LA MORBILIDAD: Todas las acciones que los servicios de salud lleven a cabo para disminuir la ocurrencia de enfermedades diarreicas y las enfermedades respiratorias agudas, constituyen apoyos en la tarea de prevenir la desnutrición ya que contribuyen a romper el círculo vicioso infección-desnutrición-infección.

-*VACUNACION UNIVERSAL*: La prevención de enfermedades comunes en la infancia, particularmente el sarampión y rotavirus inciden de manera positiva en el estado de la nutrición infantil.

-*ATENCION INTEGRAL DEL NIÑO ENFERMO*: La prevención y el tratamiento de la desnutrición deben ser parte de toda la atención integral que debe ofrecerse en los servicios de salud.

-*CONTROL DEL NIÑO SANO*: Durante las visitas a los servicios de salud para la aplicación de vacunas del esquema básico o las visitas periódicas para el control del crecimiento y desarrollo del niño, se debe insistir en las recomendaciones orientadas a evitar la desnutrición (lactancia materna, ablactación, orientación alimentaria, etc).

-*ATENCION AL NIÑO CON DESNUTRICION*: Un niño que se diagnostica con cualquier grado de desnutrición durante la evaluación antropométrica debe ser atendido inmediatamente y se incorpore a un programa de rehabilitación nutricional. Una vez clasificada la desnutrición, se deben tomar medidas de control de acuerdo a la gravedad de la misma.

-*MEDIDAS DE CONTROL*: Durante la consulta se debe pesar y medir al niño. En el menor de cinco años cinco meses, con la información obtenida se debe comparar con el índice de referencia de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla; en el caso del niño a partir de cinco años seis meses, con el índice de masa corporal.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la localidad hay un centro de salud de primer nivel de atención y los casos que requieren atención más especializada se derivan a un hospital de segundo nivel en el municipio contiguo. El 87% de la población no tiene derechohabencia médica, sin embargo el 38% cuenta con seguro Popular como fuente de financiamiento para atención médica y el 46% es beneficiaria del programa Prospera y el tipo de escolaridad medio es el de secundaria ⁽¹³⁾.

La localidad del Platanal se caracteriza por tener casi exclusivamente un carácter agrícola, por lo que aproximadamente el 75% de la población es campesina, donde el trabajador jornalero recibe un sueldo de entre 80 a 120 pesos diarios, los cuales son insuficientes debido al alto promedio de integrantes de una familia, por lo que otros miembros de la familia se ven obligados a trabajar en esta misma actividad, en jornadas completas ó media jornada del día ⁽¹³⁾. Las mujeres además de realizar labores domésticas y ser madres, en su mayoría trabajan jornadas o medias jornadas en el campo por lo que el cuidado de los menores se queda a cargo de algún familiar o del hijo mayor de dichas mujeres ⁽¹³⁾.

A través de un análisis de la morbilidad de la localidad de los años 2009 al 2013, se observa que el número de niños menores de 5 años en control nutricional con algún grado de desnutrición no ha disminuido o no han logrado su recuperación nutricia al menos en el transcurso de un año e incluso han incrementado los casos nuevos, por lo cual se hace evidente que el componente de Control Nutricional del Programa de Atención a la Salud de la Infancia no se ejecuta adecuadamente en la localidad. El personal de salud no está sensibilizado y actualizado en el control nutricional adecuado y la trascendencia que conlleva lo cual se hace evidente además en el registro del expediente clínico y los formatos alternos. Además, a través de entrevistas previamente realizadas a los padres o tutores de los menores de cinco años se concluye que ellos no conocen el programa de control nutricional y carecen de herramientas para identificar y atender oportunamente las alteraciones sobre la salud y la nutrición de sus hijas e hijos.

V. JUSTIFICACION.

En la localidad de el Platanal, la educación en salud puede impactar significativamente sobre el adecuado control nutricional, ya que no sólo es importante el acceso a los alimentos, sino también lo es la educación en salud, así como la atención integral por parte del personal de salud, el saneamiento ambiental, participación de la comunidad y en especial de los padres o tutores los cuales deben de estar informados y comprometidos en mejorar las practicas alimentarias de sus hijas e hijos.

Aunque sabemos que la desnutrición está asociada comúnmente a la pobreza, existen otros factores muy importantes que influyen en el estado nutricional de los infantes, tal como lo es la falta de educación en salud, esto es debido a que la falta de educación y de información sobre una adecuada alimentación, pueden ser decisivos en el desarrollo y en el estado nutricional de los niños, y el educar y sensibilizar a los padres o tutores de los menores de 5 años al igual que al personal de salud que se encarga de su vigilancia, pueden hacer una diferencia entre un estado nutricional apropiado o la desnutrición ⁽²⁴⁾, es por tanto que a través de una Intervención educativa ejecutada en la localidad de El Platanal se busca la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades para el adecuado control Nutricional por parte de los padres o tutores de los menores de 5 años y del personal de salud, reflejándose en los indicadores antropométricos y dietéticos en los menores de 5 años con algún grado de desnutrición y en el registro del expediente clínico conforme a las normas y técnicas establecidas.

VI. OBJETIVO GENERAL

Diseñar, implementar y evaluar una intervención educativa sobre alimentación y vigilancia del estado de nutrición en menores de cinco años, dirigida a padres o tutores y al personal de salud que labora en el Centro de Salud de la localidad de El Platanal, Michoacán.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Diseñar e implementar una estrategia educativa sobre alimentación y vigilancia del estado de nutrición en menores de cinco años dirigida a los padres o tutores y al personal de salud que labora en la localidad de El Platanal
2. Evaluar antes y después de la intervención los conocimientos, actitudes y habilidades sobre alimentación y vigilancia del estado de nutrición de los menores de cinco años, en los padres o tutores y en el personal de salud que labora en la localidad de El Platanal.
3. Evaluar el registro del expediente clínico en la atención integral del menor de 5 años, pre y post intervención educativa con respecto a la atención otorgada a los niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición.
4. Coadyuvar a la adquisición de conocimientos, actitudes y habilidades sobre alimentación y vigilancia del estado de nutrición de los menores de cinco años, en los padres o tutores y en el personal de salud de la localidad.

VII. MATERIAL Y METODOS

Previa gestión y aceptación de las Autoridades de la localidad así como de las Autoridades de la Jurisdicción Sanitaria 02 de Zamora para la realización del estudio, se conformó un grupo técnico de personal de salud integrado por un médico general y una Licenciada en enfermería, este grupo estuvo a cargo de hacer un padrón de niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición con base a la información que tenían en el Tarjetero de Control Nutricional en la unidad de salud, en dicho padrón se registraron el nombre de los niños y de las madres además de algunos indicadores como la edad de los niños y de las madres, peso y talla al nacer, grado de desnutrición, la fecha en que los niños se registraron en la unidad de salud y la fecha en que fueron registrados con algún grado de desnutrición, tipo de alimentación recibida, si pertenecían o no a alguna etnia indígena y si eran o no derechohabientes de alguna Institución de Gobierno y/o beneficiarios de algún programa de desarrollo social como Prospera y Seguro Popular.

Se llevó a cabo un estudio Cuasi experimental prospectivo en el período comprendido de noviembre del 2014 a mayo del 2015 con el fin de evaluar una intervención educativa implementada en el personal de salud de la localidad que otorgó atención a los menores de cinco años y en los padres o tutores de estos niños que presentaron algún grado de desnutrición, siendo ambos personajes el Universo de trabajo de este estudio. La selección de la muestra se hizo por conveniencia ya que se decidió hacer la intervención en los 51 niños con algún grado de desnutrición y a sus padres o tutores que tenían registrados en el mes de octubre del 2014 en el censo de la unidad de salud, asimismo al personal de salud de enfermería (4) y de medicina (2) que laboran en la unidad de salud.

Para la evaluación del impacto de la intervención educativa se diseñaron 4 instrumentos de recolección de datos, es decir cuestionarios pre test y pos test dirigidos al personal de salud de la localidad, a los padres o tutores y al expediente clínico de los niños desnutridos.

Los cuestionarios pre y post intervención educativa (Anexos 4 y 5), dirigidos a los padres o responsables de niños de menores de 5 años de la localidad con algún grado de desnutrición, se diseñaron para evaluar los conocimientos, actitudes y habilidades que se tienen sobre la alimentación y la vigilancia del estado nutricional de los menores. El cuestionario pre y post intervención educativa (Anexos 6) dirigido al personal de salud de enfermería y medicina que otorgó atención médica a los menores de 5 años de la localidad con algún grado de desnutrición se diseñó para evaluar los conocimientos, actitudes y habilidades sobre la alimentación y vigilancia del estado nutricional de los menores. Asimismo se evaluó el registro que el personal de salud realiza en el expediente clínico de los menores con algún grado de desnutrición (Anexo 7).

Todos los instrumentos fueron elaborados con base a las Normas Oficiales Mexicanas 031⁽¹⁴⁾, 007⁽¹⁵⁾, 017⁽¹⁶⁾, 004⁽¹⁷⁾, 036⁽¹⁸⁾ y a las Guías de Práctica Clínica^(19, 20) e indagan conocimientos relacionados con aspectos nutricionales, el manejo de la desnutrición según su clasificación y sobre la atención integral del menor de 5 años de edad; las respuestas fueron de opción múltiple donde sólo una es verdadera en lo que respecta a los cuestionarios 1, 2 y 3; el cuestionario 4 es sobre integración y registro del expediente clínico con 3 diferentes respuestas de acuerdo a 1: si cumple, 2: no cumple y NA: no aplica según corresponda el caso. Estos fueron autoaplicados con el apoyo y asesoría del grupo técnico.

Los criterios de inclusión fueron todos los padres o tutores de los 51 menores de 5 años con algún grado de desnutrición y el personal de salud de medicina y de enfermería que laboran en la unidad de salud de la localidad, los cuales no tuvieron impedimento para recibir la capacitación o intervención educativa; por consiguiente los criterios de exclusión fueron todos los padres o tutores de los 51 menores de 5 años con algún grado de desnutrición y el personal de salud de medicina y de enfermería que laboran en la unidad de salud de la localidad, los cuales no desearon recibir la capacitación o participar en la intervención educativa.

Los criterios de eliminación fueron los padres o tutores de los 51 menores de 5 años con algún grado de desnutrición y el personal de salud de medicina y de enfermería que laboran en la unidad de salud de la localidad que no acudieran y participaran en al menos el 80% de las actividades programadas.

La intervención educativa sobre control nutricional en la infancia es la variable independiente y como variable dependiente tenemos a los conocimientos de los padres o tutores de los menores de 5 años con algún grado de desnutrición y del personal de salud de enfermería y medicina que laboran en la unidad de salud de la localidad.

La intervención educativa se desarrolló en dos etapas, la primera correspondió a la evaluación de los conocimientos, las actitudes y las habilidades en torno a la alimentación y vigilancia del estado de nutrición que tenía el personal de salud de la localidad antes de realizar la intervención educativa, asimismo se revisó el registro que realizaban en el expediente clínico en la atención de los niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición; esto se logró mediante la aplicación y análisis de los cuestionarios pre test diseñados para este personal, posteriormente se realizaron 6 sesiones de capacitación dos horas antes del término de la jornada laboral con duración aproximada de 70 min en las instalaciones de la unidad de salud mediante material visual como presentaciones y rotafolios diseñados con base a las Normas y Guías establecidas^(26, 27,28,29,30,31,32) en las que se tuvo la colaboración de un médico general y una enfermera general, quién en ese momento era la responsable del Programa de la Salud de la Infancia y la adolescencia en la Jurisdicción Sanitaria a la que pertenece dicho Centro de Salud. Al personal de Salud de la localidad se le dotó de una Tarjeta de Consulta rápida diseñada con base a las Normas y Guías establecidas^(26, 27,28,29,30,31,32) con el fin de que fuera utilizada como un reforzamiento y recordatorio de los puntos clave en la atención integral de los menores de 5 años con y sin desnutrición.

Los temas abordados en las sesiones de capacitación fueron los siguientes:

- Sesión 1: Atención integral al menor de 5 años (vigilancia de la vacunación, atención del motivo de la consulta, vigilancia de la nutrición, capacitación de la madre sobre signos de alarma, cuidados generales en el hogar).

- Sesión 2: Orientación alimentaria (lactancia materna, ablactación adecuada, dieta correcta, orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada, higiene en la manipulación y preparación de los alimentos).
- Sesión 3: Control de la nutrición mediante la vigilancia del crecimiento y desarrollo de los menores de 5 años (evaluación antropométrica y técnicas para su medición, interpretación del estado nutricional mediante el uso de tablas y gráficas de crecimiento infantil).
- Sesión 4: Panorama epidemiológico de Nutrición (breve panorama mundial, estatal y local).
- Sesión 5: Desnutrición (definición, identificación de los factores de mal pronóstico, signos de alarma por desnutrición, atención de la desnutrición, estrategias para prevenir la desnutrición, vigilancia del crecimiento y desarrollo, atención integrada del niño enfermo, recuperación nutricia).
- Sesión 6: Registro del expediente clínico y formatos alternos.

Posterior a la última sesión de intervención educativa se realizó la evaluación post test a través del cuestionario diseñado para este personal de salud (Anexo 6) y se analizaron e interpretaron los resultados a través del paquete estadístico Epi Info 7. Transcurridos 42 días posteriores a la última sesión de la primera etapa, se solicitaron y se revisaron expedientes clínicos de niños menores de 5 años que acudieron a consulta en los meses de marzo y abril 2015 y se aplicó el cuestionario que fue diseñado para su evaluación (Anexo 7), los resultados se analizaron e interpretaron a través del paquete estadístico Epi Info 7.

La Segunda etapa correspondió a la evaluación de los conocimientos actitudes y habilidades que tenían los padres o tutores de los menores de 5 años mediante la aplicación y análisis de los cuestionarios pre test (Anexos 4 y 5) diseñados para este grupo; posteriormente se realizaron las sesiones de capacitación o intervención educativa, en las que se tuvo la colaboración de un médico general, una licenciada en nutrición y del personal médico y de enfermería que laboran en el Centro de Salud que aprobaron con al menos 80% de calificación el cuestionario (Anexo 6) aplicado en la

primera etapa de intervención educativa. Las sesiones con los padres o tutores de los menores de cinco años con algún grado de desnutrición fueron 3, donde 2 de ellas fueron de capacitación propiamente con una duración aproximada de 120 minutos cada una, se impartieron en las instalaciones de la unidad de salud mediante material visual en presentaciones y rotafolios diseñados con base a las Normas y Guías establecidas (26, 27, 28, 29, 30, 31,32) alimentos de la comunidad y equipo médico de la unidad de salud; en estas capacitaciones se abordaron los siguientes aspectos:

- Sesión 1: Se convocó a los 51 padres de los menores de 5 años con algún grado de desnutrición y se les explicó sobre la propuesta de intervención educativa y se les aplicaron los cuestionarios (Anexos 4 y 5).
- Sesión 2: Atención integral al menor de 5 años (derechos y obligaciones del paciente, atención del motivo de la consulta, importancia de la vigilancia de la vacunación, crecimiento y desarrollo, capacitación de la madre sobre la identificación de los signos de alarma, cuidados generales en el hogar). Orientación alimentaria (lactancia materna, ablactación adecuada, dieta correcta, orientación a la madre y al niño para la utilización de alimentos locales en forma variada y combinada).
- Sesión 3: Desnutrición (definición, identificación de los factores de mal pronóstico, identificación de los signos de alarma por desnutrición, importancia de la atención de la desnutrición, estrategias para prevenir la desnutrición, vigilancia del crecimiento y desarrollo, atención integrada del niño enfermo, referencia a segundo nivel de atención y visitas domiciliarias, recuperación nutricia). Posterior a la última sesión de capacitación, se realizó un evaluación Post test a través de los cuestionarios diseñados (Anexos 4 y 5). Los resultados fueron analizados e interpretado a través del paquete estadístico Epi Info 7.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución de la intervención educativa se trabajó con base a la Normatividad del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública, promoviendo el objetivo de garantizar el bienestar y los derechos de los sujetos humanos participantes en los proyectos de investigación, por lo cual, a través de una reunión y una solicitud escrita, se solicitó para realizar la intervención educativa, la autorización de las autoridades Jurisdiccionales a las que pertenece el Centro de Salud y a la Autoridad del Centro de Salud de la localidad mencionándoles todos los instrumentos de recolección de información que se utilizarían. Se solicitaron y revisaron los Censos de niños menores de 5 años con algún grado de desnutrición en la localidad y se realizó un registro de los padres o tutores de estos menores con el fin de aplicar la intervención educativa en ellos.

La intervención educativa se aplicó a los padres o tutores de los menores de cinco años con algún grado de desnutrición y al personal médico y de enfermería que labora en la unidad de salud de la localidad, a los cuales previamente se les convocó a una reunión en las instalaciones de la unidad de salud de la localidad y se les informó acerca de que la desnutrición ocupaba la tercera causa de morbilidad en la localidad en al menos cinco años de análisis, por lo cual a través de la intervención educativa se pretendía arrojar como resultados que los padres o tutores y el personal de salud respectivamente, adquirieran y/o reforzarán los conocimientos, las actitudes y las habilidades sobre el adecuado control nutricional infantil coadyuvando a elevar la calidad de vida de este grupo etéreo. Mediante un consentimiento informado otorgado libremente se les informó el propósito de la investigación y la importancia de su participación, en donde se les explicaron las actividades planeadas, se mencionaron claramente los temas que se abordarían y se verificó la comprensión de la información otorgada. Solamente se trabajó con el personal de salud y con los padres o tutores de los menores de 5 años con algún grado de desnutrición que aceptaron participar en la intervención educativa.

IX. RESULTADOS

La intervención educativa se ejecutó en las instalaciones del Centro de salud de la localidad; la primera etapa estuvo dirigida al personal de salud de la localidad, el cual consta de 2 médicos; uno de ellos de recién ingreso con 56 años de edad y el otro con una antigüedad de 12 años y de 42 años de edad. Una licenciada en enfermería de 26 años de edad; una auxiliar de enfermería de 38 años de edad y de 2 enfermeros pasantes, ambos técnicos en enfermería y egresados de diferentes escuelas con 19 y 18 años de edad respectivamente quienes tienen realizando su servicio social desde agosto del 2014, sin embargo uno de ellos no cumplió con los criterios de inclusión por lo que solamente se tuvo la participación de un pasante de 19 años de edad. Cabe mencionar que del personal de salud, ninguno fue residente de la localidad.

Con respecto al conocimiento del contenido de las Normas Oficiales Mexicanas y Guías de Práctica Clínica se observó gran desconocimiento al menos antes de la intervención educativa. El personal de salud no identificaba los componentes de una atención integral en el menor de 5 años ni el número de consultas que están indicadas de acuerdo a la edad cumplida de los niños y a las indicadas de acuerdo al estado nutricional según fuese la severidad del padecimiento. En estos temas se observó gran aprovechamiento de la intervención educativa por parte de los médicos teniendo que el médico 1 tuvo un 33% de aprovechamiento antes de la intervención educativa y un 83% post intervención, el médico 2 tuvo un 66% antes de la intervención educativa y un 100% después de la intervención, la auxiliar de enfermería tuvo un 33% de aprovechamiento antes de la intervención y un 83% después de la intervención, la Lic. en enfermería tuvo un 83% antes de la intervención y un 100% después de la intervención. En cuanto al personal pasante de enfermería fue de 16% antes de la intervención y del 66% post intervención educativa.

En relación a la desnutrición infantil, antes de la intervención educativa hubo desconocimiento en cuanto a los factores de mal pronóstico y a los signos de alarma por desnutrición, teniendo que el 0% del personal de salud supo con exactitud qué evaluaban cada una de las gráficas en la valoración del estado nutricional.

Desconocieron el número exacto de los niños con desnutrición que tenían registrados en la localidad y mucho menos a qué grado de desnutrición correspondían cada uno de ellos, desconocían el tratamiento y seguimiento que se les debe de otorgar a los niños con algún grado de desnutrición y sobre todo ante la presencia de alguna patología crónica así como de las estrategias que se tienen que implementar para prevenir la desnutrición, teniendo que el médico 1 tuvo un 40% de aprovechamiento antes de la intervención educativa y un 75% post intervención educativa, el médico 2 tuvo 50% de aprovechamiento antes de la intervención y un 85% post intervención, la auxiliar de enfermería tuvo un 45% de aprovechamiento antes de la intervención y un 85% post intervención, la Lic. en enfermería tuvo un 50% de aprovechamiento antes de la intervención y un 95% post intervención y la enfermera pasante de servicio social tuvo un 15% antes de la intervención y un 45% post intervención educativa. De esta manera el médico 1 y la enfermera pasante de servicio social realizaron después de 7 días, nuevamente el cuestionario 3 teniendo como resultado que ambas lo acreditaron, el médico con un 95% y la pasante de enfermería con un 85% de aprovechamiento.

En cuanto a la evaluación del expediente clínico, antes de la intervención educativa y previa solicitud al director de la unidad de salud, se revisaron 16 expedientes clínicos de los menores de 5 años que acudieron a consulta al centro de salud por cualquier motivo de consulta de septiembre del 2014 a diciembre del 2014 donde se observaron varias deficiencias en su registro, desde la integración y orden del expediente, las historias clínicas no se encontraron actualizadas o no las incluían en el expediente, no había registro de antropometría ni evaluación del estado nutricional tanto clínico así como a través de las gráficas de control, no había registro de la identificación de factores de mal pronóstico del entorno familiar ni la evaluación del desarrollo psicomotor, no se registró la revisión y/o actualización del esquema de vacunación ni la administración de micronutrientes, se observó carencia de congruencia clínica-diagnóstica y diagnóstica-terapéutica, cabe mencionar que no se registró nunca un pronóstico y tampoco se encontró evidencia de haber sido referidos a un Hospital de segundo nivel de atención; con respecto a las notas de enfermería, además de carecer de las generalidades se observó que no registraban las medidas terapéuticas indicadas por el médico y aplicadas por la enfermera ni la conducta del paciente.

Posterior a la intervención educativa y del apoyo en la tarjeta de consulta rápida que se les dotó, se revisaron 16 expedientes clínicos de los menores de 5 años que acudieron a consulta al centro de salud por una consulta entre marzo y abril del 2015, observándose un cambio significativo en el registro del expediente clínico. Los resultados de la evaluación antes de la intervención educativa en cuanto a su aprovechamiento fueron en el médico 1 de un 30% antes de la intervención educativa y un 82.5% post intervención, en el médico 2 fueron del 60% antes de la intervención educativa y del 90% después de la intervención, en la auxiliar de enfermería fueron del 33% antes de la intervención y del 80% después de la intervención, en la Lic. en enfermería fueron del 42.5% antes de la intervención y del 87.5% después de la intervención, en la pasante de enfermería fueron de 17.5% antes de la intervención y del 80% post intervención educativa.

Se cotejó el registro en los formatos alternos como lo son los Censos nominales, las tarjetas de control nutricional y las gráficas de control, teniendo como resultado que antes de la intervención educativa no existía registro en ellos en un 87.5% de estos sin mencionar el equívoco registro de ellos y después de la intervención educativa el registro adecuado en ellos fue del 83%.

La segunda etapa de la intervención educativa no se realizó en los 51 padres o tutores de los menores de 5 años contemplados en el Censo con algún grado de desnutrición, ya que sólo 31 de ellos aceptaron participar y acudieron a todas las sesiones de capacitación. De acuerdo al parentesco con los menores, se formaron 3 grupos de participantes, (tíos, padres y abuelos) a los que se les reiteró la petición de que contestarán lo más honestamente posible según opinarán y conocieran lo que se les cuestionaba.

Comparativo del aprovechamiento de la intervencion educativa en el personal de salud

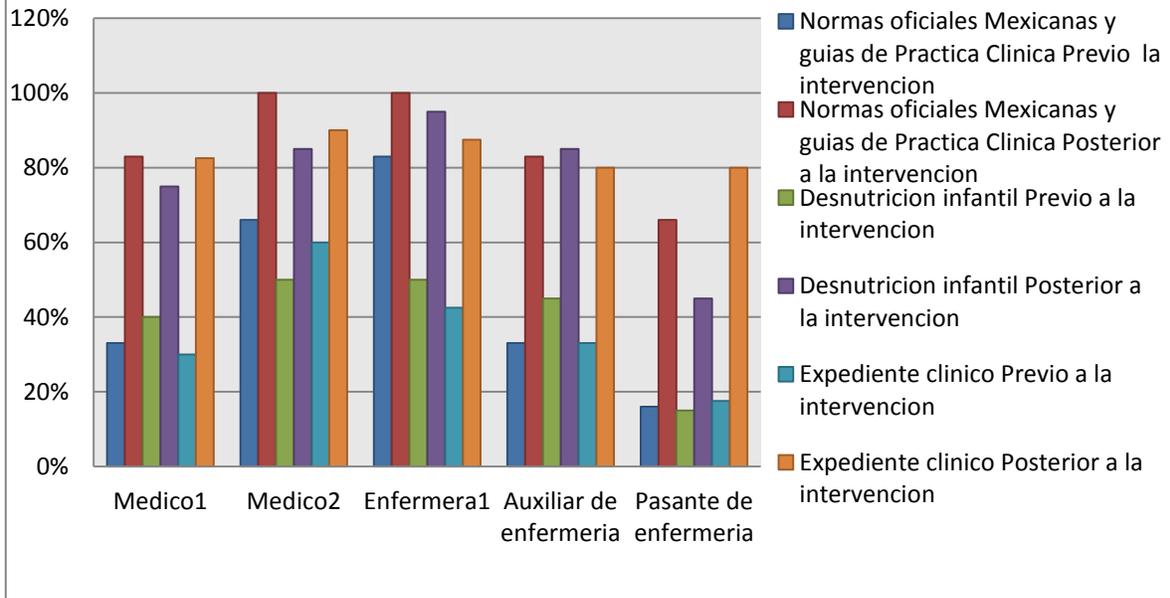


Fig. 1 .Aprovechamiento del personal de salud

Padres o tutores

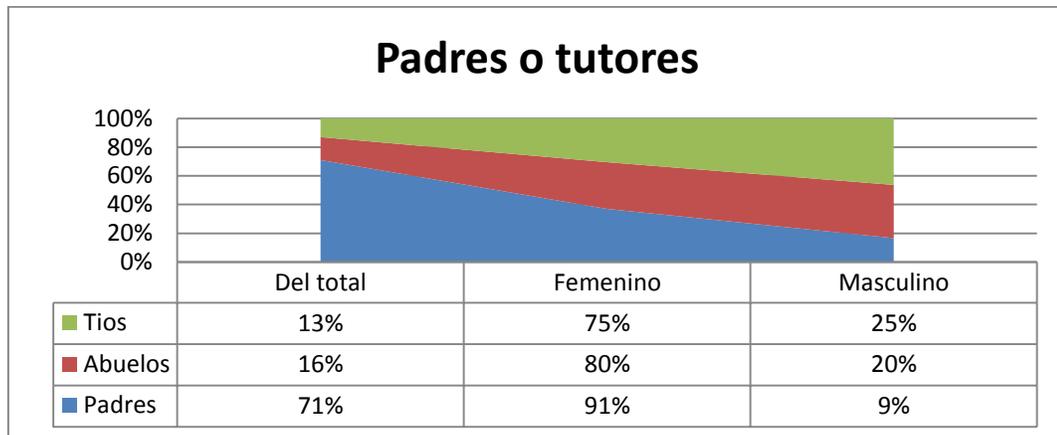


Fig. 2 Proporción de los padres o tutores

Con respecto al cuestionario pre intervención educativa (Anexo 4) se puede observar que muchos de los padres o tutores de los niños menores de 5 años con desnutrición presentaron desconocimiento en al menos 28.5% de los cuestionamientos básicos que se les cuestiono tales como el peso de los niños al nacer, el tiempo de recibir lactancia materna o sobre el esquema de vacunación de los menores por mencionar algunos, sin

embargo posterior a la intervención educativa se observa que el número de cuestionamientos básicos que desconocieron se redujo a 19.3%

El 71% de los participantes fueron los padres de estos menores donde el 91% fueron mujeres, es decir las madres de los niños con algún grado de desnutrición. El 50% de ellos tenían entre 18 y 27 años, el 9.1% entre 28 y 47 años y el 40.9 % restante fueron adolescentes entre 13 a 17 años. El 16.1% de los participantes fueron los abuelos de estos menores donde el 80% fueron del sexo femenino. El 60% de ellos tuvieron entre 28 y 47 años de edad y el 40% entre 48 y 60 años de edad. El 13% restante de los participantes fueron los tíos de estos menores donde el 75% fueron del sexo femenino. El 50% de ellos tuvieron entre 28 y 47 años y el otro 50% entre 48 y 60 años de edad.

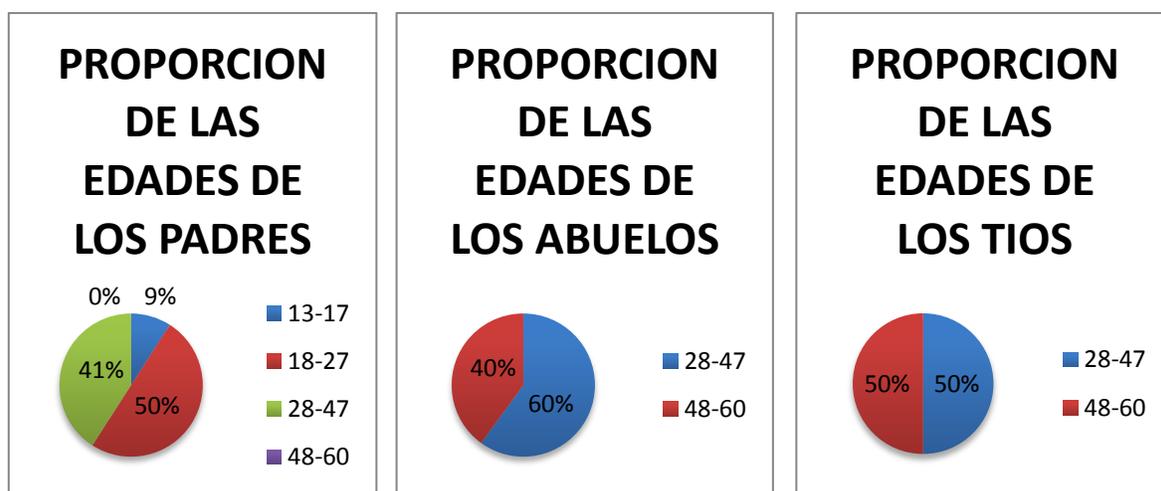
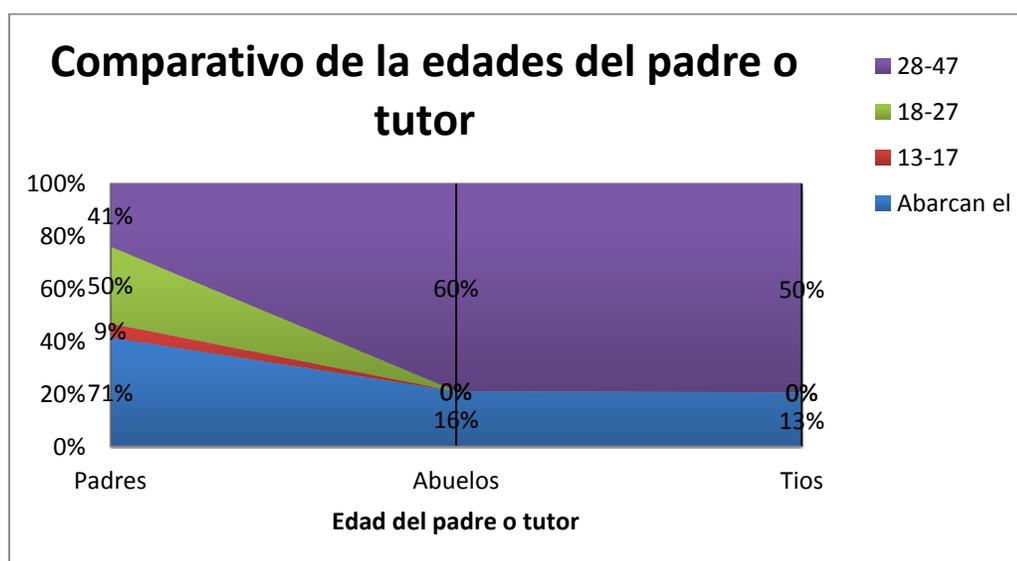


Fig 3. Proporción de edades de los padres o tutores

Entre los participantes el nivel de escolaridad predominante fue el de primaria completa con un 48.39%, un 12% de secundaria completa y un 12.9% que sólo sabían leer y escribir como grado máximo de estudios. El 70.97% de todos los participantes eran casados, el 6.4% viudas, el 6.4% de las mujeres eran separadas y el 16.13% vivían en unión libre con sus parejas. Es importante mencionar que ninguno de los participantes contó con seguridad social pero sí fueron beneficiarios de algún programa social. El 12.9% contó con el programa Prospera, el 58% contó con Prospera y Seguro Popular y el 29% contó únicamente con Seguro Popular.

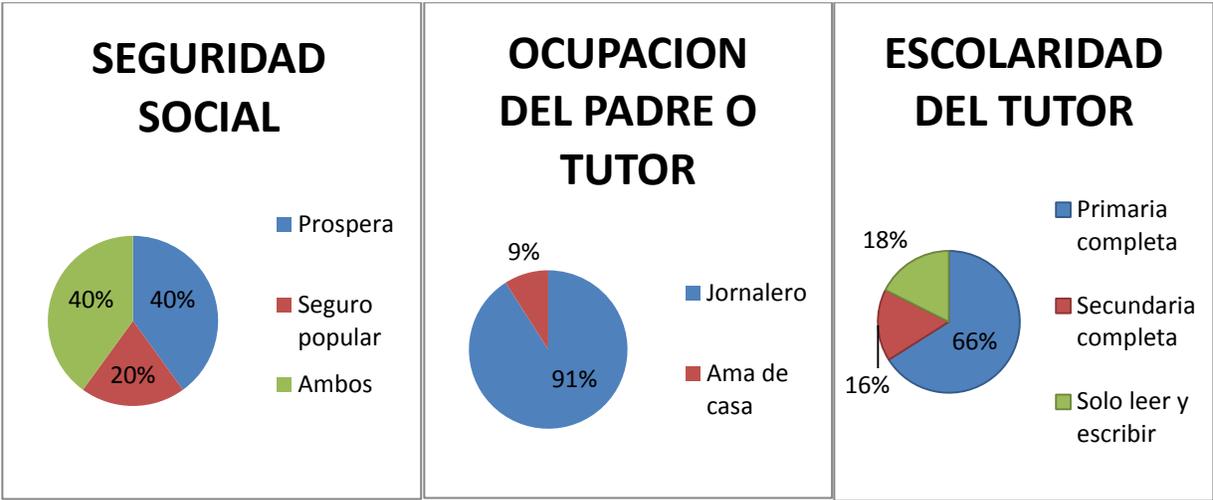


Fig. 4 Proporción de seguridad social, ocupación y escolaridades de los padres o tutores

Como se había mencionado previamente, la localidades de carácter agrícola, siendo el tipo de ocupación predominante la de ser jornalero en el campo en un 64.5% independientemente de la edad de los participantes ya que tanto adolescentes entre 13 y 17 años como tutores entre los 48 y 60 años ejercen esta actividad, mientras que solamente un 6.4 de las mujeres participantes se dedican a las labores del hogar como única actividad principal. En el cuestionario (Anexo 4) aplicado pre intervención educativa, el 12.9% desconocieron la edad cumplida del menor con algún grado con desnutrición, sin embargo post intervención educativa la edad fue registrada correctamente.

El 38% de los menores con algún grado de desnutrición se encontró en el intervalo 1 año con 1 mes a 2 años, el 29% de 6 meses a 1 año, el 19.4% de 2 años con 1 mes a 3 años y el 12.9% de 3 años con 1 mes a 4 años.

El 48.3% de los participantes desconocieron el peso de los niños al nacer, el 12.9% de los niños tuvieron un peso menor a los 2500g., el 32.3% de 2,500gr. a 3,000gr .y sólo el 6.45% tuvieron un peso mayor de 3000gr. según lo registraron en los cuestionarios.

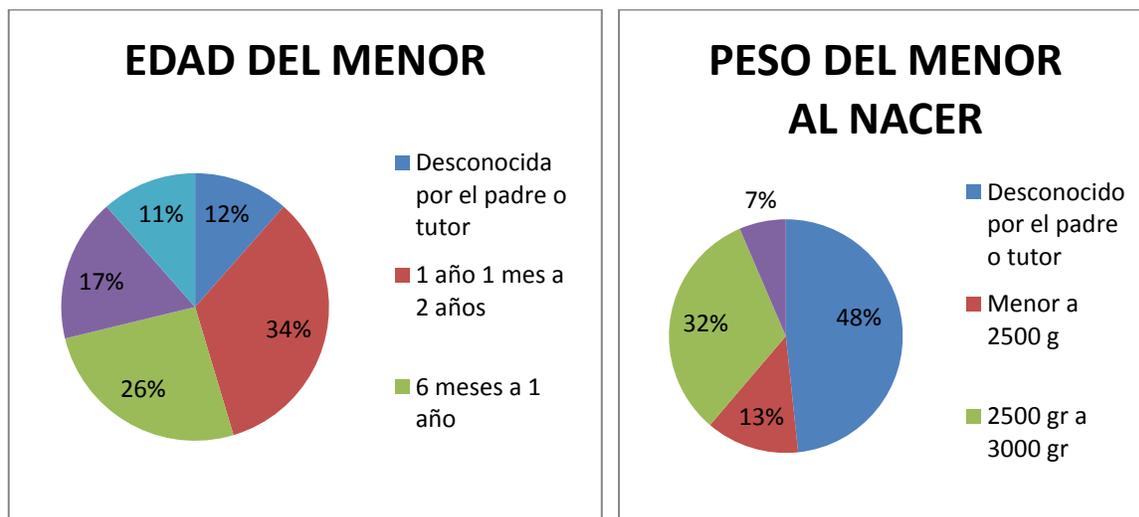


Fig 5. Proporción de la edad de los menores y del peso al nacer

El 12.9% de estos menores con algún grado de desnutrición no recibieron leche materna y el 87% si la tomaron, sin embargo el 70.37% de ellos no la tomaron de forma exclusiva al menos los primeros 6 meses de edad.

Los padres o tutores de estos menores refirieron que el 70.97% de estos menores presentaron enfermedades o infecciones respiratorias, intestinales o de vías urinarias al menos 2 o 3 veces en un período 2 meses, un 22.6% las presentaron las presentaron 2 o 3 veces en un período de 6 meses y sólo el 6.45% de ellos las presentaron 2 o 3 veces en un período de 30 días.

Con respecto a la presencia de alteraciones anatómicas y/o neurológicas que dificulten la alimentación de estos menores, el 80% de los padres o tutores negaron su presencia y el 20% restante desconocían la presencia o no de estas antes de la intervención educativa, sin embargo posterior a esta el 100% de ellos refirieron no existir ninguna de estas patologías. El 29% de los menores han presentado pérdidas frecuentes de peso

según lo refieren los padres o tutores, el 16% niegan estas pérdidas de peso y el 54.38% desconocen si las han presentado o no, sin embargo el 80% refieren que los menores frecuentemente no tienen hambre o no piden de comer. Debido al desabasto de medicamentos e insumos tal como lo refieren en las observaciones, no se ha logrado la desparasitación intestinal en al menos 6 meses en un 74.20% de los menores y sólo el 25% de ellos sí fueron desparasitados, es por tanto que a su vez refieren que el 61.3% de los menores no les han dado suplementación con hierro en las vitaminas y minerales y sólo 38.7% si han recibido esta suplementación, en su mayoría son a los niños que son beneficiarios del programa de Prospera.

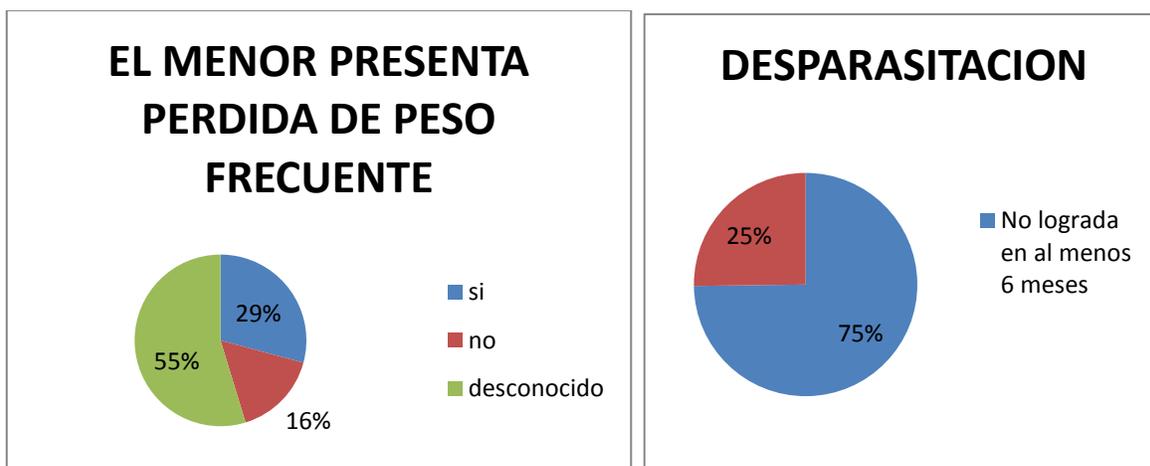


Fig. 6 Proporción de pérdida de peso de los menores y de la desparasitación

En cuanto al esquema de vacunación completo hasta ese momento, el 45% de los menores sí lo tenían y al 17% de ellos les hacía falta 1 o 2 vacunas según lo refieren ya que hay desabasto en el Centro de Salud de la localidad. Sólo el 35% de los padres o tutores refieren que sí llevan a los menores de 5 años con algún grado desnutrición a control nutricional a su unidad de salud y el 71% de ellos no los llevan y según refieren en las sesiones de capacitación, no los llevaban a ninguna otra unidad de salud y pese a esta situación, el personal de salud de su localidad no ha realizado en un 90.3% las visitas domiciliarias cuando los niños no son llevados a recibir su cita de control nutricional, de lo cual el personal de salud refiere que por falta de tiempo y no de interés no pueden realizar dicha actividad.

Los niños que reciben papillas o suplementos alimenticios, las reciben de manera oportuna en un 40% ya que no siempre los hay en existencia en la unidad de salud y el 29% refieren que nunca los han recibido, hacen alusión a que la dotación de estas se

asocia a ser o no beneficiarios del programa de Oportunidades, aunque el personal de Salud refiere en las sesiones de capacitación que la razón de que no se les otorgue la dotación de estas es debido a la falta de asistencia a la unidad de salud a control nutricional.

El 84% de los padres o tutores refieren que cuando han acudido al Centro de Salud, sí han pesado y medido la estatura de los niños, sin embargo sólo el 21% refiere que le han informado sobre el estado nutricional de los menores explicándoles el cómo se encuentran en cuanto a su peso y estatura y sólo el 26% refiere que alguna vez le han informado que existen complicaciones como consecuencia de la desnutrición.

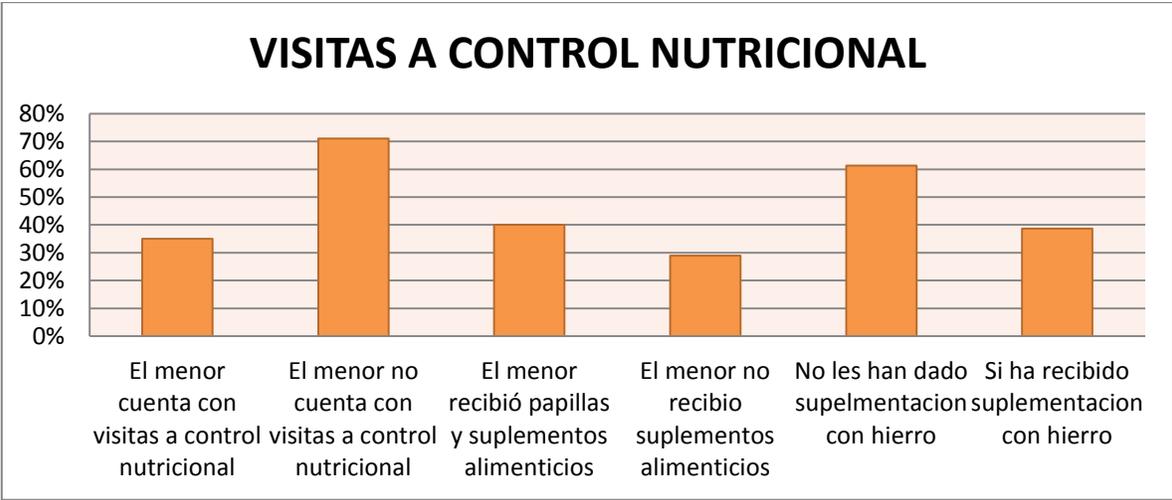
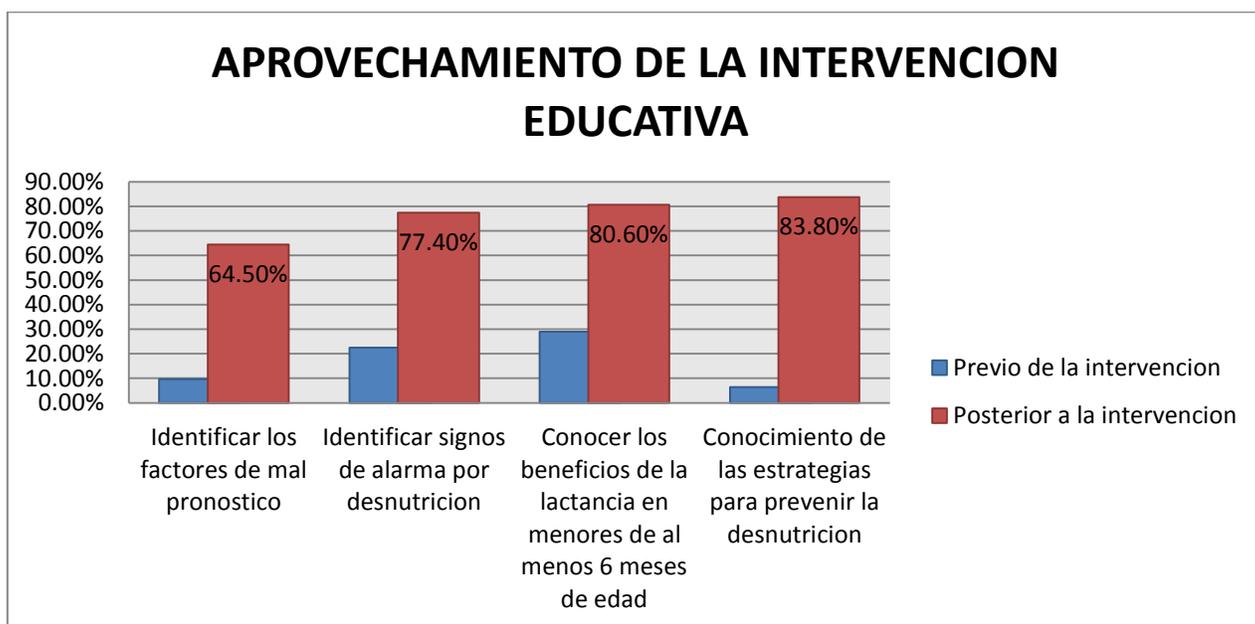


Fig. 7 Proporción de Visitas a control nutricional

Como parte evidente de la inadecuada ejecución del programa de Control nutricional se observa que el 100% de los padres o tutores de estos menores refieren que nunca habían recibido alguna capacitación por parte de algún Nutriólogo o talleres de nutrición así como el 100% de ellos nunca han sido referidos a un hospital de segundo nivel de atención para su control nutricional pese a que tuvieran más de 6 meses sin lograr mejorar su estado nutricional. Los padres o tutores estuvieron muy participativos en las sesiones de capacitación refiriendo que anteriormente no se les había capacitado sobre la importancia de la recuperación nutricia de los menores con algún grado de desnutrición con el fin de prevenir complicaciones y con énfasis en las actividades que deben de realizar por parte de la unidad de salud para favorecer el adecuado control nutricional.

Posterior a la intervención educativa también se aplicó el cuestionario (Anexo 5) a los padres o tutores de estos menores donde a través de sus respuestas, se reflejan los conocimientos adquiridos y el interés puesto en el control nutricional y la recuperación nutricia de los menores de 5 años con algún grado de desnutrición, teniendo que antes de la intervención educativa los padres que sabían identificar cuáles eran los factores de mal pronóstico fueron solo el 9.6% de todos los participantes Respecto a la lactancia materna se logró concientizar y sensibilizar a la población a cerca de su importancia y el efectivo positivo que logra en los menores de al menos 6 meses de edad y la manera y los tiempos en que se puede iniciar la ablactación, de tal manera que en antes de la intervención educativa había un desconocimiento general en un 71% de los participantes y posterior a la intervención se logró que el 80.6% de los padres adquirieran estos conocimientos, lo cual se reflejó además en cuanto a la Orientación alimentaria donde se obtuvo una gran participación de los padres y tutores haciéndose evidente en 74.2% de los participantes .Los padres o tutores de los menores con 5 años con algún grado desnutrición a través de la intervención educativa adquirieron los conocimientos sobre las estrategias para prevenir la desnutrición en un 83.8% tales como lo son la desparasitación intestinal periódica dos veces al año, vacunación universal, saneamiento ambiental y el fomentar la atención médica del niño sano para vigilar su crecimiento y desarrollo entre otras, ya que anteriormente sólo las conocían de manera integral un 6.4% de los participantes.



X. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de las dificultades para hallar una definición universalmente aceptada, el concepto de Calidad de la Atención en Salud está vinculado a la satisfacción de las necesidades y exigencias del paciente individual, de su entorno familiar y de la sociedad como una totalidad. Se basa en la organización de un cambio cuyo objetivo es lograr niveles de excelencia en las prestaciones eliminando errores y mejorando el rendimiento de las instituciones ⁽²⁵⁾. Por lo cual el grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios, equilibrio que en la localidad de El Platanal no se ha logrado, reflejándose en el descontrol nutricional de los menores de 5 años de edad en al menos 5 años de análisis.

El mejor comienzo en la vida es fundamental en los primeros años del niño, no solamente para su supervivencia sino también para su desarrollo físico, intelectual y emocional. Por ello, estas privaciones ponen enormemente en peligro la capacidad del niño para alcanzar su pleno potencial, un factor que contribuye a potenciar el ciclo de pobreza en que vive la sociedad ⁽¹⁹⁾.

La educación en nutrición y las prácticas saludables son factores decisivos para la salud de los niños, es necesario complementar esfuerzos que conduzcan a mejorar la salud de la población en general, lo cual requiere un trabajo multidisciplinario y la participación activa de la sociedad. Es evidente que una unidad de salud no puede funcionar adecuadamente sin la supervisión y asesoría por parte de las autoridades jurisdiccionales, quienes deben de tener equipos de trabajo comprometidos en la actualización y formación del personal de salud que labora en las unidades de salud, así como también del personal que está al frente de los programas de salud, quienes a su vez deben de contar con los conocimientos necesarios para ser capaces de analizar los informes de las unidades de salud y tomar decisiones para el mejoramiento de la salud de la población.

Existe una falta de análisis de los informes generados por la unidad de salud, ya que se observó claramente que hay un subregistro de información con variaciones evidentes entre cada mes y por parte de los encargados de los programas a nivel jurisdiccional no se comprobó la veracidad de dichos registros y a pesar de que en al menos cinco años la desnutrición ocupó la tercera causa de morbilidad, no se ejecutaron acciones específicas supervisadas para lograr la recuperación nutricia. Entre el personal de salud una limitante en la atención integral de los menores es además del desconocimiento en general de la normatividad, es el poco tiempo de consulta y el gran número de pacientes para sólo dos médicos encargados de atender a toda la población demandante aunada de la población que no demanda los servicios por ejemplo en las visitas domiciliarias que tendrían que cubrir de todos los pacientes que por adecuado seguimiento y conforme lo marcan los diferentes programas de salud tienen que visitar.

Además de la participación activa de los padres o tutores de estos menores, es fundamental que los profesionales de salud de la localidad y de la jurisdicción sanitaria a la que pertenecen, estén sensibilizados y concientizados de las complicaciones de la desnutrición a corto y a largo plazo y se involucren más en la ejecución de las estrategias para el fortalecimiento del estado de salud de la población reconociendo la necesidad de un trabajo inter y multidisciplinario para lograr los cambios de actitud esperados que promuevan y faciliten estados de salud óptimos en los niños.

La desnutrición infantil es un grave problema de salud de gran preocupación Nacional e Internacional y por lo cual se han creado programas sociales con múltiples estrategias para su erradicación, sin embargo se debe tener muy presente que la familia y su entorno son factores muy importantes que pueden afectar o contribuir al mejoramiento del estado de salud de los niños, ya que de no modificar los hábitos alimentarios hacia unos más saludables difícilmente se logrará la recuperación nutricia de los niños y más aún, los niños que actualmente se encuentren con factores de riesgo para la desnutrición, podrán verse afectados y caer en desnutrición.

De acuerdo a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, existe evidencia sobre intervenciones específicas de alta efectividad para la prevención de la

desnutrición. Sin embargo estas intervenciones específicas son insuficientes para la erradicación de la desnutrición en ausencia de políticas que incidan en las causas básicas y subyacentes ⁽²²⁾ y que logren mayor efectividad en la disminución de la desnutrición en los sectores más vulnerables ⁽²¹⁾. Después de la intervención educativa el personal de salud reforzó los conocimientos que tenían sobre la desnutrición infantil y proporcionaron una atención integral no sólo a los niños con algún grado de desnutrición sino también al resto de la población haciéndolo evidente en el registro del expediente clínico. Los padres o tutores adquirieron los conocimientos y habilidades sobre las estrategias para evitar la desnutrición y también se informaron sobre los servicios de salud que se deben de ofrecer en la unidad de salud de tal modo que puedan identificar por si mismos la presencia o no de alguna alteración en el estado nutricional de los menores, coadyuvar a la prevención de enfermedades y de evitar complicaciones al tratar oportunamente los padecimientos. Aun cuando se han implementado estrategias e intentado diversas intervenciones educativas, como es el caso del presente trabajo, éstas siguen siendo insuficientes para controlar el grave problema de la salud pública ⁽²²⁾.

Para que un programa de salud encaminado a erradicar la desnutrición sea efectivo, es necesario además de llevar a cabo estrategias de educación combinarlas con alimentación complementaria fortificada con múltiples micronutrientes siendo un ejemplo de esto el “Programa Familias en Acción”, ejecutado en Colombia, el cual es similar al de Progresá, incrementando en 0.44 cm la altura de los niños de 0-12 meses y la “Red de Protección Social” en Nicaragua reduciendo la prevalencia de la desnutrición de 41.9% a 37.1% en 2 años ⁽²¹⁾. Entre 1999 y 2006 México registró los mayores logros en mejoría del estado nutricional de los casi 25 años estudiados. Durante ese periodo se registró una disminución sostenida e ininterrumpida de la pobreza, además de la aplicación de inversiones específicas de probada eficacia y utilizando las mejores prácticas, como el Programa Oportunidades ahora Prospera, para la prevención de la desnutrición, que aunque efectivos, tienen limitaciones debido a las condiciones estructurales, particularmente la pobreza y la falta de servicios sanitarios, de dotación de agua y de servicios de salud preventivos y curativos accesibles a la población vulnerable, la más pobre ⁽¹⁴⁾.

Como en muchas otras zonas rurales, en la localidad de El Platanal existen necesidades básicas no satisfechas en los niños, donde prácticamente las autoridades les dejan la responsabilidad a los padres o tutores culpabilizándolos del deterioro de la salud y se olvidan de las precarias condiciones económicas generadas por las pocas posibilidades de empleo o por los mal remunerados de estos, dejando atrás el saber que todos estos factores conlleva a la desnutrición como una enfermedad multicausal y que no abarca sólo procesos individuales si no también sociales que perjudican a toda la población.

La educación en salud debe de ser un proceso dinámico y continuo en la localidad porque si bien es cierto que la atención otorgada por el personal de salud fue un factor contribuyente en no lograr la recuperación nutricional de los niños, ya fuese por desconocimiento o por actitud, ahora al encontrarse capacitados y sensibilizados en un adecuado control nutricional no serán suficientes sus esfuerzos si no existe por lo menos un esfuerzo compartido de los padres o tutores de estos niños, los de las autoridades de las escuelas locales, las autoridades civiles locales y municipales para el saneamiento básico y en general de toda la población para recuperar y mantener su salud. Este trabajo puede servir de base para la planeación y mejora de futuras intervenciones educativas, que continúen con el mismo objetivo de lograr la recuperación nutricia, mantenerla y el evitar la desnutrición en la población infantil de la localidad y que incluyan la evaluación de su impacto sobre el estado nutricional de la población.

XI. RECOMENDACIONES

Si se concibe a la desnutrición como una enfermedad multicausal y se abordan esas causas en lo mayor posible con el esfuerzo y cooperación multidisciplinaria habrá mayor efectividad en la recuperación nutricia de los menores; para lo cual es necesario el fortalecer y evaluar la ejecución de las intervenciones de los programas de salud y la capacitación de los profesionales de la salud, que deberán ser enfocadas en el desarrollo de competencias que logren desarrollar los conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que le permitan al individuo desempeñar las intervenciones según el estándar apropiado conduciéndose con liderazgo, conocimientos necesarios, ética profesional y en algunos casos, manejo de la diversidad cultural ⁽²³⁾.

Para la adecuada ejecución de los programas de salud de la infancia deberá de realizarse con un mejor análisis de los sistemas de información así como el fortalecimiento del compromiso de los tomadores de decisiones de alto nivel con el fin de generar la sustentabilidad de las acciones cuando así se requiera.

Es importante tener en cuenta que para lograr la recuperación nutricia en los niños de la localidad se deben de realizar al menos 4 acciones básicas:

1. **Recuperación Nutricional:** Proceso que se desarrolla mediante acciones de control antropométrico, chequeos médicos, vigilancia efectiva del control nutricional, entrega de medicamento para tratamiento de enfermedades prevalentes y control de parásitos.
2. **Educación Nutricional:** En esta etapa se desarrollan talleres y charlas de formación nutricional con los padres o tutores, además de atender bajo este enfoque a mujeres embarazadas y lactantes con el fin de romper el círculo vicioso de la desnutrición.
3. **Hogares Saludables:** Se deben de brindar las herramientas necesarias para que las familias construyan un ambiente sano, óptimo para el desarrollo de los infantes. En este proceso se deben de realizar visitas domiciliarias para monitorear las buenas prácticas ⁽²⁴⁾.

4. Involucrar en el saneamiento, prevención y promoción de salud a las autoridades escolares, la Iglesia y a las autoridades civiles locales y municipales.

La intervención educativa se tiene que implementar a mayor escala y aplicarla al resto de la población considerada como “sana” ya que es evidente que al existir desconocimiento previo a este estudio por parte de los padres o tutores y por parte del personal de salud en cuanto a desnutrición, a muchos niños no se les brindó una atención integral y probablemente no se les diagnóstico adecuadamente sin la identificación de los factores de mal pronóstico para la desnutrición y reforzando acciones de prevención y promoción de la salud.

Se deberá fortalecer la calidad de la intervención educativa incrementando el tiempo y el período de las capacitaciones y talleres, haciéndolas más prácticas y comprensible para los padres o tutores y quizás involucrando a la población a participar en ellas compartiendo experiencias propias en el manejo de la desnutrición y la recuperación nutricia.

XII. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es difícil trabajar con los padres o tutores de estos menores porque acuden a laborar en el campo para sobrellevar las necesidades básicas de su hogar, sin embargo a través de las sesiones se les brindó la información básica que desconocían y se les instruyó en las estrategias sencillas para la recuperación nutricia de los menores, haciéndoles de su conocimiento que muchos de los niños tenían meses sin lograr la recuperación nutricia, lo cual no estaban logrando por ellos mismos porque hacía falta la colaboración tanto del personal de salud como de ellos mismos en el hogar, lo cual fue difícil de hacerles entender y lograr su participación en la intervención educativa ya que como los niños tenían meses en estado de desnutrición y desconocían la magnitud de la enfermedad, les era de algún modo práctico y cómodo continuar en ignorancia.

A pesar de la buena disposición mostrada por parte de los padres o tutores de los menores de 5 años para mejorar el estado de salud de los infantes, debido a cuestiones culturales no aceptan del todo bien los micronutrientes otorgados por el programa Prospera y tienen el hábito de utilizarlo para alimentar a los animales de granja que tienen en sus hogares o a repartir los suplementos alimenticios entre el resto de los hijos siendo el caso de las papillas tanto de las mujeres que se encuentran en lactancia como el de los niños, por lo cual fue difícil el concientizarlos de modificar estas acciones y que permanecieran participando en las sesiones de capacitación.

Las mujeres ocupan un papel primordial en la localidad ya que tienen que acudir a laborar en el campo para contribuir al gasto familiar y además ser las responsables de la preparación y otorgamiento de los alimentos, lo cual limita también el brindarles una capacitación y asesoría ya que muchas veces dejan el cuidado de los hijos en algún familiar y no acuden cuando se les solicita para participar en capacitaciones y talleres.

La falta de insumos es una razón importante por la cual los residentes de la localidad no acuden a la unidad de salud contribuyendo además a que disminuya la calidad de la atención otorgada, siendo así que fue difícil el hacer el contacto y lograr aceptar la invitación en participar en el estudio debido a que existía una apatía hacia el sector salud.

XII. BIBLIOGRAFIA.

1. Secretaria de Salud. Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia. México DF 2010. Disponible en: http://www.censia.salud.gob.mx/contenidos/principal/interm_principal.html
2. Programas que se realizan en la pasantía rural. Programa de recuperación nutricional. Disponible en: <http://www.fm.unt.edu.ar/ds/Dependencias/UnidadPracticaFinal/pasantias/tucuman/tran-cas/ProgRECUPERACIN%20NUTRICIONAL.htm>
- 3 Elisa Jimena González Castañeda. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, Convenio Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja 2014. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/44410/1/40040158.2014.pdf>
4. Secretaria de Salud de Michoacán. Departamento de Estadística. Notificación de casos nuevos de enfermedades SUIVE.
5. Organización Mundial de la Salud. La Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, Abordando los Desafíos de Salud Mundial a través de una Nutrición Mejorada. 19 de junio 2012. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/media/press/2012/20120619_articula_sobre_g20_ifrenk/es/
6. Organización Mundial de la Salud. 10 datos sobre la nutrición. Febrero de 2012. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/nutrition/es/>
7. EROSKI Consumer. Cinco estrategias para combatir la desnutrición infantil. Azucena García. 29 de mayo de 2012. Disponible en: http://www.consumer.es/web/es/solidaridad/proyectos_y_campanas/2012/05/29/209935.php
8. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Michoacán. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/Michoacan-OCT.pdf>
9. Proyección de Población CONAPO 2013
10. Rivera JA y col. Prevención de la desnutrición de la madre y el niño: el componente de nutrición de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s3/a04v53s3.pdf>

11 UNICEF. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. Wendy Wisbaum. Noviembre 2011. Disponible en: <https://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

12. Secretaría de Salud y Bienestar Social. Subdirección de Epidemiología. Programa de Atención a la Salud de la Infancia y Adolescencia Colima, México 09 de Julio de 2012. Disponible en: <http://www.colima-estado.gob.mx/transparencia/archivos/actividades-basicas-programas-subdireccion-epidemiologia.pdf>

13. Diagnóstico Integral de Salud de la Localidad de El Platanal, Michoacán, 2014.

14. Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepúlveda-Amor J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006. Disponible: <http://ensanut.insp.mx/informes/ensanut2006.pdf>

14. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Publicación en el Diario Oficial de la Federación el 22 de septiembre de 1999. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/031ssa29.html>

15. Secretaría de Salud. Proyecto de Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-007-SSA2-2010, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido. Publicación en el Diario Oficial de la Federación el 6 de enero de 1995. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle_popup.php?codigo=5276550

16. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, Para la vigilancia epidemiológica. Publicación en el Diario Oficial de la Federación el 8 de agosto de 2012, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013

17. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA2-1999, Para la atención a la salud del niño. Publicación en el Diario Oficial de la Federación el 9 de junio de 2000, Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012

18. Secretaría de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-036-SSA2-2012, Prevención y control de enfermedades. Aplicación de vacunas, toxoides, faboterápicos (sueros) e inmunoglobulinas en el humano. Publicación en el Diario Oficial de la Federación el 28 de febrero de 2012. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5270654&fecha=28/09/2012

19 Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. Catálogo Maestro SSA-119-08 Guías de Práctica Clínica. Disponible en:http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/119_GPC_DESNUTRICION_MENOR/SSA_119_08_EyR_DESNUTRICION_MENOR.pdf

20. Catálogo Maestro de Guía de Práctica Clínica: SSA-119-08. Gobierno Federal. Guía de Referencia Rápida. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Desnutrición en menores de 5 años en el primer nivel de atención. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/catalogomaestro/119_GPC_DESNUTRICION_MENOR/Ssa_119_08_grr_desnutricion_menor.pdf

21. Instituto Nacional de Salud Pública. Centro de Investigación en Nutrición y Salud. Estudio de magnitud de la desnutrición infantil, determinantes y efectos de los programas de desarrollo social 2007-2012. Cuernavaca, Morelos. 1ro de octubre de 2012. Disponible en: http://www.20062012.sedesol.gob.mx/work/models/SEDESOL/EvaluacionProgramasSociales/Otros_Estudios/INSP2012Estudio_Desnutricion.pdf

22. Centro de Investigación en Nutrición y Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México 2012. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Evidencia para la política pública en salud. Desnutrición en México: intervenciones hacia su erradicación. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/Desnutricion.pdf>

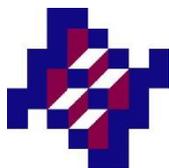
23. Prevención de la desnutrición de la madre y el niño: el componente de nutrición de la Iniciativa Salud Mesoamérica 2015. Salud Pública Méx 2011; Vol. 53(3):303-3011. Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo_e4.php?id=002644

24. Primeros pasos, Recuperación Nutricional. Guatemala 2012. Disponible en: <http://www.primerospasos.org/nutritional-recuperation/?lang=es>

25. Nelida Fernández Busso. Fascículo N0. 1, Programa de Educación a Distancia "Nuevas formas de Organización y Financiación de la salud. Disponible en: <http://www.ama-med.org.ar/images/uploads/files/Capitulo%25208.pdf> **CAPÍTULO 8. DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD. Art. 117**

XIII. ANEXOS

Anexo 1: Carta de Consentimiento Informado para Tutores.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE CONSENTIMIENTO

Título de proyecto: EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES SOBRE EL ADECUADO CONTROL NUTRICIONAL INFANTIL DE MENORES DE 5 AÑOS Y DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PLATANAL, MICHOACÁN.

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo: El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación, donde el objetivo es Identificar los conocimientos, actitudes y habilidades adquiridas sobre alimentación y vigilancia del estado de nutrición en menores de cinco años, a través de una intervención educativa dirigida a padres de familia y al personal del Centro de Salud de la localidad, en el período del 01 de Noviembre del 2014 a Mayo 2015.

Procedimientos: Si acepta participar en el estudio, le haremos una serie de preguntas de usted a cerca de la alimentación, estado de salud y del control y vigilancia de la desnutrición de los niños menores de 5 años. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 45 minutos. La información que usted nos proporcione será anónima y confidencial y sólo será utilizada para el estudio.

Beneficios: No habrá un beneficio directo por su participación en el estudio, pero con su colaboración estará participando con el Instituto Nacional de Salud Pública para identificar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años con desnutrición y la relación que guarda el personal de salud de su localidad en su control y vigilancia.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán presentados de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: No hay riesgos potenciales por su participación en este estudio. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incomodo(a), tiene el

derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, pero tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera.

Responsables del Proyecto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio, Mtra. Rosaura Atrisco Olivos. Si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Si acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio: Evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades sobre el adecuado control nutricional infantil de menores de 5 años y del personal de salud en El Platanal, Michoacán.

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre completo del participante: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre completo del testigo 1: _____

Dirección: _____

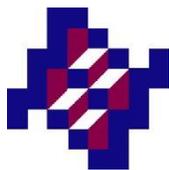
Fecha: _____ Firma: _____

Nombre completo del testigo 2: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Anexo 2: Carta de Consentimiento Informado para Personal de Salud.



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA CARTA DE CONSENTIMIENTO

Título de proyecto: EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y HABILIDADES SOBRE EL ADECUADO CONTROL NUTRICIONAL INFANTIL DE MENORES DE 5 AÑOS Y DEL PERSONAL DE SALUD EN EL PLATANAL, MICHOACÁN.

Estimado(a) Señor/Señora:

Introducción/Objetivo: El Instituto Nacional de Salud Pública está realizando un proyecto de investigación, donde el objetivo es Identificar los conocimientos, actitudes y habilidades adquiridas sobre alimentación y vigilancia del estado de nutrición en menores de cinco años, a través de una intervención educativa dirigida a padres de familia y al personal del Centro de Salud de la localidad, en el período del 01 de Noviembre del 2014 a Mayo 2015.

Procedimientos: Si acepta participar en el estudio, le haremos una serie de preguntas de usted a cerca de la alimentación, estado de salud y del control y vigilancia de la desnutrición de los niños menores de 5 años. El cuestionario tendrá una duración aproximada de 45 minutos. La información que usted nos proporcione será anónima y confidencial y sólo será utilizada para el estudio.

Beneficios: No habrá un beneficio directo por su participación en el estudio, pero con su colaboración estará participando con el Instituto Nacional de Salud Pública para identificar las condiciones de salud de los niños menores de 5 años con desnutrición y la relación que guarda el personal de salud de la localidad en su control y vigilancia.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione para el estudio será de carácter estrictamente confidencial, será utilizada únicamente por el equipo de investigación del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado(a) con un número y no con su nombre. Los resultados de este estudio serán presentados de tal manera que no podrá ser identificado(a).

Riesgos Potenciales/Compensación: No hay riesgos potenciales por su participación en este estudio. Si alguna de las preguntas le hicieran sentir incomodo(a), tiene el derecho de no responderla. Usted no recibirá ningún pago por participar en el estudio, pero tampoco implicará algún costo para usted.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera.

Responsables del Proyecto: Si usted tiene alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al proyecto le vamos a dejar una tarjeta con la información de el/la investigador(a) responsable del estudio, Mtra. Rosaura Atrisco Olivos. Si tiene preguntas generales relacionadas con sus derechos como participante en un estudio de investigación le dejamos los datos de la Presidente del Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Salud Pública.

Si acepta participar en el estudio, le entregaremos una copia de este documento que le pedimos sea tan amable de firmar.

Consentimiento para su participación en el estudio: Evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades sobre el adecuado control nutricional infantil de menores de 5 años y del personal de salud en El Platanal, Michoacán.

Su firma indica su aceptación para participar voluntariamente en el presente estudio.

Nombre completo del participante: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre completo del testigo 1: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre completo del testigo 2: _____

Dirección: _____

Fecha: _____ Firma: _____

ANEXO 3: TARJETA CON DATOS DE CONTACTO PARA EL PARTICIPANTE



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Título del proyecto: Evaluación de conocimientos, actitudes y habilidades sobre el adecuado control nutricional infantil de menores de 5 años y del personal de salud en El Platanal, Michoacán.

Agradecemos mucho su participación.

En caso de que usted tenga alguna duda, o comentario respecto al estudio, favor de comunicarse con el/la investigador(a) responsable del proyecto Mtra. Rosaura Atrisco Olivos al tel. 01(777) 3 29 30 00, ext. 1478 de 8 am a 5 pm, o escribirle a la siguiente dirección de correo electrónico: atrisoli@insp.mx.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta de la Comisión de Ética de este Instituto, Mtra. Angélica Ángeles Llerenas, al teléfono: 01 (777) 329-30-00 extensión 7424 de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hrs. o si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo: etica@insp.mx

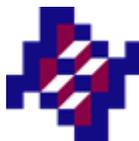
Fecha

_____/_____/_____

Día Mes Año

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatlán; Cuernavaca Morelos,
México

**ANEXO 4:
CUESTIONARIO 1**



**Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México**

Número de folio: _____ manzana/ageb: _____

Clave del entrevistador: _____

Fecha y hora: _____

Cuestionario dirigido a los padres o responsables de niños menores de 5 años que tengan algún grado de Desnutrición.

Objetivo del cuestionario: conocer los conocimientos, actitudes y habilidades sobre la alimentación y vigilancia del estado nutricional en los menores de 5 años con algún grado de desnutrición, que tienen los padres o tutores de estos niños.

La información que usted nos proporcione será anónima y confidencial y sólo será utilizada para el estudio.

Instrucciones: subraye o marque la respuesta que considera correcta y/o responda en caso de ser necesario.

1. ¿Cuál es el parentesco que tiene con el niño(a) menor de 5 años, con algún grado de desnutrición?	1. Madre o padre 2. Tío(a) 3. Abuelo (a) 4. Hermano (a) 5. Otro pariente consanguíneo 6. Otro pariente político 7. Sin parentesco
2. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	1. 13 a 17 años 2. 18 a 27 años 3. 28 a 47 años 4. 48 a 60 años 5. Más de 60 años
3. ¿Es hombre o mujer?	1. Hombre 2. Mujer
4. ¿Qué escolaridad tiene?	1. No sabe leer ni escribir 2. Sabe leer y escribir 3. Primaria 4. Secundaria 5. Bachillerato 6. Carrera técnica 7. Licenciatura 8. Postgrado
5. ¿Cuál es su estado civil?	1. Soltero (a) 2. Casado (a) 3. Unión libre 4. Viudo (a) 5. Separado(a) 6. Divorciado (a)
6. ¿Tiene alguna Derechohabencia o Seguridad Social?	1. Sí 2. No <u>PASE A LA PREGUNTA 8</u>

7. ¿Cuál es su tipo de Derechohabencia o Seguridad Social?	1. IMSS 2. ISSSTE 3. PEMEX 4. Otra. Especifique: _____
8. ¿Es usted beneficiario (a) de un programa de salud en su localidad?	1. Sí 2. No <u>PASE A LA PREGUNTA 10</u>
9. ¿Cuál es el tipo de programa de salud del que usted es beneficiario en su localidad?	1. Seguro Popular 2. Oportunidades 3. Seguro Popular y Oportunidades 4. Otro. Especifique: _____
10. ¿Cuál es su ocupación o a que se dedica?	1. Ama de casa / al hogar 2. Empleado(a) 3. Comerciante 4. Profesionista 5. Estudiante 6. Jornalero (a) en el campo 7. Ganadería 8. Otra. Especifique _____
11. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Qué edad cumplida tiene el niño?	1. Menor de 6 meses 2. De 6 meses a 1 año 3. De 1 año con 1 mes a 2 años 4. De 2 años con 1 mes a 3 años 5. De 3 años con 1 mes a 4 años 6. De 4 años con 1 mes a 5 años 7. No sabe
12. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Cuántos hermanos tiene?	1. De ninguno a 2 hermanos 2. De 3 a 4 hermanos 3. De 5 a 6 hermanos 4. Más de 6 hermanos 5. No sabe <u>PASE A LA PREGUNTA 14</u>
13. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Ha muerto algún hermano del niño?	1. Sí 2. No 3. No sabe
14. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Cuál fue el peso de su hijo(a) al nacer?	1. Menos de 2,500g. 2. De 2,500g. a 3,000g. 3. Más de 3,000g. 4. No sabe
15. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Tomo leche materna?	1. Sí 2. No <u>PASE A LA PREGUNTA 17</u>
16. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Cuánto tiempo le dieron leche materna exclusiva, es decir, sin darle más alimento y sólo darle la leche materna?	1. De Recién Nacido a 4 meses 2. De 5 meses a 8 meses 3. De 9 meses a 1 año 5. No sabe
17. ¿Hierve, hervía o cloraba los chupones y biberones del niño(s)?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. No uso/ usaba
18. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Ha presentado o presenta enfermedades o infecciones respiratorias, del estómago y/o de orina?	1. 2 o más veces durante un mes 2. 2 o 3 veces durante 2 meses 3. 2 o 3 veces en 6 meses 4. Nunca
19. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene	1. Sí

desnutrición, ¿Ha presentado o presenta enfermedades adquiridas desde su nacimiento en los riñones, hígado, pulmones, intestino y/o sistema inmune?	2. No 3. No sabe
20. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Ha presentado o presenta alteraciones anatómicas y/o neurológicas que dificulten la alimentación?	1. Sí 2. No 3. No sabe
21. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Ha tenido pérdida de peso frecuentemente?	1. Sí 2. No 3. No sabe
22. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿frecuentemente no tiene hambre o no pide de comer?	1. Si 2.No 3. No sabe
23. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Lo han desparasitado(a) en los últimos 6 meses?	1. Sí 2. No 3. No sabe
24. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Le han dado suplementación con hierro en las vitaminas y minerales?	1. Si 2.No 3. No sabe / No recuerda
25. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿le han dado gotitas de vitamina A durante las Semanas Nacionales de Vacunación?	1. Sí 2. No 3. No sabe / No recuerda
26. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿tiene el esquema de Vacunación al corriente, es decir, tiene todas sus vacunas hasta el momento?	1. Sí 2. No 3. No sabe
27. En el Centro de Salud de su localidad, ¿Lo atienden con calidez y calidad?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca
28. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Lo lleva a control nutricional para el control y tratamiento de la desnutrición del niño(a)?	1. Siempre <u>PASE A LA PREGUNTA 31</u> 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca
29. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, cuando por algún motivo no haya llevado al niño al Centro de Salud para su cita de control nutricional, ¿El personal de salud del Centro de Salud lo ha ido a buscar a su casa?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca 5. No sabe
30. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Le dan papillas o suplementos alimenticios?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca
31. ¿Qué importancia tiene la vigilancia de la nutrición de los niños?	1.Muy importante 2. Importante 3. No mucha 4. Ninguna
32. Cuando acude al Centro de salud a llevar a niño(s) menores de 5 años por cualquier motivo, ¿Le informan sobre el estado nutricional de ese niño(s)?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca 5. No sabe / No recuerda

33. Cuando acude al Centro de salud a llevar a niño(s) menores de 5 años por cualquier motivo, ¿Los pesan y miden su estatura?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca 5. No sabe / No recuerda
34. Cuando acude al Centro de salud a llevar a niño(s) menores de 5 años por cualquier motivo, ¿Le informan sobre cómo prevenir enfermedades o infecciones respiratorias y/o gastrointestinales?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca 5. No sabe / No recuerda
35. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, cuando lo lleva al Centro de Salud por cualquier motivo, ¿Le explican cómo se encuentra el niño(a) en cuanto a su peso y estatura?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca 5. No recuerda
36. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Lo han referido a un hospital de segundo nivel para su control nutricional?	1. Sí 2. No
37. ¿Algún nutriólogo le ha dado capacitaciones o talleres de nutrición?	1. Sí 2. No
38. En el Centro de Salud de su localidad, ¿Le han explicado y/o enseñado que alimentos deben de consumir todos los niños y a que edades?	1. Sí 2. No 3. No sabe / No recuerda
39. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Alguna vez ha estado en vías de recuperación, es decir que si ha alcanzado su peso ideal?	1. Si 2. No 5. No sabe / No recuerda
40. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Le han explicado y/o enseñado qué alimentos debe de consumir para mejorar su estado nutricional?	1. Sí 2. No
41. Con respecto al niño menor de 5 años que actualmente tiene desnutrición, ¿Le han explicado y/o enseñado qué complicaciones puede haber como consecuencia de la desnutrición?	1. Si 2. No
42. Cuando acude al Centro de salud a solicitar vitaminas y/o suplementos alimenticios, ¿se los proporcionan?	1. Siempre 2. Casi siempre 3. Nunca 4. Casi nunca

Observaciones: _____

ANEXO 5:
CUESTIONARIO 2



Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México

Número de folio: _____ manzana/ageb: _____

Clave del entrevistador: _____

Fecha y hora: _____

Cuestionario dirigido a los padres o responsables de niños menores de 5 años que tengan algún grado de Desnutrición.

Objetivo del cuestionario: conocer los conocimientos, actitudes y habilidades sobre la alimentación y vigilancia del estado nutricional en los menores de 5 años con algún grado de desnutrición, que tienen los padres o tutores de estos niños.

La información que usted nos proporcione será anónima y confidencial y sólo será utilizada para el estudio.

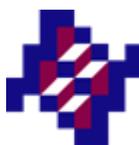
Instrucciones: subraye o marque la respuesta que considera correcta y/o responda en caso de ser necesario.

<p>1. En relación a la Desnutrición, marque verdadero o falso según corresponda.</p>	
<p>a) ser madre analfabeta menor de 17 años es un factor de mal pronóstico.</p>	<p>a) Verdadero / Falso</p>
<p>b) la parasitosis intestinal es un factor de mal pronóstico</p>	<p>b) Verdadero / Falso</p>
<p>c) la lactancia materna se debe ofrecer exclusivamente los primeros seis meses de</p>	
<p>d) la disminución frecuente de peso o pérdida de peso es un signo de alarma por desnutrición.</p>	<p>c) Verdadero / Falso</p>
<p>e) la presencia de patologías crónicas de base (inmunodeficiencias, renales, intestinales, hepáticas, pulmonares, etc.) no son factores de mal pronóstico.</p>	<p>d) Verdadero / Falso</p>
<p>f) la ablactación es la introducción de alimentos o líquidos diferentes a la leche y debe de realizarse a partir del sexto mes de edad,</p>	<p>e) e) Verdadero / Falso</p>
<p>g) la suplementación con hierro utilizando como vehículo vitaminas y minerales previenen la desnutrición</p>	<p>f) Verdadero / Falso</p>
<p>h) el saneamiento ambiental no contribuye a prevenir la desnutrición</p>	<p>g) Verdadero / Falso</p>
<p>i) fomentar la atención médica del niño sano para vigilar su crecimiento y desarrollo en forma periódica es una estrategia para prevenir la desnutrición</p>	<p>h) Verdadero / Falso</p>
<p>j) la desparasitación intestinal periódica dos veces al año, es una estrategia para prevenir la desnutrición.</p>	<p>i) Verdadero / Falso</p>
<p>k) la desnutrición es un estado patológico potencialmente reversible que se genera por el aporte insuficiente de nutrimentos, o por una alteración en su utilización por las células del organismo.</p>	<p>j) Verdadero / Falso</p>
<p>l) la desnutrición aguda es el trastorno de la nutrición que produce déficit del peso sin afectar la talla (peso bajo, talla normal).</p>	<p>k) Verdadero / Falso</p>
	<p>l) Verdadero / Falso</p>

m) Orientación alimentaria es el conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, sobre las características de los alimentos y la alimentación.	m) Verdadero / Falso

Observaciones: _____

**ANEXO 6:
CUESTIONARIO 3**



**Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México**

Número de folio: _____
Clave del entrevistador: _____
Fecha y hora: _____

Cuestionario dirigido al personal de Salud de la localidad de El Platanal que otorgue atención a los menores de 5 años con algún grado de desnutrición.

Objetivo del cuestionario: conocer los conocimientos, actitudes y habilidades sobre la alimentación y vigilancia del estado nutricional en los menores de 5 años con algún grado de desnutrición, que tiene el personal de salud que otorga atención a los preescolares.

La información que usted nos proporcione será anónima y confidencial y sólo será utilizada para el estudio.

Instrucciones: subraye o marque la respuesta que considera correcta y/o responda en caso de ser necesario.

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene usted?	1. 16 a 17 años 2. 18 a 24 años 3. 25 a 45 años 4. 45 a 60 años 5. Más de 60 años
2. ¿Es hombre o mujer?	1. Hombre 2. Mujer
3. ¿Qué escolaridad tiene?	1. Bachillerato 2. Carrera técnica 3. Licenciatura 4. Postgrado
4. ¿Ha sido ó es tutor de algún menor de 5 años?	1. No 2. Sí Especifique: _____
5. ¿Cuál es su código laboral en el Centro de Trabajo?	1. Pasante de Servicio Social de enfermería 2. Pasante de Servicio Social de Nutrición. 3. Pasante de Servicio Social de Medicina 4. Auxiliar de Enfermería 5. Licenciado(o) de Enfermería 6. Médico General 7. Otra. Especifique: _____

6. ¿Cuál es su antigüedad laboral en su Centro de Trabajo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 6 meses 2. De 6 meses a 11 meses 3. De 1 año a 2 años 4. De 2 años 1 mes a 5 años 5. más de 5 años 1 mes.
7. ¿Es usted residente de la localidad?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sí 2. No
8. ¿Es usted responsable de algún programa de salud que se maneje en su Centro de Trabajo?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Sí Especifique: _____
9. ¿Sabe cuál es la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Sí Especifique: _____
10. ¿Sabe cuál es la Norma Oficial Mexicana para la atención a la salud del niño?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Sí Especifique: _____
11. ¿Sabe cuál es la Norma Oficial Mexicana para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del Recién Nacido?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Sí Especifique: _____
12. Subraye la(s) respuesta correcta: La atención integrada al menor de 5 años en su unidad de salud debe de considerar los siguientes aspectos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Vigilancia de la vacunación 2. Atención del motivo de la consulta 3. Vigilancia del estado de nutrición 4. Capacitación de la madre 5. Firmar la tarjeta de Oportunidades
13. Subraye la(s) respuesta correcta: Una consulta médica completa incluye los siguientes aspectos:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de los factores de mal pronóstico. 2. Evaluación clínica y clasificación 3. Diagnóstico y tratamiento adecuado 4. Capacitación a la madre sobre la identificación sobre signos de alarma 5. Orientar sobre cuidados generales en el hogar y seguimiento de los casos. 6. Dotar de todos los medicamentos que requieran.
14. ¿Sabe cuántos niños menores de 5 años con desnutrición hay en su localidad?	<ol style="list-style-type: none"> 1.No 2. Sí Especifique: _____
15. ¿Sabe cuántos grados de desnutrición existen?	<ol style="list-style-type: none"> 1. No 2. Sí Especifique: _____
16. En relación a la Desnutrición, marque verdadero o falso según corresponda. a) ser madre analfabeta menor de 17 años es un factor de mal pronóstico.	a) Verdadero / Falso

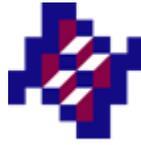
<p>b) ser madre analfabeta menor de 17 años es un signo de alarma por desnutrición.</p> <p>c) la parasitosis intestinal es un factor de mal pronóstico</p> <p>d) la lactancia materna exclusiva por más de seis meses es un factor de mal pronóstico.</p> <p>e) la disminución frecuente de peso o pérdida de peso es un signo de alarma por desnutrición.</p> <p>f) la presencia de patologías crónicas de base (inmunodeficiencias, renales, intestinales, hepáticas, pulmonares, etc.) no son factores de mal pronóstico.</p> <p>g) una ablactación adecuada es una de las principales estrategias para prevenir de la desnutrición</p> <p>h) la suplementación con hierro utilizando como vehículo vitaminas y minerales previenen la desnutrición</p> <p>i) el saneamiento ambiental no contribuye a prevenir la desnutrición</p> <p>j) fomentar la atención médica del niño sano para vigilar su crecimiento y desarrollo en forma periódica es una estrategia para prevenir la desnutrición</p> <p>k) la desparasitación intestinal periódica mediante tratamiento con Fenbendazol dos veces al año, es una estrategia para prevenirla.</p>	<p>b) Verdadero / Falso</p> <p>c) Verdadero / Falso</p> <p>d) Verdadero / Falso</p> <p>e) Verdadero / Falso</p> <p>f) Verdadero / Falso</p> <p>g) Verdadero / Falso</p> <p>h) Verdadero / Falso</p> <p>i) Verdadero / Falso</p> <p>j) Verdadero / Falso</p> <p>k) Verdadero / Falso</p>
<p>17. Relacione los incisos:</p> <p>a) número de consultas de un recién nacido clínicamente sano</p> <p>b) número de consultas de un niño clínicamente sano de 1 mes a 1 año</p> <p>c) número de consultas de un niño con desnutrición moderada con infección agregada que ponga en riesgo su vida</p> <p>d) número de consultas de un niño con desnutrición leve de 3 años</p> <p>e) número de consultas de un niño clínicamente sano de 3 años a 5 años</p> <p>f) número de consultas de un niño con desnutrición moderada sin infección agregada que ponga en riesgo su vida</p> <p>g) número de consultas de un niño clínicamente sano de 1 año a 3 años</p> <p>h) f) número de consultas de un niño con desnutrición grave</p>	<p>* 4 consultas en tres meses _____</p> <p>* 2 consultas (7 días y 28 días de vida) _____</p> <p>*1 consulta cada 2 meses _____</p> <p>* 4 consultas al año (cada 3 meses) _____</p> <p>* 2 consulta por año (cada 6 meses) _____</p> <p>* 1 consulta cada mes hasta su recuperación _____</p> <p>*envío a una unidad de segundo nivel _____</p> <p>* 1 consulta cada 15 días hasta que disminuya el grado de desnutrición y continúe en el programa hasta su recuperación _____</p>
<p>18. Relacione los incisos con respecto a la valoración del estado nutricional:</p> <p>a) Peso para la edad</p> <p>b) Talla para la edad</p> <p>c) Peso para la talla</p>	<p>*es útil para vigilar la evolución del niño, cuando se sigue la curva de crecimiento _____</p> <p>*el bajo peso para la talla indica desnutrición aguda y refleja una pérdida de peso reciente _____</p> <p>*una talla baja para la edad, refleja desnutrición crónica _____</p>
<p>19. Indique verdadero o falso según corresponda:</p> <p>a) Al inicio del tratamiento, cuando el niño está desnutrido, no se recomienda la administración de hierro.</p> <p>b) Hay que planear la alimentación del menor con desnutrición con base a la edad biológica y no a la edad cronológica.</p>	<p>a) falso / verdadero</p> <p>b) falso / verdadero</p>

<p>c) la cronicidad e intensidad de la desnutrición es detectada por medio de índice de peso para la talla y talla para la edad en el menor de cinco años.</p> <p>d) el primer paso en el tratamiento de la desnutrición es descartar la presencia de infecciones concomitantes o alteraciones que impidan una ingesta y absorción adecuadas de nutrimentos.</p> <p>e) en la cuantificación del peso se utiliza una báscula pesa-bebé en niños dejándola de utilizar hasta los 3 años y una báscula de plataforma en niños de 3 años o más.</p>	<p>c) falso / verdadero</p> <p>d) falso / verdadero</p> <p>e) falso / verdadero</p>
<p>20. ¿Sabe hasta qué edad se debe de dejar de medir el perímetro cefálico en los niños en los que no se observó macro o microcefalia?</p>	<p>1. No</p> <p>2. Sí</p> <p>Especifique: _____</p>
<p>21. En los últimos 6 meses, ¿ha recibido capacitación sobre la atención integral a los menores de 5 años?</p>	<p>1. No</p> <p>2. Sí</p>
<p>22. En los últimos 6 meses, ¿ha impartido o participado en talleres de capacitación sobre los cuidados y vigilancia del estado nutricional de los menores de 5 años?</p>	<p>1. No</p> <p>2. Sí</p>
<p>23. ¿Existe evidencia documentada de que haya realizado vistas domiciliarias a menores de 5 años con algún grado de desnutrición que no se halla presentado a su consulta de control?</p>	<p>1. No</p> <p>2. Sí</p>

Observaciones: _____

ANEXO 7:

CUESTIONARIO 4



Instituto Nacional de Salud Pública
Escuela de Salud Pública de México

Número de folio: _____
Clave del entrevistador: _____
Clave del personal evaluado: _____
Fecha y hora: _____

Cuestionario dirigido al personal de Salud de la localidad de El Platanal que otorgue atención a los menores de 5 años con algún grado de desnutrición.

Objetivo del cuestionario: conocer los conocimientos, actitudes y habilidades sobre la alimentación y vigilancia del estado nutricional en los menores de 5 años con algún grado de desnutrición que tiene el personal de salud que otorga atención a los preescolares, mediante su registro en el expediente clínico.

Se revisarán expedientes al azar donde se halla hecho el registro de la atención a menores de 5 años con algún grado de desnutrición, donde la información proporcionada será anónima y confidencial y sólo será utilizada para el estudio.

Instrucciones: todas las celdas deberán ser llenadas según corresponda 0=No cumple, 1=Cumple y NA= No aplica

Integración del expediente clínico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Existe el expediente clínico solicitado										
2. El expediente clínico tiene número único de identificación										
3. En la carpeta que contiene el expediente clínico se integra un índice de los documentos que lo integran										
4.los documentos que integran el expediente clínico están secuencialmente ordenados y completos										
5.Escrito con letra legible y lenguaje técnico médico										
6. Sin abreviaturas, tachaduras y enmendaduras										
Historia clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Ficha de identificación										
2. Antecedentes heredo familiares										
3. Antecedentes personales no patológicos										
4. Antecedentes personales patológicos										
5. Padecimiento actual										
6. Interrogatorio por aparatos y sistemas										
7.Exploración física										
8. Resultados previos y actuales de estudios de laboratorio, gabinete y otros										
9. Terapéutica empleada y resultados obtenidos										
10.Pronóstico										

11. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico.										
Generalidades de todas las Notas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Nombre del paciente										
2. Fecha y hora de elaboración										
3. Edad y sexo										
4. Signos vitales, toma de peso y talla										
5. Resumen del interrogatorio										
6. Exploración física										
7. Resultado de estudios de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento										
8. Diagnóstico										
9. Plan de estudios y tratamiento										
10. Pronóstico										
11. Identifica factores de mal pronóstico del entorno familiar										
12. Evaluación del desarrollo psicomotor										
13. Identifica problemas posturales										
14. Revisa y/o actualiza esquema de vacunación										
15. Administración de micronutrientos										
16. Capacita sobre cuidados del niño(a), alimentación y estimulación temprana										
17. Promueve la actividad física y prevención de accidentes										
18. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico										
19. Existencia de nota de evolución Completa										
Análisis Clínico	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Existe congruencia clínica-diagnóstica										
2. Existe congruencia diagnóstica-terapéutica										
3. Existe congruencia terapéutica-pronóstico										
Consulta en guías de práctica clínica	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. en el expediente clínico hace referencia explícita de la aplicación de Guías de Práctica Clínica										
Nota de Referencia	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Resumen clínico										
2. Establecimiento que refiere y establecimiento receptor										
3. Nombre completo, cédula profesional y firma del médico										
Nota de Enfermería	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Medidas terapéuticas aplicadas por diversos miembros del equipo de salud										
2. Medidas terapéuticas indicadas por el médico y aplicadas por la enfermera										
3. Medidas planeadas y ejecutadas por la enfermera										
4. Conducta del paciente										
5. Otras observaciones (edo. De salud, respuestas específicas del paciente al tratamiento y los cuidados.										

Observaciones: _____
