



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013”.

Requisito previo para optar por el Título de Médico

Autora: Niveló Erazo, Linda Marisol

Tutora: Dra. Paredes Lascano, Lorena Patricia

Ambato – Ecuador

Junio, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013” de Linda Marisol Niveló Erazo Estudiante de la Carrera de Medicina, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Abril del 2014

LA TUTORA

.....

Dra. Paredes Lascano Lorena Patricia

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013**”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Abril del 2014

LA AUTORA

.....
Nivelo Erazo Linda Marisol.

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta regulación no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Abril del 2014

LA AUTORA

.....
Nivelo Erazo Linda Marisol.

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013”**, de Linda Marisol Niveló Erazo, estudiante de la Carrera de Medicina.

Ambato, Junio del 2014

Para constancia firman:

.....
PRESIDENTE/A

.....
1er VOCAL

.....
2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi Madre la Sra.: Elena Erazo, a mi esposo el Sr: Lenin Correa y a mis hijos Andrés y Daniela por su apoyo, paciencia y amor brindado en el transcurso de mi vida.

La mayoría de las personas entran y salen de tu vida, pero solo la familia deja huellas en tu corazón.

Linda Niveló

AGRADECIMIENTO

A Dios por la fortaleza y la vida por lo aprendido.

A la Dra.: Susana Arboleda por haber creído en mi capacidad para culminar mi carrera por su amistad y apoyo brindado.

La gratitud no es la única virtud, pero es la madre de todas las demás.

Linda Niveló

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE CUADROS Y GRÁFICOS.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
RESUMEN	xv
SUMMARY	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I.....	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 TEMA	3
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	3
1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO.....	8
1.2.3 PROGNOSIS	8
1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	9
1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES.....	9
1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN.....	9
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
1.4 OBJETIVOS	10
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	11
CAPÍTULO II.....	12
MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	12
2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA	14
2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL	15

2.4 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA	17
2.4.1 PROBLEMAS NUTRICIONALES EN EL ECUADOR	17
2.4.2 PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO	23
2.4.2 FUNDAMENTO.....	28
2.4.3 EVALUACION DEL CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS Y DE CINCO A NUEVE AÑOS.	28
2.4.4 EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO A TRAVÉS DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS.....	29
2.4.5 PROBLEMAS DE CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS	29
2.4.6 SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES	30
2.4.7 MICRONUTRIENTES EN POLVO	31
2.4.8 DESNUTRICIÓN INFANTIL	32
2.4.8.1 ETIOLOGÍA	33
2.4.8.2 FACTORES DE RIESGO.....	33
2.4.8.3 FISIOPATOLOGÍA Y RESPUESTAS ADAPTATIVAS	33
2.4.8.4 RESPUESTAS ADAPTATIVAS:	35
2.4.8.5 CLASIFICACIÓN	36
2.4.8.6 DIAGNÓSTICO:	37
2.4.8.7 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	38
2.4.8.8 SIGNOS DE MAL PRONÓSTICO:	39
2.4.8.9 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO:.....	40
2.5 HIPÓTESIS	41
2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	41
CAPÍTULO III.....	42
METODOLOGÍA.....	42
3.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.2 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN.....	42
3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	42
3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	43
3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	45
3.6 MÉTODOS DE ANÁLISIS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN	45
3.7 CRITERIOS ÉTICOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN	45
CAPÍTULO IV	47
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	47

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	47
4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS	72
CAPÍTULO V	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
5.1 CONCLUSIONES	75
5.2 RECOMENDACIONES	76
CAPÍTULO VI	78
PROPUESTA.....	78
6.1 DATOS INFORMATIVOS	78
6.1.1 TÍTULO	78
6.1.2 INSTITUCIÓN EFECTORA	78
6.1.3 BENEFICIADOS	78
6.1.4 UBICACIÓN	78
6.1.5 TIEMPO.....	78
6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE	79
6.1.7 COSTO	79
6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	79
6.3 JUSTIFICACIÓN	79
6.4 OBJETIVOS	80
6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA	80
6.7 METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO	82
6.8 ADMINISTRACIÓN	83
6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
2. ANEXOS:	89

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N° 1. POBLACIÓN DE LA PARROQUIA PICAIHUA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO	24
TABLA N° 2 PROYECTO DESNUTRICIÓN CERO FINANCIAMIENTO	25
TABLA N° 3 PROBLEMAS DE CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS	29
TABLA N° 4 CLASIFICACIÓN DE WATERLOO	37
TABLA N° 5 PESO PARA LA EDAD (P/E)	38
TABLA N° 6 PESO PARA LA TALLA (P/T)	39
TABLA N° 7 TALLA PARA LA EDAD (T/E).....	39
TABLA N° 8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES	41
TABLA N° 9 VARIABLE INDEPENDIENTE: PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO	43
TABLA N° 10 VARIABLE DEPENDIENTE: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD.....	44
TABLA N° 11 POBLACIÓN DE ESTUDIO	47
TABLA N° 12 POBLACIÓN DE PICAIHUA	48
TABLA N° 13 FORMULARIO D1: CONTROL DE CORRESPONSABILIDADES ...	49
TABLA N° 14 CUMPLIMIENTO DEL CONTROL SALUD POR MES.....	55
TABLA N° 15 FRECUENCIA POR COMUNIDAD DE LA PARROQUIA PICAIHUA	61
TABLA N° 16 CONTROL SALUD 80 NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTON AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013.	62
TABLA N° 17 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS (RELACIÓN EDAD/PESO/TALLA)	63
TABLA N° 18 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN RELACIÓN A LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD QUE ASISTIERON IRREGULARMENTE Y QUE ABANDONARON EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO QUE DURO DESDE MAYO 2012 A MAYO 2013 EN EL SCS PICAIHUA.....	64
TABLA N° 19 NÚMERO DE PACIENTES	65
TABLA N° 20 CONTROL PRENATAL:.....	67

TABLA N° 21 PARTO INSTITUCIONAL.....	69
TABLA N° 22 GRUPO PARA COTEJAMIENTO DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO.....	70
TABLA N° 23 GRUPO PARA COTEJAMIENTO	73
TABLA N° 24 METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO.....	82

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO N° 1 MAPA DEL HAMBRE EN EL MUNDO EN EL 2012, DESARROLLADO POR LA ONU.....	5
GRÁFICO N° 2 PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA. PUNTAJE Z < -2 DE (DESNUTRICIÓN CRÓNICA).....	17
GRÁFICO N° 3 DEFICIENCIA DE CRECIMIENTO LINEAL.....	18
GRÁFICO N° 4 FACTORES DE RIESGO QUE SERÁN MODIFICADOS CON LA ESTRATEGIA.....	20
GRÁFICO N° 5 INTERVENCIONES ADOPTADAS.....	21
GRÁFICO N° 6 INDICADORES DE SEGUIMIENTO.....	21
GRÁFICO N° 7 POBLACIÓN DE TUNGURAHUA SEGÚN CANTONES.....	23
GRÁFICO N° 8 MAPA POLÍTICO DEL CANTÓN AMBATO Y SUS PRINCIPALES PARROQUIAS.....	24
GRÁFICO N° 9 PREVALENCIA COMPARATIVA DE DESNUTRICIÓN ENTRE ENCUESTAS NACIONALES.....	26
GRÁFICO N° 10 PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA POR QUINTIL ECONÓMICO Y EDUCACIÓN DE LA MADRE.....	27
GRÁFICO N° 11 PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA (T/E -2DE) POR PROVINCIAS.....	27
GRÁFICO N° 12 PREVALENCIA DE DEFICIENCIAS DE HIERRO Y ZINC, Y VALORES ANORMALES DE VITAMINA A EN MENORES DE 5 AÑOS POR EDAD EN MESES.....	31
GRÁFICO N° 13 CATEGORIAS FUNDAMENTALES.....	40
GRÁFICO N° 14 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	47
GRÁFICO N° 15 POBLACIÓN DE PICAIHUA.....	48
GRÁFICO N° 16 TIPO DE CORRESPONSABILIDAD.....	54
GRÁFICO N° 17 CONTROL DE CORRESPONSABILIDAD POR MES.....	61
GRÁFICO N° 18 FRECUENCIA POR COMUNIDAD DE LA PARROQUIA PICAIHUA.....	62
GRÁFICO N° 19 CONTROL SALUD.....	63
GRÁFICO N° 20 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS (RELACIÓN E/P/T).....	64
GRÁFICO N° 21 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS.....	65
GRÁFICO N° 22 OPORTUNIDADES PERDIDAS NIÑOS QUE ABANDONARON EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO.....	66

GRÁFICO N° 23 CONTROL PRENATAL	68
GRÁFICO N° 24 PARTO INSTITUCIONAL.....	69
GRÁFICO N° 25 GRUPO PARA COTEJAMIENTO DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO.....	72
GRÁFICO N° 26 ADMINISTRACIÓN	83

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA

“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013”.

Autora: Niveló Erazo Linda Marisol

Tutora: Dra: Paredes Lascano Lorena Patricia

Fecha: Abril del 2014

RESUMEN

La Desnutrición Infantil un problema de salud pública afecta a grupos vulnerables niños y mujeres embarazadas, el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Coordinación Nacional de Nutrición, Ministerio de Salud Pública crean un Programa de Salud llamado Acción Nutricional hacia la Desnutrición Cero con el objetivo de disminuir la desnutrición infantil a nivel Nacional este programa se efectuó en 20 Provincias del País en 303 parroquias consideradas como prioritarias; luego de realizar la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU que reveló el estado nutricional de nuestro País con una tasa de desnutrición en el 2011 según el INEC de 26.5%. Los beneficiados recibieron un bono considerado como incentivo \$10 por cada control salud, \$10 por cada control prenatal y \$60 por parto institucional.

El Programa Desnutrición Cero se implementó en la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en mayo del 2012 y culmina en mayo del 2013, se inscribieron 147 pacientes 80 niños menores de 1 año de edad, 55 mujeres embarazadas y 12 mujeres por parto institucional. El Programa Desnutrición Cero mejoró el estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad de 80 niños, 55 niños están en un adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional, 12 niños con baja talla/bajo peso paciente emaciado y 8 niños con baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado, se realizó el cotejamiento obteniendo al azar 37 niños menores de 1 año de edad que no constan dentro del Programa Desnutrición Cero obteniendo: 22 niños adecuado canal de crecimiento, buen estado nutricional, 13 niños baja talla/bajo peso paciente emaciado y 2 niños baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado.

De acuerdo a los datos registrados es necesario mantener el Programa Desnutrición Cero mejorando estrategias de salud ya que logró disminuir 1.5 pp de la tasa desnutrición infantil.

PALABRAS CLAVES:

DESNUTRICIÓN, EMBARAZO, NIÑOS, CRECIMIENTO, NUTRICIÓN, PARTOS

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013”.

Autora: Niveló Erazo Linda Marisol

Tutor: Dra: Paredes Lascano Lorena Patricia

Fecha: Abril del 2014

SUMMARY

Child Malnutrition public health problem affecting groups vulnerable children and pregnant women, the Coordinating Ministry of Social Development, National Coordination of Nutrition, Ministry of Health create a program called Nutrition Action Health to Zero Malnutrition in order to reduce child malnutrition at the national level the program was conducted in 20 provinces of the country in 303 parishes considered a priority; after making the National Health and Nutrition Examination Survey-ECU ENSANUT revealed the nutritional status of our country with a rate of malnutrition in 2011 according to INEC 26.5%. Recipients received a bonus incentive considered \$ 10 for each health check, \$ 10 for each prenatal and \$ 60 for institutional delivery.

The Zero Malnutrition Program was implemented in Ambato Canton Picaihua Parish in May 2012 and ends in May 2013, 147 patients 80 children under 1 year of age, 55 women and 12 pregnant women for institutional delivery were enrolled. The Zero Malnutrition Program improved the nutritional status of children under 1 year of age 80 children, 55 children are in a trough of growth and good nutritional status, 12 children with short stature / low patient weight emaciated and 8 children with low severe / severely underweight severely wasted patient size, the collation was done randomly getting 37 children under 1 year of age not consist in getting the Zero Malnutrition Program: 22 children proper channel for growth, good nutritional status, low kids size 13 / low patient weight and 2 children emaciated severe low / severely underweight patient severely emaciated size.

According to the recorded data is necessary to maintain the Zero Malnutrition Programme improving health strategies as it managed 1.5 pp decrease child malnutrition rate.

KEYWORDS:

MALNUTRITION, PREGNANCY, CHILDREN, GROWTH, NUTRITION, BIRTHS

INTRODUCCIÓN

Ecuador no está excluido de los problemas nutricionales que se presentan a nivel mundial, en la mayoría de los países, sus habitantes presentan simultáneamente déficit nutricional, excesos y desbalances.

Estos problemas pueden ser agrupados en tres grandes categorías: el retardo en talla, conocido como desnutrición crónica; la deficiencia de micronutrientes; el sobrepeso y la obesidad.

En el año 2006 se estimaba, con base en los datos obtenidos en la encuesta de condiciones de vida, que el 26% de los niños y niñas menores a cinco años padecía de desnutrición crónica. En números absolutos, esto significaba que alrededor de 371 856 niñas y niños presentaban desnutrición crónica. Al desglosar esta tasa en zonas urbana y rural, se encontró que el 19% de los desnutridos se ubicaba en la zona urbana, mientras que el 36% pertenecía a la zona rural.

En cuanto a las anemias nutricionales, la única información existente en el ámbito Nacional se obtiene de la encuesta DANS (Freire, 1988). Esta reportó que en 1988 el 22% de los niños y niñas menores a cinco años sufría de anemia por falta de hierro. Cuando se realizó el análisis por grupos de edad, se observó que la mayor prevalencia de anemia sucedía entre los seis y doce meses, con tasas del 70%, y entre 12 y 24 meses, con prevalencia del 46%, periodos que coinciden con una mayor demanda de hierro por kilo de peso en los niños y niñas. En ese estudio, también se determinó que las niñas y niños más afectados fueron aquellos que vivían en el área rural de la sierra.

Un estudio de caso efectuado en Cayambe zona rural por Handal, (2007), en menores de cinco años, estimó una prevalencia de anemia del 60%. Esta cifra coincidía con el estudio realizado por Freire, (2010), en Pastocalle, Cotopaxi, que calculó una prevalencia del 50,4%, en igual grupo de edad.

En cuanto a las embarazadas, Freire (1989) encontró niveles de prevalencia de alrededor del 40% hasta el momento no se dispone de datos sobre la situación de las anemias en mujeres adolescentes, pero se estima que el problema estaría alrededor del 30% al 40%, cifras que también se encuentran en los países vecinos (Peñuela, 2005).

De acuerdo con las estimaciones del Banco Mundial (2007), el 24% de hogares con madres con sobrepeso tienen niñas y niños con retardo en talla, al igual que el 19% de madres obesas, con similar problema, estas cifras indican que, en una proporción importante de hogares, se evidencian casos de déficit nutricional y de consumo energético excesivo, condiciones que pueden afectar a un mismo individuo o, por separado, a distintos miembros de una familia.

Frente a esta problemática de mala nutrición, se propone una estrategia nacional de Nutrición para atender a la población a lo largo del ciclo de vida, especialmente a las mujeres embarazadas y niños y niñas menores de dos años, con el fin de reducir la desnutrición crónica, y a menores de un año, en miras a eliminar la desnutrición en este grupo de edad.

El paquete de atención contempla la práctica de las siguientes actividades en la mujer embarazada:

Captación temprana y registro del peso preconcepcional o del primer trimestre; vigilancia del incremento de peso de acuerdo con el índice de masa corporal calculado con su peso preconcepcional; consejería nutricional para una buena nutrición durante el embarazo; suplementación con hierro y ácido fólico por seis meses; atención activa del parto para asegurar el pinzamiento oportuno del cordón, el apego inmediato piel a piel y la iniciación precoz de la lactancia materna.

En relación con el recién nacido y hasta los dos años de edad; se protegerá la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses; se promoverá la introducción de alimentos complementarios adecuados una vez cumplido los seis meses y la continuación de la lactancia materna hasta los dos años; se administrará micronutrientes y después de cumplir los 6 meses se hará consejería nutricional a la madre para proteger la lactancia materna y la adecuada introducción de nuevos alimentos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 TEMA

“EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013”.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 CONTEXTUALIZACIÓN

MACROCONTEXTUALIZACIÓN

Según el “Estado Mundial de la Infancia 2007” de UNICEF, uno de cada cuatro niños y niñas alrededor de 146 millones que representa el 27% de la población de menores de cinco años, tienen peso inferior al normal. Para los niños y niñas cuya situación alimentaria es deficiente, enfermedades comunes de la infancia como la diarrea y las infecciones respiratorias pueden ser fatales. De estos 146 millones, 78 viven en Asia Meridional, 22 en Asia Oriental y el Pacífico, 17 en África Occidental y Central, 16 en África Oriental y Meridional, 8 en Oriente Medio y África del Norte, y en América Latina y el Caribe 4 millones. Entre 1940 y 1989 la desnutrición habría sido responsable de la muerte de 265 mil menores de cinco años que tendrían entre 15 y 64 años en el 2004 y por tanto, formarían parte de la población en edad de trabajar. De acuerdo al Informe del Estado Mundial de la Infancia 2007, entre los años de 1998-2005 en el país un 11% de los recién nacidos nacían con bajo peso, y en los años de 1995-2005 el 2% padecían de desnutrición moderada y grave y un 9% de desnutrición crónica (talla/edad) moderada y grave. Recientemente, el informe preliminar de la ENDESA 2007 situó la desnutrición crónica en menores de 5 años con el nuevo patrón de la OMS, en 9.8%. Se observa

como el nivel educativo de la madre influye de forma significativa en la desnutrición. De esta manera, la desnutrición crónica en hijos de madres sin educación es de 15.4% y en los hijos de madres con niveles educativos secundario o superior es de 9.4% y 4.7% respectivamente.¹³

(Octubre 2012) A nivel mundial, la desnutrición contribuye a 2,6 millones de muertes infantiles cada año, o más de una muerte infantil de cada tres. Aunque es más probable que los niño/as que viven en países más pobres estén más desnutridos que los niño/as en países más ricos, la proporción de niño/as desnutridos no siempre está asociado con el estatus económico de un país. Algunos países que se han convertido en potencias económicas tienen un número continuamente elevado de niños desnutridos, mientras que otros países con bajos niveles de ingresos nacionales han demostrado avances en combatir la desnutrición invirtiendo en intervenciones costo-efectivas y probadas que aseguran el acceso de los niño/as a una nutrición adecuada.¹²

Naciones Unidas informó que Paraguay es el país con peor índice alimentario de Sudamérica, con cifras alarmantes que indican que el 25,5 % de la población no está bien nutrida. Si el estudio se extiende a toda América Latina, Paraguay sólo es superado por Guatemala, que registra el 30,4 % de su población subnutrida; y Haití, que ya figura entre los países con riesgo "muy alto" de desnutrición, alcanzando el 44,5 % de su población, de acuerdo con el Mapa del Hambre del Programa Mundial de Alimentos de la ONU.¹³

América Latina los países que están en **color rojo** en el mapa tienen entre el 25 y 34 % de su población mal nutrida, lo que se traduce en una tasa subnutrición "alta". Bolivia, Ecuador, República Dominicana y Nicaragua registran un riesgo regular, pero muy alto, con una **tonalidad naranja**. En **amarillo** se observan los índices de desnutrición moderada, entre ellos Brasil, Perú, Surinam, Guyana, Colombia, Panamá, Honduras y Costa Rica. De **color verde** están los países con tasas muy bajas de malnutrición: Argentina, Chile, Venezuela, Cuba, Estados Unidos, Uruguay y México, todos con menos del 5 % de sufrimiento de hambre.¹³

GRÁFICO N°1 MAPA DEL HAMBRE EN EL MUNDO EN EL 2012, DESARROLLADO POR LA ONU.



MESOCONTEXTUALIZACIÓN

Ecuador es el cuarto país de América Latina, tras Guatemala, Honduras y Bolivia, con peores índices de desnutrición infantil. Actualmente, el 26% de la población infantil ecuatoriana de cero a cinco años sufre de desnutrición crónica, una situación que se agrava en las zonas rurales, donde alcanza al 35,7 % de los menores y es aún más crítica entre los niños indígenas, con índices de más del 40 %.¹⁴

La desnutrición infantil en Ecuador es un problema difícil de erradicar por lo que se ha visto en la necesidad de crear programas de promoción de salud para ayudar a niños menores de 5 años de edad y mujeres embarazadas. Desde el vientre de la madre hasta los cinco años se da una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano, determinante para su desarrollo físico y mental. Al menos 1 de cada 5 niños menores de cinco años tiene baja talla para la edad es decir desnutrición crónica. El 12% de los niños

tiene desnutrición global, es decir bajo peso para la edad. El 16% nacen con bajo peso. Seis de cada 10 embarazadas y 7 de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro. Estas cifras casi se duplican en poblaciones rurales e indígenas, por ejemplo en Chimborazo, con alta población indígena, la desnutrición alcanza un 44% mientras el promedio Nacional es de 19%. Estos son algunos indicadores que muestran la gravedad del problema y la urgencia de incrementar esfuerzos para combatirlo.¹⁵

En provincias como Chimborazo, Bolívar y Cotopaxi las tasas de desnutrición crónica bordean el 50%. En estas provincias, se concentran además altos índices de pobreza extrema y son las provincias con mayor proporción de población indígena. La propuesta del Gobierno, con el apoyo de la cooperación internacional, se orienta a impulsar políticas y programas que abordan de manera integral la desnutrición, afectando todas las causas simultáneamente y buscando el acceso universal como meta final.¹⁶

Programa Desnutrición Cero fue impulsado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública y otras entidades afines por medio de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición ENSANUT-ECU 2011/2013, que beneficio a 303 parroquias de 20 provincias de Ecuador consideradas dentro del primer quintil económico de pobreza, entre ellas tenemos las provincias de Chimborazo, Bolívar, Cotopaxi, Cañar, Tungurahua, Imbabura, Morona Santiago, Zamora Chinchipe, Loja, Los Ríos, Manabí, Santo Domingo, El Oro, Pastaza, Sucumbíos, Napo, Quito, Manta y Guayaquil.

Las acciones que están siendo impulsadas por el Gobierno Nacional son:

1. Promoción de la lactancia materna e impulso a los programas de alimentación complementaria como PANN 2000 dirigido a embarazadas y madres que dan de lactar a sus hijos e hijas de seis meses en adelante.
2. Programa Aliméntate Ecuador, con énfasis en la atención a familias que tienen madres y niños y niñas menores de 5 años.
3. Programa integrado de micro nutriente, que incluye la fortificación de la harina de trigo con hierro, la fortificación de la sal con yodo, la suplementación con hierro y vitamina A y la diversificación de la dieta.
4. Programa de Escuelas saludables, para lograr que niños y niñas escolares y sus familias accedan a una dieta adecuada.

5. Impulso al acceso a servicios de agua y saneamiento, al igual que a educación sanitaria.
6. Acceso a educación nutricional y a los servicios de salud.
7. Programa desnutrición cero para niños menores de 1 año de edad y madres embarazadas y en período de lactancia.¹⁶

MICROCONTEXTUALIZACIÓN

En la Provincia de Tungurahua el Programa Desnutrición Cero beneficio a 35 parroquias rurales consideradas con el mayor índice de desnutrición infantil.¹⁷

Una estrategia hacia la Desnutrición Cero

A partir del año 2009, se inicia el diseño de la Intervención Nutricional Territorial Integral –INTI- ahora Acción Nutrición, que implica una respuesta articulada desde los Ministerios de Sector Social: Salud, Inclusión Económica y Social, Educación, Agricultura y Vivienda; con el objetivo de mejorar la situación de salud y nutrición de la población, con énfasis en niños y niñas menores de cinco años, mediante intervenciones de varios sectores articuladas que modifiquen los factores determinantes de la malnutrición. Desde el punto de vista nutricional, las carencias más importantes en los niños con desnutrición crónica son de proteínas, hierro, vitamina A y zinc. La anemia por carencia de hierro en la alimentación de la población ecuatoriana bordea el 60% en menores de dos años y 44% en mujeres entre 15 y 49 años.¹⁷

En Tungurahua Las metas centrales son las de erradicar la desnutrición crónica en niños y niñas y la anemia en menores de un año hasta el 2015; y reducir en un 50% la prevalencia de anemia en niños y niñas menores de cinco años hasta el 2013, en la población intervenida.¹⁷

Hacia el 2015 para lograr la meta de erradicar la desnutrición crónica en niños y niñas hasta los cinco años se realizarán otras acciones como:

Incrementar el número de niños y niñas y el número de atenciones del Programa Desnutrición Cero y del Programa de Fortificación Casera Chispaz. Desarrollar una

estrategia de visitas del personal de salud a cada casa para promover el control médico, vacunas, consejería en lactancia materna y alimentación complementaria.¹⁸

LANZAMIENTO DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN TUNGURAHUA

A las 9h30 del miércoles 16 de Mayo del 2012 se inició con el Programa de Lanzamiento del Proyecto Desnutrición Cero en Tungurahua, organizado por el Ministerio de Salud Pública, la Dirección Provincial de Salud y el Área de Salud # 2 en las Canchas del Barrio Huachi Totoras obteniendo gran acogida por la población de los sectores considerados dentro del mapa de pobreza los más vulnerables.¹⁸

1.2.2 ANÁLISIS CRÍTICO

La presente investigación está orientada a evaluar el Programa Desnutrición Cero impulsada por el Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud Pública en niños menores de 1 año de edad, madres embarazadas y en período de lactancia atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato considerada esta parroquia dentro del primer quintil económico de pobreza.

En Tungurahua la desnutrición en niños continua siendo un problema de salud pública con la tasa más alta de desnutrición crónica infantil, este problema alcanza niveles elevados en la zonas rurales con alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, que viven en condiciones de pobreza, sin servicios de agua potable y saneamiento, salud y educación lo que complica seriamente el futuro de nuestros niños y de la población en general.

1.2.3 PROGNOSIS

La desnutrición, infantil, continúa siendo uno de los problemas de salud más grandes en nuestro medio no resueltos aún. Es consecuencia de la exclusión social, económica, política y cultural de sectores vulnerables de la población, que viven en condiciones de pobreza, sin servicios básicos ni de salud adecuada.

Si el problema de desnutrición infantil continúa sin resolverse, tendremos a futuro niños con un pobre rendimiento escolar, un desarrollo físico inadecuado, con enfermedades comunes en de la niñez como son infecciones gastrointestinales, infecciones respiratorias agudas y adultos con reducida capacidad de trabajo.

1.2.4 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cómo se puede evaluar el Programa Desnutrición Cero en niños menores de 1 año de edad atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013?

1.2.5 PREGUNTAS DIRECTRICES

- ✓ ¿Se puede evaluar el Programa Desnutrición Cero en niños menores de 1 año de edad?
- ✓ ¿Es posible identificar a la población que se encuentra dentro del Programa Desnutrición Cero?
- ✓ ¿Se puede valorar el Programa Desnutrición Cero sobre el estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad mediante los indicadores antropométricos?
- ✓ ¿Cuál es el número de niños menores de 1 año de edad que abandonaron el Programa Desnutrición Cero?
- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo prenatales que influyen en el estado nutricional de niños menores de 1 año de edad?

1.2.6 DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN

Delimitación de Contenido

Campo: Medicina

Área: Nutrición

Aspecto: Evaluación del Programa Desnutrición Cero

Delimitación temporal

Mayo del 2012 a Mayo del 2013

Delimitación Etaria

Niños menores de 1 año de edad, mujeres embarazadas y en período de lactancia.

Delimitación Espacial

Esta investigación se realizara en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato.

1.3 JUSTIFICACIÓN

La acelerada indagación de estudios que sean posibles de aplicarlos a nuestro medio han sido causa de muchas controversias para poder establecerlo como un problema de Salud Pública que se halla frecuentemente en nuestro medio y que afecta a la población más vulnerable de nuestro País.

La presente investigación tiene como objetivo evaluar el Programa Desnutrición Cero en la población de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato y la manera en la que ha mejorado el estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad, la importancia del tema radica en que la desnutrición conlleva a problemas graves que deterioran la calidad de vida y el desarrollo de un País.

La investigación es posible de realizarla porque se cuenta con el acceso al Carné de Salud del niño y niña, Carné materno, Historias clínicas, formulario D1: del control de corresponsabilidades y los partes diarios de la unidad de salud en los que se encuentran registrados los participantes del Programa Desnutrición Cero.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el Programa Desnutrición Cero en niños menores de 1 año de edad atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la población que se encuentra dentro del Programa Desnutrición Cero en niños menores de 1 año de edad mediante el cumplimiento del control salud en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.
- Valorar el Programa Desnutrición Cero sobre el estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad mediante los indicadores antropométricos, atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.
- Determinar el número de niños menores de 1 año de edad que abandonaron el Programa Desnutrición Cero que fueron atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.
- Valorar los factores de riesgo prenatales que influyen en el estado nutricional de niños menores de 1 año de edad que se encuentran dentro del Programa Desnutrición Cero que fueron atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

UNICEF, PMA Y OPS trabajan juntos contra la desnutrición infantil.

La cooperación del PMA, OPS y UNICEF en el Ecuador apoya al Gobierno en la estructuración y diseño participativo de varias acciones integrales, en el fortalecimiento de procesos de educación nutricional y en la generación de espacios y redes de participación y vigilancia ciudadana para el cumplimiento del derecho de las niñas y niños a una adecuada nutrición.¹⁹

Paradójicamente, el problema en Ecuador no es la falta de disponibilidad de alimentos, es la inequidad en el acceso a una alimentación adecuada que tiene por factores educativos y factores económicos.

La propuesta del gobierno, con el apoyo de la cooperación internacional, se orienta a impulsar políticas y programas que abordan de manera integral la desnutrición, afectando todas las causas simultáneamente y buscando el acceso universal como meta final. Estas acciones cubrirán todo el territorio, pero comenzarán por los sitios de mayor pobreza y vulnerabilidad.¹⁹

Las acciones que están siendo impulsadas son:

1. Promoción de la lactancia materna e impulso a los programas de alimentación complementaria como PANN 2000 dirigido a embarazadas y madres que dan de lactar a sus hijos e hijas de seis meses en adelante.
2. Programa Aliméntate Ecuador, con énfasis en la atención a familias que tienen madres y niños y niñas menores de 5 años.

3. Programa integrado de micro nutrientes, que incluye la fortificación de la harina de trigo con hierro, la fortificación de la sal con yodo, la suplementación con hierro y vitamina A y la diversificación de la dieta.
4. Programa de Escuelas saludables, para lograr que niños y niñas escolares y sus familias accedan a una dieta adecuada.
5. Impulso al acceso a servicios de agua y saneamiento, al igual que a educación sanitaria.
6. Acceso a educa nutricional y a los servicios de salud.¹⁹

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL COMPLEMENTO ALIMENTARIO “MI BEBIDA Y MI PAPILLA” DEL PANN 2000

En Ecuador la desnutrición en mujeres gestantes y niños continua siendo un problema de salud pública en el país, como también la deficiencia de hierro en el embarazo, cuyas consecuencias son graves para la madre y su hijo. Datos de varios estudios, presentan prevalencias de anemia en embarazadas hasta el 80%. La deficiencia de zinc, puede ocasionar recién nacidos prematuros con bajo peso y anomalías congénitas.²⁰

Una de las medidas adoptadas por el Ministerio de Salud Pública para mejorar el estado nutricional de las embarazadas y madres en período de lactancia y prevenir la mal nutrición de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad en ésta década del 2000 fue la creación del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición PANN 2000, que contempla la entrega de complementos alimentarios, **Mi Bebida** y **Mi Papilla** entre otras acciones.²⁰

Debido a la necesidad evidente de disponer de resultados que demuestren el impacto en el mejoramiento del estado nutricional de los beneficiarios del programa, es indispensable evaluar el impacto del Complemento Alimentario Mi Bebida del Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, PANN 2000. Estos impactos deberán manifestarse en la mejora del estado nutricional de la embarazada, relacionada con la ganancia de peso y el peso adecuado del recién nacido, mejoras en los niveles sanguíneos de micronutrientes, sobre todo del hierro y zinc.²⁰

PROYECTO DE EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE MI BEBIDA DEL PANN 2000

Se utiliza un diseño clínico controlado con un grupo intervenido que toma el complemento alimentario y un grupo que por cualquier motivo no ha tomado Mi Bebida durante su embarazo. Las embarazadas son captadas en las unidades de salud de las parroquias del quintil 1 y 2 de pobreza, cuando acuden a su primer control y aún no han tomado Mi Bebida. Desde ese momento se entregará el complemento alimentario. Al grupo de embarazadas menores a 16 semanas de gestación se realizará un estricto control mensual hasta el momento del parto donde se evaluará a su hijo. El otro grupo de embarazadas mayores de 17 semanas continuarán con el programa en condiciones usuales que mantiene cada unidad de salud.²¹

Evalúa el efecto nutricional del complemento alimentario “Mi Bebida del PANN 2000” para embarazadas mediante indicadores antropométricos, bioquímicos, dietéticos, correspondientes a las parroquias del quintil 1 y 2 de acuerdo a las Necesidades Básicas Insatisfechas.

Es un estudio clínico controlado. El Universo son Embarazadas de parroquias del primero y segundo quintil de pobreza que acuden al control prenatal en las Unidades Operativas de Salud del MSP que consumen o no el complemento alimentario.²¹

2.2 FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

La presente investigación tiene un enfoque:

- **Epistemológico:** ya que la investigación va ir estrechamente ligada con todo el conocimiento científico que se pueda tener del problema propuesto.
- **Axiológico:** porque para realizar esta investigación se necesita de una adecuada interacción con la comunidad y todos sus integrantes a más de la verdadera comprensión de las costumbres y conocimientos acerca del problema con la que contará la población a ser estudiada.

Esta investigación se ubica en el paradigma Crítico-propositivo, pues nos conlleva a la evaluación del Programa Desnutrición Cero y el estado nutricional de los niños menores

de 1 año de edad, para poder valorar si con cada control salud los niños subieron de peso, se mantuvieron o si bajaron de peso por alguna infección que quizá se presentó y si se logró disminuir la tasa de desnutrición en este sector.

Este paradigma se fundamenta ontológicamente en la concepción de una realidad, en este caso de la Desnutrición Cero no es simplemente abstracto, si no que trata de interpretar la realidad y ser parte del relativismo científico que conlleva a la intervención de este Programa con la finalidad de evaluar los beneficios aportados para erradicar la desnutrición infantil en esta Parroquia.

2.3 FUNDAMENTACIÓN LEGAL

La fundamentación de la presente investigación se basa principalmente en lo que dispone nuestra Constitución en sus artículos en concordancia a lo que disponen las leyes ecuatorianas y los Acuerdos Ministeriales.³

El Programa Desnutrición Cero se ampara en el Decreto Presidencial 785

LA CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR MANDA:

Mediante Registro Oficial 449 de 20 de octubre del 2008, se publicó la Constitución de la República del Ecuador, aprobada mediante referéndum por el pueblo Ecuatoriano.¹

“ART – 32: la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.”

“ART – 35: Las personas adultas mayores, niños, niñas y adolescentes embarazadas, personas con discapacidad, personas libradas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.”

“Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en período de lactancia los derechos a:

1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.
2. La gratuidad de los servicios de salud materna.
3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.
4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.”³

LA LEY ORGÁNICA DE SALUD PÚBLICA

En su ART – 6 Numeral 2 establece como responsabilidades del Ministerio de Salud Pública “ejercer la rectoría del sistema nacional de salud” y en el numeral 6 “formular e implementar políticas programas y acciones de promoción, prevención y atención integral de salud sexual y salud reproductiva de acuerdo al ciclo de vida que permitan la vigencia, respeto y goce de los derechos tanto sexuales como reproductivos, y declarar la obligatoriedad de su atención en los términos y condiciones que en la realidad epidemiológica nacional y local requiera”.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA. QUE: el código de la niñez y adolescencia establece en el capítulo 2 sobre los derechos de supervivencia. Art – 25 “el poder público y las instituciones de salud y asistencia a niños y niñas y adolescentes crearan las condiciones adecuadas para la atención durante el embarazo y el parto a favor de la madre o del niño o niña especialmente tratándose de madres adolescentes y de niños o niñas con peso inferior a dos mil quinientos gramos”²

ACUERDOS MINISTERIALES DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

ACUERDO MINISTERIAL N: 00000413. QUE: el plan nacional para el buen vivir 2006 – 2013 establece en su objetivo 8 “afirmar y fortalecer la identidad nacional, las identidades diversas, la plurinacionalidad y la interculturalidad” en la política 3, 4, “brindar atención integral a las mujeres a los grupos de atención prioritaria, con enfoque de género, generacional, familiar, comunitario e intercultural” y numeral h “priorizar las acciones tendientes a reducir la mortalidad materno-infantil y el riesgo obstétrico, en particular en las zonas rurales las comunidades pueblos y nacionalidades” y en sus metas 3, 4, 2, “disminuir en un 35% la mortalidad materna al 2013 y 3, 4, 3, ”disminuir en un 35% la mortalidad neonatal precoz al 2013”

ACUERDO MINISTERIAL N. 0000474. QUE: con fecha de 20 de agosto del 2008, se expidió el acuerdo ministerial, donde se declara al plan nacional de reducción acelerada de la muerte materna y neonatal y los capítulos normativos que lo integran, como política pública prioritaria para el sector salud.³

2.4 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

2.4.1 PROBLEMAS NUTRICIONALES EN EL ECUADOR

Los problemas nutricionales en el país pueden ser agrupados en tres grandes categorías: el retardo en talla, conocido como desnutrición crónica; la deficiencia de micronutrientes; y, el sobrepeso y la obesidad.⁴

Retardo en talla: en 2006, se estimaba, de acuerdo con los datos obtenidos en la encuesta de condiciones de vida, que el 26% de los niños menores a cinco años padecía de desnutrición crónica, expresada en un retardo del crecimiento lineal. En números absolutos, lo anterior significaba que en 2006, 371 856 niñas y niños presentaban desnutrición crónica. Al desglosar esta tasa por zonas urbana y rural, se encontró que el 19% de los desnutridos se ubica en la zona urbana, mientras que el 36%, en el área rural. La tasa de desnutrición nacional fue similar a la reportada en Sudáfrica (23%), Gana (26%) y Botsuana (23%) (Banco Mundial, 2007).⁴

GRÁFICO N° 2 PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA. PUNTAJE Z < -2 DE (DESNUTRICIÓN CRÓNICA)

PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA. PUNTAJE Z < -2 DE (DESNUTRICIÓN CRÓNICA)				
	ECV 1998 %	ECV 1999 %	ENDEMAIN 2004 %	ECV 2006 %
País	32,5	31,9	29,2	26,0 371 856
Zona urbano	27,4	22,5	22,4	19,4
Zona Rural	39,7	43,1	37,5	35,7

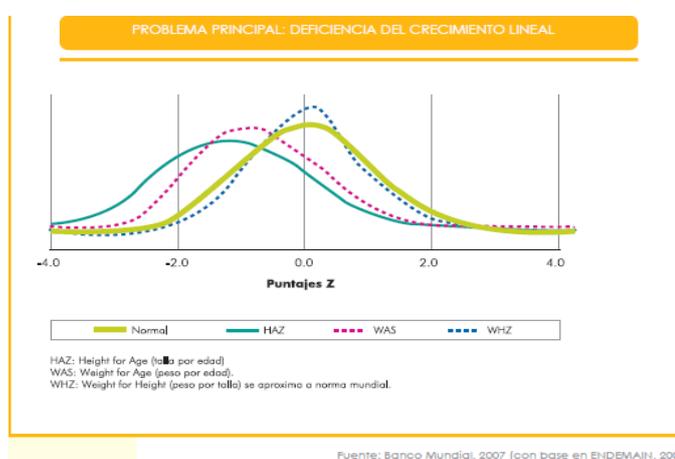
Fuente: Encuestas de condiciones de vida y encuesta demográfica de salud materno infantil (ENDEMAIN, 2004). Elaboración: SIISE-MCDS. WHO, 2006

En la distribución de los índices de puntaje Z, de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla, de estos niños y niñas, se observa que el retardo en talla es el problema de mayor magnitud, y que su dimensión hace que, la distribución de los puntajes Z de talla para la edad se desplace hacia la izquierda, en más de 1 desviación estándar.

La deficiencia en cuanto a talla para la edad, en nuestro país, se redujo solamente cinco puntos porcentuales en dieciocho años: del 34% en 1986 al 29% en 2004; es decir, una disminución relativa del 15%. Para alcanzar la meta de bajar este índice, a la mitad, será necesario llegar al 2015.

En algunos cantones del país, la prevalencia de desnutrición está sobre el 37%, lo que implica la necesidad de focalizar la atención hacia aquellos grupos más afectados por este problema.⁴

GRÁFICO N° 3 DEFICIENCIA DE CRECIMIENTO LINEAL



ESTRATEGIA BANDERA: DESNUTRICION CERO

Con el propósito de eliminar la desnutrición infantil, se propone, como parte de la Estrategia Nacional de Nutrición adoptada por el Ministerio de Salud, implementar una acción dirigida a las áreas donde la prevalencia de desnutrición crónica está por sobre el 35% y que comprenden 303 parroquias. Estas áreas se encuentran identificadas en las parroquias de intervención de la INTI, y en otras parroquias calificadas como de alta vulnerabilidad en las que se está trabajando en forma coordinada con el Ministerio de Inclusión Económica y Social, Ministerio de Educación, Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda, Ministerio de Agricultura y Ministerio de Salud.⁵

POBLACIÓN OBJETIVO DE LA ESTRATÉGIA

La estrategia propuesta se concentrará en atender a la mujer embarazada y al niño o niña recién nacido y hasta que cumpla un año de vida, con el supuesto de que si llega a dicha edad sin desnutrición, podrá seguir creciendo en óptimas condiciones porque su madre habrá adquirido las destrezas para asegurarle una buena alimentación y el niño accederá al control de crecimiento en forma oportuna.

Por lo tanto, la población objetivo de la estrategia es:

- Toda mujer embarazada, cuyo hijo o hija nacerá en el 2011.
- Recién nacidos desde el 2011.

OBJETIVOS:

GENERAL

Eliminar la desnutrición infantil de los niños y niñas recién nacidos y hasta el primer año de vida, desde 2010 hasta 2013, porque esta garantiza que puedan continuar con su crecimiento en forma adecuada.

ESPECÍFICOS

- Disminuir la incidencia de bajo peso al nacer.
- Lograr que el niño o niña recién nacido y hasta el año de edad se desarrolle y crezca con el máximo potencial y sin anemia.

INICIO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

- Julio a diciembre de 2010: fase preparatoria (elaboración de manuales, material de capacitación, guías de trabajo, capacitación a los profesionales de la salud en la atención primaria, vinculación con el sector privado).
- Implementación: enero del 2011.

ÁREA DE IMPLEMENTACIÓN

- El área de implementación comprende las 303 parroquias identificadas como prioritarias.

EQUIPO RESPONSABLE

Nivel Nacional: la Coordinación de Nutrición cuenta con un equipo técnico que ha elaborado normas, protocolos y guías para la consejería en cada una de las áreas temáticas

que componen la estrategia. Este material será distribuido masivamente al personal de salud y servirá de base para la capacitación virtual que el Ministerio implementará.

Nivel Provincial: en este ámbito el equipo médico será responsable de:

- Ejecutar las normas, organizar la capacitación del personal de salud y de otras instituciones.
- Efectuar seguimiento y monitoreo de las actividades, de acuerdo con la programación.⁵

UNIDADES OPERATIVAS

El personal, en el nivel local, será responsable de:

- Aplicar las normas.
- Capacitar sobre la alimentación y nutrición a madres de la comunidad.
- Realizar consejería nutricional en post consulta y efectuar visitas domiciliarias.

INDICADORES Y ACTIVIDADES

Factores de riesgo, las intervenciones y los indicadores que se adoptarán en esta estrategia, que son iguales a los de la estrategia nacional, pero que se concentran en la mujer embarazada y en la población de niños y niñas menores a un año.⁵

GRÁFICO N° 4 FACTORES DE RIESGO QUE SERÁN MODIFICADOS CON LA ESTRATEGIA

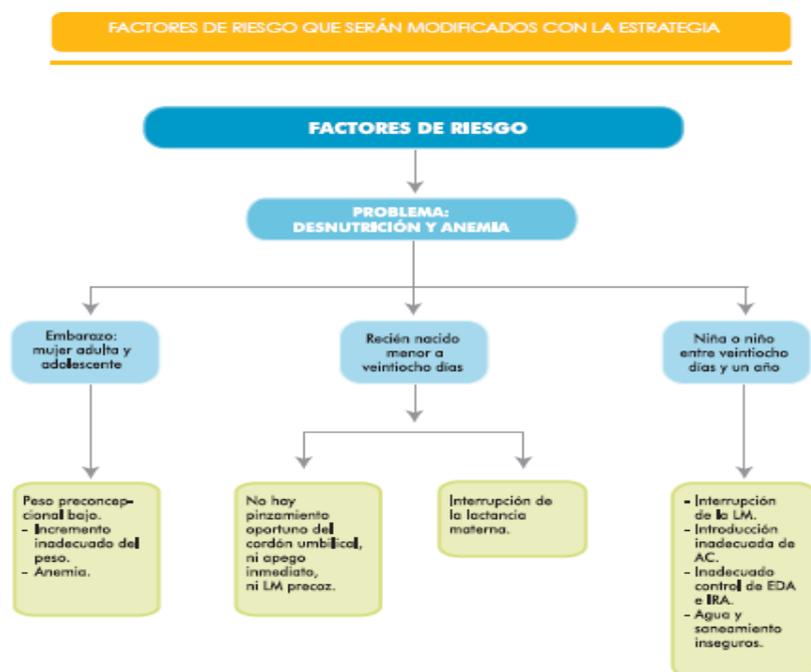
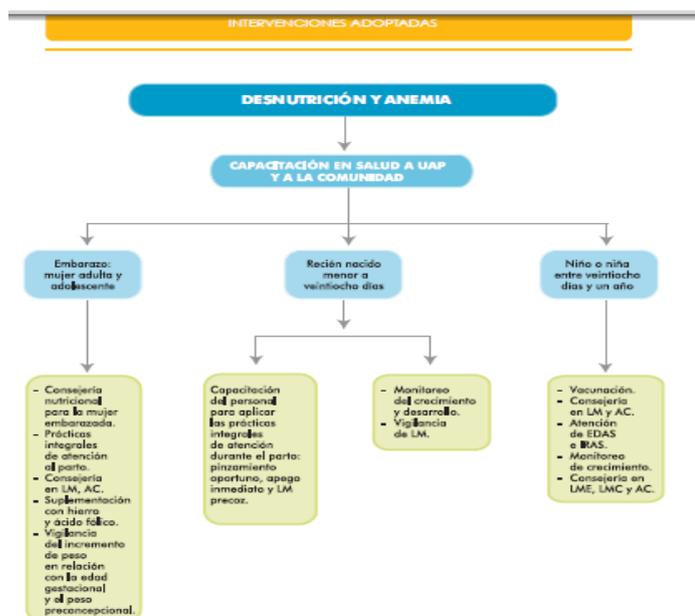
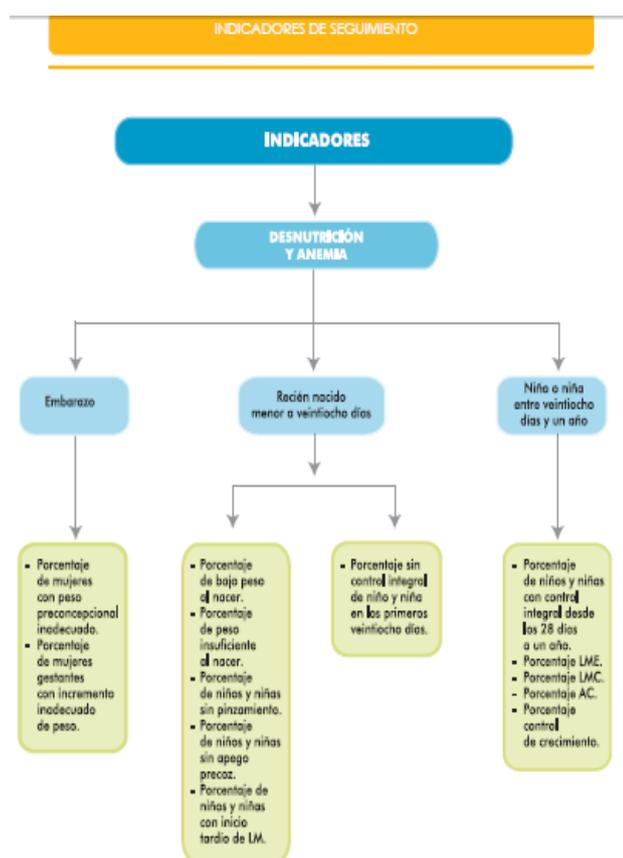


GRÁFICO N° 5 INTERVENCIONES ADOPTADAS



www.opsecu.org ART. Prop. de fort.corregido 05-06/11_Layout 1 12/06/11 15:31 Página 47

GRÁFICO N° 6 INDICADORES DE SEGUIMIENTO



www.opsecu.org ART. Prop. de fort.corregido 05-06/11_Layout 1 12/06/11 15:31 Página 48

Indicadores de resultado

La vigilancia de la implementación de la estrategia permitirá contar con un conjunto de indicadores de resultado:

- ✓ Eliminación de la desnutrición en los niños y niñas recién nacidos y de hasta un año, medida a través de la estimación de prevalencia de desnutrición crónica ($< -2DE$).
- ✓ Eliminación de la anemia por deficiencia de hierro, medida con los niveles de hemoglobina ($<110g/l$), ajustada por altitud, por edad del niño y por edad gestacional de la madre.
- ✓ Eliminación de la deficiencia de vitamina A, medida por los niveles de retinol sérico $<20\mu g/dl$.
- ✓ Proporción de niños nacidos en los últimos veinticuatro meses que se alimentaron con leche materna en la primera hora.
- ✓ Incremento del tiempo de lactancia materna exclusiva, medida por el porcentaje en los primeros seis meses de vida.
- ✓ Proporción de niñas y niños de cero a cinco meses que fueron alimentados en forma exclusiva con leche materna.
- ✓ Proporción de niños y niñas de doce a quince meses que fueron alimentados con leche materna.
- ✓ Proporción de niños y niñas de seis a ocho meses que recibieron alimentos sólidos, semisólidos y blandos.
- ✓ Incremento de la práctica oportuna y adecuada de introducción de alimentos complementarios, después de cumplidos los seis meses de vida, medido por el registro de introducción de otros alimentos.
- ✓ La estrategia contempla entregar un incentivo a las madres para que acudan a cinco controles, como mínimo, durante el periodo prenatal, para que visiten a una unidad de salud y reciban atención profesional durante el parto y para que aseguren que su hija o hijo, hasta el año de edad, reciban por lo menos seis controles médicos.⁶

Viabilidad y Plan de Sostenibilidad

Viabilidad Técnica

Descripción de la ingeniería del proyecto

El proyecto se implementará en 303 parroquias, dentro del marco de la Estrategia Nacional de Nutrición en Salud. Esta estrategia será implementada en todo el país, para lo

cual se reforzará el trabajo con recursos humanos y financieros en las áreas antes indicadas para demostrar que es posible eliminar la desnutrición.

La estrategia contempla entregar un incentivo a las madres para que acudan a cinco controles, como mínimo, durante el periodo prenatal, para que visiten a una unidad de salud y reciban atención profesional durante el parto y para que aseguren que su hija o hijo, hasta el año de edad, reciban por lo menos seis controles médicos.⁶

2.4.2 PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO

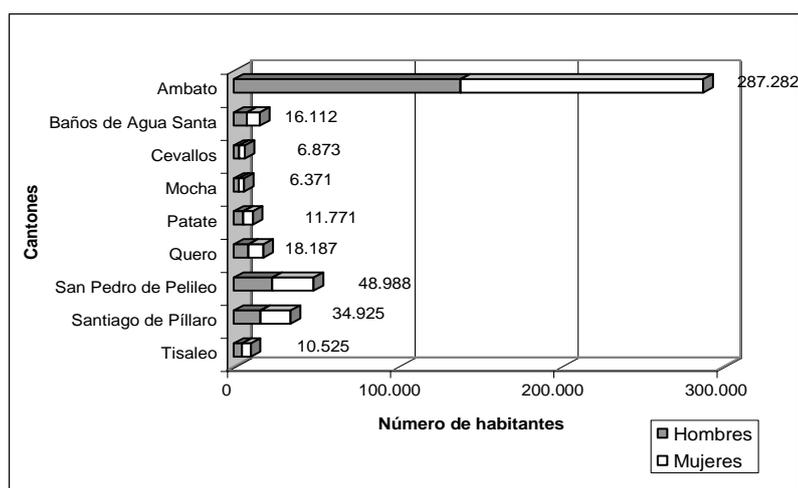
“ECUADOR DESNUTRICIÓN CERO”

POBLACIÓN DE TUNGURAHUA

Según el censo del 2010 de población y vivienda la Provincia de Tungurahua el Cantón Ambato tiene una población de:

Provincia de Tungurahua: Características Socio demográficas

GRÁFICO N° 7 POBLACIÓN DE TUNGURAHUA SEGÚN CANTONES



Fuente: INEC: Resultados definitivos del VI Censo de Población (año 2010)

POBLACIÓN DE LA PARROQUIA PICAIIHUA

Hombres Mujeres Total

PICAIIHUA	4,022	4,261	8,283
-----------	-------	-------	-------

TABLA N° 1. POBLACIÓN DE LA PARROQUIA PICAIHUA SEGÚN GRUPO DE EDAD Y SEXO

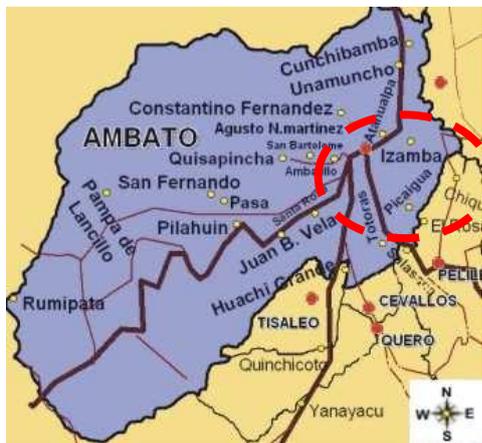
Nombre de Parroquia	Grupos de edad	Sexo		
		Hombre	Mujer	Total
PICAIHUA	Menor de 1 año	69	63	132
	De 1 a 4 años	276	291	567
	De 5 a 9 años	377	380	757
	De 10 a 14 años	405	383	788
	De 15 a 19 años	422	393	815
	De 20 a 24 años	425	391	816
	De 25 a 29 años	349	394	743
	De 30 a 34 años	304	328	632
	De 35 a 39 años	275	288	563
	De 40 a 44 años	240	266	506
	De 45 a 49 años	196	230	426
	De 50 a 54 años	180	192	372
	De 55 a 59 años	137	163	300
	De 60 a 64 años	118	136	254
	De 65 a 69 años	83	91	174
	De 70 a 74 años	63	92	155
	De 75 a 79 años	44	78	122
	De 80 a 84 años	37	58	95
	De 85 a 89 años	16	30	46
	De 90 a 94 años	5	11	16
De 95 a 99 años	-	3	3	
De 100 años y mas	1	-	1	
Total		4,022	4,261	8,283

Fuente: Censo de Población y Vivienda (CPV2010)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INEC)

Elaborado: Dirección de Estudios Analíticos Estadísticos (DESAE) - Johana Mozo.⁶

GRÁFICO N° 8 MAPA POLÍTICO DEL CANTÓN AMBATO Y SUS PRINCIPALES PARROQUIA.



Las siguientes entidades son las que contribuyeron a que el Programa Desnutrición Cero sea efectuado.

1. El Ministerio Coordinador de Desarrollo Social
2. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador
3. Coordinación Nacional de Nutrición
4. El Ministerio de Desarrollo Urbano y Vivienda
5. El Ministerio de Inclusión Económica y Social
6. El Ministerio de Educación
7. Secretaria Nacional del Migrante
8. Secretaria de Gestión Inmobiliaria del Sector Público
9. Finanzas Populares y Solidarias

Evaluadas y acreditadas por la OMS, OPS y UNICEF con el objetivo de reducir los índices de desnutrición en los niños y niñas del país.

El Programa Acción Nutricional hacia la Desnutrición Cero fue presentada al Ministerio de Salud Pública el martes 9 de agosto del 2011 a las 10:00 en la Provincia de Chimborazo Cantón Alausí en donde se plante un plan piloto en base a la Encuesta Nacional de Salud ENSANUT-ECU 2011/2013 ⁷

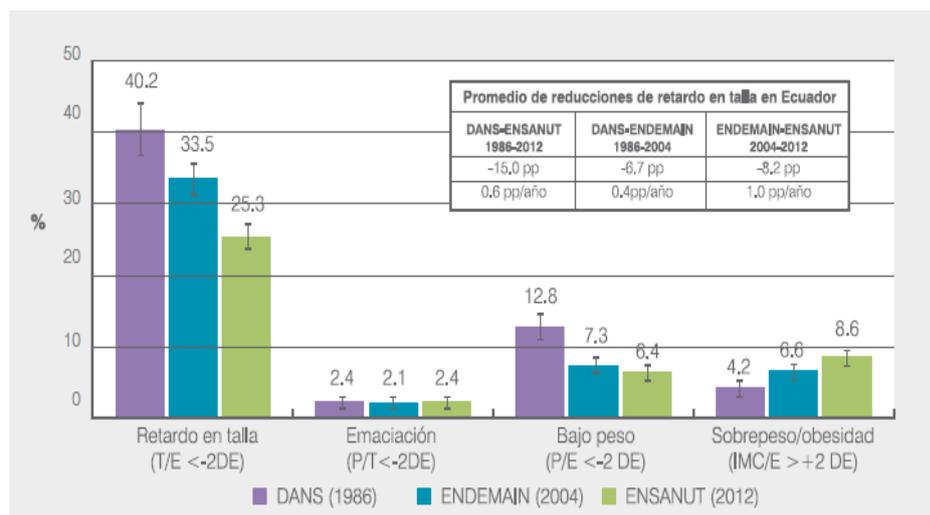
TABLA N° 2 PROYECTO DESNUTRICIÓN CERO FINANCIAMIENTO

PROYECTO DESNUTRICIÓN CERO
Componentes: Transferencias Condicionadas
Presupuesto Invertido: USD 2'148.523,38
Resultados Alcanzados:
Se ha implementado de manera progresiva en 303 parroquias seleccionadas como prioritarias, ubicadas en 10 provincias del país; de las cuales 3 parroquias ubicadas en Cebadas - Chimborazo, costa: América – Manabí y oriente: Sevilla Don Bosco - Morona Santiago, fueron tomadas como pilotos para diseñar, validar y mejorar los Procesos de acuerdo a realidades regionales, institucionales, étnicas y socio económicas.
Controles prenatales y de salud de niños menores de un año: se atendió a 62.733 niños y 57.484 mujeres embarazadas, de un total de 118.572 potenciales Beneficiarios, 100% del total de población proyectada.
Se entregó incentivos monetarios a 56.427 personas
El Proyecto ha contribuido a la participación intersectorial con los Ministerios del Frente

Según explicó la Ministra de Salud Carina Vance, el programa está orientado a reducir los índices de desnutrición en 303 parroquias del país, identificadas como prioritarias. El programa contempla la entrega de un bono de \$ 110 para las mujeres en estado de gestación y niños y niñas menores de un año. “El dinero se dará a las madres en dos partes: \$ 50 se entregarán en cada uno de los 5 chequeos médicos que la mujer debe realizarse durante el embarazo y los \$ 60 restantes luego del parto, durante los primeros 12 meses de vida del niño”.⁷

Según la encuesta **ENSANUT-ECU 2012** la desnutrición crónica ha disminuido del 40.2% en 1986 a 25.3% en el 2012, es decir una disminución absoluta en 15 puntos porcentuales (pp) en 26 años. La prevalencia de retardo en talla ha disminuido de manera acelerada entre 2004 y 2012 de 33.5% al 25.3% (8.2 pp en 8 años)⁷

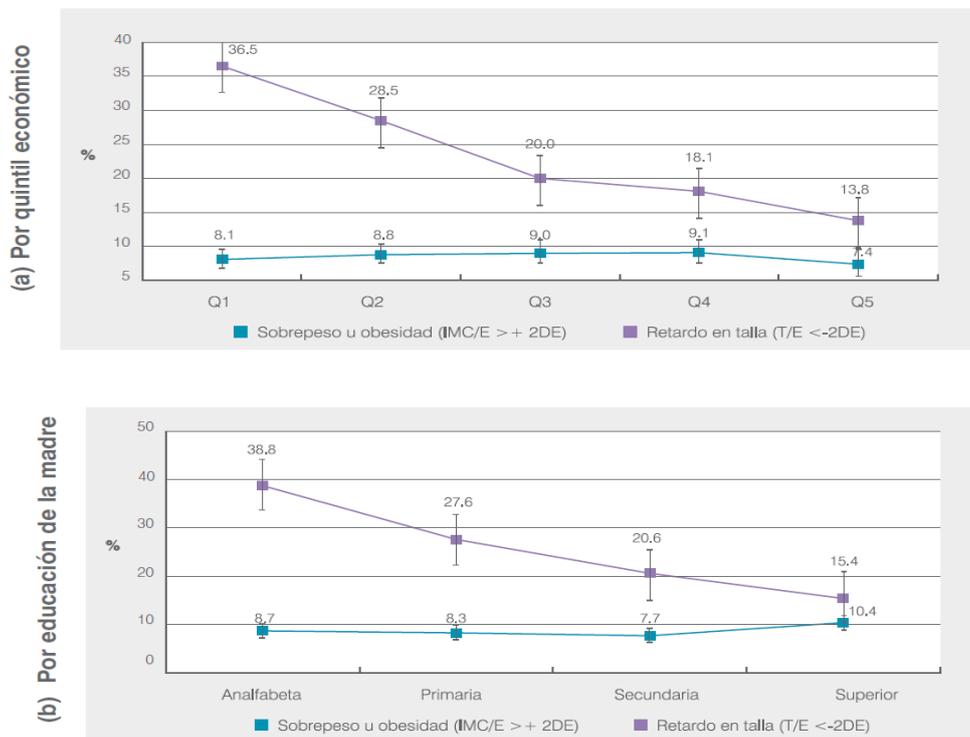
Gráfico N° 9 PREVALENCIA COMPARATIVA DE DESNUTRICION ENTRE ENCUESTAS NACIONALES



*A fin de comparar los resultados de la ENSANUT-ECU con las encuestas DANS (1986) y ENDEMAIN (2004), se tomó como referencia la población de estudio de la encuesta DANS, es decir, se consideraron para estos análisis como preescolares a la población de 0 a 59 meses.

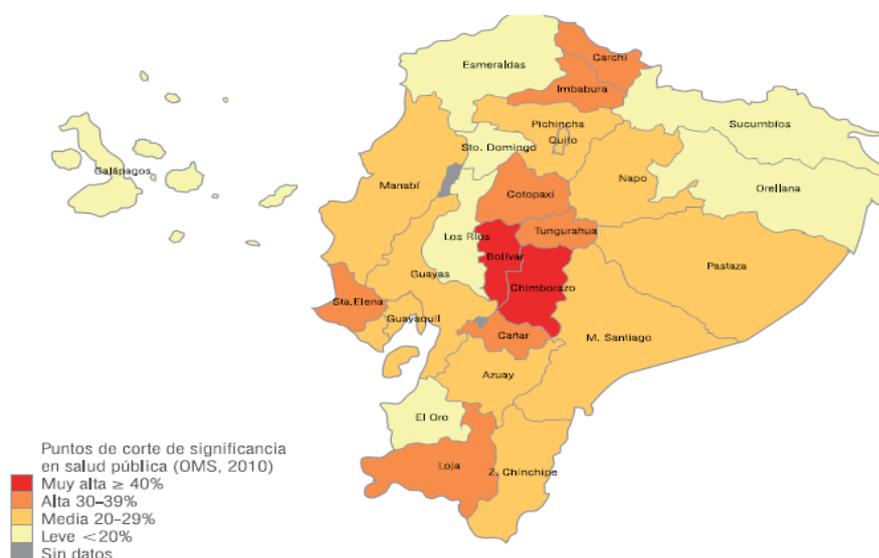
T/E talla para la edad, P/T peso para la talla, P/E peso para la edad, IMC/E índice de masa corporal para la edad.
Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos
Elaboración: Freire et al.

GRÁFICO N° 10 PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA POR QUINTIL ECONÓMICO Y EDUCACIÓN DE LA MADRE



T/E talla para la edad, IMC/E índice de masa corporal para la edad. **Fuente:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Elaboración: Freire et al.

GRÁFICO N° 11 PREVALENCIA DE RETARDO EN TALLA (T/E -2DE) POR PROVINCIAS



T/E Talla para la edad. **Fuente:** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Elaboración: Freire et al.

2.4.2 FUNDAMENTO

Los graves problemas nutricionales que afectan, de manera especial, a un gran número de niñas y niños menores de cinco años de los sectores rurales y más pobres del país, demandan fortalecer las actividades y respuestas implementadas hasta ahora. El 26% de los niños y las niñas menores de cinco años padecen desnutrición crónica, y un grupo aún mayor sufre de anemia por falta de hierro. Pero no solo las niñas y los niños son afectados por la malnutrición; se estima que el 40% de mujeres embarazadas tiene anemia; el 50% de mujeres en edad fértil sobrepeso u obesidad y más grave: un 7% de menores de cinco años sufre de sobrepeso. La administración de micronutrientes, hierro y ácido fólico para la mujer embarazada; la consejería nutricional para asegurar una buena nutrición de ella; la consejería para promover la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada; la implementación de las prácticas integrales del parto (el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, el apego precoz, piel con piel, y el inicio de la lactancia materna, en la primera hora después del parto; la evaluación y vigilancia del crecimiento desde que nacen; la suplementación con micronutrientes a las niñas y los niños; la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria son ente importante para el desarrollo del Programa Desnutrición Cero en el país.⁸

2.4.3 EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS Y DE CINCO A NUEVE AÑOS.

Ante el requerimiento de eliminar de manera progresiva la desnutrición, el monitoreo del crecimiento es esencial para ayudar al personal de salud, a los padres o a las personas encargadas del cuidado de las niñas y los niños a valorar su condición. Una evaluación sencilla del crecimiento implica la medición de peso, talla y perímetro cefálico, y relacionar los valores con la edad cronológica de la niña o el niño, considerando además su sexo.

Con ello es posible construir los siguientes indicadores:

- ✓ Peso para la edad (*P/E*)
- ✓ Longitud o talla para la edad (*UE*) o (*T/E*)
- ✓ Perímetro cefálico para la edad, en niños y niñas menores de dos años (*PC/E*)
- ✓ Índice de Masa Corporal para la edad (*IMC/E*); indicadores que permiten la comparación de sus mediciones con estándares de crecimiento definidos.²⁷

2.4.4 EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO A TRAVÉS DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Los datos básicos para evaluar el estado nutricional de niñas y niños, son: sexo, edad, peso, talla o longitud, y en niños y niñas menores de dos años el perímetro cefálico.

Indicadores:

Ante el requerimiento de valorar la condición nutricional, los indicadores más utilizados, son:

1. **Longitud o talla para la edad (T /E).** Su deficiencia es calificada como baja talla (menos 2 DE) o baja talla severa (menos 3 DE)); está asociada a un estado crónico de desnutrición.
2. **Peso para la edad (P/E).** Su deficiencia se califica como bajo peso (entre 2 DE y menos 3 DE) o bajo peso severo (por debajo de menos 3 DE). Puede estar asociado a un estado presente de mala nutrición o a la presencia de una infección aguda, por lo cual se dejó de comer.
3. **Índice de Masa Corporal según la edad.** Es una medida de asociación entre el peso y la talla de una persona. Es un método para evaluar el grado de riesgo asociado con la obesidad. Se lo calcula según la expresión matemática: peso en kg/talla en metros al cuadrado (kg/m²).²⁸

2.4.5 PROBLEMAS DE CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

TABLA N° 3 PROBLEMAS DE CRECIMIENTO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS

Puntuación Z	INDICADORES DE CRECIMIENTO			
	Longitud o talla para la edad	Peso para la edad	IMC para la edad	Perímetro cefálico para la edad (< 2 años)
Por encima de +3	Ver nota 1	Ver nota 2	Obesidad	Macrocefalia (Ver nota 6)
Por encima de +2			Sobrepeso	Macrocefalia (Ver nota 6)
Por encima de + 1			Posible riesgo de sobrepeso (Ver nota 3)	
O (mediana)				

Por debajo de -1				
Por debajo de -2	Baja talla (Ver nota 4)	Bajo peso	Emaciado	Microcefalia (Ver nota 6)
Por debajo de -3	Baja talla severa (Ver nota 4)	Bajo peso severo (ver nota 5)	Severamente emaciado	Microcefalia (Ver nota 6)

FUENTE: Adaptado por Coordinación Nacional de Nutrición de los Patrones de Crecimiento infantil OMS 2007

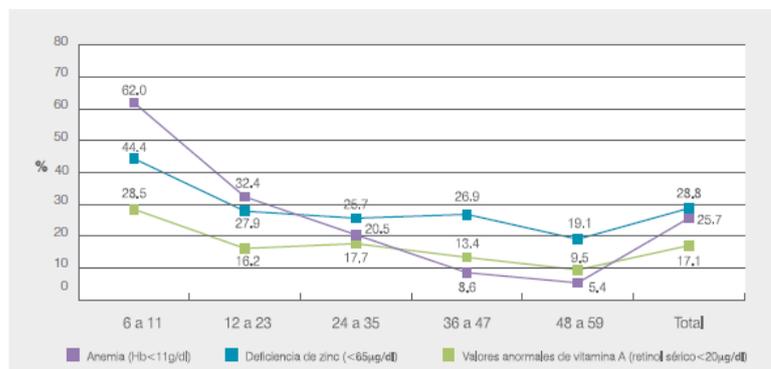
Notas:

1. Un niño o niña en este rango es muy alto para su edad. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento. Si usted sospecha de un desorden endocrino, refiera al niño o niña en este rango para una evaluación médica (por ejemplo, si padres con una estatura normal tienen un niño o niña excesivamente alto para su edad).
2. Un niño o niña cuyo P/E cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto se evalúa mejor con *IMC/E*.
3. Un punto marcado por encima de uno, muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación Z 2 muestra un riesgo definitivo.
4. Es posible que un niño o niña con retardo en talla, baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso.
5. Esta condición es mencionada como peso muy bajo en los módulos de capacitación de AIEPI (Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia, Capacitación en servicio, OMS, Ginebra 1997).
6. Estas condiciones, catalogadas como niños y niñas con macrocefalia o con microcefalia, requieren referencia para evaluación médica especializada.⁹

2.4.6 SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES

Los problemas nutricionales de las niñas y los niños no solo se limitan a un déficit del peso y/o talla, sino también a la carencia de muchos micronutrientes. Una dieta equilibrada no es suficiente para cubrir los requerimientos de micronutrientes en niñas y niños pequeños.⁹

GRÁFICO N° 12 PREVALENCIA DE DEFICIENCIAS DE HIERRO Y ZINC, Y VALORES ANORMALES DE VITAMINA A EN MENORES DE 5 AÑOS POR EDAD EN MESES



Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadística y Censos.
Elaboración: Freire et al.

La norma del \ Ministerio de Salud Pública indica:

1. Suplementación con hierro y ácido fólico a mujeres embarazadas.
2. Suplementación con hierro, zinc, ácido fólico, vitaminas A y C en forma de micronutrientes en polvo, a niños/a desde los 6 hasta los 24 meses de edad.
3. Vitamina A, administrada en megadosis, desde los 6 meses hasta los 36 meses de edad para prevención de deficiencias y hasta los 59 meses de edad como coadyuvante de patologías respiratorias, digestivas, sarampión y/o desnutrición.⁹⁻³³

2.4.7 MICRONUTRIENTES EN POLVO (hierro, ácido fólico, zinc, vitamina A y C) para niñas y niños desde los 6 meses hasta los 24 meses.

Esquema de administración:

- **Producto:** sobres con micronutrientes en polvo (hierro 12,5 mg más zinc 5 mg más ácido fólico 160 ug; vitamina A 300 ug y vitamina C 30 mg).
- **Administración:** VÍA ORAL. Se debe añadir el contenido de un sobre en una porción de comida de la niña/o; comida que con seguridad va a comer el niño/a en su totalidad y tiene que estar a temperatura adecuada.
- **Posología:** un sobre por día durante sesenta días seguidos (dos meses), luego de lo cual descansa 120 días (cuatro meses). Este esquema de administración descanso lo repite hasta que el niño o niña cumpla dos años de edad.
- Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando la niña/o asista al control. Este fraccionamiento en las entregas tiene como fin preservar los micronutrientes y realizar el seguimiento.

- Indicar a la madre que administre un solo sobre del suplemento por día, durante sesenta días seguidos. Si por algún motivo deja de darle un día, por olvido u otra circunstancia, debe continuar con la suplementación en forma normal.¹⁰

Vitamina A en megadosis. Esquema de administración

Producto: cápsulas de contenido líquido con palmitato de retinol de 50 mil U.I.

Administración: vía oral en el establecimiento de salud.

Posología para prevención de deficiencia:

- 50 mil UI a todos los niños/as menores de seis meses que NO hayan recibido lactancia materna ni sucedáneos de la leche materna con vitamina A.
- 50 mil UI a todos los lactantes cuyas madres no hayan recibido suplemento de vitamina A.
- 100 mil UI vía oral cada seis meses a niños y niñas de 6 a 11 meses.
- 200 mil UI vía oral cada seis meses a niños y niñas de 12 a 36 meses

Posología como coadyuvante de patología respiratoria, digestiva, sarampión y/o desnutrición:

Niñas y niños de 6 a 12 meses con infecciones diarreicas, respiratorias, desnutrición o sarampión: administrar VÍA ORAL UNA DOSIS de 100 mil UI al momento del diagnóstico; los niños/as no deben haber recibido suplementación con megadosis de vitamina A en los últimos 30 días.

Niñas/os de 12 a 59 meses con infecciones diarreicas, respiratorias o desnutrición: administrar VÍA ORAL UNA DOSIS de 200 mil UI al momento del diagnóstico; los niños o niñas no deben haber recibido suplementación con megadosis de vitamina A en los últimos 30 días.

Niñas/os de 12 a 59 meses con sarampión: administrar VÍA ORAL UNA DOSIS de 200 mil UI al momento del diagnóstico y otra igual al día siguiente; los niños o niñas no deben haber recibido suplementación con megadosis de vitamina A en los últimos 30 días.¹⁰

2.4.8 DESNUTRICION INFANTIL

La desnutrición proteínico-energética (DPE) es una enfermedad multisistémica, que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano, producida por una disminución drástica, aguda o crónica, en la disponibilidad de nutrientes, ya sea por ingestión

insuficiente, inadecuada absorción, exceso de pérdidas o la conjunción de dos o más de estos factores. Se manifiesta por grados de déficit antropométrico, signos y síntomas clínicos y alteraciones bioquímicas, hematológicas e inmunológicas.¹⁰

2.4.8.1 ETIOLOGÍA

Primaria: cuando obedece a un aporte insuficiente de nutrimentos y/o episodios repetidos de diarreas o infecciones de vías respiratorias.

Secundaria: es debida a una enfermedad subyacente que conduce a una ingestión o absorción inadecuadas, o a la utilización excesiva de nutrimentos.¹¹⁻³²

2.4.8.2 FACTORES DE RIESGO

La mala nutrición de la madre y las infecciones intercurrentes durante el embarazo son factores frecuentes de prematuridad y desnutrición in útero.

En las zonas rurales y urbanas marginadas, el ciclo infección-desnutrición se debe a varios factores, entre ellos destacan:

1. El abandono de la lactancia materna
2. La ablactación temprana (antes de los dos meses de edad) o muy tardía (después del sexto mes de edad).
3. El uso inadecuado de los sucedáneos de la leche materna.
4. Las infecciones gastrointestinales frecuentes en el niño.

2.4.8.3 FISIOPATOLOGÍA Y RESPUESTAS ADAPTATIVAS

La adaptación nutricional significa que para sobrevivir a dos agresiones sinérgicas, **la carencia de nutrimentos y las infecciones frecuentes**, el organismo modifica sus patrones biológicos de normalidad y crea nuevas condiciones homeostáticas.

La DPE se desarrolla gradualmente y permite la siguiente serie de ajustes metabólicos:

1. Disminución de la necesidad de nutrimentos
2. Equilibrio nutricional compatible con una disponibilidad más baja de nutrimentos celulares.

Si en este punto el suministro de nutrimentos continúa siendo cada vez más bajo que el aceptado por el organismo para su adaptación sobreviene la muerte. A este fenómeno, Ramos Galván le llamó “**homeorresis**”, en el cual la mayoría de las funciones están alteradas y tienen las siguientes características:

Movilización y gasto de energía: El gasto de energía desciende con rapidez tras la disminución de la ingesta de sustratos calóricos y ello explica la reducción de los periodos de juego y actividad física que se observan y los periodos de descanso más prolongados y el menor trabajo físico. La reducción secundaria de la presión oncótica intravascular y la fuga de líquido hacia el espacio extravascular contribuyen a la formación del edema del kwashiorkor.¹¹

Hematología y transporte de oxígeno: La disminución de la concentración de hemoglobina y de masa de eritrocitos que se observa en casi todos los casos de DPE grave es un fenómeno de adaptación que se relaciona cuando menos en parte con los requerimientos de oxígeno por los tejidos. El decremento de la masa corporal magra y la actividad física menor de los pacientes con desnutrición también disminuyen la demanda de oxígeno.¹¹

Función cardiovascular y renal: El gasto cardíaco, la frecuencia cardíaca, la presión arterial disminuyen y la circulación central cobra mayor importancia que la circulación periférica. Los reflejos cardiovasculares se alteran y ocasionan hipotensión postural y disminución del retorno venoso. La forma principal de compensación hemodinámica la constituye la taquicardia y no el aumento del volumen latido. Tanto el flujo plasmático renal como la velocidad de filtrado glomerular pueden disminuir a causa del descenso del gasto cardíaco, aunque al parecer la capacidad de excretar líquidos y acidificar la orina se conservan.¹²

Sistema Inmunitario: Los defectos principales que se observan en la DPE grave parecen afectar los linfocitos T y el sistema de complemento. El número de linfocitos que se originan en el timo disminuye en forma intensa y la glándula se atrofia. Además se observa depleción de células de las regiones de linfocitos T en el bazo y los ganglios linfáticos. En de DPE disminuye la producción de varios componentes del complemento estas deficiencias pueden explicar la gran susceptibilidad a la sépsis por bacterias gram negativas.¹²

Electrolitos: El potasio corporal total disminuye a causa de la reducción de proteínas musculares y de la pérdida del potasio del compartimiento intracelular. La acción baja de la insulina y la disminución de los sustratos de energía dentro de la célula reducen la disponibilidad de ATP y fosfocreatina. Lo anterior conduce a una entrada a la célula de Na y agua, con la consecuente sobrehidratación intracelular.¹²⁻³¹

Función gastrointestinal: La absorción de lípidos y disacáridos pueden alterarse y la velocidad de absorción de glucosa disminuir en la deficiencia de proteínas. También puede observarse menor producción de sustancias gástricas, pancreáticas y biliares, estos cambios alteran aún más las funciones de absorción que se manifiesta con diarrea y quizá también por la motilidad intestinal irregular y el sobrecrecimiento bacteriano gastrointestinal. La diarrea incrementa la mala absorción y puede agravar más el estado nutricional.¹²

Sistema nervioso central: Los pacientes que cursan con DPE a edad temprana pueden presentar disminución del crecimiento cerebral, desmielinización de los nervios, disminución de la producción de neurotransmisores y de la velocidad de conducción nerviosa.¹²

2.4.8.4 RESPUESTAS ADAPTATIVAS:

- ✚ Adaptación metabólica para sobrevivir de manera “compensada”.
- ✚ Limitación de funciones no vitales
- ✚ Detención de crecimiento y desarrollo
- ✚ Normogluemia a expensas de proteínas y grasas
- ✚ Reducción de la síntesis de proteínas viscerales y musculares
- ✚ Reducción en la concentración de la Hb y Glóbulos Rojos
- ✚ Disminución del flujo plasmático renal y filtrado glomerular
- ✚ Disminución de linfocitos T y complemento sérico
- ✚ Disminución de IgA
- ✚ Hipokalemia
- ✚ Disminución de secreción gástrica y pancreática, atrofia de vellosidades intestinales
- ✚ Alteraciones endocrinológicas²²

2.4.8.5 CLASIFICACIÓN

1. Clasificación etiológica:

- A) **Primaria:** Se presenta cuando el aporte de nutrientes es inadecuado para cubrir las necesidades y/o episodios repetidos de diarrea o infecciones de vías respiratorias. Esta forma primaria de desnutrición es producto de la pobreza y la ignorancia.
- B) **Secundaria:** cuando existe alguna condición subyacente que conduce a una inadecuada ingestión, absorción, digestión o metabolismo de los nutrientes, generalmente ocasionado por un proceso patológico como infecciones agudas, sépsis o problemas crónicos como la diarrea persistente, SIDA, cardiopatías congénitas, neumopatías, enfermedad renal avanzada y muchos tipos de cáncer.²²

2. Clasificación clínica:

Marasmo, kwashiorkor y marasmo-kwashiorkor.

Desnutrición de tipo marasmática se presenta en menores de un año, el déficit proteico y energético es lento y progresivo, propia de una desnutrición crónica dentro de sus manifestaciones clínicas se observa una marcada hipotrofia muscular e hipotonía, piel seca, pelo seco fino desprendible y ausencia de panículo adiposo.

Desnutrición de tipo Kwashiorkor forma “húmeda” o con edema, es un proceso más agudo, se presenta más frecuentemente en la edad preescolar, existe un déficit proteico importante y en muchas ocasiones su ingesta energética es adecuada e incluso elevada, en muchos casos es precipitado por episodios infecciosos en el niño. El edema es el signo central pero además pueden presentar signo de la bandera y una dermatitis denominada pelagroide, irritabilidad, hígado graso entre otras manifestaciones clínicas.²³⁻³⁰

3. Clasificación por severidad o intensidad:

- La clasificación de Gómez, una de las más usadas, utiliza el índice peso/edad, que resulta muy útil para niños menores de cinco años. La severidad de la desnutrición se reconoce clínicamente y se clasifica según el déficit de peso que tengan los niños en relación al peso con el percentil 50 de los niños de su misma edad.

Los valores pueden ser locales o internacionales, la desnutrición se clasifica de la siguiente manera:

* Los niños que presentan edema independientemente de su déficit se clasifican como tercer grado.

Una desventaja de esta clasificación es que nos permite diferenciar entre un evento agudo y uno crónico.

- La clasificación de Waterloo utiliza el peso, talla y la edad y los agrupa en dos índices peso/talla (P/T) y talla/edad (T/E). El P/T indica la presencia de un déficit de peso con respecto a la estatura actual (desnutrición presente o emaciación), mientras que T/E evidencia desnutrición pasada o desmedro. Mediante esta clasificación se puede saber si la desnutrición es actual (peso bajo), desnutrición es pasada (talla/edad baja), o ambas.²⁴

TABLA N° 4 CLASIFICACIÓN DE WATERLOO

INDICE	PORCENTAJE DE DÉFICIT			
	NORMAL	LEVE	MODERADA	SEVERA
T / E	0 AL 5 %	6 AL 10 %	11 AL 15 %	> 15 %
P / T	0 AL 10 %	11 AL 20 %	21 AL 30 %	> 30 % o con edema

Clasificación por el tiempo de evolución:

De acuerdo al tiempo se clasifica en un proceso agudo donde observamos déficit en peso sin deterioro de talla.

Los procesos crónicos manifiestan en forma evidente déficit en talla y los crónicos agudizados, son niños con deterioro en talla en donde además se observa una pérdida de peso importante.²⁵

2.4.8.6 DIAGNÓSTICO:

El diagnóstico es clínico, los signos clínicos se clasifican en:

- 1) **SIGNOS UNIVERSALES.-** Son aquellos que siempre están presentes en los niños desnutridos; su intensidad dependerá de la magnitud del déficit de nutrimentos, de la etapa de crecimiento y del tiempo de evolución y son: dilución, hipofunción y atrofia, y ocasionan detención de crecimiento y desarrollo.
- 2) **SIGNOS CIRCUNSTANCIALES.-** Su presencia es circunstancial, pueden o no estar presentes y son características del tipo de desnutrición ya sea Marasmo,

Kwashiorkor o mixta, como hipotrofia muscular, hipotonía, edema, lesiones dermatológicas, signo de la bandera.

- 3) **SIGNOS AGREGADOS.**- Son aquellos que se encuentran presentes en el niño desnutrido solamente y a consecuencia de diversos procesos patológicos que se agregan, como insuficiencia respiratoria, fiebre, deshidratación.²⁶

2.4.8.7 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

La reducción en la tasa de incremento ponderal o bien el franco decremento en esta medida antropométrica, precede a la detención del crecimiento estos indicadores nos permiten situar a la enfermedad en severidad (P/E), tiempo de evolución (T/E) y pronóstico (P/T).

PESO PARA LA EDAD (P/E)

El P/E se utiliza en los niños y se valora como el porcentaje del peso esperado o ideal para una edad determinada. El déficit de peso evalúa tanto la desnutrición presente como la pasada ya sea debida a un proceso agudo o crónico.²⁷⁻³¹

TABLA N° 5 PESO PARA LA EDAD (P/E)

$$P/E = \text{PESO ACTUAL} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$$

Interpretación: según la clasificación de Federico Gómez.

Porcentaje de peso			
Déficit Normal		91 o más	< 10 %
Desnutrición grado I		90 a 76	10 - 24 %
Desnutrición	II	75 a 61	25 - 39 %
Desnutrición	III	60 o menos	40 > %

PESO PARA LA TALLA (P/T)

El peso para la talla P/T ha reemplazado al P/E como criterio para el diagnóstico de desnutrición aguda o presente. Es muy útil para evaluar el impacto de los programas de intervención nutricia.

Este cociente indica el estado nutricional actual y permite detectar casos de desnutrición aguda comparándolo con gráficas estandarizadas para niños y adolescente.

TABLA N° 6 PESO PARA LA TALLA (P/T)

$$P/T = \frac{\text{PESO ACTUAL}}{\text{PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL}} \times 100 = \% \text{ de peso} - 100 = \% \text{ de déficit de peso}$$

PESO IDEAL PARA TALLA ACTUAL

Interpretación:

	Porcentaje de peso	Déficit
Agudización leve	89- 80 %	11 - 20 %
Agudización moderada	79- 70 %	21 - 30 %
Agudización severa	> 70 %	30 > %

TALLA PARA LA EDAD (T/E)

La T/E cuando se encuentra disminuida es evidencia de una desnutrición crónica o pasada, no es útil en los programas de intervención nutricional. Sin embargo, es el indicador que nos permite diferenciar los procesos crónicos y pasados de los presentes y agudos y de ahí su valor en investigación social.²⁸

TABLA N° 7 TALLA PARA LA EDAD (T/E)

$$T/E = \frac{\text{TALLA ACTUAL}}{\text{TALLA IDEAL}} \times 100 = \% \text{ de talla} - 100 = \% \text{ de déficit de talla}$$

TALLA IDEAL

Interpretación:

	Porcentaje de talla	Déficit
Crónico leve	90 - 94 %	6 - 10 %
Crónico moderada	89 - 85 %	11 - 15 %
Crónico severa	85 < %	> 15 %

2.4.8.8 SIGNOS DE MAL PRONÓSTICO:

- Edad menor de 6 meses
- Déficit de P/T mayor del 30 % o de P/E mayor del 40 %
- Estupor o coma
- Infecciones severas (bronconeumonía, sarampión, etc.)
- Petequias o tendencias hemorrágicas
- Deshidratación, Alteraciones electrolíticas, acidosis severa o datos de insuficiencia respiratoria o cardíaca

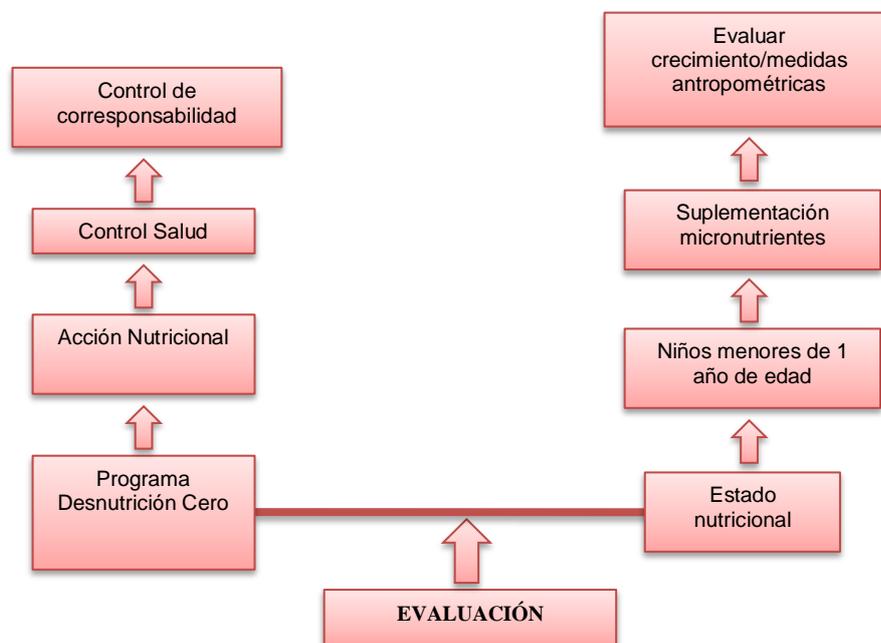
- Proteínas séricas menores a 3 gr/dl
- Anemia severa con datos de hipoxia
- Ictericia, hiperbilirrubinemia o aumento de transaminasas
- Lesiones cutáneas eruptivas o exfoliativas extensas
- Hipoglucemia e hipotermia

2.4.8.9 CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO:

Hay clara evidencia acerca de la importancia de la desnutrición como factor predisponente de un mayor riesgo de enfermar o de morir y como condición antecedente de una limitación estructural y funcional. Durante el estadio agudo de la desnutrición severa, la aparente mayor susceptibilidad del niño a contraer enfermedades infecto-contagiosas es sin duda la consecuencia de mayor trascendencia clínica. Con respecto a las potencialidades somáticas los niños con desnutrición severa presentan tallas inferiores al promedio para su edad considerándose estos como “Enanos Nutricionales”.²⁹

Los estudios sobre el desarrollo mental indican que existe una interrelación estrecha entre la desnutrición y el desarrollo intelectual. Sin embargo, aún queda por precisar el grado de participación de la desnutrición en el retraso mental.³⁰

GRÁFICO N° 13 CATEGORIAS FUNDAMENTALES



2.5 HIPÓTESIS

El Programa Desnutrición Cero mejora el estado nutricional de los niños/a menores de un año de edad, inscritos dentro del Programa en comparación con los niños que abandonaron o que no se inscribieron en este, mediante el control salud atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre mayo del 2012 a mayo del 2013.

2.6 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

TABLA N° 8 SEÑALAMIENTO DE VARIABLES

Variable Independiente:	Programa Desnutrición Cero
Variable Dependiente:	Estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato
Termino de relación:	Evaluación

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación presenta la siguiente modalidad:

- **De Campo.-** La investigación se basa en datos reales recopilados de las historias clínicas de los pacientes beneficiados por el Programa Desnutrición Cero atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el periodo comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.
- **Documental.-** Investigación Bibliográfica, porque es necesario documentación para la contextualización del problema y la fundamentación científica del Marco Teórico.

3.2 NIVEL O TIPO DE LA INVESTIGACIÓN

- **Transversal.-** Realizaremos un estudio de rápida ejecución y fácil control en un corto periodo de tiempo.
- **Explicativa.-** La investigación está destinada a evaluar el Programa Desnutrición Cero en niños menores de 1 año de edad y mujeres embarazadas.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

- El tamaño de la población está representada por todos los niños menores de 1 año de edad, mujeres embarazadas y en período de lactancia inscritos en el Programa Desnutrición Cero atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre Mayo del 2012 a Mayo del 2013.
- No fue necesaria la obtención de la muestra pues se incluyeron a todos los niños, mujeres embarazadas y en período de lactancia que se encontraron dentro del Programa Desnutrición Cero.

3.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

TABLA N° 9 VARIABLE INDEPENDIENTE: PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO

CONCEPTO	CATEGORIAS	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
El Programa Desnutrición Cero es un proyecto creado con el objetivo de reducir de forma total los índices de desnutrición en niños del país.	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Nutrición de la mujer gestante ✓ Prácticas integrales del parto ✓ Lactancia materna y alimentación complementaria ✓ Suplementación con Micronutrientes ✓ Evaluación del crecimiento 	<p>Peso</p> <p>Pinzamiento oportuno del cordón umbilical</p> <p>Apego precoz</p> <p>Lactancia inmediata</p> <p>Técnica adecuada</p> <p>Suplementación farmacológica</p> <p>Medidas antropométricas</p>	<p>Pregestacional, durante el embarazo</p> <p>Valoración del apgar</p> <p>Valorar la técnica</p> <p>Observación de la técnica</p> <p>Administración de hierro y ácido fólico en mujeres gestantes y en período de lactancia; hierro, ácido fólico, Vit A y C (6-24 meses); Vit A megadosis(6-36 m y hasta 59m)</p> <p>Sexo, edad, peso, perímetro cefálico</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ficha de observación 2. Formulario D1: Control de corresponsabilidades 3. Carné de Salud del niño/a 4. Carné Perinatal 5. Historias clínicas 6. Curvas de crecimiento en niños y niñas menores de 5 años de edad Formulario 028 A2 y A1 7. Tablas de cálculo de IMC para niños/a menores de 5 años de edad. 8. Curvas de ganancia de peso de la mujer gestante. 9. Tablas del Clap (peso para la talla según edad gestacional) 10. Ganancia de peso según IMC y estado nutricional según IMC.

TABLA N° 10 VARIABLE DEPENDIENTE: ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD

CONCEPTO	CATEGORIAS	INDICADORES	ÍTEMS	TÉCNICA INSTRUMENTO
La desnutrición infantil es una enfermedad multisistémica que afecta todos los órganos y sistemas del ser humano producida por una disminución drástica, aguda o crónica en la disponibilidad de nutrientes.	Factores de riesgo	<p>Mala nutrición materna</p> <p>Parto no institucional</p> <p>Abandono de la lactancia materna</p> <p>Ablactación temprana</p> <p>Uso inadecuado de sucedáneos de la leche materna</p> <p>Infecciones frecuentes</p>	<p>Peso pregestacional y gestacional, anemia</p> <p>Falta de información</p> <p>Problemas maternos Problemas del niño</p> <p>Mala técnica para la lactancia</p> <p>Carencia de nutrientes</p> <p>Detención del crecimiento y desarrollo</p>	<p>1. Ficha de observación</p> <p>2. Formulario D1: Control de corresponsabilidades</p> <p>3. Carné de Salud del niño/a</p> <p>4. Carné Perinatal</p> <p>5. Historias clínicas</p> <p>6. Curvas de crecimiento en niños y niñas menores de 5 años de edad</p> <p>Formulario 028 A2 y A1</p> <p>7. Tablas de cálculo de IMC para niños/a menores de 5 años de edad.</p> <p>8. Curvas de ganancia de peso de la mujer gestante.</p> <p>9. Tablas del Clap (peso para la talla según edad gestacional)</p> <p>10. Ganancia de peso según IMC y estado nutricional según IMC</p>

3.5 PLAN DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Para la recolección de la información se envió una solicitud al Director encargado del Centro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato la Dra. Paulina Sancho Médico Rural, explicando sobre el Tema de Investigación quien nos autorizó la entrada al Establecimiento y el acceso a toda la información requerida de las historias clínicas que se encuentran en el Departamento de Estadística del SCS Picaihua y proceder con la respectiva evaluación del Programa Desnutrición Cero que duro desde mayo del 2012 a mayo del 2013.

Se utilizó el Formulario D1: Control de corresponsabilidades, historias clínicas, curvas de crecimiento en niños menores de 5 años Formulario 028 A2 y curvas de crecimiento en niñas menores de 5 años Formulario 028 A1, tablas de cálculo de IMC para niños y niñas menores de 5 años de edad, carné del niño y la niñas, carné perinatal de la mujer embarazada, curvas de ganancia de peso de la mujer gestante, tablas del Clap (peso para la talla según edad gestacional, ganancia de peso según IMC, estado nutricional según IMC) .

3.6 METODOS DE ANÁLISIS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Para el análisis de la información se procedió de la siguiente manera:

1. Se revisó el Formulario D1 de Control de Corresponsabilidad en donde consta la lista de beneficiados por el Programa Desnutrición Cero que duro desde mayo del 2012 a mayo del 2013, este instrumento garantiza datos reales de cumplimiento.
2. Se realizo una ficha de recolección de datos estadísticos con la finalidad de obtener datos reales de cada historia clínica como son: control salud, control prenatal por mes durante un año.
3. Tabulación de datos: se elaboró tablas de datos y gráficos en Excel, considerando las variables estudiadas.
4. Se realizó el análisis descriptivo de los datos calculando proporciones.
5. Manejo de información (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influye significativamente en los análisis
6. Estudio estadístico de datos para presentación de resultados.

3.7 CRITERIOS ETICOS APLICADOS EN LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación está basada en datos reales obtenidos de las historias clínicas de los pacientes beneficiados por el Programa Desnutrición Cero atendidos en el Subcentro de Salud de la

Parroquia Picaihua del Cantón Ambato que duro desde mayo del 2012 a mayo del 2013, basados en mis conocimientos adquiridos a través de todos los años de estudio dentro de la Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud Carrera de Medicina y la constante ayuda de mi tutor la Dra. Patricia Paredes.

Además se obtuvo información real del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de una manera técnica para luego representarla en datos estadísticos para una mejor comprensión y análisis.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

En la Provincia de Tungurahua tenemos una población de 329.856 habitantes de los cuales en el Cantón Ambato tenemos una población de 287.282 habitantes de estos 8.283 habitantes pertenecen a la Parroquia Picaihua, según el Censo de Población y Vivienda del año 2010.

TABLAS Y REPRESENTACIONES GRÁFICAS

TABLA N° 11 POBLACIÓN DE ESTUDIO

POBLACIÓN:	
Tungurahua	329.857 habitantes
Ambato	287.282 habitantes
Picaihua	8.283 habitantes

Fuente: INEC 2010

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 14 POBLACIÓN DE ESTUDIO



Fuente: INEC 2010

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: La Provincia de Tungurahua tiene 329.856 habitantes que correspondería al 100% de esto el Cantón Ambato con 287.282 habitantes que corresponde el 46% y la Parroquia Picaihua con 8.283 habitantes que corresponde al 1%.

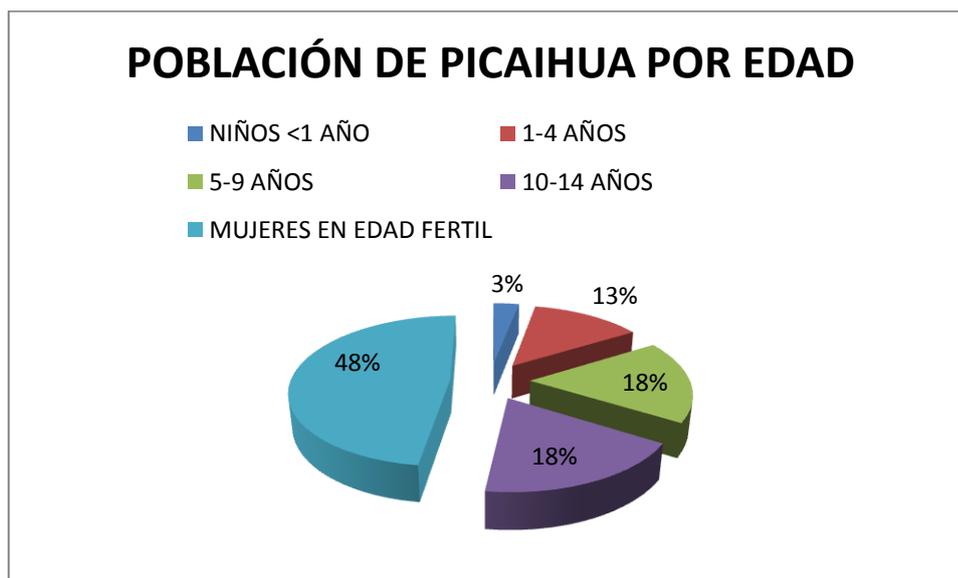
TABLA N° 12 POBLACIÓN DE PICAIHUA

POBLACIÓN DE PICAIHUA	
NIÑOS <1 AÑO DE EDAD	132 habitantes
1-4 AÑOS DE EDAD	567 habitantes
5-9 AÑOS DE EDAD	757 habitantes
10-14 AÑOS DE EDAD	788 habitantes
MUJERES EN EDAD FERTIL	2060 habitantes

Fuente: INEC 2010

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 15 POBLACIÓN DE PICAIHUA



Fuente: INEC 2010

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: La Parroquia Picaihua abarca a 8.283 habitantes de los cuales 132 habitantes corresponden a niños <1 año de edad que incluye el 3% y 2.060 habitantes corresponde a mujeres en edad fértil que incluye el 48% que atañe a nuestro grupo de estudio.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

TABLA N° 13 FORMULARIO D1: CONTROL DE CORRESPONSABILIDADES

A. INFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD								
1.Provincia	2.Cantón	3.Parroquia	4.Jefatura de Área	5.Nombre de la Unidad de Salud	6.Mes y año de la corresponsabilidad			
TUNGURAHUA	AMBATO	PICAIHUA TUNGURAHUA	ÁREA 2 CENTRO DE SALUD 2(AMBATO)	SUBCENTRO DE PICAIHUA	Mayo 2012/Mayo 2013			
B. LISTA DE BENEFICIADOS								
No	1. Comunidad	2.Número de PDCINS	3.Número de cédula del beneficiario(a)	4.Apellidos y Nombres del beneficiario(a)	5.Número de historia clínica del beneficiario(a)	6.Tipo de corresponsabilidad	7.Cumplimiento	8.Nació vivo/a (si/no)
1	Calicanto	PDCINS-63993-1	1803427697	-	3027	Control Prenatal		
2	Calicanto	PDCINS-52418-1	1804831236	-	0246	Control Prenatal		
3	Calicanto	PDCINS-48981-1	1804816542	-	14484	Control Prenatal		
4	Calicanto	PDCINS-46154-1	1804928966	-	14349	Control Prenatal		
5	Calicanto	PDCINS-55840-1	1803931375	-	13805	Control Prenatal		
6	Calicanto	PDCINS-52441-1	1803887346	-	5301	Control Prenatal		
7	Calicanto	PDCINS-63988-1	1804460598	-	6644	Control Prenatal		
8	Calicanto	PDCINS-63523-1	1804540720	-	14812	Control Prenatal		
9	Calicanto	PDCINS-64049-1	1850358613	-	14899	Control Salud		
10	Calicanto	PDCINS-58660-1	2100524772	-	19712	Control Prenatal		
11	Calicanto	PDCINS-52426-1	1804816542	-	14557	Control Prenatal		
12	Calicanto	PDCINS-46149-1	1850246693	-	14364	Control Salud		
13	Calicanto	PDCINS-45031-1	1808539236	-	14307	Control Prenatal		
14	Calicanto	PDCINS-45079-1	1805233756	-	13697	Control Prenatal		
15	Calicanto	PDCINS-43761-1	0000000000	-	11957	Control Salud		
16	Calicanto	PDCINS-46729-1	1850192541	-	14029	Control Salud		
17	Calicanto	PDCINS-63513-1	0000000000	-	14414	Control Salud		
18	Calicanto	PDCINS-46911-1	0000000000	-	14086	Control Salud		

19	Calicanto	PDCINS-52440-1	1850198282	-	14599	Control Salud		
20	Calicanto	PDCINS-64161-1	1850278209	-	03064	Control Salud		
21	Calicanto	PDCINS-46143-1	1850158724	-	14374	Control Salud		
22	Calicanto	PDCINS-43751-1	0000000000	-	13856	Control Salud		
23	Calicanto	PDCINS-46736-1	0000000000	-	13662	Control Salud		
24	Calicanto	PDCINS-46903-1	1850249614	-	14379	Control Salud		
25	Calicanto	PDCINS-55843-1	1850243922	-	14660	Control Salud		
26	Calicanto	PDCINS-49021-1	1850234004	-	14225	Control Salud		
27	Calicanto	PDCINS-63516-1	1850325307	-	14413	Control Salud		
28	Calicanto	PDCINS-43690-1	0000000000	-	13762	Control Salud		
29	Calicanto	PDCINS-55595-1	1752127751	-	14158	Control Salud		
30	Calicanto	PDCINS-49035-1	1752127835	-	14159	Control Salud		
31	Calicanto	PDCINS-46731-1	0000000000	-	144147	Control Salud		
32	Calicanto	PDCINS-46909-1	1850212679	-	14162	Control Salud		
33	Calicanto	PDCINS-48981-1	1804816542	-	14484	P. Institucional		
34	Calicanto	PDCINS-45696-1	1804466249	-	3401	Control Prenatal		
35	Calicanto	PDCINS-45079-1	1803233756	-	13697	P. Institucional		
36	Calicanto	PDCINS-46733-1	1803520830	-	14033	P. Institucional		
37	Calicanto	PDCINS-52423-1	1803539632	-	10351	Control Prenatal		
38	Calicanto	PDCINS-38826-1	1804039053	-	2190	Control Prenatal		
39	Calicanto	PDCINS-43751-1	1802869097	-	14279	Control Prenatal		
40	Calicanto	PDCINS-32196-1	0000000000	-	13824	Control Salud		
41	Calicanto	PDCINS-32178-1	0000000000	-	13823	Control Salud		
42	Calicanto	PDCINS28638-1	0000000000	-	14108	Control Salud		
43	Calicanto	PDCINS-38769-1	1850163559	-	13673	Control Salud		
44	El Calvario	PDCINS-28967-1	1803257144	-	01164	Control Prenatal		
45	El Calvario	PDCINS-30018-1	0604332429	-	14197	Control Prenatal		
46	El Calvario	PDCINS-43678-1	1804105813	-	14323	Control Prenatal		
47	El Calvario	PDCINS-52422-1	0502293129	-	3663	Control Prenatal		
48	El Calvario	PDCINS-63518-1	0000000000	-	114391	Control Salud		
49	El Calvario	PDCINS-38793-1	1803923000	-	5705	Control Prenatal		
50	El Calvario	PDCINS-29051-1	0000000000	-	13951	Control Salud		
51	El Calvario	PDCINS-29987-1	0000000000	-	13576	Control Salud		
52	El Calvario	PDCINS-32141-1	0000000000	-	13655	Control Salud		

53	El Calvario	PDCINS-32163-1	0000000000	-	13656	Control Salud		
54	El Calvario	PDCINS-45084-1	1850229384	-	14222	Control Salud		
55	El Calvario	PDCINS-28967-1	1803257144	-	01164	P. Institucional		
56	El Calvario	PDCINS-43678-1	1804105813	-	14323	P. Institucional		
57	Jerusalen	PDCINS-52424-1	1803348661	-	5614	Control Prenatal		
58	Jerusalen	PDCINS-64042-1	0000000000	-	14783	Control Salud		
59	La Floresta	PDCINS-45076-1	1802954923	-	8742	Control Prenatal		
60	La Floresta	PDCINS-32300-1	1802468593	-	8812	Control Prenatal		
61	La Floresta	PDCINS-28727-1	0000000000	-	13689	Control Salud		
62	S. Cayetano	PDCINS-30097-1	0000000000	-	13917	Control Salud		
63	S. Cayetano	PDCINS-38870-1	1600404535	-	13231	Control Prenatal		
64	S. Cayetano	PDCINS-29109-1	0000000000	-	14113	Control Salud		
65	San Juan	PDCINS-55836-1	1804593208	-	8316	Control Prenatal		
66	San Juan	PDCINS-52427-1	1804040200	-	5207	Control Prenatal		
67	San Juan	PDCINS-32442-1	0000000000	-	2577	Control Prenatal		
68	San Juan	PDCINS-30123-1	0000000000	-	14112	Control Salud		
69	San Juan	PDCINS-30105-1	0000000000	-	13707	Control Salud		
70	San Juan	PDCINS-38746-1	1850230440	-	14234	Control Salud		
71	San Juan	PDCINS-45078-1	1850246859	-	14190	Control Salud		
72	San Juan	PDCINS-30115-1	0000000000	-	13741	Control Salud		
73	San Juan	PDCINS-32234-1	0000000000	-	14188	Control Salud		
74	San Juan	PDCINS-32467-1	0000000000	-	14211	Control Prenatal		
75	San Juan	PDCINS-30073-1	0000000000	-	8426	Control Prenatal		
76	Mollepamba	PDCINS-28671-1	0000000000	-	13844	Control Salud		
77	Mollepamba	PDCINS-36347-1	0000000000	-	14110	Control Salud		
78	Mollepamba	PDCINS-28647-1	0000000000	-	14031	Control Salud		
79	Mollepamba	PDCINS-30000-1	0000000000	-	14148	Control Salud		
80	Mollepamba	PDCINS-29126-1	1804097036	-	11202	P. Institucional		
81	Mollepamba	PDCINS-28660-1	0000000000	-	13525	Control Salud		
82	Mollepamba	PDCINS-28829-1	1804147203	-	8117	P. Institucional		
83	Mollepamba	PDCINS-28797-1	1803823705	-	5781	P. Institucional		
84	San Pedro	PDCINS-52432-1	1803613221	-	14545	Control Prenatal		
85	San Pedro	PDCINS-29122-1	1805394127	-	12477	Control Prenatal		
86	San Pedro	PDCINS-43684-1	1802630051	-	14295	Control Prenatal		
87	San Pedro	PDCINS-32404-1	0000000000	-	13627	Control Salud		

88	San Pedro	PDCINS-38802-1	1850198662	-	14146	Control Salud		
89	San Pedro	PDCINS-43703-1	0000000000	-	14292	Control Salud		
90	San Pedro	PDCINS-43700-1	0000000000	-	14293	Control Salud		
91	San Pedro	PDCINS-32129-1	0000000000	-	14047	Control Salud		
92	San Pedro	PDCINS-28845-1	1718449125	-	14189	Control Prenatal		
93	San Pedro	PDCINS-28781-1	0000000000	-	13525	Control Salud		
94	San Pedro	PDCINS-63517-1	1850318203	-	14798	Control Salud		
95	SCS Picaihua	PDCINS-30006-1	0000000000	-	14090	Control Salud		
96	SCS Picaihua	PDCINS-32221-1	0000000000	-	13879	Control Salud		
97	SCS Picaihua	PDCINS-30012-1	0502247513	-	14201	Control Prenatal		
98	SCS Picaihua	PDCINS-29976-1	1204928087	-	13993	Control Prenatal		
99	SCS Picaihua	PDCINS-38784-1	1803519006	-	14231	Control Prenatal		
100	SCS Picaihua	PDCINS-29983-1	1803750262	-	2613	Control Prenatal		
101	SCS Picaihua	PDCINS-38738-1	1850159029	-	13636	Control Salud		
102	SCS Picaihua	PDCINS-32421-1	0000000000	-	13747	Control Salud		
103	SCS Picaihua	PDCINS-30038-1	1850223502	-	14018	P. Institucional		
104	SCS Picaihua	PDCINS-38784-1	1803519006	-	14231	P. Institucional		
115	Sigsipamba	PDCINS-52425-1	1803591526	-	14486	Control Prenatal		
106	Sigsipamba	PDCINS-6908-1	1803958238	-	9103	Control Prenatal		
107	Sigsipamba	PDCINS-48611-1	0000000000	-	14385	Control Salud		
108	Sigsipamba	PDCINS-43746-1	0000000000	-	14274	Control Salud		
109	Simón Bolívar	PDCINS-32189-1	0000000000	-	14144	Control Salud		
110	Simón Bolívar	PDCINS-32373-1	0000000000	-	13643	Control Salud		
111	Simón Bolívar	PDCINS-30085-1	0000000000	-	13838	Control Salud		
112	Simón Bolívar	PDCINS32386-1	0000000000	-	14208	Control Salud		
113	Simón Bolívar	PDCINS-45085-1	1803128253	-	5038	Control Prenatal		
114	Simón Bolívar	PDCINS-30046-1	1803273968	-	8080	Control Prenatal		
115	Simón Bolívar	PDCINS-63995-1	0502380355	-	14730	Control Prenatal		
116	Simón Bolívar	PDCINS-32455-1	1802951630	-	702	P. Institucional		
117	Simón Bolívar	PDCINS-63524-1	1804530820	-	9834	P. Institucional		
118	Tangaiche	PDCINS-46746-1	1803198710	-	8316	Control Prenatal		
119	Tangaiche	PDCINS-28924-1	0000000000	-	2930	Control Salud		
120	Tangaiche	PDCINS-28903-1	1850198357	-	2940	Control Salud		
121	Tarazana	PDCINS-30060-1	1803262763	-	3586	Control Prenatal		
122	Tarazana	PDCINS-38722-1	0000000000	-	13653	Control Salud		

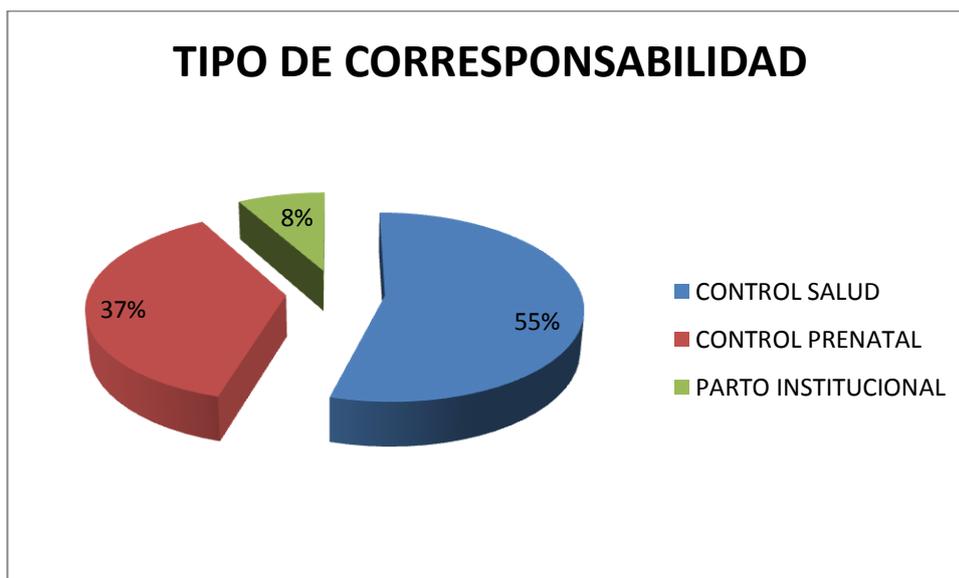
123	Techo Propio	PDCINS-30031-1	1720700614	-	12970	Control Prenatal		
124	Techo Propio	PDCINS-32250-1	1803587037	-	14214	Control Prenatal		
125	Techo Propio	PDCINS-52421-1	1804948147	-	14423	Control Prenatal		
126	Techo Propio	PDCINS-63989-1	1804728671	-	6336	Control Prenatal		
127	Techo Propio	PDCINS-38818-1	1850226653	-	14217	Control Salud		
128	Techo Propio	PDCINS-43738-1	0000000000	-	13853	Control Salud		
129	Techo Propio	PDCINS-46910-1	1850209725	-	14227	Control Salud		
130	Techo Propio	PDCINS-32212-1	0000000000	-	14215	Control Salud		
131	Techo Propio	PDCINS-46741-1	0000000000	-	14361	Control Salud		
132	Techo Propio	PDCINS-46912-1	1850251578	-	14372	Control Salud		
133	Techo Propio	PDCINS-38753-1	1850233188	-	13812	Control Prenatal		
134	Techo Propio	PDCINS-38760-1	1804407714	-	13927	Control Prenatal		
135	Techo Propio	PDCINS-36338-1	0603267006	-	6207	Control Prenatal		
136	Techo Propio	PDCINS-32268-1	1804124392	-	13726	Control Prenatal		
137	Techo Propio	PDCINS-32283-1	1803372042	-	5160	Control Prenatal		
138	Techo Propio	PDCINS-64047-1	0000000000	-	14317	Control Salud		
139	Terremoto	PDCINS-30133-1	0000000000	-	14203	Control Salud		
140	Terremoto	PDCINS-63522-1	1803313855	-	5204	Control Prenatal		
141	Terremoto	PDCINS-29993-1	0000000000	-	14196	Control Salud		
142	San Alfonso	PDCINS-32330-1	0000000000	-	14060	Control Salud		
143	San Alfonso	PDCINS-32347-1	0000000000	-	14098	Control Salud		
144			0000000000	-	14363	Control Salud		
145			0000000000	-	13987	Control Salud		
146			0000000000	-	14429	Control Salud		
147			0000000000	-	14967	Control Salud		

PERSONAS BENEFICIADAS POR EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO DESDE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013.

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 16 TIPO DE CORRESPONSABILIDAD



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: De un total de 147 personas beneficiadas por el Programa Desnutrición Cero atendidas en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre mayo del 2012 a mayo del 2013, tenemos que 80 niños menores de 1 año de edad fueron beneficiados por el Programa mediante el Control Salud que corresponde al 55 %, 55 mujeres embarazadas por medio del Control Prenatal que corresponde al 37% y 12 mujeres embarazadas que fueron atendidas en Instituciones de salud que constan como Parto Institucional que corresponde al 8%.

TABLA N° 14 CUMPLIMIENTO DEL CONTROL SALUD POR MES.

APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIADO	N° HCL	TIPO DE CORRESPONSABILIDAD	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	Total control
1.	3027	Control Prenatal	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	x	x	6
2.	0246	Control Prenatal	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	7
3.	14484	Control Prenatal	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	6
4.	14349	Control Prenatal	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	6
5.	13805	Control Prenatal	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	x	x	8
6.	5301	Control Prenatal	-	-	x	x	x	x	-	x	-	x	-	-	6
7.	6644	Control Prenatal	-	-	-	x	x	-	x	x	x	-	x	-	6
8.	14812	Control Prenatal	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	7
9.	14899	Control Salud	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	5
10.	19712	Control Prenatal	-	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	3
11.	14557	Control Prenatal	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	4
12.	14364	Control Salud	x	x	-	x	-	x	-	-	-	-	-	-	4
13.	14307	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
14.	13697	Control Prenatal	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
15.	11957	Control Salud	-	-	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	1
16.	14029	Control Salud	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	7
17.	14414	Control Salud	-	x	-	x	x	x	x	-	x	-	-	x	7
18.	14086	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	7
19.	14599	Control Salud	-	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	3
20.	03064	Control Salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
21.	14374	Control Salud	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	6
22.	13856	Control Salud	x	x	-	-	-	-	x	-	-	-	-	-	3
23.	13662	Control Salud	x	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	2

24.	14379	Control Salud	-	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	x	9
25.	14660	Control Salud	-	-	-	x	-	-	x	-	-	-	-	-	2
26.	14225	Control Salud	-	x	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	5
27.	14413	Control Salud	-	x	x	x	x	x	x	-	x	-	x	x	9
28.	13762	Control Salud	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	5
29.	14158	Control Salud	x	x	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	4
30.	14159	Control Salud	x	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	3
31.	144147	Control Salud	-	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	3
32.	14162	Control Salud	-	x	x	x	x	x	-	-	x	-	-	-	6
33.	14484	Parto Institucional	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	6
34.	3401	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
35.	13697	Parto Institucional	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	-	x	4
36.	14033	Parto Institucional	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
37.	10351	Control Prenatal	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	8
38.	2190	Control Prenatal	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	5
39.	14279	Control Prenatal	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	4
40.	13824	Control Salud	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	3
41.	13823	Control Salud	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	6
42.	14108	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	11
43.	13673	Control Salud	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
44.	01164	Control Prenatal	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	6
45.	14197	Control Prenatal	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	5
46.	14323	Control Prenatal	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
47.	3663	Control Prenatal	-	-	x	x	-	-	x	x	x	-	-	-	5
48.	114391	Control Salud	-	x	x	x	x	x	-	x	x	x	-	-	8
49.	5705	Control Prenatal	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	5

50.	13951	Control Salud	x	-	x	x	-	-	x	x	-	-	-	-	5
51.	13576	Control Salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
52.	13655	Control Salud	-	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	3
53.	13656	Control Salud	x	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	4
54.	14222	Control Salud	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	5
55.	01164	Parto Institucional	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	6
56.	14323	Parto Institucional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
57.	5614	Control Prenatal	-	-	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	3
58.	14783	Control Salud	-	-	-	-	-	x	x	x	x	-	x	-	5
59.	8742	Control Prenatal	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	6
60.	8812	Control Prenatal	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	5
61.	13689	Control Salud	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	5
62.	13917	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	9
63.	13231	Control Prenatal	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	-	8
64.	14113	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	10
65.	8316	Control Prenatal	-	-	x	x	x	x	-	x	-	-	-	-	5
66.	5207	Control Prenatal	-	-	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	8
67.	2577	Control Prenatal	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	7
68.	14112	Control Salud	x	x	x	x	x	-	x	x	x	-	-	-	8
69.	13707	Control Salud	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	4
70.	14234	Control Salud	-	-	-	-	x	-	-	x	-	-	x	-	3
71.	14190	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	x	11
72.	13741	Control Salud	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
73.	14188	Control Salud	x	x	x	x	x	x	-	x	x	x	x	-	10
74.	14211	Control Prenatal	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	2
75.	8426	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2

76.	13844	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	7
77.	14110	Control Salud	x	x	x	x	-	x	-	x	x	-	-	-	7
78.	14031	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	9
79.	14148	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	11
80.	11202	Parto Institucional	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
81.	8117	Parto Institucional	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
82.	13525	Control Salud	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
83.	5781	Parto Institucional	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
84.	14545	Control Prenatal	-	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
85.	12477	Control Prenatal	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	5
86.	14295	Control Prenatal	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	5
87.	13627	Control Salud	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	4
88.	14146	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	-	10
89.	14292	Control Salud	x	x	x	x	x	x	-	-	x	x	-	-	8
90.	14293	Control Salud	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
91.	14047	Control Salud	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	8
92.	14189	Control Prenatal	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
93.	14798	Control Salud	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
94.	14090	Control Salud	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
95.	13879	Control Salud	x	x	x	x	x	-	x	-	-	x	-	-	7
96.	13879	Control Salud	x	x	x	x	-	-	x	-	-	-	-	-	5
97.	14201	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
98.	13993	Control Prenatal	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
99.	14231	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
100.	2613	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
101.	13636	Control Salud	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1

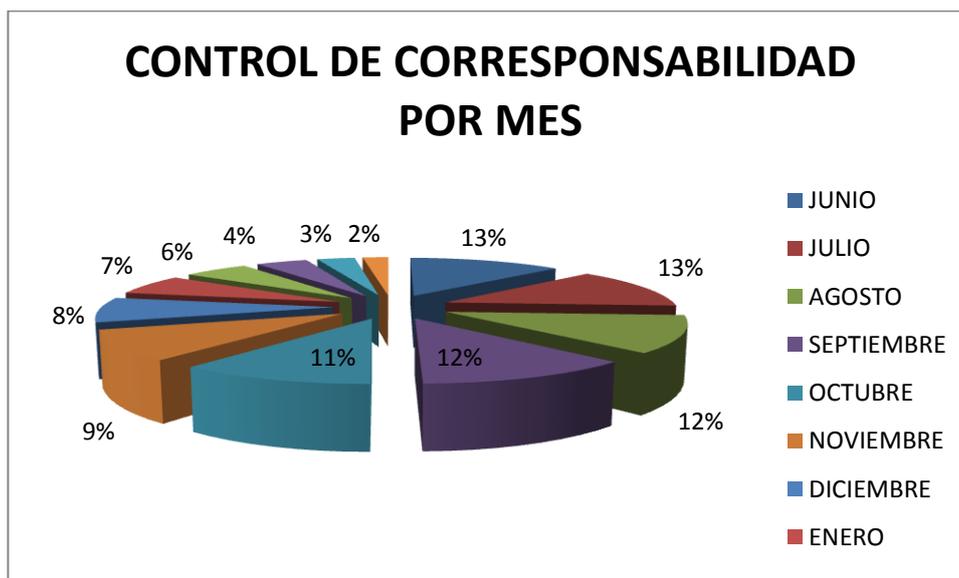
102.	13747	Control Salud	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	4
103.	14018	Parto Institucional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	3
104.	14231	Parto Institucional	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
105.	14486	Control Prenatal	-	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	6
106.	9103	Control Prenatal	-	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	7
107.	14385	Control Salud	-	x	x	x	x	-	-	x	-	-	x	-	6
108.	14274	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
109.	14144	Control Salud	x	x	x	x	x	-	x	-	-	-	x	-	7
110.	13643	Control Salud	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	3
111.	13838	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	9
112.	14208	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	7
113.	5038	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
114.	8080	Control Prenatal	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
115.	0702	Control Prenatal	-	-	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	4
116.	14730	Parto Institucional	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
117.	9834	Parto Institucional	-	-	-	-	x	x	-	-	-	-	-	-	2
118.	8316	Control Prenatal	-	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	4
119.	2930	Control Salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
120.	2940	Control Salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
121.	3586	Control Prenatal	x	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3
122.	13653	Control Salud	x	-	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	5
123.	12970	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
124.	14214	Control Prenatal	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	-	6
125.	14423	Control Prenatal	-	x	x	x	x	x	x	-	-	-	-	-	6
126.	6336	Control Prenatal	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	-	5
127.	14217	Control Salud	x	x	-	-	x	-	x	-	x	x	-	-	6

128.	13853	Control Salud	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	-	x	6
129.	14227	Control Salud	-	x	x	x	x	x	-	-	-	x	-	-	6
130.	14215	Control Salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
131.	14361	Control Salud	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
132.	14372	Control Salud	x	x	x	x	-	x	-	x	x	-	-	-	7
133.	13812	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
134.	13927	Control Prenatal	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
135.	6207	Control Prenatal	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
136.	13726	Control Prenatal	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
137.	5160	Control Prenatal	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
138.	14317	Control Salud	x	x	-	x	-	x	x	-	x	x	x	x	9
139.	14203	Control Salud	x	x	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
140.	5204	Control Prenatal	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	x	x	7
141.	14196	Control Salud	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
142.	14060	Control Salud	x	x	-	x	-	-	-	-	-	-	-	-	3
143.	14098	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	-	11
144.	14363	Control Salud	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	12
145.	13987	Control Salud	x	x	x	x	x	x	-	x	x	-	-	-	8
146.	14429	Control Salud	-	x	x	x	x	-	x	x	x	x	x	-	9
147.	14967	Control Salud	-	-	-	-	-	-	-	x	x	x	x	x	5
TOTAL			89	90	80	84	75	65	55	45	38	30	22	15	688

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 17 CONTROL DE CORRESPONSABILIDAD POR MES



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: Según los controles de asistencia por mes durante el año que duro el Programa Desnutrición Cero desde mayo del 2012 a mayo del 2013 tenemos que el mes de junio, julio, agosto y septiembre cumplen con el mayor porcentaje de asistencia de controles lo que corresponde al 13% y el mes de marzo con el menor número de controles que corresponde al 2%.

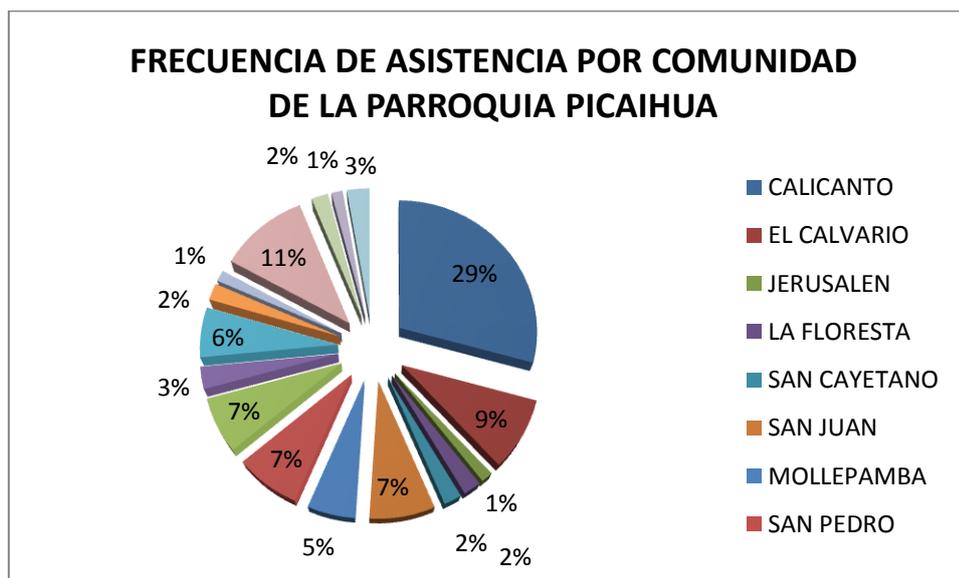
TABLA N° 15 FRECUENCIA POR COMUNIDAD DE LA PARROQUIA PICAIIHUA

BARRIO	N°
CALICANTO	43
EL CALVARIO	13
JERUSALEN	2
LA FLORESTA	3
SAN CAYETANO	3
SAN JUAN	11
MOLLEPAMBA	8
SAN PEDRO	11
SCS PICAIIHUA	10
SIGSIPAMBA	4
SIMON BOLIVAR	9
TANGAICHE	3
TARAZANA	2
TECHO PROPIO	16
TERREMOTO	3
SAN ALFOSO	2
S/N	4
TOTAL	147

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 18 FRECUENCIA POR COMUNIDAD DE LA PARROQUIA PICAIHUA



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: De las 16 Comunidades de la Parroquia Picaihua que se incluyeron dentro del Programa Desnutrición Cero desde mayo del 2012 a mayo del 2013 tenemos que la Comunidad de Calicanto abarca el 29% considerado de mayor asistencia, mientras que las Comunidades de Jerusalem, La Tarazana y San Alfonso presentan el 1% de asistencia.

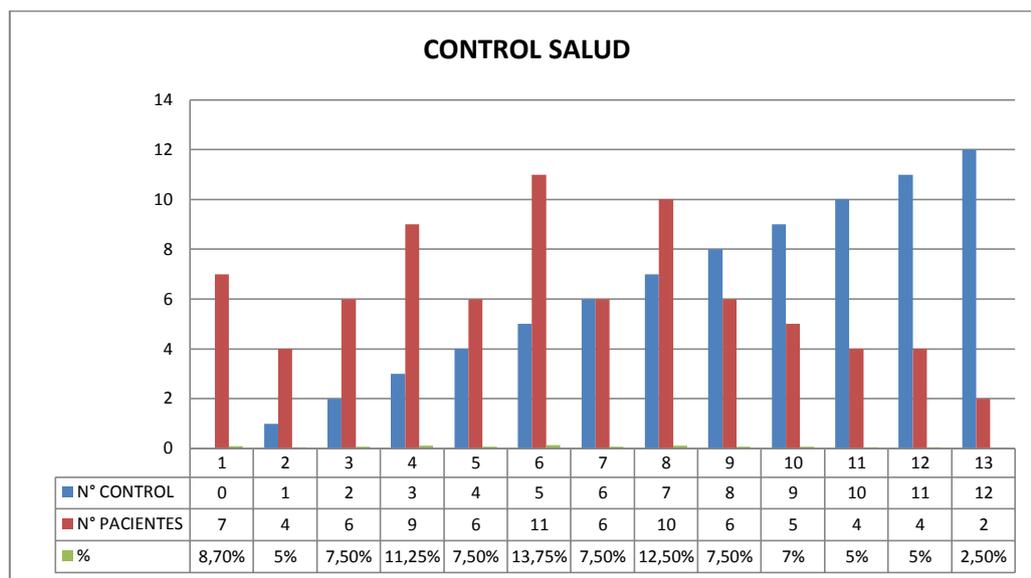
TABLA N° 16 CONTROL SALUD 80 NIÑOS ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTON AMBATO EN EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013.

N° de controles	N° de pacientes
0	7
1	4
2	6
3	9
4	6
5	11
6	6
7	10
8	6
9	5
10	4
11	4
12	2
TOTAL:	80

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 19 CONTROL SALUD



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: Se inscribieron 80 niños menores de 1 año de edad dentro del Programa Desnutrición Cero en el período desde mayo 2012 a mayo 2013 los mismos que debían cumplir con 12 controles salud durante el año que duro el Programa de estos tenemos que: 2 pacientes cumplen con el control salud que equivale al 2.5%, 11 pacientes cumplen 5 controles que equivale al 13.75%, 10 pacientes que cumplen con 7 controles que equivale al 12.5% y 7 pacientes que se inscribieron y no acudieron a ningún control que equivale al 8.7%.

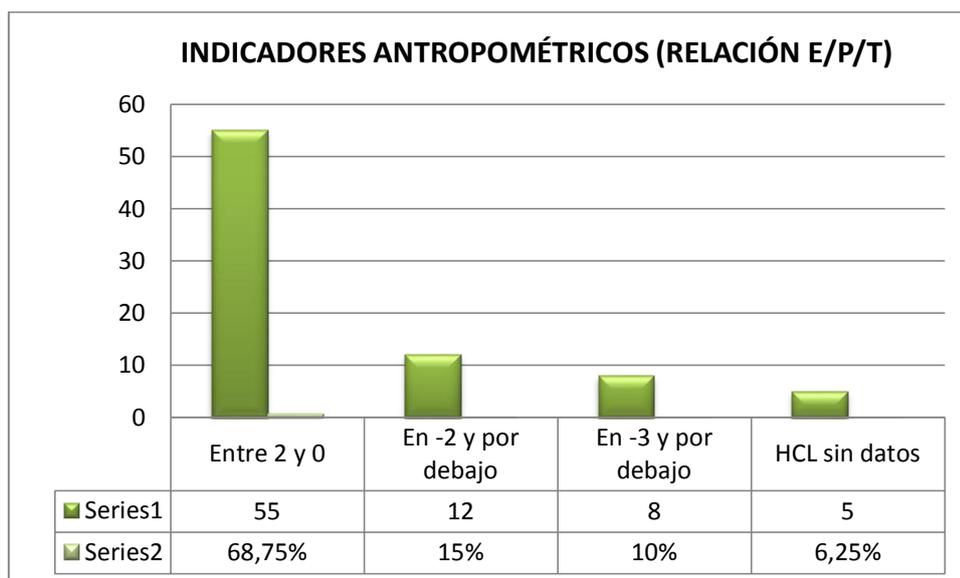
TABLA N° 17 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS (RELACIÓN EDAD/PESO/TALLA)

PUNTUACIÓN Z	INDICADOR DE CRECIMIENTO	N° DE PACIENTES
Entre 2 y 0	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional	55
En -2 y por debajo	Baja talla/bajo peso paciente emaciado	12
En -3 y por debajo	Baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado	8
HCL sin datos		5
TOTAL:		80

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 20 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS (RELACIÓN E/P/T)



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: de los 80 niños menores de 1 año de edad inscritos dentro del Programa Desnutrición Cero tenemos que 55 niños se encuentran dentro del adecuado canal de crecimiento con un buen estado nutricional que corresponde al 68.75%, 12 niños en la puntuación En -2 y por debajo con baja talla/bajo peso paciente emaciado con un porcentaje del 15%, 8 niños en la puntuación En -3 y por debajo con baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado con un porcentaje del 10% y 5 pacientes sin datos que corresponde al 6.25%.

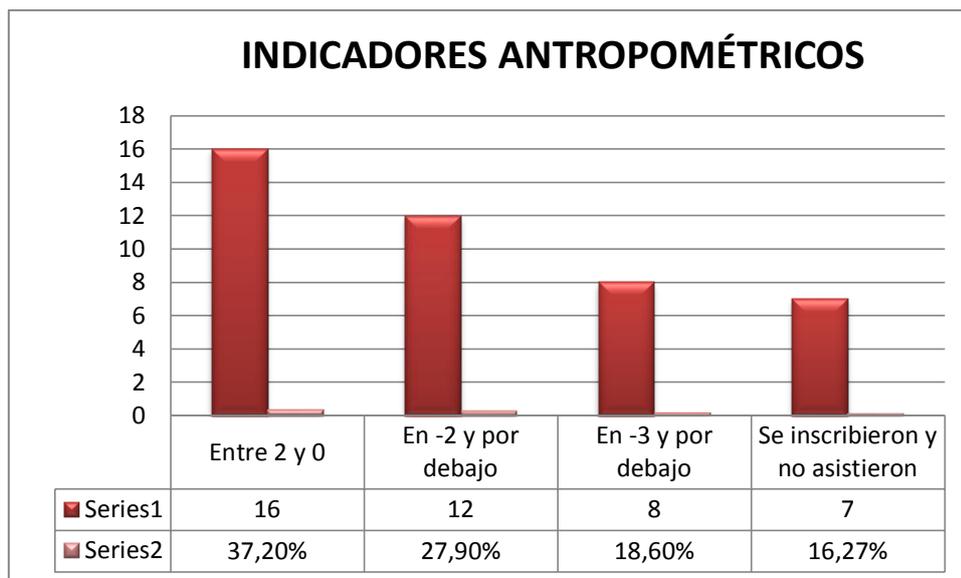
TABLA N° 18 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS EN RELACIÓN A LOS NIÑOS MENORES DE UN AÑO DE EDAD QUE ASISTIERON IRREGULARMENTE Y QUE ABANDONARON EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO QUE DURO DESDE MAYO 2012 A MAYO 2013 EN EL SCS PICAIHUA.

PUNTUACIÓN Z	INDICADOR DE CRECIMIENTO	N° DE PACIENTES
Entre 2 y 0	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional	16
En -2 y por debajo	Baja talla/bajo peso paciente emaciado	12
En -3 y por debajo	Baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado	8
Se inscribieron y no asistieron		7
TOTAL:		43

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 21 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: de los pacientes que se inscribieron y abandonaron el Programa y los pacientes que acudieron irregularmente tenemos que 16 pacientes se mantienen dentro del canal adecuado de crecimiento con buen estado nutricional que corresponde al 37.20%; 12 pacientes se encuentran en el puntaje en -2 y por debajo con un porcentaje del 27.90% y 8 pacientes se encuentran en el puntaje en -3 y por debajo con un porcentaje del 18.60%.

OPORTUNIDADES PERDIDAS: se estima que varía entre los pacientes que se inscribieron y no asistieron y los que asistieron irregularmente.

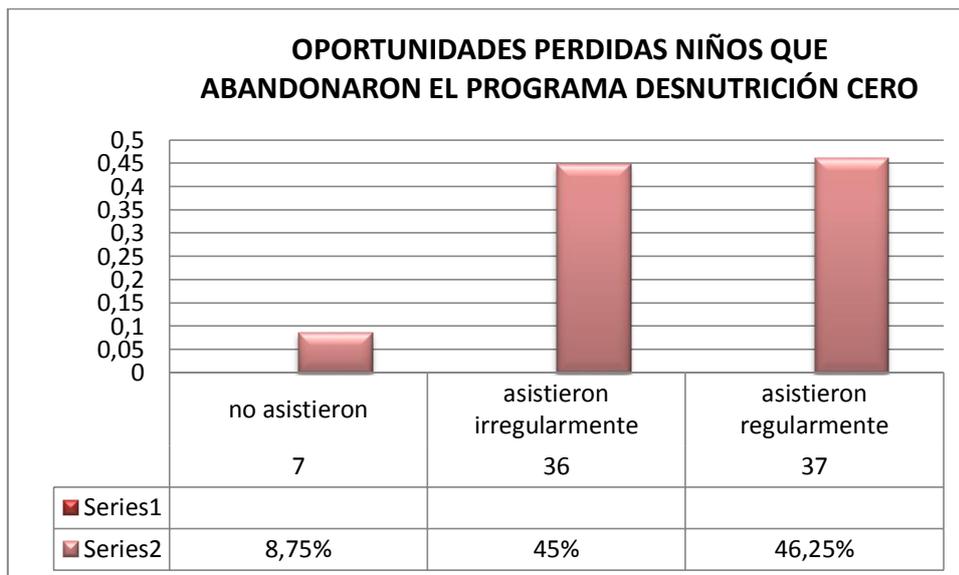
TABLA N° 19 NÚMERO DE PACIENTES

N° PACIENTES	
7	no asistieron
36	asistieron irregularmente
37	asistieron regularmente
TOTAL	80

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 22 OPORTUNIDADES PERDIDAS NIÑOS QUE ABANDONARON EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: de los 80 niños menores de 1 año de edad beneficiados por el Programa Desnutrición Cero en el SCS de la Parroquia Picaihua entre mayo 2012 a mayo 2013 tenemos que 7 niños se inscribieron y abandonaron el Programa que corresponde al 8.75%, 36 niños acudieron irregularmente que equivale al 45% y 37 niños acudieron al control regularmente que corresponde al 46.25%.

FACTORES DE RIESGO PRENATALES

- Edad de la madre (adolescente/añosa)
- Instrucción de la madre
- Parto domiciliario
- Embarazo gemelar
- Anemia
- Infección de vías urinarias
- Preclampsia
- Amenaza de parto prematuro
- Hipertensión inducida por el embarazo

ANTECEDENTES NATALES

- Crisis convulsiva/síndrome hipóxico
- Peso bajo al nacer
- Membrana hialina

De los 80 niños menores de 1 año de edad atendidos en el SCS Picaihua 38 niños indican el apgar al nacer que se encuentra entre 8-9.

DIAGNÓSTICOS DEL CONTROL SALUD EN ORDEN DE FRECUENCIA:

1. Control de niño sano
2. Infección Respiratoria Aguda
3. Neumonía
4. Enfermedad Diarreica Aguda
5. Conjuntivitis
6. Varicela
7. Estreñimiento
8. Dermatitis
9. Síndrome de Down

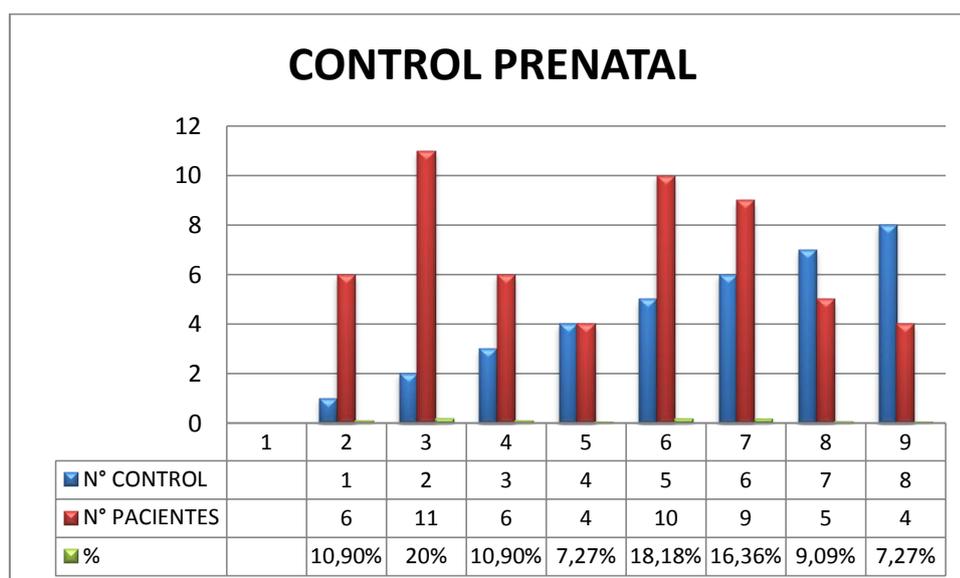
TABLA N° 20 CONTROL PRENATAL:

N° CONTROLES	N° PACIENTES
0	0
1	6
2	11
3	6
4	4
5	10
6	9
7	5
8	4
9	0
10	0
11	0
12	0
TOTAL	55

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 23 CONTROL PRENATAL



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: de las 55 pacientes atendidas por control prenatal atendidas en el SCS Picaihua que se encontraban dentro del Programa Desnutrición Cero tenemos que 11 pacientes tienen 2 controles que corresponde al 20%; 10 pacientes con 5 controles que equivale al 18.18% y 4 pacientes con 8 y 4 controles que corresponde al 4.27%.

Cabe recalcar que ningún paciente cumple con los 12 controles establecidos por el Programa.

FACTORES DE RIESGO EN ORDEN DE FRECUENCIA:

1. Infección de Vías Urinarias
2. Vaginosis
3. Anemia
4. Obesidad
5. Sobrepeso
6. Peso bajo
7. Edad de la madre
8. Instrucción de la madre
9. Estado civil
10. Placenta previa
11. Embarazo gemelar
12. Sangrado vaginal
13. Preclampsia
14. Incontinencia urinaria

TABLA N° 21 PARTO INSTITUCIONAL

PARTO INSTITUCIONAL	10
PARTO PARTICULAR	1
SIN DATOS	1
TOTAL	12

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 24 PARTO INSTITUCIONAL



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: de las 12 pacientes que se encuentran inscritas dentro del Programa Desnutrición Cero tenemos que 10 pacientes constan como parto institucional, 1 paciente como parto particular y 1 paciente que no tiene datos referenciales.

TABLA N° 22 GRUPO PARA COTEJAMIENTO DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO

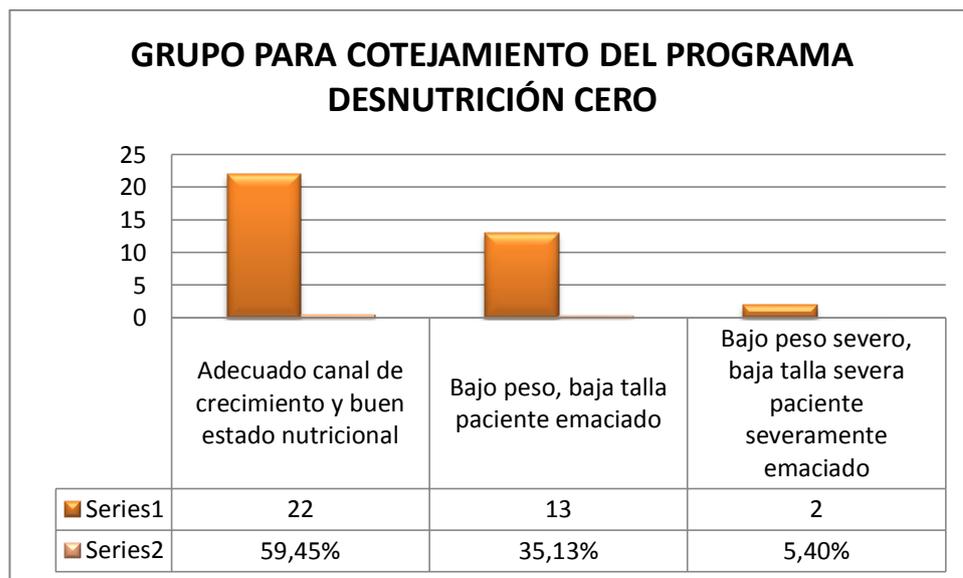
N°	PARRO-QUIA	NOMBRE	N° HCL	TIPO CONTROL	ESTADO NUTRICIONAL
1	Picaihua		14088	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
2	Picaihua		13968	Control Salud	Bajo peso severo, baja talla severa paciente severamente emaciado
3	Picaihua		14358	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
4	Picaihua		14298	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
5	Picaihua		14757	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
6	Picaihua		14677	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
7	Picaihua		14767	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
8	Picaihua		14267	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
9	Picaihua		14967	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
10	Picaihua		14317	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
11	Picaihua		14287	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
12	Picaihua		14467	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
13	Picaihua		14407	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
14	Picaihua		14506	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
15	Picaihua		14666	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
16	Picaihua		14286	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
17	Picaihua		14346	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
18	Picaihua		14385	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
19	Picaihua		14276	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
20	Picaihua		14785	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
21	Picaihua		14655	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado

22	Picaihua		14445	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
23	Picaihua		14905	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
24	Picaihua		14585	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
25	Picaihua		14475	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
26	Picaihua		13892	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
27	Picaihua		13992	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
28	Picaihua		14490	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
29	Picaihua		14390	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
30	Picaihua		14230	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
31	Picaihua		14870	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
32	Picaihua		14991	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
33	Picaihua		13921	Control Salud	Bajo peso, baja talla paciente emaciado
34	Picaihua		13821	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
35	Picaihua		14682	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional
36	Picaihua		13798	Control Salud	Bajo peso severo, baja talla severa paciente severamente emaciado
37	Picaihua		14859	Control Salud	Adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional

Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

GRÁFICO N° 25 GRUPO PARA COTEJAMIENTO DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO



Fuente: estadísticas del SCS Picaihua

Elaborado por: Linda Niveló

ANÁLISIS: Se obtuvo un grupo de 37 niños menores de 1 año de edad al azar del departamento de estadística del SCS Picaihua, con la finalidad de realizar el cotejamiento con el grupo de niños menores de 1 año de edad que se beneficiaron por el Programa Desnutrición Cero que asistieron regularmente y se logra el siguiente resultado: 22 niños alcanzan un adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional con el 59.45%; 13 pacientes con bajo peso, baja talla paciente emaciado con el 35.13% y 2 pacientes con bajo peso severo, baja talla severa paciente severamente emaciado.

4.2 VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS

Para la verificación de hipótesis se plantea la hipótesis nula que dice el Programa desnutrición Cero no ayuda a reducir la desnutrición infantil en niños menores de 1 año de edad.

Para poder verificar la hipótesis se analiza el Programa desnutrición Cero, valorando el tipo de control de cada paciente ya sea este control salud, control prenatal y parto institucional y podemos decir que de los 147 pacientes que se beneficiaron por el Programa Desnutrición Cero, del control salud únicamente 37 pacientes de 80 cumplen con los estándares de calidad los mimos que se encuentran en el canal adecuado de

crecimiento y con buen estado nutricional, mientras que existen 7 niños que abandonaron el Programa y 36 niños que asistieron irregularmente de estos 12 niños se encuentran en el percentil en -2 y por debajo que indica baja talla/bajo peso paciente emaciado y 8 niños se encuentran en el percentil en -3 y por debajo que indica baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado.

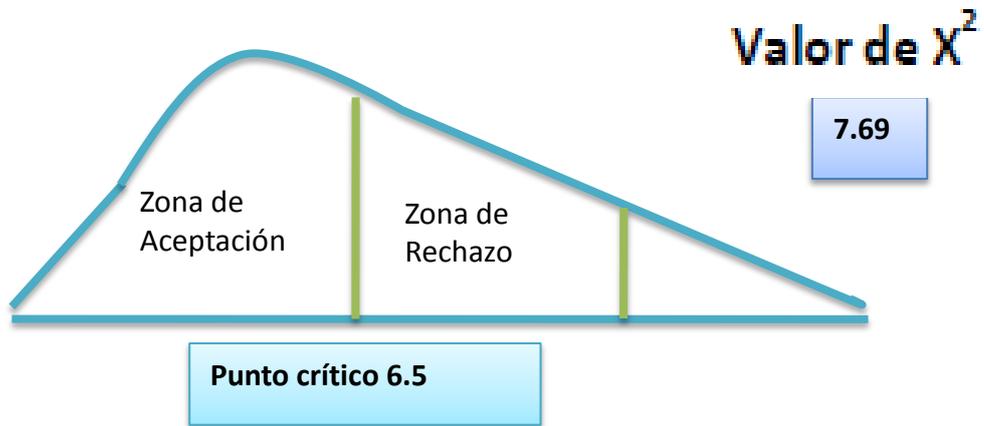
Tenemos que 55 pacientes acudieron por control prenatal las mismas que no cumplen con los controles estipulados y presentan significativos factores de riesgo que atentan contra la salud del niño y 12 mujeres embarazadas que constan como parto institucional.

Se observó que los porcentajes en cada uno de estos estratos muestran diferencias estadísticamente significativas entre sí, obteniendo un chi cuadrado con tres grados de libertad y el 95% de confianza de 7.69 y $p=0,2$ por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alternativa que dice: El Programa Desnutrición Cero ayudo a reducir la desnutrición infantil en niños menores de 1 año de edad atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el período comprendido entre mayo 2012 a mayo 2013.

TABLA N° 23 GRUPO PARA COTEJAMIENTO

PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD			
INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS	BENEFICIADOS PDC	GRUPO DE COTEJAMIENTO	TOTAL
Adecuado canal de crecimiento, buen estado nutricional	55	22	77
Bajo peso, baja talla paciente emaciado	12	13	25
Bajo peso severo, baja talla severa paciente severamente emaciado	8	2	10
HCl sin datos	5	-	5
TOTAL	80	37	117

ESCALA:



CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. En la investigación se confirma que el Programa Desnutrición Cero ayudo a mejorar el estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad atendidos en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato en el periodo comprendido entre mayo del 2012 a mayo del 2013.
2. Dentro del Programa Desnutrición Cero se inscribieron 147 pacientes con el siguiente tipo de corresponsabilidad: 80 pacientes por control salud niños menores de un año de edad, 55 mujeres embarazadas como control prenatal y 12 mujeres embarazadas como parto institucional.
3. De los 80 niños menores de 1 año de edad que asistieron como control salud tenemos que 37 niños acudieron regularmente los mismos que cumplen con los estándares de calidad, mientras que como oportunidades perdidas tenemos a 36 niños que acudieron irregularmente y 7 niños que abandonaron el Programa.
4. Luego de valorar el estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad por medio de los indicadores antropométricos relacionando edad, peso, talla podemos decir: que de 80 pacientes, 55 pacientes se encuentran entre 2 y 0 en un adecuado del canal de crecimiento y buen estado nutricional con el 68.75%; 12 pacientes se encuentran en - 2 y por debajo con baja talla/bajo peso paciente emaciado con el 15%; 8 pacientes se encuentran en - 3 y por debajo con baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado con el 10% y 5 pacientes en las cuales las historias clínicas se encuentran extraviadas con el 6.25%.
5. Cabe reiterar que los niños que se encuentran en fase de desnutrición se encuentran dentro del grupo de niños que acudieron irregularmente al Programa Desnutrición Cero.

6. Para poder valorar el trabajo de investigación se comparó con un grupo de niños menores de un año de edad escogidos al azar del departamento de estadística del SCS Picaihua que no se encontraban dentro del Programa Desnutrición Cero que muestran los siguientes resultados: 22 pacientes se encuentran entre 2 y 0 en un adecuado canal de crecimiento y buen estado nutricional con el 59.45%; 13 pacientes se encuentran en - 2 y por debajo con baja talla/bajo peso paciente emaciado con el 35.13%; 2 pacientes se encuentran en - 3 y por debajo con baja talla severa/bajo peso severo paciente severamente emaciado con el 5.40%.

Con todos los datos obtenidos podemos decir que el Programa Desnutrición Cero mejoro el estado nutricional de los niños menores de un año de edad en el periodo entre mayo 2012 a mayo del 2013, ya que la Parroquia Picaihua se encuentra dentro del primer quintil de pobreza con una tasa del 26.5% de desnutrición infantil según el INEC del 2010 y ahora tenemos que la desnutrición infantil se encuentra en un 25% lo que indica que ha disminuido 1,5 punto porcentual de acuerdo a los datos del Dr. Fausto Pasochoa quien realizó un estudio del estado nutricional de las 7 Áreas de Salud de la Provincia de Tungurahua desde enero del 2013 a septiembre del 2013obteniendo información del formulario N° 568 del SISVAN.

5.2 Recomendaciones

1. Mantener el Programa Desnutrición Cero en las siete áreas de Salud del Cantón Ambato y de esta manera continuar reduciendo la tasa de desnutrición infantil.
2. Fomentar actividades de promoción y prevención acerca de la desnutrición infantil ya sea mejorando el Programa Desnutrición Cero o implementando otro que tenga mayor impacto para la comunidad.
3. Con respecto a las mujeres embarazadas que acuden por control prenatal darles la información necesaria y adecuada para que los niños que van a nacer entren dentro del Programa y establecer un compromiso con la comunidad.

4. Preparar al personal de los SCS para que logren cumplir con las metas de los Programas establecidos por el MSP y otras entidades afines.
5. Se recomienda en un futuro realizar nuevas investigaciones haciendo hincapié en los factores de riesgo que influyen en la desnutrición infantil, tratando de educar a las mujeres embarazadas y la comunidad en general.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

6.1.1 TÍTULO

Buscando la consolidación del Programa Desnutrición Cero en la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato.

6.1.2 INSTITUCIÓN EFECTORA

La propuesta se realizará en el Área de Salud N° 2 a donde pertenece el SCS de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato.

6.1.3 BENEFICIADOS

Los beneficiados serán los niños menores de un año de edad y mujeres embarazadas del SCS de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato.

6.1.4 UBICACIÓN

La propuesta estará ubicada en la Provincia de Tungurahua Cantón Ambato Parroquia Picaihua.

6.1.5 TIEMPO

La propuesta se ejecutará inmediatamente después de su aprobación, no se establece un tiempo límite ya que será constante y estará en permanente modificación, para poder valorar el impacto que presente.

6.1.6 EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE

Para la ejecución de la propuesta el equipo está conformado por personal capacitado del área de Salud nutricionistas, médicos, enfermeras, voluntariado y la investigadora.

6.1.7 COSTO

La propuesta contara con el presupuesto otorgado por el Ministerio Coordinador de Desarrollo Social y otras entidades afines que son las encargadas de velar por los grupos más vulnerables que son los niños y mujeres embarazadas.

6.2 ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

En el trabajo que se realizó en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua, del departamento de estadística a partir de las historias clínicas de los beneficiados por el Programa Desnutrición Cero constituida por 147 pacientes los que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, donde se obtuvo datos estadísticos significativos como: 37 pacientes menores de un año de edad que acudieron regularmente con el 56.25%, 36 pacientes que acudieron irregularmente con el 45% y 7 pacientes que abandonaron el Programa con el 8.75%. Se realizó el cotejamiento correspondiente en donde se pudo valorar que el Programa Desnutrición Cero ayudo a mejorar el estado nutricional de los niños menores de 1 año de edad, además se evaluó a 55 mujeres embarazadas las mismas que no cumplieron con los controles establecidos por el Programa y muestran múltiples factores de riesgo que conllevan a la desnutrición infantil y 12 mujeres embarazadas que constan como parto institucional.

6.3 JUSTIFICACIÓN

La desnutrición infantil sigue siendo un problema de salud pública muy frecuente en nuestro medio, por lo que la propuesta está encaminada a buscar la consolidación del “Programa Desnutrición Cero” en niños menores de un año de edad en la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato.

Luego de haber realizado la evaluación del problema planteado me he visto en la necesidad de solicitar la continuidad del Programa Desnutrición Cero ya que los resultados luego de la evaluación son evidentes, pero se requiere mejorar las estrategias

como son establecer un sistema de control salud a través de tecnologías de vanguardia y que sea de acceso inmediato como es un programa computarizado en donde conste el estado nutricional de los niños por medio de los índices antropométricos establecidos por el MSP.

6.4 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Buscar la consolidación del Programa Desnutrición Cero en la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Coordinar con las Autoridades pertinente para la continuación del Programa Desnutrición Cero en niños menores de un año de edad en la Parroquia Picaihua.
- ✓ Mejorar las estrategias de promoción del plan de salud para el Programa Desnutrición Cero en niños menores de un año de edad en la Parroquia Picaihua.
- ✓ Implementar un programa computarizado mediante la Web para el control permanente del Programa Desnutrición Cero en niños menores de un año de edad en la Parroquia Picaihua.

6.5 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La propuesta es realizable desde el punto de vista técnico y administrativo en virtud que ya se implementó el Programa Desnutrición Cero con recursos del Estado a través de entes pertinentes, con la presente investigación realizada se ha podido determinar que el referido Programa ha obtenido logros importantes quedando por hacer las coordinaciones para que este Programa continúe, mejorando las estrategias de promoción del plan de salud.

6.6 FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICO-TÉCNICA

DESNUTRICIÓN INFANTIL

La desnutrición infantil es un problema difícil de erradicar. Desde el vientre y hasta los cinco años se da una de las etapas más importantes en la vida de un ser humano, determinante para su desarrollo físico y mental.

Al menos 1 de cada 5 niños menores de cinco años tiene baja talla para la edad es decir desnutrición crónica. El 12% de los niños tiene desnutrición global, es decir bajo peso para la edad. El 16% nacen con bajo peso. Seis de cada 10 embarazadas y 7 de cada 10 menores de 1 año sufren de anemia por deficiencia de hierro. Estas cifras casi se duplican en poblaciones rurales e indígenas, por ejemplo en Chimborazo, con alta población indígena, la desnutrición alcanza un 44% mientras el promedio nacional es de 19%. Estos son algunos indicadores que muestran la gravedad del problema y la urgencia de incrementar esfuerzos para combatirlo.

Paradójicamente, el problema en Ecuador no es la falta de disponibilidad de alimentos, es la inequidad en el acceso a una alimentación adecuada que tiene por factores educativos y por otra, factores económicos.

Los problemas nutricionales no son causados solamente por la ausencia de una alimentación adecuada, las causas son variadas y complejas. A la causa inmediata de dificultades en la alimentación se suman las infecciones y enfermedades, bajo acceso a: la educación –principalmente de la madre-, a educación nutricional, a servicios de salud y brechas en el acceso a agua y saneamiento. Dentro de las causas estructurales se encuentran el bajo ingreso, la pobreza y la débil aplicación del marco legal y las políticas públicas.

Propuestas de acción

Las acciones que están siendo impulsadas son:

1. Promoción de la lactancia materna e impulso a los programas de alimentación complementaria como PANN 2000 dirigido a embarazadas y madres que dan de lactar a sus hijos e hijas de seis meses en adelante.
2. Programa Aliméntate Ecuador, con énfasis en la atención a familias que tienen madres y niños y niñas menores de 5 años.
3. Programa integrado de micro nutrientes, que incluye la fortificación de la harina de trigo con hierro, la fortificación de la sal con yodo, la suplementación con hierro y vitamina A y la diversificación de la dieta.

4. Programa de Escuelas saludables, para lograr que niños y niñas escolares y sus familias accedan a una dieta adecuada.

5. Impulso a al acceso a servicios de agua y saneamiento, al igual que a educación sanitaria.

6. Acceso a educa nutricional y a los servicios de salud.

En el 2010 Ambato registro la más alta tasa de desnutrición infantil

Los porcentajes de desnutrición crónica infantil en la provincia de Tungurahua alcanzan el 39%, lo que supera la medida Nacional del 26%, según el Consejo Nacional de la Niñez y Adolescencia (CNNA), se reveló que el porcentaje de desnutrición en infantes menores a cinco años en el cantón Pelileo ha llegado al 47,25%; Patate, 48,34%; Píllaro, 52,67%; y Quero 54,13%.

6.7 METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO

TABLA N° 24 METODOLOGÍA MODELO OPERATIVO

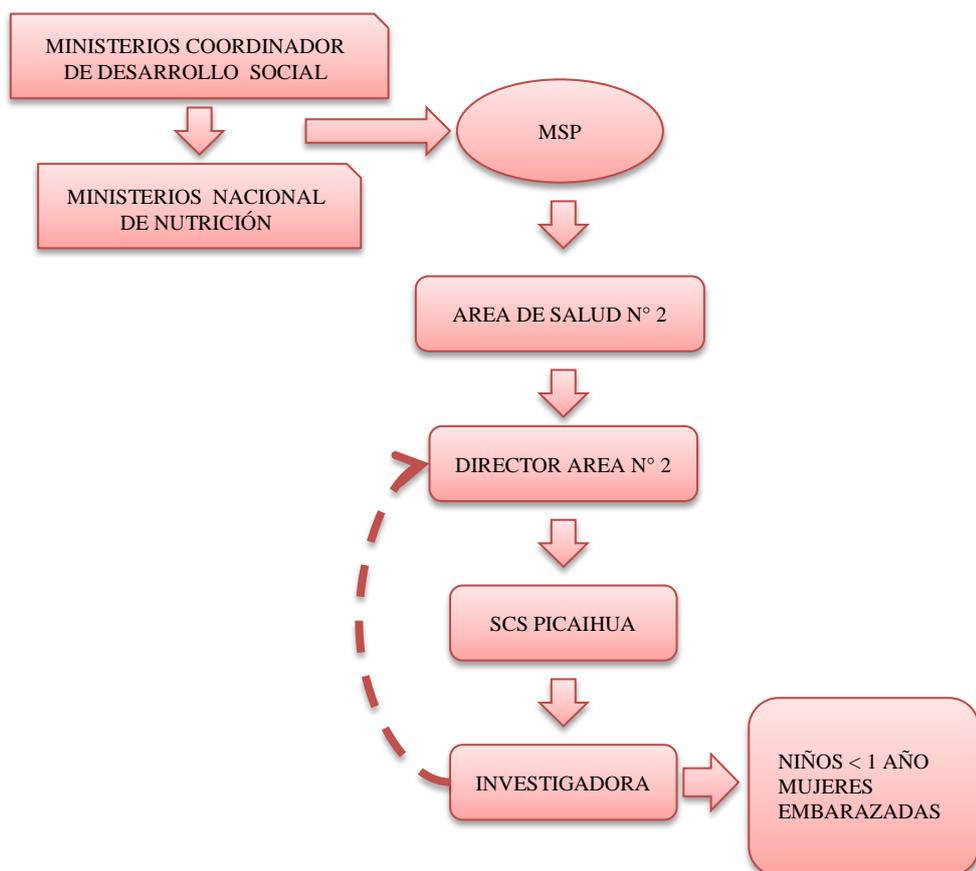
Etapas de proyección	Fin	Avance	Técnicas
Autorización para realizar la propuesta Presentación de la propuesta.	Cumplimiento del 100% en Abril	Evaluación del procedimiento y respuesta de las autoridades en un periodo de un mes	Solicitud a las autoridades
Etapas de ejecución	Fin	Avance	Técnicas
Convocar a especialistas en nutrición Capacitar al personal responsable	Cumplimiento del 100% en Mayo	Selección de los especialistas Control de medidas antropométricas mensuales Revisión del programa computarizado Control del personal responsable para el programa.	Reuniones Conferencias

Etapa de evaluación	Fin	Avance	Técnicas
Valorar el cumplimiento de la propuesta	Cumplimiento del 100 % en Junio	Revisar los resultados mensuales de cada paciente	Historias clínicas Indicadores antropométricos

6.8 ADMINISTRACIÓN

La vigente propuesta poseerá un orden jerárquico, con los cuales se dialogara para obtener el mejor beneficio posible, quedando constituida de la siguiente forma:

GRÁFICO N° 26 ADMINISTRACIÓN



6.9 PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

Luego de la aprobación de la propuesta se hablará con el Director del SCS de la Parroquia Picaihua para darle a conocer sobre el trabajo que se va a realizar en esta Institución, las metas y los resultados deseados.

Se debe indicar la importancia del llenado de las historias clínicas que debe ser completa con datos reales para que no dificulte el trabajo, el registro del cumplimiento del control salud y control prenatal, así como los indicadores antropométricos para poder diagnosticar a tiempo a los niños que se encuentran en un adecuado canal de crecimiento con buen estado nutricional, niños con bajo peso/baja talla paciente emaciado o niños con bajo peso severo/baja talla severa paciente severamente emaciado y de esta forma actuar de manera oportuna dando solución a este problema de salud que atenta contra la vida de grupos vulnerables.

Además realizar una evaluación constante la misma que debe ser presentada al MSP para la evaluación respectiva y las medidas correctivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Acuerdos Ministeriales. MSP (2008), Corporación de Estudios y Publicaciones. Quito, Editorial Jurídica del Ecuador.
- 2.- Código de la Niñez y Adolescencia (2008), Corporación de Estudios y Publicaciones. Quito, Editorial Jurídica del Ecuador.
- 3.- Constitución Política de la República del Ecuador (2008), Corporación de Estudios y Publicaciones. Quito, Editorial Jurídica del Ecuador.
- 4.- ENSANUT-ECU (2011), Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, Quito, Imprenta MSP.
- 5.- MSP. SNS CONASA (2010), Normas y Protocolos de Planificación Familiar. Proceso de Normativización del SNS, Quito, Imprenta MSP.
- 6.- MSP. SNS CONASA (2008), Plan Nacional de Reducción Acelerada de la Mortalidad Materna y Neonatal, Quito.
- 7.- MSP. SNS CONASA (2008), Guía Técnica para la Atención del Parto Culturalmente Adecuado, Quito.
- 8.- MSP (2011), Coordinación Nacional de Nutrición. Nutrición en Salud, Quito, Imprenta MSP.
- 9.- MSP (2013), Coordinación General de Desarrollo Estratégico en Salud. Prioridades de Investigación en Salud, Quito, Imprenta MSP.
- 10.- MSP (2012), Coordinación Nacional de Nutrición. Síntesis de las Normas para la prevención de la Malnutrición, Quito, Imprenta MSP.
- 11.- MSP (2008), Sistema Nacional de Salud. Normas y Protocolos, Quito, Imprenta MSP.
- 12.- Organización Mundial de la Salud (2010), Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Suiza, MS.

LINKOGRAFÍA:

- 13.- Desnutrición Cero (2010), Acción Nutrición, disponible en <http://www.slideshare.net/vpanchi/desnutricin-cero>
- 14.- Desnutrición Infantil (2010), Medidas Alternativas, disponible en <http://www.bvs.org.do/revistas/adp/1969/.../ADP-1969-05-01-37-41.PDF>.
- 15.- Desnutrición Energético Proteínica (2009), Clasificación, disponible en <http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/.../desnutricion.pdf>
- 16.- Desnutrición Infantil (2010), Fisiopatología, disponible en <http://www.slideshare.net/elgrupo13/desnutricin-fisiopatologa>
- 17.- Ecuador Desnutrición Cero (2010), Metas propuestas, disponible en <http://es.scribd.com/doc/58716713/ecuador-desnutricion-cero>
- 18.- JillHagey (2012), Luchar contra la desnutrición, disponible en <http://www.prb.org/SpanishContent/2012/malnutrition-income-sp.aspx>
- 19.- Ministerio de Inclusión Económica y Social (2013), Tasa de Desnutrición Infantil, disponible en <http://www.inclusion.gob.ec>
- 20.- MSP (2010), Proyecto – Inversión - Desnutrición, disponible en <http://www.legal.gen.ec/Decreto-785>
- 21.- Ministerio de Desarrollo Social (2012), Informes, disponible en http://www.desarrollosocial.gob.ec/wpcontent/uploads/downloads/2013/03/informe_2012.pdf
- 22.- ONU (2013), Mapa Desnutrición en el Mundo, disponible en <http://www.infonews.com>
- 23.- Programa Desnutrición Cero (2010), Lanzamiento del Proyecto Desnutricion Cero en Tungurahua, disponible en <http://www.instituciones.msp.gob.ec/.../241-lanzamiento-del-proyecto-desnutricion-c...>

24.- Programa de Complementación Alimentaria (2009), Ficha metodológica, disponible en http://www.siise.gob.ec/siiseweb/PageWebs/.../ficacc_OS038.htm

25.- Rodríguez CA (2008), Programa Nacional de Alimentación y Nutrición, disponible en <http://www.pcyt.gov.ec/index.php>

26.- Revista Española de Nutrición Humana (2009), Abordaje y Manejo de la Desnutrición en niños, Vol. 13. Núm. 01., disponible en <http://www.elsevier.es/.../abordaje-practico-manejo-desnutricion-ninos-paises-vias...>

27.-Unicef (2011), Desnutrición infantil, disponible en www.unicef.org/ecuador/media_9001.htm

CITAS BIBLIOGRÁFICAS-BASE DE DATOS UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

28.- UNICEF, OPS (2010), Trabajan juntos contra la desnutrición infantil, disponible en http://www.publiclibrary.unicef.org/ecuador/media_9001.htm

29.- UNICEF (2009), La Desnutrición Infantil, disponible en <http://www.elsevier.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

30.- UNICEF (2009), Desnutrición Infantil en América Latina y el Caribe, disponible en <http://www.citabase.unicef.org/lac/Desafiosnutricion.pdf>

31.- Desnutrición Infantil (2012), Aspectos Clínicos, disponible en http://www.elsevier.edu.co/pediatria/.../desnutricion_2012_octubre.pdf

32.- Desnutrición Infantil (2010), Prevención y Tratamiento, disponible en <http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1024-06752002000300009>

33.- Desnutrición Infantil (2010), Niños de 0 a 6, disponible en <http://www.bibliotecasdeecuador.com./desnutricic3b3n-infantil>.

2. ANEXOS:



ANEXO N°. 1 FORMULARIO D1: CONTROL DE CORRESPONSABILIDADES

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR

FORMULARIO D1: CONTROL DE CORRESPONSABILIDADES

A. INFORMACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD					
1.Provincia	2.Cantón	3.Parroquia	4.Jefatura de Área	5.Nombre de la Unidad de Salud	6.Mes y año de la corresponsabilidad
TUNGURAHUA	AMBATO	PICAHUA TUNGURAHUA	ÁREA 2 CENTRO DE SALUD 2	SUBCENTRO DE PICAHUA	

B. LISTA DE BENEFICIADOS								
No	1. Comunidad	2.Número de PDCINS	3.Número de cédula del beneficiario(a)	4.Apellidos y Nombres del beneficiario(a)	5.Número de historia clínica del beneficiario(a)	6.Tipo de corresponsabilidad	7.Cumplimiento	8.Nació vivo/a (si/no)
1								
2								
3								
4								
5								

ANEXO N° 2 CARNÉ DE SALUD DEL NIÑO

VACUNAS

EDAD	TIPO DE VACUNA	FECHA	OTRO
0-3	OPV		
3-6	OPV		
6-12	OPV		
12-18	OPV		
18-24	OPV		
24-30	OPV		
30-36	OPV		
36-42	OPV		
42-48	OPV		
48-54	OPV		
54-60	OPV		
60-66	OPV		
66-72	OPV		
72-78	OPV		
78-84	OPV		
84-90	OPV		
90-96	OPV		
96-102	OPV		

MICRONUTRIENTES

EDAD	TIPO DE VACUNA	FECHA	OTRO
0-3	OPV		
3-6	OPV		
6-12	OPV		
12-18	OPV		
18-24	OPV		
24-30	OPV		
30-36	OPV		
36-42	OPV		
42-48	OPV		
48-54	OPV		
54-60	OPV		
60-66	OPV		
66-72	OPV		
72-78	OPV		
78-84	OPV		
84-90	OPV		
90-96	OPV		
96-102	OPV		

CENTRO DE SALUD

¿CUÁNDO DEBE IR URGENTEMENTE AL CENTRO DE SALUD?



No puede beber



No puede tomar el seno



Tiene dificultad para respirar



Se ve decaído



Le sale agua en el vomito



Tiene respiración agitada o ruidosa



Tiene mocos con sangre



Tiene fiebre muy alta

República del Ecuador
Ministerio de Salud Pública 

Carné de Salud del Niño

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

Foto

Fecha de Nacimiento:

Año: Mes: Día:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ANTROPOMETRÍA AL NACIMIENTO
PROVINCIA: _____	Peso: g
CANTÓN: _____	Talla: cm
ÁREA DE SALUD: _____	Perímetro Cefálico: cm
PARROCIA: _____	APGAR: _____
HISTORIA CLÍNICA N°: _____	F: F:

ANEXO N° 3 CARNÉ DE SALUD DE LA NIÑA

VACUNAS

EDAD	TIPO DE VACUNA	FECHA	OTRO
0-3	OPV		
3-6	OPV		
6-12	OPV		
12-18	OPV		
18-24	OPV		
24-30	OPV		
30-36	OPV		
36-42	OPV		
42-48	OPV		
48-54	OPV		
54-60	OPV		
60-66	OPV		
66-72	OPV		
72-78	OPV		
78-84	OPV		
84-90	OPV		
90-96	OPV		
96-102	OPV		

MICRONUTRIENTES

EDAD	TIPO DE VACUNA	FECHA	OTRO
0-3	OPV		
3-6	OPV		
6-12	OPV		
12-18	OPV		
18-24	OPV		
24-30	OPV		
30-36	OPV		
36-42	OPV		
42-48	OPV		
48-54	OPV		
54-60	OPV		
60-66	OPV		
66-72	OPV		
72-78	OPV		
78-84	OPV		
84-90	OPV		
90-96	OPV		
96-102	OPV		

CENTRO DE SALUD

¿CUÁNDO DEBE IR URGENTEMENTE AL CENTRO DE SALUD?



No puede beber



No puede tomar el seno



Tiene dificultad para respirar



Se ve decaído



Le sale agua en el vomito



Tiene respiración agitada o ruidosa



Tiene mocos con sangre



Tiene fiebre muy alta

República del Ecuador
Ministerio de Salud Pública 

CARNÉ DE SALUD DE LA NIÑA

APELLIDOS _____ NOMBRES _____

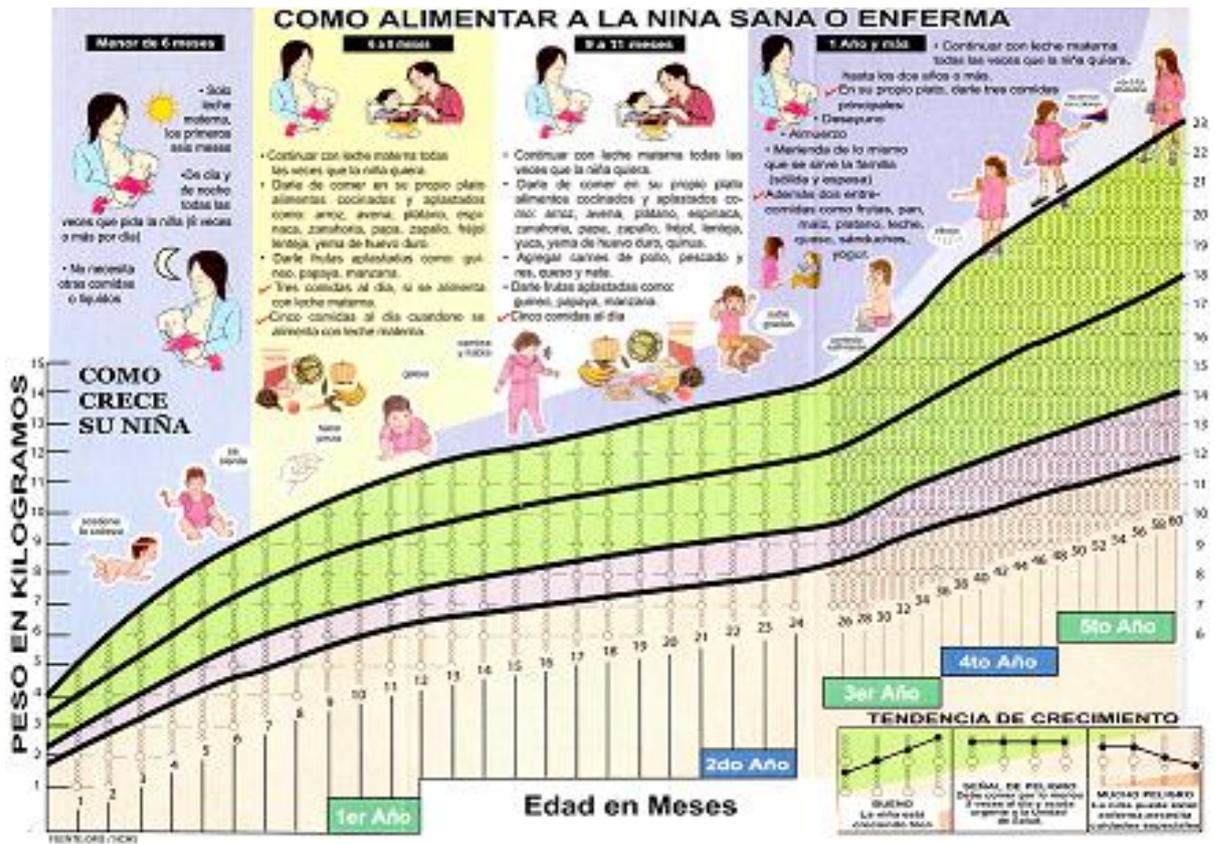
Foto

Fecha de Nacimiento:

Año: Mes: Día:

ESTABLECIMIENTO DE SALUD	ANTROPOMETRÍA AL NACIMIENTO
PROVINCIA: _____	Peso: g
CANTÓN: _____	Talla: cm
ÁREA DE SALUD: _____	Perímetro Cefálico: cm
PARROCIA: _____	APGAR: _____
HISTORIA CLÍNICA N°: _____	F: F:

ANEXO N° 4 CARNÉ DE SALUD DE LA NIÑA



ANEXO N° 5 HOJA DE ATENCIÓN INFANTIL PRE-ESCOLAR Y ESCOLAR

APELLIDO PATERNO	MATERNO	NOMBRES	No. Historia Clínica								
Fecha de Primera Consulta <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">AÑO</th> <th style="width: 25%;">MES</th> <th style="width: 25%;">DÍA</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>		AÑO	MES	DÍA						Padre <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> años Madre <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> años	INSTRUCCIÓN OCUPACIÓN
AÑO	MES	DÍA									

ANAMNESIS

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 25%;">AÑO</th> <th style="width: 25%;">MES</th> <th style="width: 25%;">DÍA</th> <th style="width: 25%;"></th> </tr> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>	AÑO	MES	DÍA						SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	FUENTE DE INFORMACIÓN <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>		Lugar de Procedencia Lugar de Residencia Dirección
AÑO	MES	DÍA										
MOTIVO DE CONSULTA												
ENFERMEDAD ACTUAL												

INTERROGATORIO POR APARATOS Y SISTEMAS

RECORDATORIO	1. Organos de los sentidos 2. Cardiorespiratorio 3. Gastrointestinal 4. Genitourinario 5. Neuromúsculo Esquelético 6. Psicológico
--------------	--	---

ANTECEDENTES PERSONALES

PERIODOS: Prenatal:						
NATAL	Tipo de parto	Establecimiento	Domicilio	Atención Profesional	Edad Gestación	Observaciones
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> semanas
	APGAR 1" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 5" <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Peso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gr.	Talla <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm.	P. Cefálico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> cm.	No. de orden Nacimiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
POSTNATAL Alimentación Lactancia Materna <input type="checkbox"/> Alimentación Suplementaria <input type="checkbox"/>			VACUNAS RECIBIDAS		Desarrollo Psicomotriz	
Alimentación tipo Complementaria inicio		Personalidad Hábitos	

ANTECEDENTES

ENFERMEDADES, (edad, diagnóstico, complicaciones):
Intervenciones quirúrgicas:
Accidentes, lesiones, alergias:

ANTECEDENTES PATOLOGICOS FAMILIARES

.....

.....

.....

EXAMEN FISICO GENERAL INICIAL

R E C O R D A T O R I O	1. Piel	
	2. Cabeza	
	3. Cara. ojos, nariz, oídos	
	4. Boca	
	5. Faringe	
	6. Cuello Tiroides	
	7. Tórax, Pulmones	
	8. Corazón	
	9. Abdomen	
	10. Genitales	
	11. Recto y Ano	
	12. Columna Vertebral	
	13. Extremidades Caderas	
	14. Ganglios Linfáticos	
	15. Examen Neurológico	

CONTROL INFANTIL MENOR DE 1 AÑO

PRIMER					SUBSECUENTES			
	Fecha							
	Edad							
	Peso							
	Talla							
	Perímetro Cefálico							
	Temperatura							
	Desarrollo Psicomotriz							
	Estado Nutricional							
	Diagnóstico							
	Nombre del Examinador							

INMUNIZACIONES

VACUNAS	B.C.G.	ROTAVIRUS	PENTAVALENTE	ANTIPOLIO	NEUMOCOCO	SRP	D.P.T.	OTRAS	OBSERVACIONES
1ra Dosis									
2da Dosis									
3ra Dosis									
1ra Revac.									
2da Revac.									
3ra Revac.									

CONTROLES DE NIÑOS EN EDAD PRE-ESCOLAR (12-59 MESES) Y ESCOLAR (5-14 AÑOS)

PRIMER					SUBSECUENTES			
	Fecha							
	Edad							
	Peso							
	Talla							
	Perímetro Cefálico							
	Temperatura							
	Estado Nutricional							
	Desarrollo Psicomotriz							
	Agudeza Visual							
	Agudeza Auditiva							
	Examen tiroides (grado)							
	Examen bucal							
	Complemento alimenticio							
	DIAGNOSTICO							
	Nombre del Examinador							

ANEXO N° 6 CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑA/O MENOR DE 5 AÑOS

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	N° HISTORIA CLÍNICA
SEXO (M. F.)	NÚMERO DE HOJA		

PESO/EDAD - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

Kg. D.E. Kg.

Meses Edad 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años

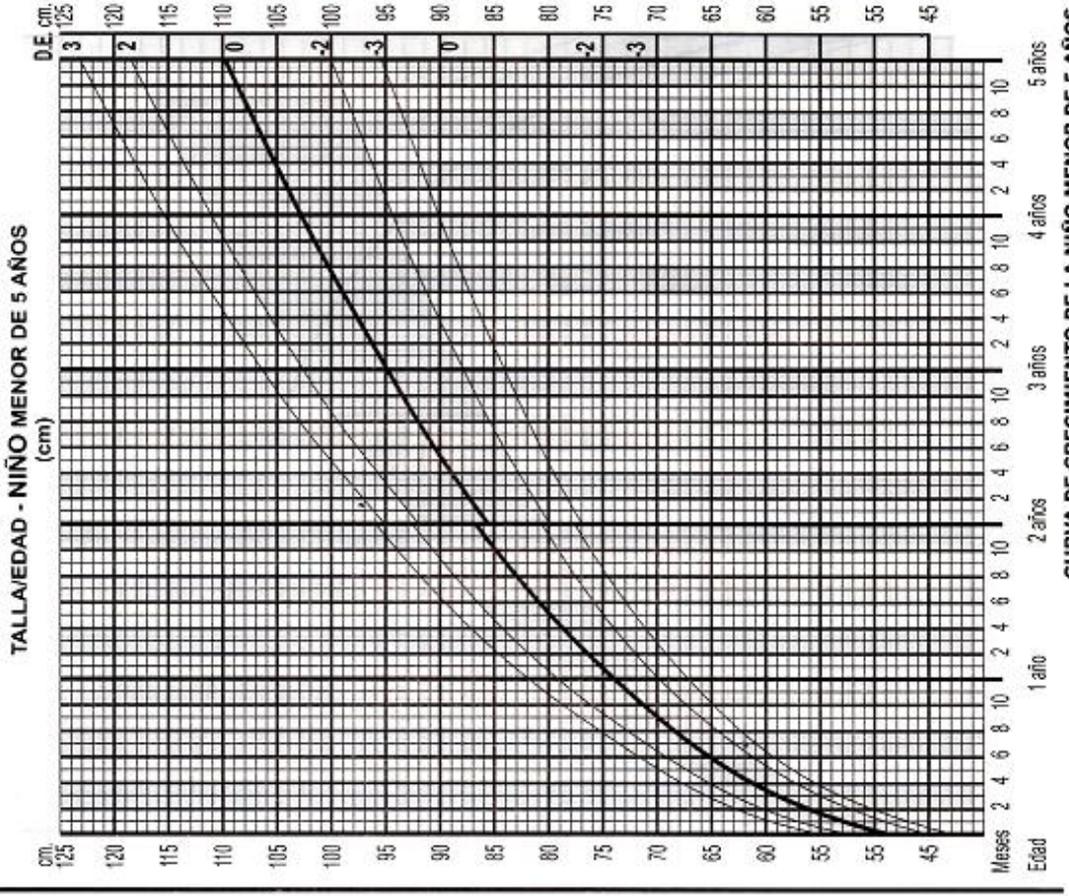
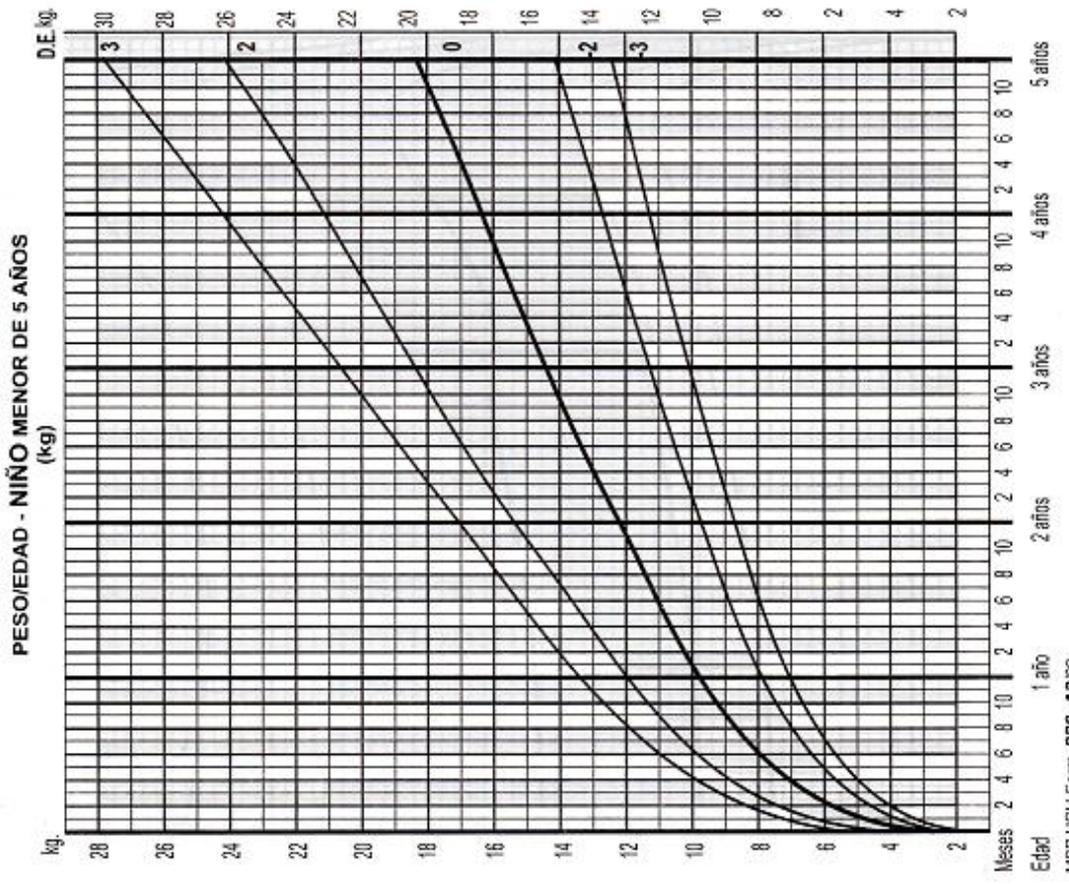
TALLA/EDAD - NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

cm. D.E. cm.

Meses Edad 1 año 2 años 3 años 4 años 5 años

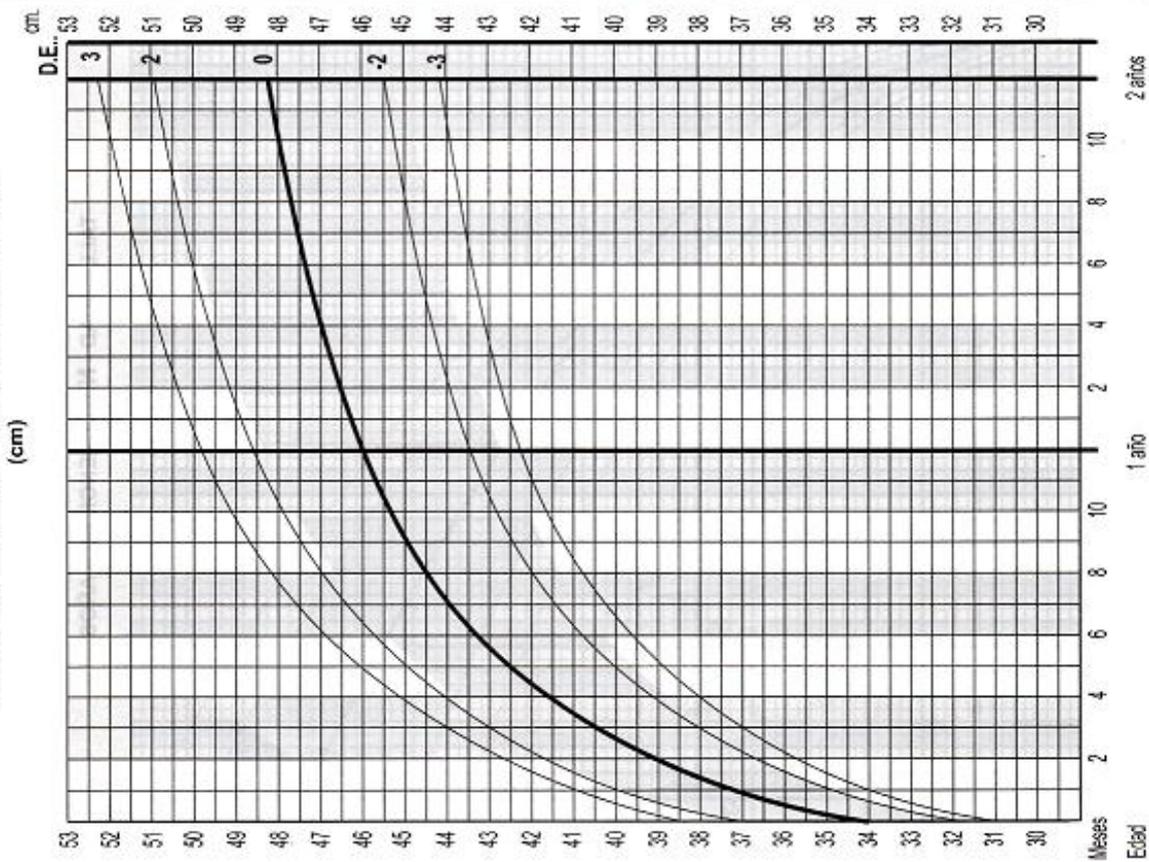
MSP-HCU-Form. 02B A1/09

ESTABLECIMIENTO	SEXO (M-F)	APPELLIDO	NÚMERO DE HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA
ESTABLECIMIENTO	SEXO (M-F)	APPELLIDO	NÚMERO DE HOJA	Nº HISTORIA CLÍNICA

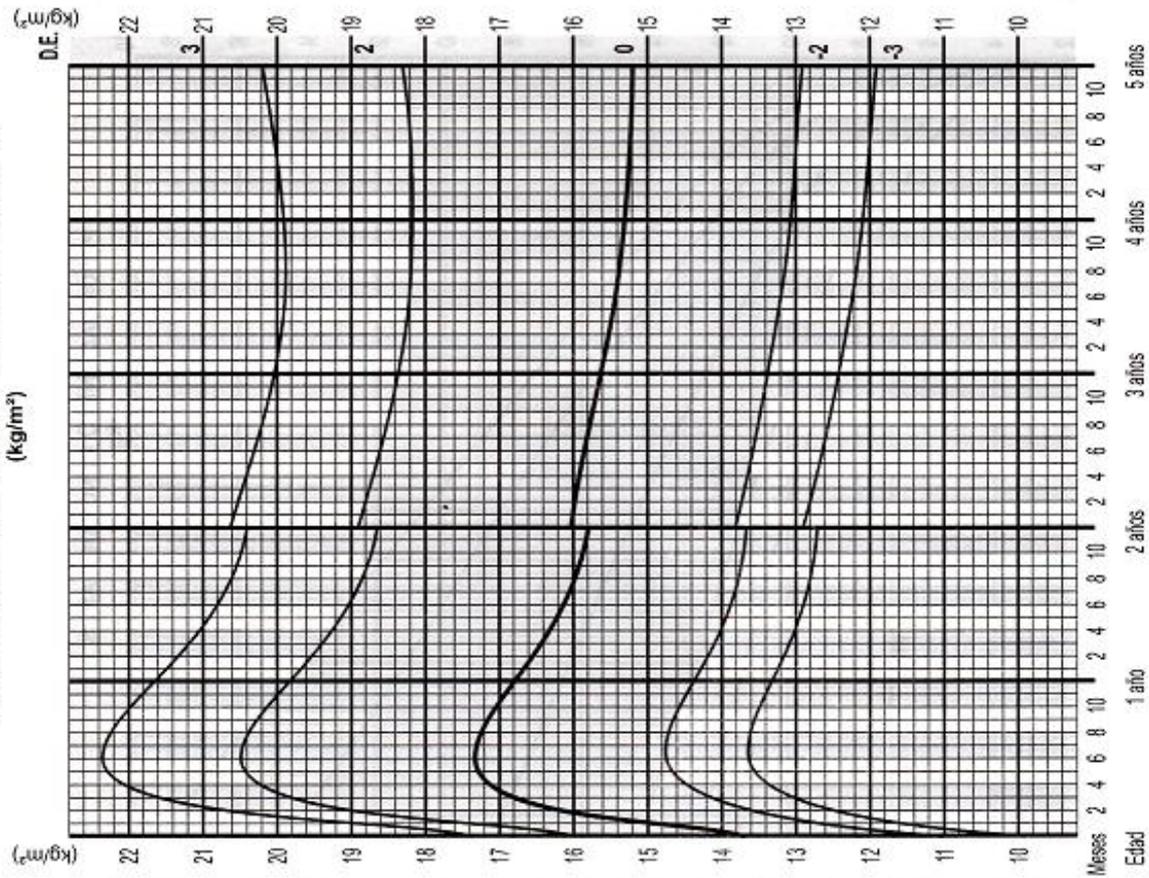


CURVA DE CRECIMIENTO DE LA NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

PERÍMETRO CEFÁLICO - NIÑO MENOR DE 2 AÑOS



ÍNDICE DE MASA CORPORAL - NIÑO MENOR DE 5 AÑOS



ANEXO N° 7 CARNÉ PERINATAL



CARNÉ PERINATAL

Historia Clínica N° _____

Cédula de Identidad _____

Apellidos y Nombres _____

Dirección domiciliaria _____

Provincia _____ Cantón _____

Parroquia y/o Localidad _____

LA RELACION
CIUDADANA
Avanza!



MSP
Ministerio de Salud Pública

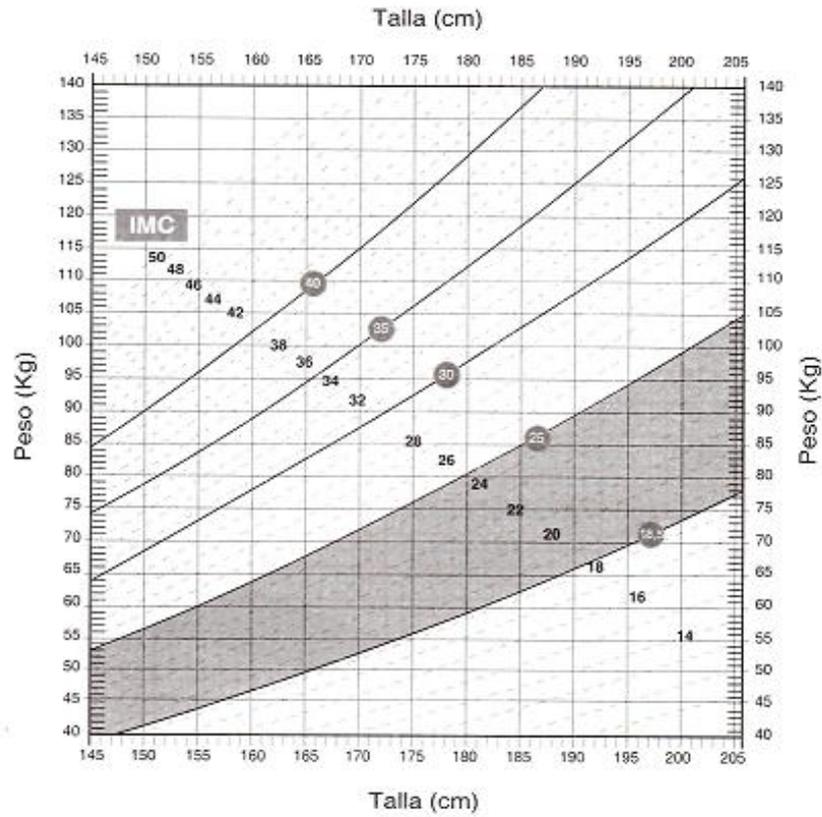
ANEXO N° 8 HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL

HISTORIA CLINICA MATERNO PERINATAL - MSP				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar de Control Prenatal	
NOMBRE APELLIDO				dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		casada unión estable soltera otro vive sola		Lugar de Control Prenatal		Lugar de Parto	
DOMICILIO TELF.				EDAD (años)								N° Historia Clínica			
LOCALIDAD				< de 15 > de 35											
1. ANTECEDENTES				OBSTETRICOS				FIN EMBARAZO ANTERIOR							
FAMILIARES: TBC, diabetes, hipertensión, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave.				gestas previas, abortos vaginales, nacidos vivos, nacidos muertos, cesáreas, partos.				día mes año, menos de 1 año, EMBARAZO PLANEADO, FRACASO METODO ANTICONCEP.							
2. GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE				EX. NORMAL							
PESO ANTERIOR, TALLA (cm), FPP, FUM				FUM Eco <20 s., 1er trim, 2do trim, 3er trim				ODONT., MAMAS							
CERVIX, PAP, COLP				TOXOPLASMOSIS, VIH, Hb <20 sem, Fe/FOLATOS				ANTIRUBEOLA, ANTITETANICA, EX. NORMAL							
CHAGAS, PALUDISMO/MALARIA, BACTERIURIA, GLUCEMIA EN AYUNAS, TEST DE O'Sullivan, ESTREPTOCOCCO B, PREPARACION PARA EL PARTO, CONSEJERIA, LACTANCIA MATERNA, TTO SIFILIS															
CONSULTAS ANTENATALES				signos de alarma, exámenes, diagnóstico y tratamientos				Iniciales Técnico, próxima cita							
3. PARTO O ABORTO				ENFERMEDADES				ACOMPAÑANTE							
FECHA DE INGRESO en HOSPITALIZ. en EMBARAZO, CONSULTAS PRE-NATALES, CARN...				HTA previa, HTA inducida embarazo, preeclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes				pareja, familiar, otro, ninguno							
TRABAJO DE PARTO				RECIBIO				5. PUERPERIO							
hora, min, posición de la madre, PA, pulso, contr./10', dilatación, altura present., variedad posic., meconio, FCF/dlips				inducido, cesar. elect., hora, min, temp. ≥ 38°C				día, hora, T/C, PA, pulso, invol. uter., loquios							
NACIMIENTO				RECIBIO				8. ANTICONCEPCIÓN							
VIVO, MUERTO, POSICION PARTO, DESGARROS, MANEJO ACTIVO, PLACENTA, USADURA CORDON AL CESAR PULSACIONES				RECIBIO, inducido, antibi., analgesia, anest. local, anest. región, anest. gral., transfusión, otros				CONSEJERIA, METODO ELEGIDO, DIU postevento, ligadura tubaria, DIU natural, barrera, otro, hormonal, ninguno							
4. RECIEN NACIDO				TAMIZAJE NEONATAL											
SEXO, PESO AL NACER, LONGITUD, EDAD GESTACIONAL, PESO E.G., APGAR (min), REANIMACION, FALLECE EN SALA DE PARTO, ATENDIDO médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro				VDRL, TSH, Hbpatía, Bilirrub, Toxo IgM											
6. EGRESO RN				7. EGRESO MATERNO											
vivo, fallece, trasladado, día, mes, hora, min, lugar, EDAD días completos, ALIMENTO AL ALTA, Boca arriba, BCG, PESO AL EGRESO				día, mes, año, lugar, días completos desde el parto, viva, fallece durante o en lugar de traslado											

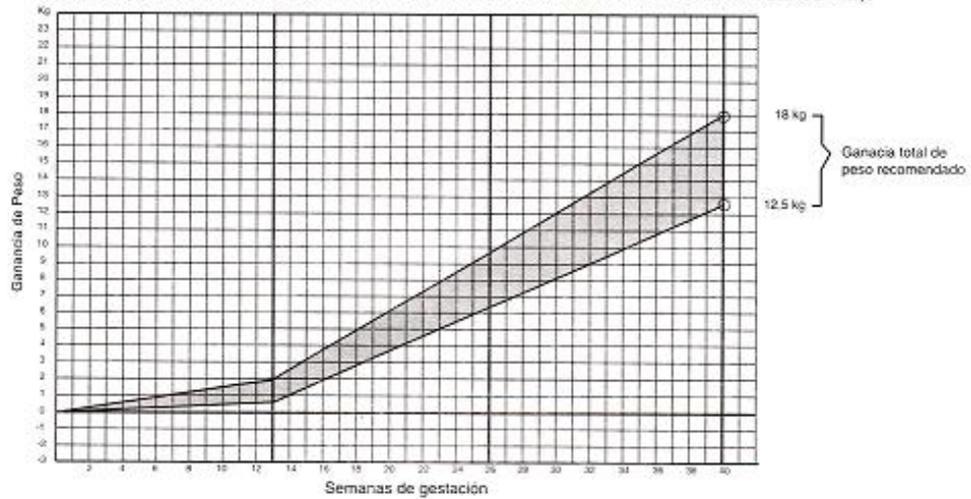
MSP - H.C.U. Form. # 051-2008

ESTABLECIMIENTO	NOMBRE	APELLIDO	EDAD	Nº HISTORIA CLÍNICA

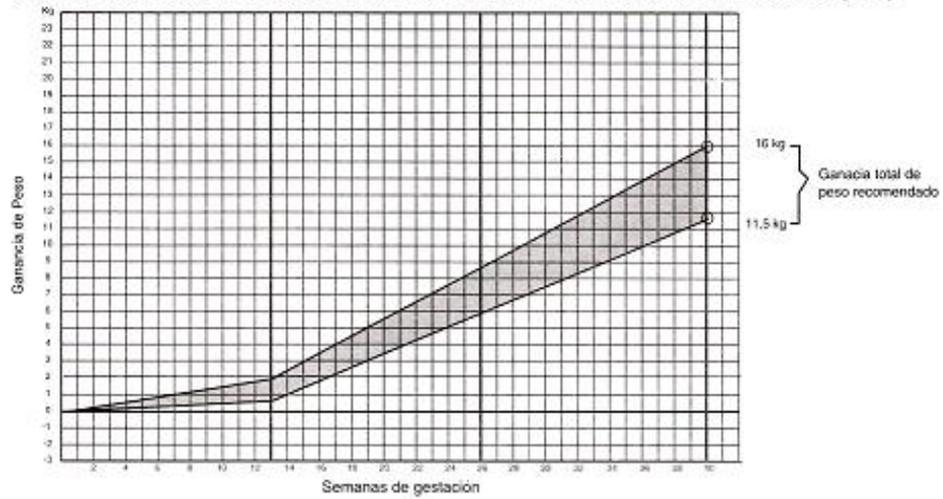
CURVA PARA VALORACIÓN DEL ÍNDICE DE MASA CORPORAL PRE GESTACIONAL HASTA EL PRIMER TRIMESTRE



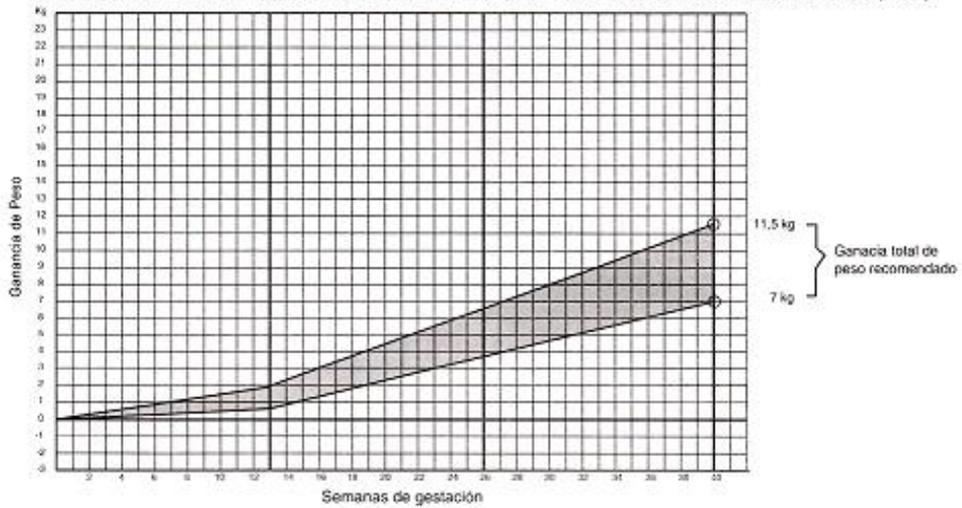
CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL BAJO < 18,5



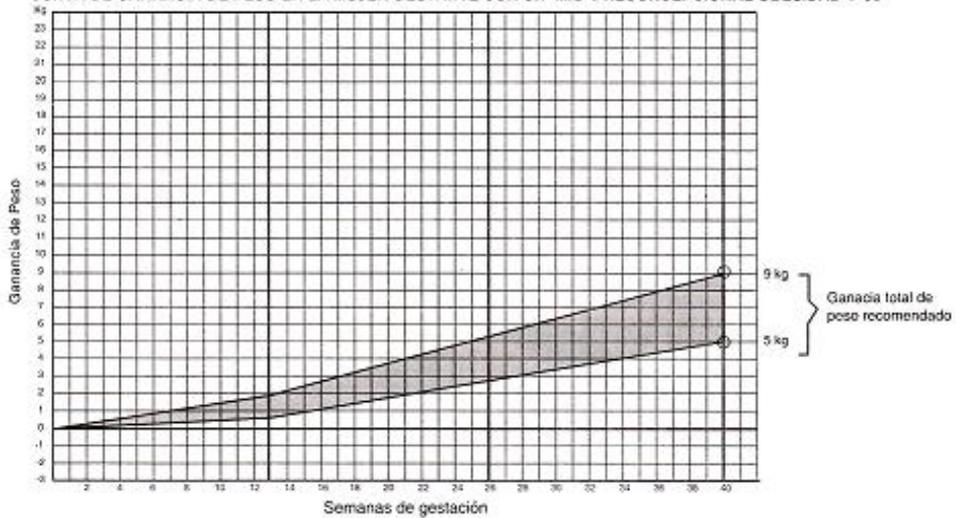
CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL NORMAL 18,5 - 24,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL SOBREPESO 25,0 - 29,9



CURVA DE GANANCIA DE PESO EN LA MUJER GESTANTE CON UN IMC PRECONCEPCIONAL OBESIDAD > 30



ANEXO N° 9 GANANCIA DE PESO SEGÚN IMC

GANANCIA DE PESO SEGÚN IMC

Clasificación IMC pregestacional	Ganancia total de peso			Velocidad de ganancia de peso en el segundo y tercer trimestre	
	Rango en kg	Rango en libras	Ganancia de peso en embarazos múltiples	Promedio en kilogramos/semana	Promedio en libras/semana
Bajo peso Menos 18,5 kg/m ²	12,5-18Kg	28-40lb		0,51 kg/semana (0,44-0,58) rango	1 lb/semana (1-1,3) rango
Normal 18,5-24,9 kg/m ²	11,5-16Kg	25-35lb	17- 25 Kg	0,42 kg/semana (0,35-0,50) rango	1 lb/semana (0,8-1) rango
Sobrepeso 25-29,9 kg/m ²	7-11,5Kg	15-25lb	14- 23 Kg	0,28 kg/semana (0,23-0,33) rango	0,6 lb/semana (0,5-0,7) rango
Obesidad Más de 30 kg/m ²	5-9Kg	11- 20lb	11- 19 Kg	0,22 kg/semana (0,17-0,27) rango	0,5 lb/semana (0,4-0,6) rango

ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN IMC

CLASIFICACIÓN	VALOR IMC
Bajo peso	Menos de 18,5
Normal	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25 a 29,9
Obesidad	Más de 30
Obesidad grado I leve	30 – 34,99
Obesidad grado II moderada	35-39,99
Obesidad grado III severa	> de 40

ANEXO N° 10 SOLICITUD EMITIDA AL DIRECTOR DEL SCS DE PICAIHUA

AMBATO, 30 de enero del 2014

Doctora.

Paulina Sancho

MEDICO RURAL DEL SCS DE LA PARROQUIA PICAIHUA

Presente.

De mi consideración:

Yo, **LINDA MARISOL NIVELERO ERAZO** con C.I. 180268301-9, egresada de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, me dirijo a usted deseándole éxitos en sus funciones.

El motivo de la presente es para solicitarle autorice a quien corresponda se me permita acceder al Departamento de Estadística del SCS Picaihua, con la finalidad de revisar las historias clínicas de los pacientes beneficiados por el Programa Desnutrición Cero que duro desde mayo del 2012 a mayo del 2013 para poder ejecutar mi tema de tesis, que comprende en "EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE MAYO DEL 2012 A MAYO DEL 2013".

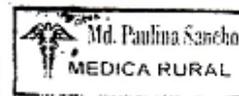
Por la gentil atención a lo manifestado, le agradezco y me suscribo de usted.

Atentamente:



LINDA MARISOL NIVELERO ERAZO

C.I. 1802683019



Autorizada


ANEXO N° 11 DATOS ESTADISTICOS SOLICITADOS AL INEC



"El Instituto nacional de Estadísticas y Censos INEC, genera y difunde información estadística útil y de calidad del país, con el propósito de facilitar la evaluación del desarrollo de la sociedad y de la economía; de la misma manera, promueve las actividades del Sistema estadístico Nacional. El INEC es una fuente de información completa, oportuna y confiable, que satisface las necesidades de información estadística del sector público, privado y de la sociedad en general."

Ambato, 22 de enero de 2014

Por medio del presente, según Oficio S/N del Sra. Linda Marisol Niveló de fecha 15 de enero de 2014, en el que solicita información acerca de:

- Población de Tungurahua: hombres, mujeres y niños
- Población de Picaihua: hombres, mujeres y niños
- Programas de Salud que cumplen los Subcentros de Salud.
- Niños Recién Nacidos vivos en el año 2012 – 2013.
- Causas de muerte Infantil en Tungurahua-Cantón Picaihua
- Causas de muerte Materna en Tungurahua-Cantón Picaihua.
- Tasa de desnutrición Infantil Tungurahua – Picaihua.
- Mapa de la desnutrición por parroquias : Tungurahua
- Quintil de pobreza en Tungurahua-Cantón Picaihua

De acuerdo al análisis realizado por el personal de la Unidad de Análisis, se remite la información encontrada impresa, la cual va adjunta al presente.

Atentamente

Ing. Héctor Mullo
Responsable Unidad de Análisis



Dirección Regional del Centro
Rocafuerte y Lalama
Telfs.: (593-3) 2421 871 / 2421 867
Fax: (593-3) 2421 991
e-mail: regional_centro@inec.gov.ec
www.inec.gov.ec
Ambato- Ecuador

ANEXO N° 12 HOJA DE OBSERVACIÓN REALIZADA EN EL SCS DE PICAIHUA

HOJA DE OBSERVACIÓN N°1	
Observador/a: LINDA MARISOL NIVELERO ERAZO	
Fecha: 10-01/2013	
Cosas a observar	Actividades
Visita al Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato	Entrevista con la Dra: Paulina Sancho Médico Rural y la Obst. Graciela Escobar, encargada del cumplimiento del Programa Desnutrición Cero, en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato
Formulario D1 de Control de Corresponsabilidad	Recopilación de datos sobre los beneficiados del Programa Desnutrición Cero
<p>Luego de la entrevista y la entrega de la solicitud a la Dra: Paulina Sancho y la Obst: Graciela Escobar, encargada del cumplimiento del Programa Desnutrición Cero, en el Subcentro de Salud de la Parroquia Picaihua del Cantón Ambato, me permitieron acceder al departamento de estadística para obtener la información de las historia clínicas de las personas beneficiadas por el Programa Desnutrición Cero, se logró recopilar información de los Formularios D1 de Control de Corresponsabilidad desde mayo del 2012 a mayo del 2013 y revisar cada historia clínica.</p>	

ANEXO N° 13 FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LOS 147 PACIENTES ATENDIDOS EN EL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA DEL CANTÓN AMBATO, BENEFICIADOS POR EL PROGRAMA DESNUTRICIÓN CERO DE MAYO 2012 A MAYO DEL 2013.

CONTROL SALUD: 80 NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD.												
NOMBRE:												
N° HCL:												
FECHA PRIMERA CONSULTA:												
DATOS DE LOS PADRES: EDAD: MADRE: años PADRE:años												
INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN: MADRE:												
PADRE:.....												
APP MADRE DURANTE EL EMBARAZO:												
ANTECEDENTES PERSONALES DEL PACIENTE:												
1.- PRENATALES:												
.....												
2.- NATALES:												
TIPO DE PARTO: NORMAL: CESAREA: PORQUE:												
APEGO PRECOZ: LACTANCIA MATERNA INMEDIATA: PORQUE:												
EDAD GESTACIONAL: Semanas; LUGAR:APGAR: 1” 5”												
PESO:gr TALLA: cm P. CEFALICO:cm												
3.- POSNATAL:												
ALIMENTACIÓN: LACTANCIA MATERNA: ALIMENTACIÓN SUPLE....												
PORQUE:												
VACUNAS RECIBIDAS:												
DESARROLLO PSICOMOTRIZ:												
CONTROL MENSUAL EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DE EDAD 2012-2013												
	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
FECHA												
EDAD												
PESO												
TALLA												
P. CEFÁLICO												
EST. NUTRICIONAL												
DIAGNÓSTICO												
OBSERVACION												
TOTAL												

CONTROL PRENATAL: 55 MUJERES EMBARAZADAS.

NOMBRE:

N° HCL:

FECHA PRIMERA CONSULTA: **EDAD:** años

INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

APF:

APP:

AGO: EMBARAZOS: **PARTOS:** **VAGINALES:** **CESAREAS:**

ABORTOS:

HIJOS VIVOS: **HIJOS MUERTOS:** **TOTAL HIJOS:**.....

GESTACIÓN ACTUAL:

FUM: **FPP:**

PERIODO INTERGENESICO:

PESO:Kg **TALLA:**cm **GRUPO SANGUINEO:**

Hb <20 sem:mg/dl **Hb >20 sem:**mg/dl

GLICEMIA EN AYUNAS: <20 sem:mg/dl **>20 sem:**mg/dl

N° ECOS:

CONSEJERIA SOBRE LACTANCIA MATERNA: SI..... NO.....

CONTROL MENSUAL EN MUJERES EMBARAZADAS 2012/2013

	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY
FECHA												
EDAD GESTACIONAL												
PESO												
P.A												
ALTURA UTERINA												
PRESENTACIÓN												
FCF (lpm)												
MOV. FETALES												
ESTADO NUTRICIONAL												
DIAGNÓSTICO												
OBSERVACIÓN												
TOTAL												

PARTO INSTITUCIONAL EN 12 MUJERES EMBARAZADAS

NOMBRE:

Nº HCL:

FECHA PRIMERA CONSULTA: **EDAD:** años

INSTRUCCIÓN Y OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

APF:

APP:

AGO: EMBARAZOS: **PARTOS:** **VAGINALES:** **CESAREAS:**

.....**ABORTOS:**

HIJOS VIVOS: **HIJOS MUERTOS:** **TOTAL HIJOS:**.....

FECHA ÚLTIMO PARTO:

PARTO INSTITUCIONAL:

SI:

NO:

PORQUE:

.....

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

ANEXOS N° 14 FOTOGRAFIAS



SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA PICAIHUA





DEPARTAMENTO DE ESTADISTICA DEL SCS DE LA PARROQUIA PICAIHUA