



Alimentación natural en el primer año de vida: un desafío de la Enfermería Profesional de un centro de primer nivel de atención.

*Tte.2º(N) Rosa Sangiovanni
Sgto.1º(Lic.S.S.) Estela Ochoa
Cho.2ª Lic.Enf. Silvia Santana*

PREMIO ANUAL AÑO 2004
E.S.FF.AA. – Area Enfermería y Técnica
Médica
SEGUNDO PREMIO

RESUMEN

El Pecho Directo Exclusivo (PDE) o alimentación natural, constituye la alimentación ideal para el lactante.

La OMS recomienda que los niños sean amamantados en forma exclusiva hasta los 6 meses de vida, incorporando alimentos semisólidos de valor nutritivo hasta el año de vida, como complemento del Pecho Directo (PD)

En el tema de la lactancia materna el problema no es privativo de la población de bajos recursos, el 47% de los niños se destetan antes de los 6 meses de vida. Con porcentajes que engloban a las madres del subsector público en 3 meses y del subsector privado en 4, 5 meses.

En el año 2001 se realizó un relevamiento diagnóstico en relación al estado de salud de todos los niños menores de un año de referencia del CAP N°1, que mostró entre otros problemas:

- ⇒ Inadecuada promoción de la lactancia materna, con intervenciones incidentales y sin coordinación multiprofesional.
- ⇒ Abandono temprano por parte de las madres de la alimentación natural, con similares porcentajes a los relevados a nivel nacional e internacional.

El presente trabajo pretende mostrar un análisis comparativo en dos tiempos, de la Lactancia Materna, en dos poblaciones de similares características, pertenecientes a un mismo centro asistencial de primer nivel de atención, mediante la estrategia de

intervención educativa llevada adelante por el Profesional de Enfermería, en el marco del equipo multiprofesional y del programa Materno Infantil del CAP N°1.

Se trata de un estudio de corte transversal comparativo en dos tiempos.

La población de estudio la conforman dos grupos

1) las madres y sus recién nacidos en el período comprendido entre el 1º julio y 31 diciembre del año 2001, caracterizada por no haber participado del plan de intervención.

2) lo conforman las madres y sus recién nacidos en el período comprendido 1º de julio y 31 diciembre del año 2002 caracterizada por estar incluida en el plan de intervención.

Grupo 1 año 2001, julio, diciembre – N = 32.

Grupo 2 año 2002, julio, diciembre - N = 38.

Dentro de las conclusiones se destaca que:

Si bien el punto de partida de ambas poblaciones (2001-2002) comienzan con porcentajes cercanos al 100% en relación a LME, observando los resultados del trabajo de investigación podemos concluir que la LME en el marco de un plan de intervención sistemático de captación y seguimiento, coordinado con el equipo multiprofesional, mejora los porcentajes globales y la prolongación en el tiempo de la misma. Los resultados de la segunda población (LME. 68% a los 3 meses, 63,1 % a los 6 meses, 52,6 % a los 9 meses y 42% a los 12 meses).

En la discusión se destaca que:

Si bien la muestra puede considerarse pequeña para la generalización de los resultados, no es menos cierto que la figura del Profesional de Enfermería por su formación, genera las coordinaciones y las normas necesarias con el equipo multiprofesional para establecer las líneas de trabajo. Estas líneas, por la sistemática y metodología de abordaje del profesional

permite sacar conclusiones, que serán la base de los estándares que año a año se deberá tomar para el programa de mejora continua de las prestaciones asistenciales.

SUMMARY

El Pecho Directo Exclusivo (PDE) o alimentación natural, constituye la alimentación ideal para el lactante.

La OMS recomienda que los niños sean amamantados en forma exclusiva hasta los 6 meses de vida, incorporando alimentos semisólidos de valor nutritivo hasta el año de vida, como complemento del Pecho Directo (PD)

En el tema de la lactancia materna el problema no es privativo de la población de bajos recursos, el 47% de los niños se destetan antes de los 6 meses de vida. Con porcentajes que engloban a las madres del subsector público en 3 meses y del subsector privado en 4, 5 meses.

En el año 2001 se realizó un relevamiento diagnóstico en relación al estado de salud de todos los niños menores de un año de referencia del CAP N°1, que mostró entre otros problemas:

- ⇒ Inadecuada promoción de la lactancia materna, con intervenciones incidentales y sin coordinación multiprofesional.
- ⇒ Abandono temprano por parte de las madres de la alimentación natural, con similares porcentajes a los relevados a nivel nacional e internacional.

El presente trabajo pretende mostrar un análisis comparativo en dos tiempos, de la Lactancia Materna, en dos poblaciones de similares características, pertenecientes a un mismo centro asistencial de primer nivel de atención, mediante la estrategia de intervención educativa llevada adelante por el Profesional de Enfermería, en el marco del equipo multiprofesional y del programa Materno Infantil del CAP N°1.

Se trata de un estudio de corte transversal comparativo en dos tiempos.

La población de estudio la conforman dos grupos

1) las madres y sus recién nacidos en el período comprendido entre el 1º julio y 31 diciembre del año 2001, caracterizada por no haber participado del plan de intervención.

2) lo conforma las madres y sus recién nacidos en el período comprendido 1º de julio y 31 diciembre 2002 caracterizada por estar incluida en el plan de intervención.

Grupo 1 año 2001, julio, diciembre – N = 32.

Grupo 2 año 2002, julio, diciembre - N = 38.

Dentro de las conclusiones se destaca que:

Si bien el punto de partida de ambas poblaciones (2001-2002) comienzan con porcentajes cercanos al 100% en relación a LME, observando los resultados del trabajo de investigación podemos concluir que la LME en el marco de un plan de intervención sistemático de captación y seguimiento, coordinado con el equipo multiprofesional, mejora los porcentajes globales y la prolongación en el tiempo de la misma. Los resultados de la segunda población (LME. 68% a los 3 meses, 63,1 a los 6 meses, 52,6 a los 9 meses y 42% a los 12 meses).

En la discusión se destaca que:

Si bien la muestra puede considerarse pequeña para la generalización de los resultados, no es menos cierto que la figura del Profesional de Enfermería por su formación, genera las coordinaciones y las normas necesarias con el equipo multiprofesional para establecer las líneas de trabajo. Estas líneas, por la sistemática y metodología de abordaje del profesional permite sacar conclusiones, que serán la base de los estándares que año a año se deberá tomar para el programa de mejora continua de las prestaciones asistenciales.

INTRODUCCION

El Pecho Directo Exclusivo (PDE) o alimentación natural, constituye la alimentación ideal para el lactante.

La OMS recomienda que los niños sean amamantados en forma exclusiva hasta los 6 meses de vida, incorporando alimentos semisólidos de valor

nutritivo hasta el año de vida, como complemento del Pecho Directo (PD).

La práctica del amamantamiento por parte de las madres ha venido decreciendo a través del tiempo encontrando su nivel máximo en los años 70'. Muchas son las causas en el abandono de esta práctica, entre ellas, la incorporación de la mujer al mercado laboral, práctica de amamantamiento negativo con hijos anteriores, mitos y creencias en relación a los beneficios de la alimentación natural y pautas socio-económicas-culturales.

La alimentación natural en el ser humano no es una conducta instintiva, por el contrario se trata de una actitud aprendida.

En el tema de la lactancia materna el problema no es privativo de la población de bajos recursos, el 47% de los niños se destetan antes de los 6 meses de vida. Con porcentajes que engloban a las madres del subsector público en 3 meses y del subsector privado en 4,5 meses.

Si bien existen a nivel de los países, Programas Materno- Infantil aprobados por los Estados, cuyo propósito fundamental es la Promoción de la Lactancia Materna, estudios mas recientes indican que la intervención por parte de los equipos de salud y el seguimiento en el primer mes de vida del recién nacido y hasta el año de vida, constituye uno de los aspectos mas relevantes en la inclinación hacia la actitud de amamantar y en el mantenimiento de esta práctica por parte de las madres.

Nuestro país ha adoptado políticas tendientes a mejorar el problema, como por ejemplo estrategias dirigidas al aumento de la lactancia materna, tales como la Certificación de las Instituciones Asistenciales como "Hospital Amigo del Niño", así como las campañas de difusión masivas, talleres regionales etc. Estas estrategias permitieron un aumento transitorio de los porcentajes de Lactancia Exclusiva, sin que estas pudieran mantenerse en el tiempo, generando en consecuencia inversiones importantes sin una correspondencia con los resultados.

Actualmente se cree que es compatible amamantar en la sociedad moderna, mientras existan programas

de apoyo a las madres, a las familias y a la sociedad toda.

El presente trabajo pretende mostrar un análisis comparativo en dos tiempos, de la Lactancia Materna, en dos poblaciones de similares características, pertenecientes a un mismo centro asistencial de primer nivel de atención, mediante la estrategia de intervención educativa llevada adelante por el Profesional de Enfermería, en el marco del equipo multiprofesional y del programa Materno Infantil del CAP N°1.

El Profesional de Enfermería es quien por su formación tiene el manejo de la alta tecnología de la Educación Sanitaria, en su hacer despliega estrategias que engloban la asistencia, docencia, investigación y gestión, permitiendo en consecuencia disminuir la fragmentación de la asistencia. Es por ello que el objetivo busca a través de una intervención programada, a las madres de referencia del CAP N°1, desarrollar las herramientas cognitivas y comportamentales que permitan garantizar el aumento y mantenimiento de la Lactancia Materna de acuerdo a las normas Nacionales e Internacionales.

⇒ **Objetivo General**

Lograr que las madres del CAP N°1, adopten el modelo de alimentación natural exclusiva hasta los 6 meses de vida y alimentación natural más alimentación oportuna hasta el año de vida, cuando ingresan en un plan de intervención (captación y seguimiento) llevado adelante por el profesional de Enfermería.

⇒ **Objetivos Específicos**

- Caracterizar y clasificar los dos grupos comparativos de la población, en relación a los criterios generales de las madres y a los criterios de inclusión y exclusión definidos para el estudio.
- Analizar el comportamiento de la variable Lactancia Materna, en ambas poblaciones, en relación con la participación o no en el plan de intervención del Profesional de Enfermería.

MATERIAL Y METODOS

El Centro de Atención de Primer Nivel N° 1 depende de la Dirección Nacional de Atención Periférica de la Dirección Nacional de Sanidad de la Fuerzas Armadas. Presta Atención de Primer Nivel a familiares de Personal Militar oficial y subalterno.

Es el Centro de Referencia de una amplia zona de Montevideo. La población que se asiste corresponde a todos los grupos etarios, para el control de salud, sin embargo más de la mitad de la población a la que se le brinda atención corresponde a niños. Dentro de la población pediátrica más de la mitad corresponde a niños menores de un año.

Las esposas del personal oficial y subalterno dan a luz en el Hospital Central de las Fuerzas Armadas, una vez que son dadas de alta son derivadas para controlar a sus niños en el Centro de Atención Periférica de Referencia.

En el año 2001 se realizó un relevamiento diagnóstico en relación al estado de salud de todos los niños menores de un año de referencia del CAP N°1. Se tomó una muestra de 180 niños menores de un año, el mismo mostró entre otros problemas:

⇒ Problemas:

- Escasos controles en el primer mes de vida y durante el primer año, menos del 50% de los controles en el 70% de la población.
- Inadecuada promoción de la lactancia materna, con intervenciones incidentales y sin coordinación multiprofesional.
- Abandono temprano por parte de las madres de la alimentación natural, con similares porcentajes a los relevados a nivel nacional e internacional.
- Inadecuado conocimiento de los padres en prevención de las enfermedades prevalentes del lactante y la importancia de la leche materna en las mismas.
- Atraso en el plan de vacunaciones.
- Falta de conocimiento de los padres en los cuidados del recién nacido.

- Fragmentación de la asistencia, con escaso o nulo trabajo coordinado y programado.

Una vez identificados los problemas más relevantes, a partir del 1° de julio del año 2002 se comenzó a implementar por parte del Profesional de Enfermería en coordinación con el equipo multiprofesional, un programa de captación y seguimiento de los recién nacidos y lactantes menores de un año (Programa Materno Infantil del CAP N°1.), en correspondencia con el Plan Aduana del Ministerio de Salud Pública.

Con la Integración del Profesional de Enfermería en el equipo de salud, se comienza a implementar las definiciones asistenciales y educativas definidas en el programa a la población de referencia.

La Enfermera Profesional asumió las actividades educativas en un plan de intervención dirigido al control del niño sano hasta el año de vida, con énfasis en la promoción de la lactancia materna.

La captación del recién nacido para su control y seguimiento fue compartida con la Licenciada en Servicio Social del Centro, la cual asumió las problemáticas sociales de los lactantes. Se estableció una sistemática de información, con la elaboración e implementación de una historia clínica que permitió recoger información para ser utilizada por todos los integrantes del equipo de salud que asisten al niño.

El profesional de enfermería elaboró una ficha de registro, con el fin de identificar los problemas generales de la madre y el niño y particulares en relación con la Lactancia Materna Exclusiva, así como el registro de las intervenciones educativas definidas para la promoción y el mantenimiento de la misma.

⇒ Diseño Metodológico

Se trata de un estudio de corte transversal comparativo en dos tiempos.

La unidad de análisis para el estudio correspondió al total de historias clínicas de los recién nacidos de ambos grupos en las que además estuviera incluida la ficha de abordaje de enfermería.

⇒ **Criterios de inclusión**

- Haber nacido en el período en estudio
- Tener los datos completos de las variables del estudio registrados en la historia clínica
- Todos los niños haber completado sus controles al año de vida en el CAP N° 1
- Contar con los registros necesarios desde el punto de vista de enfermería.

⇒ **Criterios de exclusión**

- Todos aquellos niños que presentan patologías congénitas.
- Todos aquellos niños cuyas madres no comparten las características generales.

⇒ **Variables estudiadas en ambas poblaciones: Relacionadas al Recién Nacido, (RN), al proceso de control y a la Lactancia Materna.** (Definición en anexos)

- Peso al Nacer
- Días de vida del RN al primer control en el CAP N° 1
- N° de controles del RN en el primer mes de vida
- N° de controles al año de vida
- Período de lactancia exclusiva y alimentación complementaria oportuna
- Incorporación de complemento (leche maternizada o suero glucosado) con biberón en las primeras 24 horas de vida.
- Episodios de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA) en el primer año de vida.
- Decisión de incorporar lactancia artificial (leche maternizada o leche de vaca) en el primer trimestre de vida.

A) Primera Etapa**Caracterización y Definición de la población de Estudio, en relación con el tiempo y con la participación o no en el plan de Intervención.**

La población de estudio la conforman:

Grupo 1

Las madres y sus recién nacidos en el período comprendido entre el 1° julio y 31 diciembre del año 2001, caracterizada por no haber participado del plan de intervención.

Grupo 2

Las madres y sus recién nacidos en el período comprendido entre el 1° de julio y 31 diciembre 2002 caracterizada por estar incluida en el plan de intervención.

En el año 2001 nacieron 98 niños de los cuales 39 corresponden al período 1° de julio al 31 diciembre.

Los niños nacidos en el año 2002 fueron 91 de los cuales 40 corresponden al período 1° de julio al 31 diciembre.

Ambos grupos:

- 1) Recibieron atención para control de niño sano en el Centro de Atención Periférica N° 1 (CAP N° 1) derivados por medio de un sistema de referencia del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.
- 2) Sus madres comparten características generales de:
 - Edades dentro de rangos establecidos para el estudio, 14 a 19 – 20 a 35 – 36 y más.
 - Aspectos socioeconómicos definidos en la población de derecho del Personal subalterno.
 - Nivel de Instrucción, mínimo, medio, definido como primaria completa y/o secundaria incompleta.
 - Tipo de paridad, establecido en las definiciones (primípara, secundípara, múltípara.)

- Tipo de Parto, caracterizado como Normal, Instrumental y Cesárea.
- Con o sin actividad Laboral.

Del total de la población de 98 niños nacidos en el período 1º de julio -31 de diciembre del año 2001, 39 comparten los criterios generales definidos. De ese total se descartaron 7 unidades de análisis por no estar contemplados en los criterios de inclusión y exclusión. (H.C. incompletas). Quedando un total en el período para el estudio de 32.

De la población de recién nacidos 91, que se tomó para el estudio en el período 1º de julio - 31 de diciembre del año 2002, 40 compartían las características generales definidas. De ese total se descartaron 2 unidades de análisis por no estar contemplados en los criterios de inclusión y exclusión (niños que continuaron con sus controles habituales en otro Centro de Atención más próximo a su domicilio). Quedando un total en el período para el estudio de 38.

B) Análisis del comportamiento de la variable Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses de vida del RN y LM hasta el año de vida del RN, en los dos grupos definidos.

Población año 2001; julio - diciembre n = 32.

Población año 2002; julio - diciembre n = 38.

RESULTADOS

Población año 2001, julio, diciembre n = 32.

Población año 2002, julio, diciembre n = 38.

A) Características Generales

Tabla I
Peso al Nacer de los RN

PESO	AÑO 2001		AÑO 2002	
	N	%	N	%
<2500	3	9,4	1	2,7
2500 - 3499	20	62,5	25	65,8
> 3500	9	28,1	12	31,5
TOTAL	32	100	38	100

El mayor porcentaje de los RN se ubica en el rango de peso entre 2500 y 3499. Siguiendo en porcentaje, la población de RN por encima de los 3500 gramos de peso.

Tabla II
Período en días, del proceso de captación del RN

Captación en días	AÑO 2001		AÑO 2002	
	N	%	N	%
Antes de 10 días	10	31,25	16	42,5
Entre 11-16	11	34,37	13	34
<17 días	11	34,37	9	23,5
TOTAL	32	100	38	100

Se observa que en el período 2001 que la captación se distribuía casi igualmente entre: captación temprana, media y tardía.

En la población del año 2002 se observa una modificación en el período de captación, el mayor porcentaje se ubica en la captación temprana y lo sigue en porcentaje la captación media.

Tabla III
Número de controles del RN en el primer mes de vida

Nº Controles	AÑO 2001		AÑO 2002	
	N	%	N	%
4	-----	-----	16	42
3	6	18,75	11	29
2	17	53,12	6	15,7
1	9	28,13	5	13,3
TOTAL	32	100	38	100

Se observa que en relación a los controles, en el año 2001 nadie completó los 4 controles establecidos, ubicándose mas del 80% entre 1 y 2 controles.

En el año 2002 un 42% de la población completa los 4 controles. Se observa que más del 70% de la población logra controlarse entre 3 y 4 veces en el primer mes de vida.

Tabla IV
Incorporación de complemento
 (leche maternizada o suero glucosado),
con biberón durante el proceso
de internación RN

Biberón	AÑO 2001		AÑO 2002	
	N	%	N	%
Antes 24 hs	6	19	9	24
Antes alta	11	34	7	18
No recibieron	15	47	22	58
TOTAL	32	100	38	100

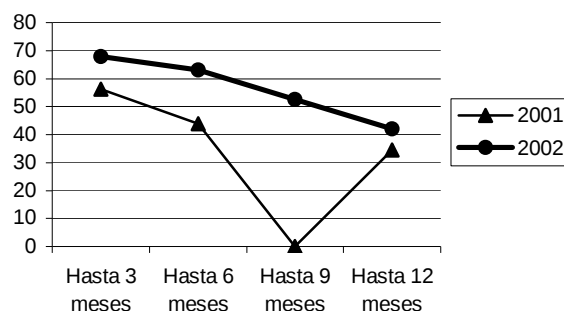
Si bien esta variable está determinada por la internación, como se observa no tiene grandes modificaciones el uso o no del biberón.

Sí fue importante en su relación con el número de intervenciones de enfermería. Cuanto más y más temprano el Biberón, mayor dependencia para que enfermería priorice y busque suprimirlo rápidamente .

B) Características en relación con la Lactancia Materna Exclusiva. (PDE, PD más alimento)

Tabla V
Duración en trimestres
de la Lactancia Materna (LME)

LME	AÑO 2001		2002	
	N	%	N	%
Hasta 3 meses	18 /32	56,2	26 /38	68
Hasta 6 meses	14 /32	43,8	24 /38	63,1
Hasta 9 meses	S/I	S/I	20 /38	52,6
Hasta 12 meses	11 /32	34,5	16 /38	42



Se comparan los trimestres 1, 2 y 4, por no contarse con información del 3^{er} trimestre en el año 2001.

Se puede observar que la población que ingresa al plan de intervención en el año 2002, presenta porcentajes más elevados de LME y además lo mantiene por plazos más prolongados.

Tabla VI
Relación entre la LME y la edad de la madre

Población de 2001

Lactancia Materna Exclusiva	Edad de la madre						T
	14-19 n = 3	%	20-35 n=25	%	36 y + n = 4	%	
3 meses	2	66	14	56	2	50	18
6 meses	1	34	11	44	2	50	14
9 meses	-	-	-	-	-	-	-
12 meses	-	-	10	40	1	25	11

Población de 2002

Lactancia Materna Exclusiva	Edad de la madre						T
	14-19 n = 5	%	20-35 n=29	%	36 y + n = 4	%	
3 meses	3	60	20	68	3	75	26
6 meses	2	40	19	65	3	75	24
9 meses	2	40	16	58	2	50	20
12 meses	2	40	12	41	2	50	16

La población adolescente en el período 2001 es la que abandona con mayor prontitud la LME, un máximo de 6 meses, con porcentajes de mantenimiento de la LME a los 6 meses de 34%.

La media de mantenimiento de la LME a los 6 meses en el total de la población es del 42,6 %.

La media de mantenimiento de la LME a los 12 meses del total de la población es de 32%

La población adolescente en el período 2002 muestra un cambio en el comportamiento, el 40% mantiene la LME, con porcentajes de mantenimiento de la LME hasta los 12 meses del 40%.

La media de mantenimiento de la LME a los 6 meses es de 60 %.

La media de mantenimiento de la LME a los 12 meses es de 43%

Tabla VII
Lactancia exclusiva y episodios
de infecciones respiratorias (IRA)
y enfermedad diarreica aguda (EDA)
en el Lactante

Población de 2001

Lactancia Materna Exclusiva	Episodios de Enfermedades prevalentes del Lactante			
	IRA		EDA	
	n = 16 (*)	%	n = 5 (*)	%
3 meses	-	-	-	-
6 meses	8	50	3	60
12 meses	3	18.75	1	20
S/I	5	31.25	1	20

(*) 3 Lactantes presentaron episodios de ambas enfermedades Grado 1.
1 Lactante presentó Neumonía que no requirió internación, sí tratamiento con antibióticos.

Población de 2002

Lactancia exclusiva y episodios de infecciones respiratorias (IRA) y enfermedad diarreica aguda Grado 1 (EDA) en el Lactante

Lactancia Materna Exclusiva	Episodios de Enfermedades prevalentes del Lactante			
	IRA		EDA	
	n = 15 (*)	%	n = 5 (*)	%
3 meses	-	-	-	-
6 meses	7	47	3	60
9 meses	5	33	1	20
12 meses	3	20	1	20

(*) 2 Lactantes presentaron episodios de ambas enfermedades
1 Lactante presentó diarrea por Rotavirus que requirió internación.

Se observa que los procesos infecciosos, tanto respiratorio como digestivos, se presentan luego de los tres meses de vida en ambas poblaciones.

Los porcentajes se mantienen similares en los cortes a los 6 y a los 12 meses. Es imposible asociarlo con variables sociales, dado que no se tiene información a través de visitas domiciliarias.

CONCLUSIONES

- ⇒ Si bien el punto de partida de ambas poblaciones (2001-2002) comienzan con porcentajes cercanos al 100% en relación a LME, observando los resultados del trabajo de investigación podemos concluir que la LME en el marco de un plan de intervención sistemático de captación y seguimiento, coordinado con el equipo multiprofesional, mejora los porcentajes globales y la prolongación en el tiempo de la misma.
- ⇒ Los resultados de la segunda población (LME 68% a los 3 meses, 63,1% a los 6 meses, 52,6% a los 9 meses y 42% a los 12 meses), están directamente relacionados al momento de la captación pues se dieron dentro de las 29 madres captadas antes de los 15 días, asegurando que se pudiera desplegar la

estrategia educativa en el marco del plan de intervención (10 pasos para una lactancia exitosa).

- ⇒ Esta captación temprana permitió a su vez identificar y trabajar en valores sociales y psicológicos de aquellas madres y niños que habían transitado por la experiencia de complementos con biberón en la internación.
- ⇒ Si además lo comparamos con datos nacionales, es significativo el porcentaje de permanencia de los niños con alimentación natural hasta los 6 meses de vida y de alimentación natural y alimentación oportuna hasta el año de vida.
- ⇒ Demuestran estos resultados además la importancia del Profesional de Enfermería en el desarrollo del plan de Intervención, asegurando que las madres lacten con éxito, que se mantenga y que se cumplan con los objetivos nacionales e Institucionales definidos por el MSP en el marco del Programa Aduana.

DISCUSION

La definición de la población de madres, caracterizándolas dentro de indicadores similares en ambas poblaciones, así como el establecimiento de criterios de inclusión y exclusión permitió disminuir las variables que confunden a la hora del análisis.

Si bien se puede analizar desde diferentes puntos de vista la información, la relevancia de la LME y la pertinencia en el área de conocimiento de Enfermería, hizo que lo tomáramos como variable fundamental en el contexto del informe.

Las causas de la población que va progresivamente tomando la decisión del destete de sus hijos, están enmarcadas de acuerdo a datos relevados en dos causas fundamentalmente:

1) Indicación médica de complementos, realizadas por médicos pediatras, no siempre asociadas al mejoramiento de la ganancia de peso del niño, sino en respuesta a necesidades de la madre.

2) Por decisión de la madre y/o familiares en respuesta a: llanto del niño asociado a situación de insatisfacción alimenticia, afirmación por parte de la madre de una leche que no engorda a su hijo, afirmación por parte de la madre de no tener leche suficiente, etc.

En la información recabada, no se tienen en cuenta algunas variables incluidas dentro de las características generales, por no encontrar elementos a destacar en la relación con la LME, entre ellas tenemos la paridad, las semanas de gestación, el peso del RN, las lesiones de las mamas, por ejemplo grietas, etc.

Es interesante observar como en los niños que amamantan, las enfermedades prevalentes no se dan en los primeros 3 meses y cuando aparecen están caracterizadas como leves en general (salvo el 2,8% planteadas en el trabajo.)

Si bien la muestra puede considerarse pequeña para la generalización de los resultados, no es menos cierto que la figura del Profesional de Enfermería por su formación, genera las coordinaciones y las normas necesarias con el equipo multiprofesional para establecer las líneas de trabajo. Estas líneas, por la sistemática y metodología de abordaje del profesional permite sacar conclusiones, que serán la base de los estándares que año a año se deberá tomar para el programa de mejora continua de las prestaciones asistenciales.

Existen trabajos a nivel Internacional que estudian la importancia de que el programa de intervención y la Educación Sanitaria estén coordinados por el profesional de Enfermería, como estrategia del cambio positivo de comportamiento en salud que deben adquirir las madres. Es por ello que la Educación Sanitaria debe considerarse responsabilidad del trabajador Profesional de Enfermería. En esta área y con respecto a la Lactancia Materna, las madres deben aprender y ponerlo en práctica con un seguimiento que le de seguridad, cuando esta prestación está bajo la responsabilidad del profesional de enfermería vemos como mejoran los resultados significativamente.

BIBLIOGRAFIA

- Red Uruguay de Apoyo a la nutrición y desarrollo Infantil / UNICEF / 2003. 3a Encuesta Nacional de Lactancia Materna. Uruguay
- MORENO MANZANARES, LOURDES ET AL. Lactancia Materna; Revista ROL de Enfermería nos 227-228, julio-agosto 1997 pág 79-84.
- LIEBHARDT JACQUELINE. Alimentación a pecho; Revista Temas de Enfermería Actualizados, Año 6 N° 27 junio 1998 pág16-18
- PRADO ESTELA. Lactancia Materna y sus beneficios; Revista Temas de Enfermería Actualizados, Año 5 N° 24 septiembre-octubre 1997 pág 13-14.
- BRANDAN MARÍA DEL CARMEN. Lactancia Materna; Revista Temas de Enfermería Actualizados, Año 8 N° 40 diciembre 2000 pág 19-21.
- AGRELO FERNANDO. Crecimiento de niños amamantados y alimentados con biberón hasta los 2 años de vida: estudio CLACID, 1993 – 1995, Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 6 N° 1 julio 1999.
- PEREZ-ESCAMILLA RAFAEL. La promoción de la lactancia materna en la era del SIDA; Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 9 N° 6 junio 2001, pág 357 Editorial.
- ILLA GONZÁLEZ MARTHA. Diagnóstico de la situación de la lactancia materna y alimentación infantil en el Uruguay; Revista Atención Primaria de la Salud N° 26 1995 MSP-UNICEF. GTZ. Uruguay
- ILLA GONZÁLEZ MARTHA. La lactancia Materna; Revista Temas de Salud (I) Guía de Atención Primaria Para Educadores y Docentes. MSP-UNICEF. Uruguay
- BUÑUEL ÁLVAREZ JC ET AL. Influencia del tipo de lactancia y otros factores sobre la incidencia de infecciones del tracto respiratorio en lactantes controlados en un centro de atención primaria; Revista Atención Primaria Publicación Oficial de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, 31 de marzo de 2002. Vol. 29 N° 5 pág 268-277.

1. ANTECEDENTES:

- 1.1. Antecedentes a Nivel Internacional.
- 1.2. Antecedentes a Nivel Nacional.
- 1.3. Antecedentes a Nivel del C.A.P. Nro.1.

2 OBJETIVOS:

- 2.1. Objetivo General.
- 2.2. Objetivos Específicos o Metas.

3 ACTIVIDADES:

- 3.1. Actividades relacionadas con la Meta 2.2.1.
- 3.1.2 Actividades relacionadas con la Meta 2.2.2.
- 3.1.3. Actividades relacionadas con la Meta 2.2.3.
- 3.1.4. Actividades relacionadas con la Meta 2.2.4.

4 RECURSOS:

- 4.1. Recursos Humanos.
- 4.2. Recursos Materiales.
- 4.3. Recursos Financieros.

5 EVALUACIÓN:

- 5.1. Evaluación de la Estructura del Programa.
- 5.2. Evaluación del Proceso del Programa.
- 5.3. Evaluación de los Resultados del Programa.
- 5.4. Evaluación del Impacto del Programa.

6 ANEXOS:

- 6.1. Historias Clínicas.
- 6.1.1. Historia Clínica de Ingreso.
- 6.1.2 Historia Clínica Evolutiva.
- 6.1.3. Historia Clínica del Alta.
- 6.2. Factores de Riesgo.

1. ANTECEDENTES:**1.1. Antecedentes a Nivel Internacional:**

Existen numerosos antecedentes a nivel internacional sobre Programas Materno-Infantil.

Todos ellos tienen como común denominador la Promoción y Prevención de la Salud con un objetivo principal de disminuir la **Morbi-Mortalidad Infantil**.

Los grupos etarios que abarcan estos Programas superan la edad de 0- 12 Meses incluyendo en los mismos hasta los 6 años.

El objetivo de estos Programas no estriba solamente en evitar la enfermedad y la muerte sino primordialmente en satisfacer las necesidades biológicas y psico-sociales del proceso del crecimiento, desarrollo y reproducción humana; así se garantizará la supervivencia y desarrollo del niño, riqueza del mañana.

No obstante, se mencionan los siguientes Programas:

Programa DIT (Desarrollo Infantil Temprano) Usado en América Latina.**Cobertura: Niños de 0 a 7 años.**

Dicho Programa está respaldado por UNICEF, OMS, y numerosas ONGs.

Objetivo General: Mejorar el desarrollo del niño en la Primera Infancia.

Objetivo Específico: Programar y administrar Centros de Atención Infantil que ofrezcan cuidado y educación de calidad a los niños.

Resultados:

- ✓ Demanda creada.
- ✓ Educadores capacitados.
- ✓ Centros establecidos.
- ✓ Materiales nuevos.
- ✓ Administración en curso.

Actividades:

- ✓ Publicidad para generar demanda.
- ✓ Seleccionar cuidadores y supervisores.
- ✓ Capacitar a cuidadores.
- ✓ Construir y mejorar centros.
- ✓ Desarrollar materiales.
- ✓ Proponer sistema de administración.
- ✓ Supervisión y capacitación continua.
- ✓ Evaluar.

Fuente: Guía para Programas de Cuidado y Desarrollo en la infancia Temprana, banco Interamericano de Desarrollo.

Proyecto de Atención a la Infancia: (Florianópolis- Brasil).

Cobertura: Niños de 0 a 6 años.

Dicho Proyecto fue creado por la consejería de salud y ha formado parte integral de la política general del ayuntamiento de Florianópolis entre 1997 y 2000.

Objetivo General: Reducir la tasa de mortalidad infantil evitable para niños de 0 a 6 años por medio de la reestructuración y la reconducción de los recursos disponibles en la actualidad.

Los logros principales han sido la mejora y el replanteamiento de los recursos humanos, el tratamiento general de los niños a través de la monitorización de cada nacimiento, el establecimiento de condiciones de prioridad y facilidad de acceso para las mujeres embarazadas, las madres recientes, y los niños recién nacidos, el intercambio de datos entre diversos departamentos de salud, la garantía de un sistema sanitario completo y de alta calidad, y el desarrollo de la participación comunitaria en lo que se refiere particularmente a la calidad de vida y a la promoción de actitudes básicas hacia la salud en general, por medio del establecimiento de vínculos entre los profesionales y la comunidad. En conjunto, estos elementos han contribuido al éxito en los esfuerzos de reducción de la mortalidad infantil, frenando y reduciendo de esta forma su coeficiente en un 42,5% entre Mayo de 1997 y Diciembre de 1999.

En tal sentido, se consiguieron los siguientes resultados:

- ✓ La recuperación nutricional del 55% de los niños, comparada con la media brasileña del 11 %.
- ✓ Plazas escolares suficientes para todos los niños en Florianópolis.
- ✓ Mantenimiento del contacto con el 99% de las madres y recién nacidos en Florianópolis, de los cuales el 77% fueron atendidos por el sistema sanitario nacional.
- ✓ Vacunación al 100%.
- ✓ El 100% de las muertes infantiles fueron investigadas.
- ✓ El 44 % de las mujeres recurrieron únicamente a la lactancia materna durante los primeros cuatro meses, comparado con la media nacional del 40% (Santos, 1998).
- ✓ Todas las Instituciones participan en conjunto.

El porcentaje de la población al cual ha llegado el Programa (77%) es prueba de su éxito.

Fuente: Ciudades para un futuro más sostenible. Índice de Buenas Prácticas.

Proyecto Vida: Programa de Vigilancia de la Mortalidad Infantil (Bello Horizonte- Brasil).

Cobertura: Mujeres embarazadas hasta niños de 6 años.

Con el fin de reducir la tasa de mortalidad infantil y garantizar que los niños nazcan y tengan un desarrollo normal, el Ayuntamiento de Bello Horizonte creó, en Junio de 1994, a través de la Secretaría Municipal de Salud (SMSA) (la Oficina de Asistencia Sanitaria de la Ciudad), uno de sus programas más ambiciosos: el Proyecto Vida. Éste es un completo Programa que empieza con la mujer embarazada y continúa hasta que los niños tienen 6 años.

Los propósitos principales del Programa son la asistencia prenatal y perinatal, la vigilancia de la mortalidad infantil, la prevención y lucha contra la desnutrición, desarrollando también proyectos en el ámbito del cuidado de la salud mental, el cuidado buco-dental y la formación de profesionales.

La asistencia se ofrece en los 121 centros de Asistencia Sanitaria de la región e incluso a domicilio, asegurando un futuro mejor para una gran parte de la población.

Lo más importante del Programa de Vigilancia de la Mortalidad Infantil es concentrarse en los recién nacidos de alto riesgo: aquellos nacidos con un peso inferior a 2,5 Kilos, y en las madres analfabetas y/o adolescentes, que viven en zonas sin el saneamiento básico. En el período entre Junio de 1994 y Julio de 1995, de los 2.574 recién nacidos que se ajustaban a los "criterios de riesgo", el Ayuntamiento se ocupó de 1.784, o sea el 64,8% de los niños, por medio de visitas a domicilio y haciendo seguimientos en los Centros de Asistencia Sanitaria.

Fuente: Ciudades para un futuro más sostenible. Índice de Buenas Prácticas.

1.2. Antecedentes a Nivel Nacional:

A Nivel Nacional se citará el **Plan Aduana del Prof. Ramón Guerra.**

El mencionado Plan fue estructurado entre los años 1972- 1974 en las dependencias del M.S.P. particularmente en niños que nacen en las maternidades del Hospital Pereira Rossell, para que fueran captados precozmente y seguidos durante los primeros meses por los ambulatorios correspondientes a sus respectivos domicilios.

Objetivos:

- Captar todos los Nacimientos de las Maternidades del Pereira Rossell.
- Entrevistar a las madres durante sus estadías en las maternidades para:

a) Impartir conocimientos elementales de educación sanitaria incluyendo Promoción de la Alimentación Natural de las medidas higiénicas básicas de: alimentos, vivienda, como mínimo.

b) Orientarlas al ambulatorio que les va a corresponder, luego del alta para permitir seguir y captar al niño y a los próximos embarazos.

- ❖ Comunicar las altas de las maternidades (H.P.R.) a los Centros Periféricos y otros Ambulatorios (Policlínicas, etc.) el Nacimiento de los niños con el objeto que en dichos hogares se sepa que el niño debe concurrir dentro de los 15 días del nacimiento, creando así de esta forma un sistema de control que permita detectar los casos de no concurrencia espontánea, rastreándolos por medio de visitas domiciliarias con el objeto de lograr la captación precoz y un seguimiento (concentración) a un nivel aceptable gracias a esta coordinación de las altas de las maternidades del Hospital Pereira Rossell con el Centro Periférico en causa.

En tal sentido, el Plan al tener como cometido el abatimiento de las cifras de Mortalidad Infantil y además con la implementación del mismo en diferentes Centros de Salud, se fue incrementando la población atendida hasta el Primer Año de Vida. Cabe hacer mención que actualmente la Captación del Recién Nacido se está realizando entre los 7 y 10 días.

Por tanto, el H.C.FF.AA. implementó dicho Plan.

Fuente: Publicación del M.S.P. Implementación del Plan Aduana en las Dependencias del Servicio Sanitario del Ejército.

1.3. Antecedentes a Nivel del C.A.P. Nro.1:

Ubicación Geográfica:

Características del Área:

El C.A.P. Nro.1 se encuentra ubicado en el área geográfica militar "Instrucciones del Año XIII" sito en la calle Leandro Gomez 4250, Barrio Peñarol, dentro de la zona urbana de la ciudad de Montevideo. Dicha zona se presenta con las siguientes características: agua potable, contaminación ambiental, aguas servidas, aguas industriales, aire contaminado con olores de aguas servidas y humo industrial.

De acuerdo al Organigrama de la D.N.S.FF.AA. nuestra Institución es dependiente de la D.G.A.P.

Planta Física del C.A.P. Nro.1:

El C.A.P. Nro.1 cuenta con una planta física de estructura pre-fabricada dividida en varias áreas:

Áreas de Policlínicas: Odontología (3), Pediatría (1), Medicina General (1), Ginecología y Obstetricia (2), Servicio Social (1), Enfermería General (1), Vacunaciones (1), Farmacia (1), Área de materiales de uso médico(1).

Área de Administración y Recepción.

Área Administrativa propiamente dicha: despacho del Supervisor del C.A.P. Nro.1, despacho de la Encargada del Personal.

En una segunda planta física ubicada detrás de la mencionada, se encuentra el área de uso de Laboratorio Dental, Policlínica de Psicología, Sala de Conferencias, Comedor del Personal Militar, depósito.

Con relación a la **Planta Física de la Policlínica de Pediatría** la misma está subdividida en tres sectores:

Primer Sector:

Recepción del paciente y recolección de datos administrativos.

Sector Intermedio:

Donde el Personal de Enfermería toma los datos de peso, talla, presión arterial, temperatura axilar, etc.

Tercer Sector:

Atención médica-pediátrica donde se realiza la Historia Clínica y Diagnóstico del paciente.

Recursos Humanos:

Coordinador del C.A.P. Nro.1.

Área Administrativa y Registros Médicos: 4.

Área de Farmacia: 2.

Área de Enfermería: 1 Licenciada en Enfermería, 4 Auxiliares de Enfermería.

Área de Vacunaciones: 2.

Área de Limpieza y Mantenimiento: 2.

Áreas de Policlínicas:

Medicina General: 3 Médicos.

Pediatría: 3 Médicos. 1 con Licencia Médica.

Ginecología y Obstetricia: 2 Ginecólogos, 1 Obstetra.

Servicio : 1 Licenciada en Servicio Social.

Psicología: 3 Psicólogas.

Odontología: 7 Odontólogos.

Higienista Dental: 1.

Asistentes Dentales: 3.

Otorrinolaringología: 1 Médico.

Oftalmología: 1 Médico.

PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA-PEDIÁTRICA DE NIÑOS DE 0- 12 MESES:

Según lo expresado hasta el momento, se apuntaría a desarrollar la planificación e implementación del Programa de Atención Médica-Pediátrica de Niños de 0 12 Meses de edad.

2. OBJETIVOS:

2.1.Objetivo General:

Mejorar las condiciones generales de Salud de la población-Infantil del C.A.P. Nro. 1, a través de medidas de Promoción, Educación, Prevención dirigidas al grupo etario de 0-12 Meses.

2.2. Objetivos Específicos:

2.2.1. Captar el 100% de los RN y Lactantes de la población del C.A.P. Nro.1 antes del Primer Año de Vida.

2.2.2. Implementar un Programa de Seguimiento exhaustivo de esta población, con el fin de lograr que el 100 % de la misma se encuentre sano al Año de Vida.

2.2.3. Reconvertir la población de alto riesgo a un bajo riesgo en un 80%.

2.2.4. Cumplir con los Controles y seguimientos programados en un 90% de la población objetivo.

3. ACTIVIDADES:

3.1. Actividades relacionadas con la Meta 2.2.1.:

3.1.1. Coordinación intrahospitalaria con la Policlínica de Ginecología y Obstetricia para hacer efectiva la derivación del 100% de los RN. Derivación mensual de gestantes a término.

3.1.2 Coordinación extrahospitalaria a través del recibo de Fax del H.C.F.F.AA.

3.1.3. Difusión del Programa a los Usuarios del C.A.P. Nro.1.

3.1.4 Difusión del Programa a los Departamentos de Pediatría y Neonatología del H.C.F.F.AA.

3.2. Actividades relacionadas con la Meta 2.2.2.:

3.2.1. Ingreso de los RN y Lactantes de 0-12 Meses a la Policlínica de Pediatría.

3.2.2. Educación para la Salud para el cuidado del Niño.

3.2.3. Diagnóstico del Estado de Salud mediante la elaboración de la Historia Clínica.

Anexo 1. Historia Clínica de Ingreso.

Anexo 1.1. Historia Clínica Evolutiva.

Anexo 1.2. Historia Clínica del Alta.

Anexo 2. Enfoque de Riesgo en la Población Materno-Infantil de 0 a 12 Meses.

Actividades relacionadas con la Meta 2.2.3.:

2.2.3.1. Educación a los padres de cuales son los Factores de Riesgo en los niños de 0- 12 Meses.

- Cuidado del RN y el Lactante (**Importancia de los Controles**).
- Amamantamiento y Alimentación de los niños de 0- 12 Meses.
- Educación para una correcta Inmunización de los niños de 0-12 Meses.
- Educación para la prevención de Accidentes en el Hogar.
- Educación para la Detección Precoz de Enfermedades Prevalentes en este Grupo Etario (Infección Respiratoria Aguda (IRA), Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)).

Medidas Preventivas para los Niños de 0-12 Meses:

- Promoción de la Lactancia Materna.
- Introducción de la Vitaminoterapia.
- Introducción de Alimentos Semi-sólidos. (Según pautas de la Sociedad Uruguaya de Pediatría (S.U.P)).
- Inmunizaciones.
- Ecografía de Caderas.

Actividades relacionadas con la meta 2.2.4:

2.2.4.1. Control del seguimiento mensual del lactante de 0 a 12 Meses a través de una Planilla de Ingreso y Agenda de Control.

2.2.4.2. De confirmarse el incumplimiento del control mensual se realizarán las citaciones correspondientes. Dichas citaciones se hacen por vía de: * Fax a las Unidades del Área " Instrucciones del Año XIII".

* Llamadas telefónicas a las Unidades fuera del Área "Instrucciones del Año XIII" y domicilios.

4 RECURSOS:

4.1. Recursos Humanos:

- Implementar el Programa Materno Infantil conjuntamente con los tres Pediatras existentes en el C.A.P. Nro.1 con iguales responsabilidades médicas. Dos días en la semana, dos turnos.
- 1 Nurse compartida con el resto de las actividades del C.A.P. Nro.1.
- 2 Enfermeros exclusivos en el horario de atención para el Programa Materno-Infantil con tareas de Enfermería y Educación para la Salud. 1 para el turno matutino y otro para el turno vespertino.
- 1 Asistente Social compartida con el resto de las actividades del C.A.P. Nro.1
- 1 Vacunadora compartida con el resto de las actividades del C.A.P. Nro.1.
- Administrativos compartidos con el resto de las actividades del C.A.P. Nro.1.
- Personal de Farmacia compartidos con el resto del C.A.P. Nro.1.
- Personal de Limpieza compartidos con el resto del C.A.P. Nro.1.
- Personal de Mantenimiento compartido con el resto del C.A.P. Nro.1.
- Técnico de Archivo Médico y registros Médico.

4.2.1. Recursos Materiales:

Los existentes son suficientes y adecuados para la implementación del Programa.

4.2.1. Planta Física:

- Sala de Recepción de pacientes donde se impartirá Educación para la Salud y se harán las Planillas de Registro de Ingreso-Control.
- Sala de Controles Antropométricos (Peso, Talla, Registros de Perímetro Cranéano, y de Temperatura).
- Consultorio Pediátrico propiamente dicho donde se realizará la Historia Clínica (anamnesis y examen físico) diagnóstico clínico, tratamiento, planificación de nuevos controles.
- **Para las Actividades Educativas y Preventivas:** Propaganda Gráfica de Audiovisuales.
- **Para las Actividades Asistenciales:** Instrumental y Material de uso pediátrico: Balanza, Tallómetro, Cinta Métrica, Termómetro, Aparato de Presión con manguito adecuado a la edad, Productos Farmacéuticos e Insumos fungibles.

- **Para las Citaciones:** Coordinaciones para las Unidades dentro y fuera del Área "Instrucciones del Año XIII" para citar a los pacientes hijos del Personal Subalterno en actividad.

Los recursos descriptos serán ajustados según la población a cubrir por el Programa.

4.3. Recursos Financieros:

Establecidos por la Dirección General de Atención Periférica para asegurar los recursos específicos del Programa y los imprevistos.

5 EVALUACIÓN:

5.1. Evaluación de la Estructura:

- ☐ Accesibilidad Cultural: A través de una Encuesta.
- ✓ Conocimiento del Programa por parte de las Madres de Niños de 0-12 Meses.
- ✓ Satisfacción de los Usuarios atendidos.
- ☐ Grado de Inserción del Programa en la dinámica de la Institución: A través de una Encuesta.
- ✓ Conocimiento y satisfacción con el Programa por parte de los Técnicos y Profesionales de la Salud del C.A.P. Nro.1.

5.2. Evaluación del Proceso:

a) Productividad:

Número de consultas pediátricas de 0- 12 Meses en un Mes -

Total de consultas pediátricas de 0-12 Meses posibles de haber sido realizadas

b) Actividades:

Número total de pacientes de 0- 12 Meses que se atiende en el C.A.P. Nro. 1 -

Número de ingresos al Programa Materno Infantil

Cabe acotar que el número total de pacientes de 0- 12 Meses está conformado por las : Coordinaciones realizadas con Policlínica de Ginecología y Obstetricia, Fax del H.C.FF.AA., y concurrencia espontánea al CAP N°1

5.3 Evaluación de los Resultados:

a) Eficacia.

Número de niños con controles buenos de 0-12 Meses en un año

Total de niños que se atendieron en el Programa Materno-Infantil en un año.

Número de niños atendidos de 0-12 Meses de Bajo Riesgo en un año

Total de niños atendidos en el Programa Materno-Infantil en un año.

b) Eficiencia:

Número de niños con controles buenos de 0-12 Meses en un año

Gastos o Recursos Financieros

c) Impacto.

Número de niños de 0-12 meses con controles buenos en un año

N° Total de niños de 0-12 meses controlados

ANEXO 2**FICHA INFANTIL - PLANILLA DE EGRESO - FICHAS DE ENFERMERIA**

D.N.S.FF.AA.

D.G.A.P.

C.A.P. N° 2

FICHA INFANTIL

CEDULA DE IDENTIDAD

N°. REG. C.A.P. N° 1

N°. REG. S.S.FF.AA.

Apellido Paterno

Apellido Materno

Primer Nombre

Segundo Nombre

LUGAR y FECHA DE NACIMIENTO

CATEGORÍA

DOMICILIO (Dirección y Barrio)

TELEFONO
Propio / Fliar. / Vec.**MADRE**

APELLIDOS

NOMBRES

C.I.

PADRE

APELLIDOS

NOMBRES

C.I.

DATOS DEL G.D.A.

APELLIDOS

NOMBRES

UNIDAD

C.I.

VACUNACIONES:

EDAD	VACUNAS	FECHA	EDAD	OBSERVACIONES
Al Nacer	BCG			
2 meses	Pentavalente / Polio			
4 meses	Pentavalente / Polio			
6 meses	Pentavalente / Polio			
12 meses	Pentavalente / Polio			
	Triple Viral			
	Varicela			
	DPT			
	Meningo B+C			
	Anti-Hepatitis B			

ANTECEDENTES PERSONALES

Controles Previos: 1. MSP
2. C.A.P
3. H.C.F.F.AA
4. Otros

☐

Ultimo control en salud:

Edad: _____ meses.

Peso: _____ grs.

Talla : _____ cms.

Observaciones: _____

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANTECEDENTES SOCIO ECONOMICOS, CULTURALES Y JURÍDICOS:

PADRE

Nombre _____

Edad _____ Estado Civil _____

Trabajos(tipo) _____

Ingresos

FF.AA. 1. Si 2. No

Sueldo

1. Mensual o quincenal
2. Jornalero
3. Zafral
4. Pensiones

Instrucción:

1. Primaria incompleta
2. Primaria completa
3. UTU
4. Estudios Terciarios:

Vive con el niño: 1. Si 2. No

Aporta dinero: 1. Si 2. No

Cuando trabaja la madre:

quién cuida al niño: _____

número de horas fuera del hogar _____

Hijo reconocido: 1. Si 2. No

Por quien: _____

Estado Civil actual de los padres:

1. Casados 2. Separados 3. Divorciados 4. Viudo-a 5. Unión libre (especificar tiempo) _____ años

6. Madre soltera 7. Otro _____

Niño Institucionalizado: 1. Tiempo completo 2. Parcial

Desde cuando: _____

Frecuencia de visita de los padres: _____

NUCLEO FAMILIAR

Número de integrantes (que conviven con el paciente): _____

Vive con otros familiares: 1. Si 2. No

MADRE

Nombre _____

Edad _____ Estado Civil _____

Trabajos(tipo) _____

Ingresos

FF.AA. 1. Si 2. No

Sueldo

5. Mensual o quincenal
6. Jornalero
7. Zafral
8. Pensiones

Instrucción:

5. Primaria incompleta
6. Primaria completa
7. UTU
8. Estudios Terciarios:

Vive con el niño: 1. Si 2. No

Aporta dinero: 1. Si 2. No

Hijo inscripto: 1. Si 2. No

Por quien: _____

En la Libreta de quien: _____

HERMANOS:

NOMBRE y APELLIDO	EDAD	Año Terminado	Año en Curso	Repeticiones

VIVIENDA:

Zona: 1. Urbana 2. Suburbana 3. Rural ☐ ☐ Tipo: 1. Casa 2. Departamento 3. Pieza
4. Otro ☐

1. Propietario 2. Inquilino 3. Agregado 4. Usufructuario 5. Asentamiento Irregular 6. Cooperativa ☐

Paredes: 1. Ladrillo 2. Bloque 3. Terrón 4. Lata 5. Cartón 6. Prefabricada con: ☐

Techo: 1. Hormigón 2. Chapa 3. Quincha 4. Otro ☐

Piso: 1. Baldosa 2. Hormigón 3. Tierra 4. Otro ☐

Nº de dormitorios: ☐ Cohabitación: 1. Si 2. No ☐ Colecho: 1. Si 2. No ☐ Con: ☐

Luz eléctrica: 1. Si 2. No ☐ 1. OSE int. 2. OSE ext. ☐ Baño: 1. interior 2. exterior ☐
3. Aljibe Pozo 4. Pozo

Cocina: 1. Si 2. No ☐ Heladera: 1. Si 2. No ☐ Saneamiento: 1. Red 2. Pozo Negro 3. Campo ☐

Residuos: 1. Recolector 2. Basural 3. Se entierran ☐

EXAMEN FISICO

Peso: _____

Presentil: _____

Talla: _____

Percentil: _____

PC: _____

Percentil: _____

Impresión general: _____

Piel: _____

Faneras: _____

Panículo: _____

L.G.: _____

OA: _____ Cráneo: _____ FA: _____ Suturas: _____

Consistencia del Cráneo: _____

Cintura escapular: _____

Tórax: _____

Cintura pelviana: _____ Maniobra de Ortolani: _____

Columna _____

Miembros Superiores _____ Miembros Inferiores: _____

S.N.C. _____

M

E

GE.: Testículos: _____ Vulva: _____

Pene: _____

Ano: _____

Abdomen: _____

FFLL: _____

PP: _____

CV: Central _____

Pulsos femorales _____

BF: Boca: _____ Faringe _____

Fosas Nasaes: _____

Orejas: _____

IMPRESIÓN CLÍNICA AL INGRESO

[The page contains faint horizontal lines and illegible markings.]

INDICACIONES

[illegible]

HISTORIA EVOLUTIVA

Fecha: _____

Control n°: _____

Edad: _____

Peso: _____ Percentil: _____

P.C: _____ Percentil: _____

Talla: _____ Percentil: _____

Ex. Físico: _____

Desarrollo Sicomotor: _____

Control de vacunas: _____

Alimentación: _____

Vitaminoterapias: _____

Paraclínica: _____

Patologías Intercurrentes / Observaciones: _____

IMPRESION CLÍNICA:

INDICACIONES:

Firma y sello del pediatra

Fecha del Próximo Control

HISTORIA DE ALTA DEL PROGRAMA MATERNO INFANTIL A LOS 12 MESES

Antropometría de acuerdo a tablas percentilares adecuadas a edad y sexo.

Peso: _____ Percentil: _____

Talla: _____ Percentil: _____

P.C: _____ Percentil: _____

Relación P/T: _____ Percentil: _____

Ex. Físico: _____

Desarrollo Sicomotor: _____

Control de vacunas: _____

Alimentación: _____

Vitaminoterapias: _____

Paraclínica: _____

Observaciones: _____

Impresión Clínica Diag. Morfológico: _____

Diag. Nutricional – Antropometría: _____

Carencias vitamínicas y minerales: _____

Desarrollo: _____

Patologías intercurrentes

Edad	Patología

Factores de Riesgo: _____

Secuelas: _____

Observaciones: _____

Firma y sello del pediatra

Fecha del Próximo Control

PLANILLA DE EGRESO

Edad de ingreso (captación) al programa: _____
Nombre: _____ Sexo: _____ N° Reg.: _____

Meses	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Peso / P.												
Talla / P.												
PC / P.												
Eco Caderas												
Vacunas												
PDE												
LM												
LV												
LS												
Frutas												
Verduras												
Arroz/Maiz												
TACC												
Carnes												
Huevo												
Lácteos												
Leguminosas												
Vit. D												
Hierro												
Odontología												
Controles												
Enfermedades												
Fact. Riesgo												

* Factores de Riesgo: AR – BR / * Enfermedades Intercurrentes: Infecciones Respiratorias (I.R.) – ORL (O.R.L.) – Tubo Digestivo (T.D.) – Otras (O)

DEFINICION DE LAS VARIABLES

- ANEXO 4

PROGRAMA MATERNO INFANTIL DE 0-12 MESES

[illegible]

AGENDA DE CONTROL

[illegible]

PLANILLA DE CONTROL DE SEGUIMIENTO AÑO 2002

[illegible]

SISTEMATIZACION DE LOS DATOS DE RECIEN NACIDOS DEL PLAN ADUANA AÑO 2002

[illegible]