



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA



MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA
2014-2016

Informe final de Tesis para optar al
Título de Máster en Salud Pública

**CARACTERIZACIÓN DE LA NIÑEZ MENOR DE 2 AÑOS,
BENEFICIARIA DE LA ESTRATEGIA DE AIN-C, MUNICIPIO DE
CURAREN, ÀREA SUR DE FRANCISCO MORAZÁN, HONDURAS,
FEBRERO 2016.**

Autor:

Brenda Sandoval Raudales
Médico general

Tutor:

MSc Jairo E. Meléndez Noguera
Docente e Investigador

Ocotal, Nueva Segovia, Nicaragua, mayo 2016

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINA
OPINION DEL TUTOR	
RESUMEN	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. JUSTIFICACIÓN.....	4
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	5
V. OBJETIVOS.....	6
VI. MARCO TEÓRICO.....	7
VII. DISEÑO METODOLÓGICO.....	16
VIII. RESULTADO Y ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	21
IX. CONCLUSIONES.....	33
X. RECOMENDACIONES.....	34
XI. BIBLIOGRAFÍA.....	35
ANEXOS.....	38

OPINIÓN DEL TUTOR

i. RESUMEN

Objetivo: Caracterizar a la niñez menor de 2 años, integrados a la estrategia de AIN-C del proyecto descentralizado ChildFund en el municipio de Curaren, del área sur de Francisco Morazán, Honduras, Febrero 2016.

Problema: Cómo se caracteriza la niñez menor de 2 años, integrada en la estrategia de AIN-C del proyecto descentralizado ChildFund en el municipio de Curaren, del área sur de Francisco Morazán, Honduras, febrero2016.

Método: Se tomó una muestra de 134 niños beneficiarios de la estrategia de AIN-C, en el municipio de Curaren; a los cuales se les tomo talla y peso durante la visita de seguimiento en el mes de febrero, para realizar la valoración de desnutrición aguda, crónica y global, se tomaron muestras de exámenes de laboratorio para detección de anemia 73 muestras y 56 para detección de parasitismo intestinal y también se interrogó sobre el patrón alimentario, todo la información se procesó en una base de datos; la cual se analizó por el programa de EpiInfo 7.

Resultados: De los 134 niños 74(55%) mujeres y 60(45%) hombres. *Índice antropométrico P/L-T:* normal un 90%, 8% sobrepeso y 3% Emaciado. *Índice antropométrico L-T/E:* normal 81%, baja talla 13%, baja talla severa 4.5% y muy alto para la edad 1.5%. *Índice antropométrico P/E:* 96% crecimiento adecuado y 4% crecimiento inadecuado. El 96% y 86% de la muestras de Hemoglobina (Hb)y heces fecales estaban en valores normales, respectivamente. En el patrón alimentario, el 84% de los niños recibió lactancia materna exclusiva y el 81% inicio su ablactación a los 6 meses.

Conclusión: Se realizó la clasificación de en base al índice antropométrico peso para la talla, talla para la edad y peso para la edad; en las tres mediciones la mayoría de los niños se encuentran dentro de los límites de referencia normal de acuerdo a las gráficas y con crecimiento adecuado; siendo la desnutrición global en donde salen mejor evaluados y la desnutrición crónica donde hay más problemas con los niños.

Palabras claves: Índice antropométrico, estrategia AIN-C, patrón alimentario.

ii. DEDICATORIA

A mí amada Familia:

A mi padre Jorge Alberto Sandoval (Q.D.D.G), quien con su ejemplo de laboriosidad, su amor incondicional, su testimonio de vida, su abnegación por nuestra familia, sembró en mí el compromiso de ser mejor hija, mejor persona, mejor profesional.

A mi madre querida quien es mi compañera del alma, por velar mis horas de trabajo para poder culminar esta Tesis, por su amor, entrega, dedicación, por incentivar me a crecer constantemente en todos los ámbitos de mi vida, a mi tía Carmen, quien ha sido siempre un gran apoyo en mi vida.

A mis hermanos(as), Paty, Yeni, Jorge, Anita y Leo, con quienes he compartido los momentos más felices, para quienes siempre he querido y he procurado ser un buen ejemplo. A mis sobrinos(as): Mela, Jorgito, Jacob, Zoeli y Sofía, por llenar mi vida de forma incalculable, motivándome a dar lo mejor de mí en esta etapa y culminar este ciclo académico, con el propósito de sembrar en ellos la semilla que les permita ser una nueva generación; victoriosa y temerosa de Dios.

Brenda Elizabeth Sandoval Raudales

iii. AGRADECIMIENTOS.

Después de un largo camino emprendido hace ya un par de años y al ver coronada esta nueva meta a nivel profesional, quiero agradecer infinitamente al creador del universo, Nuestro padre celestial, quien con su mano suave y firme ha llenado mis días de fortaleza, paciencia, esperanza, providencia y misericordia, habiéndome sentir la certeza de que todo está en sus manos y de que las cosas se dan en su tiempo.

A las autoridades de la Región Sanitaria de Francisco Morazán y del Proyecto Descentralizado ChildFund Honduras, por darme la autorización para realizar este estudio; también al personal técnico que me apoyo en la recolección y procesamiento de las muestras especialmente a la coordinadora de promotores y técnicos de laboratorio, a la Licenciada Tesla Gutiérrez por su apoyo y asesoría técnica para poder realizar este estudio.

A mis amigos y compañeros de maestría Diana, Fernando, Sara, Francis, Sandra, Nuzzly, José Luis, Josselyn, Francisco que durante estos 2 años compartimos momentos muy amenos y experiencias que fueron enriqueciendo mis conocimientos y especialmente a mi gran amigo Carlos Enil Peralta; que sin él este proyecto de vida no hubiera sido igual.

A los docentes del CIES, Msc. Miguel Orozco, Msc. Marcia Ibarra y a la Msc. Rosario Hernández; porque durante estos 2 años en cada uno de los módulos recibidos, fueron fortaleciendo mis conocimientos en todo el ámbito de la salud pública; un agradecimiento muy especial a mi tutor el Msc. Jairo Meléndez por su dedicación y tiempo para poder desarrollar un trabajo de calidad.

Brenda Elizabeth Sandoval Raudales

I. INTRODUCCIÓN

La ciencia de la nutrición es una de las que más cambios han sufrido en el último siglo, debido al progreso tecnológico y al conocimiento de la importancia que la nutrición tiene en la prevención del riesgo a enfermar. La edad infantil, es el periodo de la vida crítico, en el que se establecen los hábitos nutricionales óptimos para lograr un crecimiento adecuado y evitar enfermedades relacionadas con la dieta.

Tomando en cuenta que el crecimiento y desarrollo infantil tienen como determinantes, no solamente aspectos relacionados con alimentación, sino también con condicionantes sociales, culturales, ambientales y biológicos, en Honduras desde el año 1990 se trabaja con la estrategia de AIN-C (Atención Integral a la Niñez en las Comunidades), que se basa en la vigilancia nutricional, mediante la medición de peso y talla a esta niñez de forma mensual por monitoras seleccionadas en las comunidades beneficiarias debidamente capacitadas.

Es importante desarrollar estudios para determinar el estado nutricional de la niñez de la estrategia de AIN-C del Municipio de Curaren; zona sur del departamento de Francisco Morazán ya que este se encuentran en el corredor seco y tiene problemas con el abastecimiento de alimentos y de acuerdo a los hallazgos encontrados se podrá determinar las acciones a seguir para así poder contribuir a mejorar el estado nutricional de la niñez menor de 2 años.

El propósito final de este informe es caracterizar a la niñez beneficiaria de la estrategia AIN-C en el municipio de Curaren, Proyecto Descentralizado ChildFund Honduras, que asistieron a la reunión mensual durante el mes de febrero, 2016.

II. ANTECEDENTES

La vigilancia nutricional es un tema que en los últimos años ha tomado importancia debido a que en los países en vías de desarrollo constituye un grave problema de salud, por lo cual se han realizado varios estudios de investigación y protocolos para la vigilancia nutricional.

Se han realizado varios proyectos a nivel comunitario en la región Centroamericana como por ejemplo: Honduras AIN-C 1990 - 1994 (Atención integral a la niñez en la comunidad); El Salvador, AIN-C 1992 - 2001 (Atención integral a la niñez en la comunidad); Nicaragua, PROCOSAN 2001 – 2003 (Programa Comunitario de Salud y Nutrición); Guatemala; AINM-C 1998 - 2000 (Atención Integral a la Niñez y Mujer en la comunidad).

Iniciando la década de los 90's, se prepara una propuesta para implementar una estrategia para la atención del niño y niña menor de 2 años a nivel comunitario. Como parte del proceso se realizaron encuestas etnográficas, evaluaciones tipo CAP, ensayos y validaciones en comunidades seleccionadas de los mismos centros de salud de las regiones de salud, Copan y El Paraíso, buscando como dar forma a la estrategia AIN-C. (10-11)

En la República de Argentina, localidad de San Roque, se realizó un estudio titulado: "Evaluación del Estado Nutricional en niños de 2 a 4 años en la localidad de San Roque", siendo los resultados, los siguientes: en el sexo masculino la relación peso/edad, se ubicó entre el percentil p50 y el percentil p10; con relación talla/edad, estos se ubicaron entre el p50 y por debajo del p3, sobre la población de niñas en la relación peso/edad, p50 y p10; en la relación talla/peso entre p50 y debajo del p3. Los valores normales son los que se encuentran entre el p10 y el p50, los niños que se encuentran por debajo del p3 se consideran con crecimiento inadecuado o bajo peso para su edad. (9)

Actualmente no se cuentan con estudios de vigilancia nutricional en el municipio de Curaren, con las características planteadas en este estudio, ya que la estrategia se enmarca en medir proceso global, como es el índice de peso para edad (P/E); y no el proceso crónico, como es la talla o longitud para edad (T/E); y/o proceso agudo, como es el P/T, peso para talla o longitud (P/T).

III. JUSTIFICACIÓN

La importancia de este estudio es que proporcionó la base para poder interpretar el crecimiento de los niños haciendo una valoración nutricional durante el mes de febrero del año 2016, a su vez se pudo determinar el grado de cumplimiento en la administración de micronutrientes; saber la incidencia de anemia y parasitismo intestinal en este grupo de niños a través de la realización de exámenes de heces fecales y hemoglobina ya que detectando estas patologías tempranamente se previenen sus consecuencias a largo plazo.

También brindó conocimientos a todos los actores involucrados (autoridades de región sanitarias, personal sanitario del proyecto descentralizado, monitoras y líderes comunitarios), permitiéndoles la elaboración de una propuesta o plan estratégico que puede presentarse a los tomadores de decisiones.

En general, mediante la caracterización de la niñez en este estudio, se podrán re-tomar o valorar estos datos para incidir en mejorar la efectividad de las diferentes acciones y actividades implementadas en la estrategia de AIN-C.

En el proyecto descentralizado de salud ChildFund es la primera vez que se realiza un estudio enfocado a los niños beneficiados en la estrategia de AIN-C, ya que aunque los niños se pesan de forma mensual, este dato solo da posibilidad de realizar la clasificación de desnutrición global, pero en este estudio se realizó a parte del índice antropométrico P/E, la clasificación en base al índice P/L-T y al índice de L-T/ /E, lo cual afirma la importancia de este estudio.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las metas de los objetivos de desarrollo del milenio plantearon metas para el desarrollo humano de todos los países de la región en busca de un mundo más justo, equitativo y menos pobre para el año 2015, una de estas metas era mejorar los niveles de educación, salud y nutrición; Honduras como país participante adquirió ese compromiso de alcanzar esas metas, a pesar que Honduras hizo esfuerzos; aún se encuentran indicadores relacionados con la mortalidad infantil entre ellos la incidencia y prevalencia de desnutrición que no alcanzaron la meta establecida.

Honduras a través de la estrategia AIN-C focalizó su intervención en población que se encuentra en extrema pobreza, categoría que cuentan con ingresos que no logran alcanzar a cubrir la canasta básica de alimentos y con conocimiento que en la zona rural la situación nutricional constituye un importante problema de salud.

Los problemas de nutrición constituyen un punto importante en las nuevas políticas de salud pública en todo el país, razón por el cual se hace la siguiente pregunta:

¿Cómo se caracteriza la niñez menor de 2 años, beneficiaria de la estrategia de AIN-C del Proyecto Descentralizado ChildFund en el Municipio de Curaren, área sur de Francisco Morazán, Honduras febrero 2016?

Otras interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características socio-demográficas de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C?
2. ¿Cuál es el estado nutricional de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C?
3. ¿Qué nivel de cumplimiento hay de las actividades programáticas de la estrategia de atención integral a la niñez en los menores de 2 años?
4. ¿Cuál es el patrón alimentario de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C?

V. OBJETIVOS

Objetivo General

Caracterizar a la niñez menor de 2 años, beneficiaria de la estrategia de AIN-C del proyecto descentralizado ChildFund en el municipio de Curaren, del área sur de Francisco Morazán, Honduras. Febrero 2016

Objetivos específicos

1. Identificar las características socio-demográficas de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C.
2. Conocer el estado nutricional de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C.
3. Identificar el cumplimiento de las actividades programáticas de la estrategia de atención integral a la niñez en los menores de 2 años.
4. Determinar el patrón alimentario en la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C.

VI. MARCO TEÓRICO

La ciencia de la nutrición es una de las que más cambios han sufrido en el último siglo, debido al progreso tecnológico, y al conocimiento de la importancia que la nutrición tiene en la prevención del riesgo a enfermar. La edad infantil, es el periodo de la vida crítico, en el que se establecen unos hábitos nutricionales óptimos para conseguir el crecimiento adecuado y evitar las enfermedades relacionadas con la dieta. (2)

En nuestra sociedad, determinados hábitos han propiciado la tendencia a la sobre Nutrición y obesidad de la población infantil, con la consiguiente predisposición a padecer en la edad adulta enfermedades nutricionales (obesidad, hipertensión arterial, aterosclerosis). No obstante, también se sufre desnutrición como consecuencia de una alimentación inadecuada en cantidad y/o calidad (desnutrición primaria) o por enfermedades que desencadenan un balance energético negativo (desnutrición secundaria). (1)

Estado Nutricional: Es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto dado por los requerimientos nutricionales para la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física. El estado nutricional que se determina mediante la valoración del crecimiento en los niños y los cambios en la masa corporal de los adultos, refleja diversos grados de bienestar, que en sí mismos son consecuencia de una compleja interacción entre la dieta, factores relacionados con la salud y el entorno físico, social y económico. (5)

Tomando en cuenta que el crecimiento y desarrollo infantil tienen como determinantes no solamente aspectos relacionados con alimentación sino también con condicionantes sociales, culturales, ambientales y biológicos, en Honduras se decidió realizar una revisión del abordaje tradicional de la evaluación del crecimiento y desarrollo para convertirlo en uno con enfoque integral y preventivo. (6)

Conceptualmente, se denomina retraso del crecimiento aquella situación clínica en la que el niño deja de progresar respecto al ritmo esperado para su edad. Como consecuencia surge la desnutrición considerada como la expresión clínica

de un fallo del crecimiento mantenido que se traduce en la alteración del tamaño y composición corporales. (1)

El estado nutricional de una población está relacionado directamente con el estado de salud de la misma y se encuentra influenciado por los determinantes sociales¹ del nivel estructural e intermedios. Se considera de ésta forma el estado nutricional en íntima relación con el medio ambiente y con el modo de vida de las personas, derivado de lo cual se considera salud como producto social que implica relaciones complejas dentro de un contexto histórico político y económico en cambio constante. (5)

Dependiendo de la intensidad de la desnutrición, el tiempo y la edad puede presentar para toda su vida: bajo crecimiento, menor rendimiento intelectual, menor capacidad física, mayor riesgo a padecer enfermedades de tipo infeccioso, mayor peligro de morir en los primeros años de vida. (4)

Es importante señalar que el enfoque de determinantes sociales de la salud trasciende el enfoque de riesgos individuales y pasa a los modelos sociales y estructuras que determinan las posibilidades de las personas de tener buena salud basado en que la atención médica no es el promotor principal de la salud, de tal manera que el modelo de determinantes le apunta a los factores que ayudan a que las personas permanezcan sanas en lugar del servicio que ayuda a las personas cuando se enferman. (5)

La seguridad alimentaria describe el estado en el cual “todos los miembros de una sociedad disponen de manera permanente de condiciones físicas, económicas y sociales, que les permiten tener acceso a una alimentación suficiente, sana y nutritiva, acorde a sus necesidades y sus preferencias alimentarias, permitiendo alcanzar una vida activa y sana (5)

Crecimiento uniendo dos puntos (evaluaciones de control en un período razonable) en una gráfica permitió identificar los niños que crecían adecuadamente y aquellos que no, facilitando así el reconocimiento de aquellos que se encontraban en situación de riesgo y la intervención de manera de manera más oportuna.

Las características de esta nueva forma de vigilar el crecimiento del niño, su relación como indicador sensible de su salud, la sencillez de aplicación e interpretación, sus aspectos educativos, la comprensión y respuesta de las familias, fueron sentando las bases para el desarrollo de un componente comunitario. Iniciándose 1995, a través de la participación de promotores entrenados en las técnicas de medida y en el concepto e interpretación de la tendencia, comenzaron a llegar a las comunidades a realizar jornadas periódicas (mensuales) de vigilancia de crecimiento de los niños y niñas menores de 2 años y la identificación de casos de riesgo para su referencia y seguimiento domiciliario. Para este fin, la Tabla de Peso Mínimo Esperado fue simplificada para uso a nivel comunitario por un proyecto de USAID. (6)

El proceso luego fue extendido a otras comunidades, y coyunturalmente a otros países incluyendo El Salvador, Nicaragua, Guatemala y Panamá.

Los nuevos patrones de crecimiento de la OMS están basados en datos recogidos en el Estudio Multi-céntrico del Patrón de Crecimiento que se llevó a cabo entre 1997 y 2002 en seis países de distintas regiones del mundo (Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán y los EEUU). Este estudio, en el cual participaron diversas instituciones y organismos internacionales, recogió datos sobre crecimiento e información conexas de 8440 lactantes y niños pequeños saludables alimentados con leche materna. Además los niños del estudio vivían en condiciones favorables para alcanzar su potencial genético de crecimiento y las madres eran no fumadoras. (6)

Para determinar bien el proceso de vigilancia nutricional es fundamental tener claros algunos conceptos básicos de los mismos:

1. Vigilancia Nutricional: es la recolección, análisis, interpretación, entrega/difusión de información sobre el estado de nutrición de los individuos y de las poblaciones. En la vigilancia nutricional no solamente se toma en cuenta el crecimiento o composición corporal sino otras variables nutricionales clínicas, fisiológicas, bioquímicas, etc. Además de otras variables determinantes del estado nutricional.

La vigilancia nutricional se divide en dos ámbitos:

- a. Vigilancia Clínica: cuando la vigilancia nutricional se hace en base a los individuos.
- b. Vigilancia Epidemiológica: cuando la vigilancia nutricional se hace en base a las poblaciones.

Crecimiento: Es la evolución de las dimensiones corporales del niño o niña de acuerdo a su edad y está relacionada directamente con la nutrición, la morbilidad, el medio ambiente y la pobreza, Es una manifestación física de la adecuación/inadecuación del estado nutricional. Pueden generarse indicadores del estado nutricional y del crecimiento usando métodos antropométricos y comparándolos contra patrones ya sea de referencia o normativos.

Evaluación del Crecimiento: Es la observación e interpretación de la tendencia del peso y talla de cada individuo para identificar oportunamente eventuales desviaciones del ritmo normal del crecimiento para prevenir la malnutrición. Contesta la pregunta: “¿Está el niño o niña ganando peso y talla adecuadamente?”.

Estado Nutricional: es la situación biológica en que se encuentra un individuo como resultado de la ingesta de nutrientes y alimentación adecuada para sus condiciones fisiológicas y de salud. Se relaciona directamente con la salud, el desempeño físico, mental y productivo, con repercusiones importantes en todas las etapas de la vida, ya sea por desnutrición o por sobrepeso en las etapas tempranas de la vida.

Determinación del estado nutricional: Generalmente se utilizan mediciones de las dimensiones corporales (antropometría) en un momento dado y con las medidas obtenidas se construyen los índices de peso para edad (P/E), talla o longitud para edad (T/E) y peso para talla o longitud (P/T), aunque existen otras mediciones que pudieran utilizarse, tales como determinaciones en sangre u otras muestras biológicas, funcionales o físicas. La información obtenida por medios antropométricos en un momento dado para determinar la situación individual o poblacional, contesta la pregunta: “¿Tiene el niño o niña un peso y longitud o talla adecuados para su edad o un peso adecuado para su talla?”.

Las variables para construir los indicadores antropométricos en la vigilancia del crecimiento son: Peso, longitud o talla, edad, sexo y fecha de visita.

Edad: es un dato muy importante a la fecha de la visita del niño o niña y se debe calcular con precisión para evitar ser fuente de error en la evaluación nutricional y crecimiento del niño y niña. La edad con los NEC se registra como se menciona en el cuadro siguiente.

Peso, longitud y talla: son medidas antropométricas utilizadas para conocer el estado nutricional y crecimiento del niño o niña de acuerdo a su edad.

Índice Antropométrico: Es una construcción matemática que relaciona dos variables de naturaleza distinta. En la antropometría para fines de evaluación nutricional estas variables son: edad, sexo, longitud o talla y peso. Los índices antropométricos así contruidos son: Longitud o talla para la edad (T/E), peso para la edad (P/E) y peso para talla o longitud (P/L). Estos índices pueden ser utilizados como indicadores del estado nutricional cuando son interpretados usando las gráficas o tablas de patrones de crecimiento.

Interpretación de los índices antropométricos:

a. Longitud o Talla para la edad (L-T/E): - Refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla del niño/a según su edad en el momento de la evaluación. - Permite identificar niños/as con riesgo a tener baja longitud/talla, y casos muy excepcionales de talla demasiado alta. - La talla baja puede ser ocasionada por una exposición prolongada o permanente de aportes insuficientes de macro- y micronutrientes, enfermedades u otros factores de tipo social, económico o ambiental que limitan el crecimiento óptimo. - El índice de L-T/E es el indicador de desnutrición crónica.

b. Peso para la longitud o talla (P/L-T): - Refleja la armonía del crecimiento al asociar la ganancia de peso en concordancia con la ganancia de talla. - Permite identificar a niños que tienden a una ganancia exagerada o deficitaria de peso en relación a la talla; es decir, aquellos con tendencia a sobrepeso u obesidad, o con tendencia a delgadez o emaciación. - La tendencia dramática de reducción del peso para la talla, usualmente se da como resultado de un evento severo reciente, como una reducción drástica en la ingesta de alimentos, una enfermedad o

situaciones de emergencias. - Este indicador es especialmente útil en situaciones en que la edad de los niños es desconocida. - El índice P/L-T es el indicador de desnutrición aguda.

c. Peso para la edad (P/E): - Refleja el peso corporal en relación a la edad del niño/a en el momento de la evaluación. - Aunque no permite distinguir si las anomalías en el peso se deben a un problema crónico o a un problema agudo, sí pueden ser un signo de advertencia de que “algo” puede andar mal en la nutrición del niño o niña. - *No se debe utilizar para clasificar un niño o niña con sobrepeso, obesidad, delgadez o emaciación.* .

Patrones de Crecimiento del Menor de Cinco Años: Los patrones de crecimiento generalmente son presentados en gráficas o tablas que describen cómo evolucionan las dimensiones corporales del niño de acuerdo a la edad y el sexo. Para el caso particular de esta norma se usa la forma de presentación en gráficas.

- Gráficas de Crecimiento: son instrumentos para el registro de los datos de longitud-talla y peso, obtenidos en las mediciones antropométricas que nos permiten conocer:

El registro y graficación de los datos se realiza con un patrón de referencia definido para niños y niñas y según su edad. En estas normas el patrón de referencia son los nuevos estándares de crecimiento de la Organización Mundial de la Salud publicados en el abril 2006.

Vigilancia epidemiológica: Es la consolidación de la información tanto del estado nutricional como del crecimiento de los individuos, Se construyen indicadores epidemiológicos para la toma de decisiones gerenciales.

Vigilancia del crecimiento: El propósito de la vigilancia del crecimiento es el monitoreo periódico y sistemático del peso y de la talla de la niña y del niño menor de 5 años de manera integral a través del análisis de los indicadores de crecimiento, para intervenir las múltiples causas que ocasionan los problemas de crecimiento del niño o niña en el momento de la evaluación y prevenir problemas nutricionales. La consolidación de la información obtenida de los individuos atendidos en los servicios (vigilancia clínica) permite evaluar el estado y evolución

del crecimiento y problemas nutricionales presentes en las poblaciones atendidas (vigilancia epidemiológica).

La vigilancia del Crecimiento debe garantizar que el personal de salud:

1. Monitoree periódicamente el crecimiento y del estado nutricional en todo niño y niña.
2. Determine si existe algún problema nutricional y ofrecer manejo oportuno.

Las medidas antropométricas es el método más utilizado para la evaluación y el monitoreo del estado nutricional de los individuos, desde las etapas tempranas hasta la vejez. Las mediciones más utilizadas son el peso y la talla. Estas mediciones combinadas entre sí o con la edad forman los llamados indicadores del estado nutricional. (8)

El cuidado en la determinación del peso y la talla nos permite obtener medidas de alta calidad que aseguran un diagnóstico correcto. Además la antropometría constituye una de las bases principales para evaluar los beneficios que pueden producir las intervenciones nutricionales y el mejoramiento de los servicios de salud y de saneamiento del medio, por lo tanto es de suma importancia que la toma de estas medidas sean lo más exacto posible, siguiendo técnicas adecuadas. (8)

En tal sentido, es necesario que el personal responsable de la toma de estas medidas sea debidamente capacitado y en forma periódica para la obtención de datos confiables de alta calidad. (8)

Además dentro de la estrategia de AIN-C, no solo se enmarca en la vigilancia del crecimiento y desarrollo sino también en la vigilancia y cumplimiento de las recomendaciones para las prácticas de inmunización en la población infantil, las cuales se fundamentan en hechos científicos conocidos acerca de los principios de inmunología, características de los inmunobiológicos, epidemiología de las enfermedades y los criterios de salud pública.

El uso de los inmunobiológicos, implica una protección parcial o completa contra un agente infeccioso y el asumir riesgos que van desde reacciones leves hasta severas. La decisión de vacunar se debe sustentar en el análisis de la relación riesgo costo-beneficio. (7)

La aplicación de micronutrientes es fundamental para el adecuado desarrollo del niño en los grupos de AIN-C, se vigila el cumplimiento de los esquema de vitamina A, a partir de los 6 meses que se administran 100,000 U y a partir del año 200,000 unidades cada 6 meses hasta completar los 5 años, este se da como prevención de cáncer de ojo (7)

Loa Micronutrientes en Polvo (Chispita): Hierro fumarato ferroso micro-encapsulado 12.5 mg, Vitamina C 300 mg, Vitamina A 300 mcg, ácido fólico 160 mcg, sulfato de zinc 5 mg, gluconato de cobre, selenito de sodio, vitamina D3, yoduro de Potasio, Vitamina E, Vitamina B1 (Tiamina monhidrato), Vitamina B2 (Riboflavina), Vitamina B3 (Niacinamida), Vitamina B6 (Piridoxina clorhidrato) y vitamina B12 (Cianocobalina) esos micronutrientes se utilizan como suplemento para mejorar el estado nutricional de la niñez y su esquema se inicia a los 6 meses.

Es muy importante realizar exámenes de laboratorio de forma profiláctica a los niños y no solo indicarlos cuando se sospeche algún proceso patológico, ya que con la prevención precoz de anemia y parasitismo intestinal, se puede dar su tratamiento de forma oportuna y prevenir complicaciones.

Teniendo en cuenta algunas situaciones especiales desde el nacimiento RN a término. Producción de eritrocitos es extremadamente alta. Hipoxia relativa durante la vida intrauterina. Valores de Hematocrito (Hto.) y Hemoglobina (Hb) altos, tras el nacimiento se produce una disminución brusca de la producción. Los tejidos obtienen oxígeno más fácilmente. Valor más bajo 2-3 meses lo que se conoce como anemia fisiológica del lactante; a partir del 3 mes se reinicia la producción de eritrocitos (12).

El hemograma es un examen relativamente simple y en algunas situaciones nos ayuda en la evaluación diagnóstica. Este examen entrega datos sobre hematocrito (Hto), concentración de la hemoglobina (Hb), concentración de hemoglobina corpuscular media (CHCM), corpuscular medio (VCM), recuento de eritrocitos, leucocitos y plaquetas. (13)

Los valores Hto y Hb se relacionan al número y cantidad de Hb de los eritrocitos. Cuando estos valores están disminuidos en más de 2 DE respecto al promedio, según la edad se habla de anemia (13). (Ver anexo 5)

Es importante también conocer si hay procesos de parasitosis ya que esto puede dar lugar a que los niños no tenga un crecimiento y desarrollo adecuado , las parasitosis intestinales son infecciones son las comunes en los niños y son producidas por parásitos cuyo hábitat natural es el aparato digestivo del hombre, Podemos dividirlos en dos grandes grupos protozoarios y helmintos, la vía de infección más común es la digestiva y en algunos casos la cutánea, Entre los parásitos de mayor prevalencia se encuentran dentro de los protozoarios: *Giardia lamblia*, *Entamoebahistolytica* y *Cryptosporidium* y de los helmintos: oxiuros (*Enterobiusvermicularis*), *Áscarislumbricoides*, *Trichuristrichiura*, *Ancylostomaduodenale* y *Taeniasp.* (14)

Uno de los parasitosis más comunes en Honduras, geohelminCIAS o infecciones por nematodos transmitidos por contacto con el suelo son las más ligadas al ambiente y al desarrollo sostenible de las comunidades, y además se asocian a casos de anemias en niños.(15)

VII. DISEÑO METOLÒGICO

a) Tipo de estudio

Descriptivo, de corte transversal

b) Área de estudio

El estudio se realizó en Honduras en el municipio de Curaren, zona sur del departamento de Francisco Morazán.

c) Universo

El universo del estudio lo constituyeron, todos los (as) niños(as) beneficiados en la estrategia de AIN-C (200) del Municipio de Curaren, durante el mes de febrero del año 2016

d) Muestra

Del total de niños de la estrategia se tomó una muestra calculada por el programa StatCalc de Epi-Info, basados en un universo de 200 niños da una muestra de 134 infantes a evaluar con los índices antropométricos.

La muestra para los análisis de hemograma y heces fecales, fueron los exámenes que se lograron tomar hemoglobina 73 y 56 para examen general de heces fecales, ya que por las características de los niños no se logró tomar la muestra para realizar los hemogramas y no todas las madres pudieron recolectar la muestra de heces fecales, por ese razón solo se trabajó con 73 muestras de hemograma y 53 muestras de heces fecales; ya que solo esas muestras se lograron recolectar y en base a ellas se realizó el análisis .

e) Unidad de Análisis

Fueron los niños beneficiarios de la estrategia a través de la toma de sus medidas antropométricas, la toma de muestras para hemograma y heces fecales, además los libros de seguimiento de AIN-C.

f) Criterios de Selección :

Criterios de Inclusión:

- Niñez <2 años que pertenezca o resida en el área sur de Francisco Morazán, Municipio de Curaren.
- Niñez beneficiada con la estrategia de AIN-C.
- Niñez con autorización materna para formar parte del estudio

Criterios de Exclusión

- Niñez <2 años que no pertenezca o resida en el área sur de Francisco Morazán, Municipio de Curaren.
- Niñez de madres que no acepten formar parte del estudio.

g) Variables del Estudio

Para el Objetivo 1:

Identificar las características socio-demográficas de la niñez menor de 2 años beneficiarios de la estrategia de AIN-C.

- Edad
- Sexo
- Procedencia

Para el objetivo 2:

Conocer el estado nutricional de la niñez menor de 2 años beneficiarios de la estrategia de AIN-C.

- Peso
- Talla
- Clasificación de acuerdo Peso para la talla(aguda)
- Clasificación de acuerdo Talla para la edad(crónica)
- Clasificación de acuerdo a Peso para la edad(global)

Para el objetivo 3:

Identificar el cumplimiento de las actividades programáticas de la estrategia de atención integral a la niñez en los menores de 2 años.

- Esquema de vacunación
- Administración de micronutrientes
- Detección oportuna de anemia
- Identificación de parasitismo intestinal

Para el objetivo 4

Determinar el patrón alimentario en la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C

- Lactancia materna exclusiva
- Edad de inicio de ablactación
- Número de comidas por día
- Tipos de alimentación

h) Fuente de Información

La fuente de información primaria, ya que se recolectó a través de las tomas de peso, talla, resultado de examen coproparasitológico y hemograma; en la visita del mes de febrero 2016 de la estrategia de AIN-C.

i) Técnica de Recolección de Información

La técnica utilizada consistió en la toma de peso, talla y resultado de examen coproparasitológico y hemograma los cuales se realizaron en la visita del mes de febrero, a los niños(as) de la estrategia AIN-C, la recolección de la información, se llevó a cabo con el apoyo del personal de enfermería, promotores, técnico de laboratorio y monitoras de la estrategia.

j) Instrumento de recolección de Información

El Instrumento de recolección de la información lo constituyó una ficha (ver anexos), previamente elaborada, en la que se reflejan los datos de interés del estudio:

La ficha consta de los siguientes datos:

- I.-Características socio-demográficas
- II. Clasificación nutricional
- III. Elementos de las actividades programáticas
- IV. Patrón alimentario

k) Procesamiento de la Información

Para el procesamiento de datos se utilizó una base de datos que fue elaborada en el programa de Excel y se analizó en el programa EpiInfo 7, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes.

Los resultados y las tablas de salida para las diferentes variables, así como el cruce necesario de las mismas fueron analizados por la investigadora para proceder a la elaboración del informe final

l) Consideraciones Éticas

La información será utilizada para efecto del estudio, pero a la vez se brindó atención básica en salud, realizándoles exámenes de laboratorio, y seguimiento, a quienes resultaron con exámenes patológicos. Todo ésta atención apegada a normas y procedimientos.

Como el estudio se basa niños se cuenta con la autorización de la madre para incluir a los niños en el estudio, la cual se obtuvo de forma verbal.

Se obtuvo autorización para la realización de este estudio por partes de las autoridades correspondientes de la región departamental Sanitaria de Francisco Morazán y del Proyecto Descentralizado ChildFund Honduras.

Trabajo de Campo

Para realizar el presente estudio, se solicitó permiso al Jefe Regional de Departamental Sanitaria de Francisco Morazán y al Gerente general del Proyecto descentralizado.

La recolección de la información y de las muestras de exámenes de laboratorio se realizó en horario matutino, de 8:00 a.m. a 12:00 m en las visitas de AIN-C, a las comunidades de Arenales, Malagua, Mandasta y Emituca.

VIII. RESULTADOS Y ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

RESULTADOS

A continuación se detallan los resultados y análisis de los resultados por objetivos

Para el objetivo 1: Identificar las características socio-demográficas de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C.

Tabla # 1 Características socio-demográficas de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren.

<i>Datos Socio Demográficos</i>		frecuencia	Porcentaje	% Acumulado
Sexo	Hombre	60	45%	45%
	Mujer	74	55%	100%
<hr/>				
Edad	0 a 6 meses	24	18%	18%
	7 a 12 meses	44	33%	51%
	13 a 18 meses	39	29%	80%
	19 a 24 meses	27	20%	100%
<hr/>				
Procedencia	Malagua	30	22%	22%
	Emituca	61	46%	68%
	Arenales	27	20%	88%
	Mandasta	16	12%	100%

Fuente: base de datos del estudio.

En relación a las características socio-demográficas los resultados fueron los siguientes: Sexo de un total de 134 niños 74 mujeres (55%) y 60 hombres (45%); edad se distribuyeron en 4 grupos de edades; 0 a 6 meses 24 (18%), de 7 meses a 12 meses 44 (33%), 13 a 18 meses 39 (29%) y 19 a 24 meses 27 (20%), los niños son de 4 comunidades del municipio Malagua 30 niños (22%), Emituca 61 niños(46%), Arenales 27 niño(20%) y Mandasta 16 niños (12%), todas las aldeas pertenecen al área rural. (Ver anexos y gráficos 1.1 al 1.3).

Se observa una diferencia de 10% en relación al **sexo** de la niñez estudiada, ya que del total de 134 niños, 74 mujeres (55%) y 60 hombres (45%). Por lo general predomina más la población femenina que la masculina, en éste caso fue diferente el comportamiento. Para la **edad**, se distribuyeron en 4 grupos de edades con intervalo de 6 meses cada uno: de 0 a 6 meses, tenemos un 18%, es el rango donde menos población hay; en el rango de edad de 7 meses a 12 meses, es donde hay más niños, 44 (33%); en el rango de 13 a 18 meses, 39 (29%); y en el rango de 19 a 24 meses, 27 (20%).

Los niños son de 4 **comunidades del municipio** de Curaren, la mayor concentración de niños está en Emituca con 61(46%), que es una de las aldeas más grandes del municipio. En resto de las aldeas, Malagua 30 niños (22%), Arenales 27 niño (20%) y Mandasta 16 niños (12%). (Ver anexos gráficos 1.1 al 1.3)

Para el objetivo 2: Conocer el estado nutricional de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C.

Tabla # 2.1

Clasificación en base al índice antropométrico P-L/T, de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No	Índice P-L/T	# de niños	%
1	Emaciado	3	2
2	Normal	121	90
3	Sobrepeso	10	8
	Total	134	100

Fuente base de datos del estudio.

En base a la valoración nutricional los datos de este estudio son: Índice antropométrico P/L-T: Emaciados 3 niños (2%), con sobrepeso 10(8%) y normal 121 niños (90%).

En base a la valoración nutricional los datos de este estudio son: Al medir el índice antropométrico de P/L-T que evalúa el estado nutricional en base a un proceso agudo, los resultados son los siguientes: un 90% de la niñez estudiada está dentro de los límites normales de acuerdo a las gráficas de vigilancia nutricional; un 8% de los niños estaban con sobre peso; y un 2% de los niños

emaciados; no se encontraron niños con obesidad, ni tampoco severamente emaciados. Cuando aplicamos ésta medición, se observa que en base a la literatura consultada, la clasificación identifica o ubica si el niño tiene un crecimiento armónico basado en la concordancia con el peso y la talla; y si hay un aumento o descenso brusco, lo relaciona con un proceso patológico severo.

Tabla # 2.2

Clasificación en base al índice antropométrico L-T/E, de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No.	Clasificación en base a índice L-T/E	# de niños	%
1	Normal	109	81
2	Baja Talla	17	13
3	Baja talla severa	6	4.5
4	Muy alto	2	1.5
	Total	134	100

Fuente: base de datos del estudio.

En relación al índice antropométrico L-T/E: Normal 109(81%), baja talla 17(13%), baja talla severa 6 (4.5%) y muy alto 2 (1.5%).

En base a la clasificación de la de acuerdo al índice antropométrico de L-T /E que se basa en la talla que debe tener un niño para su edad. Observamos lo siguiente: dentro del rango de Normal, 109 (81%); baja talla, 17 (13%); baja talla severa, 6 (4.5%); muy alto 2 (1.5%). Cuando evaluamos este índice se debe recordar que se basa en la identificación de la talla o longitud que debe tener el infante en base a su edad, este índice se asocia a procesos patológicos crónicos o déficit de macro y micronutrientes.

En ésta medición, se identificaron con más frecuencia procesos de baja talla en niñas (10) y en niños (7); en relación a la baja talla severa y el sexo de los 6 infantes en esta condición se identificaron 4 niños y 2 niñas.

Tabla # 2.3

Clasificación en base al índice antropométrico P/E, de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No.	Clasificación en base índice P/E	# de Niños	%
1	Crecimiento adecuado	128	96
2	Crecimiento inadecuado	6	4
	Total	134	100

Fuente: base de datos del estudio.

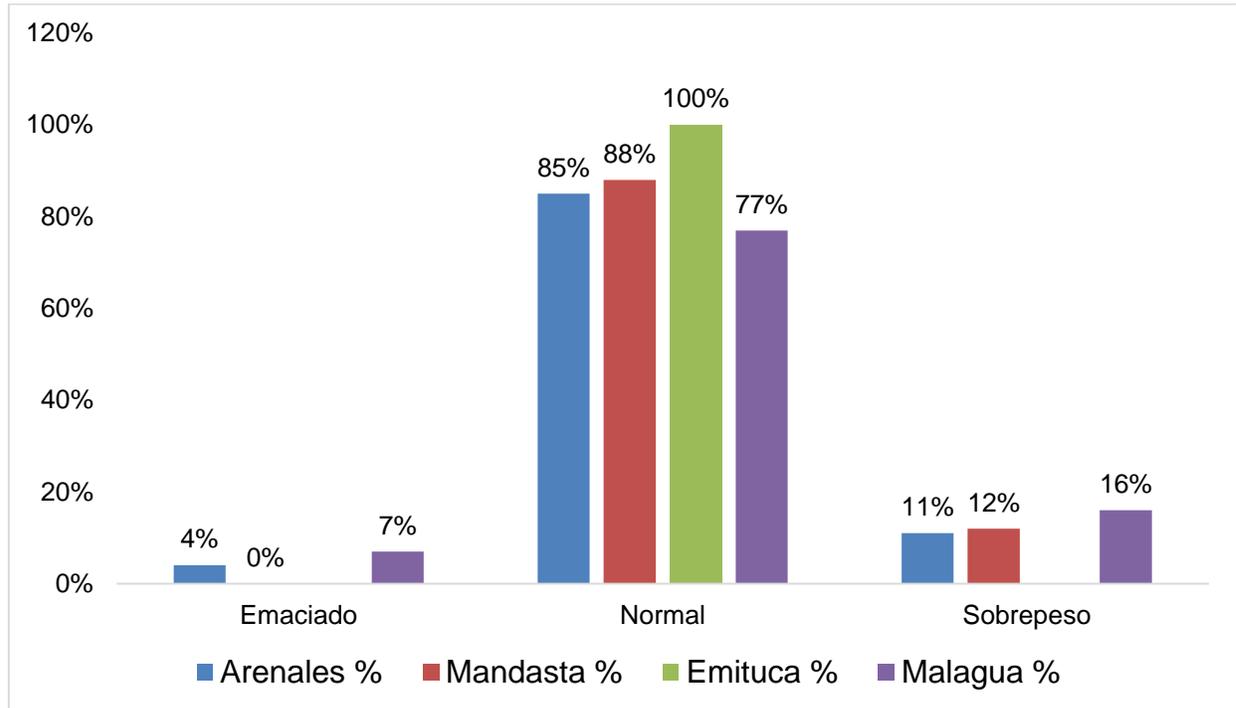
En el índice antropométrico P/E, resultó una niñez con un crecimiento adecuado 128(96%), y el otro grupo de 6(4%), resultó con crecimiento inadecuado.

De esta niñez estudiada, 4 son de Malagua, 1 de Arenales y 1 de Mandasta, resultando la distribución pro sexo de 1 niño y 5 niñas. Estos resultados son similares a los de otros estudios que reflejan, que cuando se realiza la evaluación global, los niños salen mejor evaluados que cuando se realiza la clasificación aguda y crónica. Este índice solo refleja el peso del niño al momento de la evaluación, se puede usar como un signo de advertencia, pero no se puede utilizar para clasificar un niño con obesidad, sobrepeso o emaciado.

Si esta población de niñez se enmarca en el índice antropométrico P/L-T, que se basa en el peso para la talla, encontramos a un 90% de los niños en límites normales; en base al Índice antropométrico L-T/E, encontramos normal en un 81%. Actualmente en Honduras las normas de vigilancia nutricional se hace en base a los índices de L-T/E y P/L-T. Por lo que el análisis de ambas gráficas y el uso de índice de P/E, se deja solo para las monitoras de la estrategia de AIN-C.

Grafico 2.1

Clasificación de acuerdo a índice P/L-T distribuido por aldeas



Fuente Tabla # 2.4

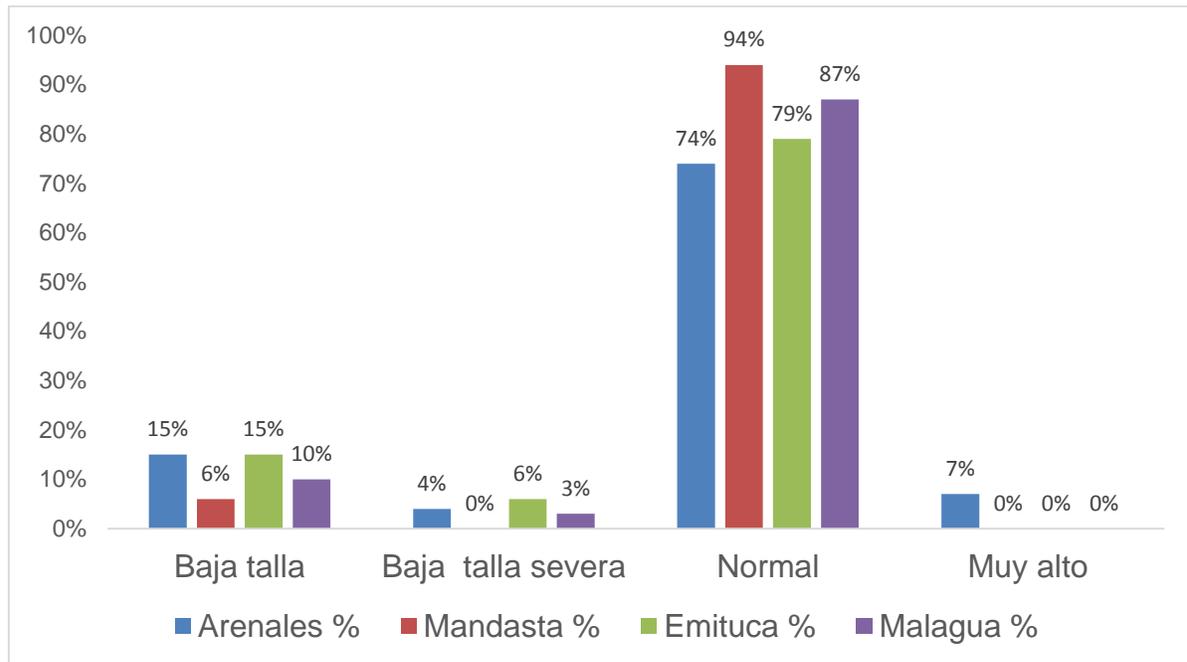
De los 3 niños emaciados, 2(7%) son de Malagua y 1(4%) de Arenales; de los 10 niños con sobrepeso, 5(16%) son de Malagua, 2(11%) de Mandasta y 3(16%) de Arenales; en relación al sexo, 2 eran mujeres y 8 hombres.

Todas las comunidades se encuentran en el corredor seco, las cuales han presentado fuertes sequías, lo que conlleva a dañar gran parte de las cosechas en el año 2015.

Solo en las comunidades de Arenales y Malagua se encuentran niños emaciados, pero también encontramos niños con sobrepeso en ambas comunidades, en la comunidad de Emituca en base a este índice todos los niños están con crecimiento normal de acuerdo al peso para la talla longitud, en la aldea de Malagua se observa el porcentaje más alto en niños emaciados con un 7% y niños con sobrepeso en un 16% y de acuerdo a esto niños con crecimiento normal un 77%.(Ver anexos tabla 2.4)

Grafico 2.2

Clasificación de acuerdo a índice L-T/E, distribuido por aldeas



Fuente Tabla # 2.5

De los 17 niños con baja talla: su procedencia es, 1(4%)de Mandasta, 3 de Malagua, 4 de Arenales y 9 de la Aldea de Emituca; por sexo, 10 niñas y 7 niños; de baja talla severa, 6 (4.5%), 2 niñas y 4 niños; por su distribución en aldeas, 1 de Malagua, 1 de Arenales y 4 de Emituca; los clasificados como muy alto, 2 (1.5%), son niños de Arenales. (Ver anexos tabla 2.5)

Entre baja talla y baja talla severa, tenemos un total de 23 niños(as) lo que representan un 17% del total de la muestra que fue de 134 niños. Emituca tiene 13 niños, de los cuales 4 están en baja talla severa y 9 en baja talla, para un total de 13, lo que representa un total de la muestra del 10%. Respecto a los niños de la aldea, un 7% fue clasificado con baja talla severa y un 15% con baja talla.

Para el objetivo 3: Identificar el cumplimiento de las actividades programáticas de la estrategia de atención integral a la niñez en los menores de 2 años.

Tabla # 3.1

Resultados de examen de Hemoglobina de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No.	Valores de Hemoglobina (Hb)	# de Niños	%
1	8 g/dl	0	0
2	9 g/dl	1	1.4
3	10 g/dl	2	3
4	11 g/dl	22	30.1
5	12 g/dl	44	60
6	13 g/dl	4	5.5
	Total	73	100

Fuente base de datos del estudio.

Para la detección temprana de anemia, se realizó el examen de hemoglobina a un total de 73 niños, resultando lo siguiente: con 9 g/dl, 1 niño(a) (1.4%); con 10 g/dl, 2 niños(as) (3%); con 11g/dl, 22 niños(as) (30,1%); con 12 g/dl, 44 (60%); y con 13g/dl, 4 (5,5 %).

En base a esos resultados se observa que solo 3 niños tienen anemia lo que representa un total de 4%, de la muestra de 73 ; ya que el 96% esta ente 11 y 13 g/dl de Hemoglobina, que de acuerdo a la literatura revisada es el valor normal de referencia para esa edad; entre 11 a 15 g/dl de Hemoglobina, valor de referencia para la Secretaria de Salud de Honduras; en el Instituto Hondureño de Seguridad Social(I.H.S.S) valor de referencia de hemoglobina es de 12.5 g/dl DE +- 2 (11 a 14 g/dl) y para la UNAH valores de referencia de 0 a 6 meses de 14 a 24 g/dl, de 6 meses a 5 años 11 a 16 g/dl, menor a este valor se considera anemia y mayor al rango de referencia se considera Policitemia vera o primaria.(Ver anexo 5)

Los 3 casos identificados con Anemia son: Una niña de 18 meses 9.3 g/dl de la comunidad de Mandasta, Niña con 10 g/dl de 10 meses de Emituca y niño de 16 meses de Mandasta. En las normas de atención a la niñez menor de 5 años en Honduras, a partir de los 6 meses se inicia con el esquema de administración de micronutrientes en polvo que contienen sulfato ferroso y de acuerdo a las edades de los (as) niños(as) , todos están suplementados. A estos infantes se les debe

de realizar un frotis de sangre periférica y de esta forma determinar la causa de la anemia.

Tabla # 3.2

Resultados de examen de Hemoglobina de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No.	Resultado de examen de heces fecales	# de Exámenes	%
1	<i>Áscarislumbricoides</i> (Huevos)	1	2
2	<i>Blastocystishominis</i> (Quistes)	2	3.5
3	<i>Endolimax nana</i> (Quistes)	3	5
4	<i>Giardiaintestinalis</i> (Quistes)	1	2
5	<i>Iodamoebabutschlii</i> (Quistes)	1	2
6	<i>Entamoebacoli</i> (Quistes)	2	3.5
7	No se observan parásitos	46	82
	Total	56	100

Fuente: base de datos del estudio

Se realizaron 56 exámenes de los cuales EN 46 (82%) no se observaron parásitos; En las muestras positivas se encontraron: *Áscaris lumbricoides* (Huevos) 1(2%) ,*Blastocystis hominis*(Quistes) 2(3.5%), *Endolimax nana*(Quistes) 3(5%), *Giardia intestinalis*(Quistes) 1(2%), *Iodamoeba butschlii* (Quistes) 1(2%), Y *Entamoeba coli*(Quistes) 2(3.75%); lo ideal sería que no hubiera parásitos en los niños.

En la comunidad de Arenales; las muestras positivas con *Endolimax nana* y *Entamoeba coli*; en Emituca las muestras positivas evidenciaron *Blastocystis hominis*, *Áscaris lumbricoides*, *Giardia intestinalis*, *Iodamoeba Butschlii*; y en Malagua, *Blastocystis hominis*, *Entamoeba coli*.

Dentro de los parásitos más comunes en la niñez está el *Áscaris lumbricoides*, se esperaría un número mayor de resultados positivos para este, tampoco se

encontraron muestras positivas para uncinarias que están asociadas a cuadros anémicos.

De los 6 parásitos encontrados 4 de ellos son de protozoarios de patogenicidad discutida (*Endolimax nana*, *Entamoeba coli*, *Iodamoeba butschlii* y *Blastocystis hominis*) su presencia nos habla de contaminación fecal ambiental, pero además se asocia su patogenicidad a patología digestiva previa y asociación con otros patógenos intestinales.

En el cumplimiento de las actividades programáticas de la estrategia evaluadas, específicamente las relacionadas con el esquema de vacunación, no hubo niñez con dosis pendientes, todos tienen el esquema completo de acuerdo a su edad. Todos los meses en la visita mensual se revisan los listados de vacuna y de esta forma se pueden identificar los niños pendientes de vacunar.

Con la vitamina A se evaluó el cumplimiento del esquema en 110 niños y niñas en el rango de los 6 a 24 meses, encontrándose que tienen administradas las dosis de acuerdo a su edad, aquí solo se evaluaron los mayores de 6 meses porque a esa edad es que comienza el esquema de Vitamina A, la cual se da una dosis de 100,000U a los 6 meses y a partir del año 200,000U cada 6 meses.

La administración de micronutrientes en polvo (Chispita) se midió en 110 niños ya que este esquema comienza a los 6 meses, encontrándose que todos los niños estaban suplementados. Con estos resultados, podemos decir que se cumple en un 100% con la administración de estos micronutrientes, y eso es lo esperado cuando en las comunidades se está desarrollando la estrategia de AIN-C.

Para el objetivo 4: Determinar el patrón alimentario de la niñez menor de 2 años integrado a la estrategia de AIN-C

Tabla # 4.1

Lactancia materna exclusiva de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No.	Lactancia materna exclusiva	# de Niños	%
1	SI	112	84
2	NO	22	16
	Total	134	100

Fuente: base de datos del estudio

De los 134 niños del estudio recibieron lactancia materna exclusiva, 112 (84%) si recibieron lactancia materna exclusiva y 22(16%) no la recibieron.

Los establecimientos de la zona comienzan la consejería a las madres desde la etapa prenatal, para garantizar que todos los niños reciban durante 6 meses lactancia materna exclusiva por todos los beneficios que se obtienen en los niños al recibirla, lo ideal sería que el 100% de los infantes la recibieran pero se observa que un 16%, no la recibió.

Tabla # 4.2

Edad de inicio de la ablactación en la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No.	Edad de inicio de ablactación	# de Niños	%
1	3 meses	4	3
2	4 meses	11	8
3	5 meses	7	5
4	6 meses	109	81
5	7 meses	2	1.5
6	8 meses	1	1
	Total	134	100

Fuente: base de datos del estudio

Inicio de ablactación a los 3 meses 4 (3%), 4 meses 11 (8%), 5 meses 7 (5%), 6 meses 109 (81%), 7 meses 2 (1.5%) y 8 meses 1 (1%).

Se observa que 22 (16%) niños iniciaron su ablactación de forma precoz y un total 109 (81%), comenzaron su proceso de ablactación a los 6 meses, que es lo ideal y solo 3(3%) niños lo comenzaron después de los 6 meses. En su mayoría iniciaron este proceso con verduras cocidas, sopa de frijoles, sopa con papaste y papa, tortilla y arroz.

Actualmente la dieta está basada en la disponibilidad de alimentos en el seno familiar (tortilla, arroz, frijoles, algunas hortalizas, frutas de la zona y en algunas ocasiones pollo y carne).

Tabla # 4.3

Numero de comidas por día; de la niñez menor de 2 años beneficiaria de la estrategia de AIN-C del municipio de Curaren

No.	# de comidas por día	# de niños	%
1	3 comidas	42	31
2	4 comidas	29	22
3	5 comidas	52	39
4	6 comidas	11	8
	Total	134	100

Fuente base de datos del estudio

En relación al número de comidas por día: 3 comidas 42(31%), 4 comidas 29(22%), 5 comidas 52(39%) y 6 comidas 11(8%).

La niñez menor de un (1) año, en su mayoría reciben 3 comidas fuertes y 2 meriendas por día, para un total de 5 comidas; pero en la niñez, mayor de un (1) año, reciben solo 3 comidas por día. Si consideramos que en la mayoría de los esquemas de alimentación, en el período de la ablactación, se recomiendan de 5 a 6 comidas por día, los mayores de un (1) año están por debajo de lo recomendado,

Respecto a esta situación de los números de comidas en los mayores de un (1) año, podemos decir lo siguiente: en esta edad las niñas y los niños pasan por una etapa de anorexia fisiológica y no demandan alimentación como los menores de 1

año ya que es el período en que inician a tener diferenciación de las comidas, algunas las empiezan a rechazar y otras a ser sus preferidas. En cambio, con los menores de un (1) año, la madre está más pendiente de su alimentación, pero en la medida que las niñas y los niños van aumentando en edad, se van adecuando a la dinámica de la familia de manera general por lo que se brinda u oferta tres (3) tiempos de comida al día, esto implica no recibir las meriendas.

IX. CONCLUSIONES

1).Las principales características socio-demográficas de la población en estudio son; población femenina, en base a la edad de 6 a 18 meses, procedente de 4 aldeas del Municipio de “Curaren”. La aldea con más niños evaluados fue “Emituca”.

2).Se realizó la medición de los índices antropométricos de P/E, L-T/E y P/L-T , al analizar los resultados de los 3 índices se observa que la mayoría de los infantes evaluados se encuentran dentro de los límites de referencia normal de acuerdo a las gráficas y con crecimiento adecuado; siendo el índice de P/E en donde salen mejor evaluados y Índice de L-T/E donde se observan más niños con problemas de crecimiento como ser baja talla y baja talla severa para su edad el proceso de vigilancia nutricional es un proceso dinámico que depende de varios factores para un correcto análisis del mismo ; en Honduras esta evaluación se hace en base a los índices de P/L-T y L-T/E , haciendo un análisis de ambas gráficas y el uso del Índice de P/E , queda para las monitoras de la estrategia de AIN-C.

3).Las actividades programáticas de la estrategia se cumplen adecuadamente todos los niños del estudio tienen su esquema de vacunación completo de acuerdo a la edad, y a partir de los seis meses, todos los niños están suplementados con vitamina A(100,000 U a los 6 meses y 200,000 U a partir del año),Micronutrientes en polvo, y en relación a la detección oportuna de anemia y parasitismo intestinal la mayoría de los niños están sin parásitos, en algunos de los exámenes se identificaron parásitos que son de patogenicidad discutida y se relacionan con contaminación fecal oral ; en relación a los niveles de hemoglobina en la mayoría de los niños se encuentran en límites normales, para su edad en base a varios valores de referencia de biometría hemática del país.

4).En su mayoría los niños del estudio recibieron lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses y posteriormente iniciaron su proceso de ablactación con los alimentos disponibles en las comunidades, actualmente los niños menores de 1 años reciben cinco comidas por día 3 comidas fuertes y los mayores de un año solo reciben tres comidas por día.

X. RECOMENDACIONES

1. A las Autoridades del Ministerio de Salud de Honduras (SESAL):

- a) Realizar estudios de caracterización de la niñez en la estrategia de AIN-C en los departamentos que están priorizados con las mismas.
- b) Implementación de la estrategia de AIN-C, en los departamentos que no son priorizados en vigilancia nutricional.

2. A las Autoridades de la Región Sanitaria de Francisco Morazán:

- a) Fortalecer los grupos de AIN-C, en los municipios priorizados, para poder así dar el seguimiento adecuado a la niñez menor de 2 años.
- b) Implementación de la estrategia en los municipios donde se encuentran bajas coberturas de vacunación y se encuentren niños con problemas de nutrición.

3. A las Autoridades del Proyecto Descentralizado ChildFund Honduras :

- a) Realizar el estudio de caracterización de la niñez en los otros municipios del Proyecto descentralizado ChildFund Honduras.
- b) Realizar seguimiento de los niños que presentaron análisis de laboratorio con resultados patológicos.
- c) Análisis en la Aldea de Emituca sobre la desnutrición crónica ya que se encontraron varios niños (as) con baja talla y baja talla severa.
- d) Socializar el resultado de este estudio con el personal técnico de la institución
- e) Mantener el funcionamiento de la estrategia de AIN-C, ya que este es un proceso de vigilancia nutricional, que ayuda a llevar un adecuado control no solo del crecimiento y desarrollo del niño sino también del proceso de vacunación
- f) Identificar aldeas de riesgo por datos de desnutrición en los menores de 2 años y extender la estrategia de AIN-C.

XI. BIBLIOGRAFÍA

1. Cecilia Martínez Costa, Consuelo Pedrón Giner, Protocolo de la Academia Española de Pediatría sobre Valoración del estado nutricional, Hospital Clínico. Universidad de Valencia, Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf

2. Aurora Lázaro Almarza¹, Benjamín Martín Martínez² ¹Hospital Clínico de Zaragoza, Protocolo de la Academia Española de Pediatría sobre Alimentación del lactante sano; Hospital de Tarrasa.

<https://www.gastroinf.es/sites/default/files/files/Protocolos%20SEGHNP.pdf>

3. Luis A. Moreno Aznar¹, Margarita Alonso Franch Protocolo de la Academia Española de Pediatría sobre Obesidad, Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza, Universidad de Valladolid

http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/manual_nutricion.pdf

4. Silvia Martínez, Vigilancia de la nutrición y crecimiento infantil. Conceptualización y alteraciones de la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños.

<http://www.monografias.com/trabajos26/vigilancia-nutricion/vigilancia-nutricion.shtml>

5. Mónica Milena Sandoval Torres Nutricionista Dietista Especialista En Epidemiología, Protocolo De Vigilancia Alimentaria Y Nutricional Por Ciclo Vital Para El Departamento De Cundinamarca Secretaria De Salud De Cundinamarca Dirección De Salud Pública Prioridad Nutrición 2013.

<http://www.cundinamarca.gov.co/wps/wcm/connect/183d21f1-4519-4e6d-a934-8443b95ac81a/4.3+Protocolo+SISVAN+2013.pdf?MOD=AJPERES&Protocolo%20SISVAN%202013>

6. Dra. Rita Dinora Lizano, Pediatra del Hospital Roberto Suazo Córdova, Dr. Carlos Villalobos, Médico Salubrista, Dr. Guillermo Villatoro, Endocrinólogo

Pediatra del Hospital Materno Infantil Dra. Levi Espinoza, Endocrinólogo Pediatra del Hospital Materno Infantil, Normas para la Vigilancia Nutricional de los Niños y Niñas Menores de 5 años de edad Honduras C.A. 2012

7. Normas y procedimientos del Programa ampliado de inmunizaciones (PAI) en Honduras 2011.

[http://www.bvs.hn/Honduras/salud/normas.y.procedimientos.del.programa.ampliado.de.inmunizaciones.\(pai\).de.honduras.pdf](http://www.bvs.hn/Honduras/salud/normas.y.procedimientos.del.programa.ampliado.de.inmunizaciones.(pai).de.honduras.pdf)

8. Secretaria De Salud Departamento De Salud Integral A La Familia Programa De Atención Integral A La Niñez; Manual De Procedimientos Para La Toma De Medidas Antropométricas, Honduras C. A. Marzo 2010.

<http://www.bvs.hn/Honduras/SAN/NormaWeb/Anexo%201%20Manual%20de%20Procedimientos%20Medidas%20Antropometrias.pdf>

9. Eyke Astrid de Belaustegui, Azucena del Carmen Casse, Ramón Antonio Mendieta, Dra. Claudia Alejandra Cáceres Saglio, EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 2 A 6 AÑOS, EN LA LOCALIDAD DE SAN ROQUE, CORRIENTES, Hospital "San Roque", Septiembre-Octubre de 2007.

http://med.unne.edu.ar/revista/revista183/2_183.pdf

10. Lic. Tesla Gutiérrez, Técnica del proyecto de Nutrición y Protección Social; Sistematización de la experiencia de la estrategia de atención integral a la niñez en la comunidades AIN-C, con proveedores descentralizados, mayo 2013.

11. Lic. Tesla Gutiérrez, Técnica del proyecto de Nutrición y Protección Social Sistematización del desarrollo de la estrategia de Atención Integral a la Niñez en la Comunidad con el Componente de Estimulación Temprana (AINET), marzo 2013.

12. Juan Ramis Borque, Interpretación Del Hemograma Pediátrico; Servicio De Pediatría. Hospital Del Mar Noviembre 2013.

http://www.parcdesalutmar.cat/mar/interpretacion%20hemograma_2013.pdf

13. Dra. Ana Becker, Manual de Pediatría para alumnos de pregrado de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Interpretación Del Hemograma.

[file:///C:/Users/PC/Downloads/manual%20pediatrico%202003%20\(pediatría,nurseria,medicina\)%20by%20odiseo66@hotmail%20com.pdf](file:///C:/Users/PC/Downloads/manual%20pediatrico%202003%20(pediatría,nurseria,medicina)%20by%20odiseo66@hotmail%20com.pdf)

14. Dra. Madeline Espinosa Morales, C. Mercedes Alazales Javiqué, Dra. Ada Margarita García Socarrás, Revista Cubana de Medicina General Integral. 2011; Parasitosis intestinal, su relación con factores ambientales en niños del sector "Altos de Milagro, Maracaibo

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252011000300010

15. Rina Girard de Kaminsky, M.Sc., Profesor Titular V, Manual de parasitología; Técnicas para Laboratorios de Atención Primaria de Salud y para el Diagnóstico de las Enfermedades Infecciosas Desatendidas, Departamento de Pediatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

<http://www.bvs.hn/Honduras/Parasitologia/ManualParasitologia/pdf/ManualParasitologia3.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1 Operacionalización de las variables

ANEXO 2 Tablas de Resultados

ANEXO 3 Graficas de Resultados

ANEXO 4 Gráficas para medición

ANEXO 5 Tablas con valores de referencia de biometría hemática

ANEXO 6 Instrumento de recolección de Información

ANEXO 7 Constancia de autorización para realización del estudio

ANEXO 8 Esquema de ablactación

ANEXO 9 Tarjeta de vacuna y esquema de vacunación

ANEXO 10 Fotografías

Anexo 1

Operacionalización de las Variables

Objetivo No. 1

Identificar las características socio-demográficas de las familias de laníñez menor de 2 años integrados al programa de AIN-C.

No.	Variable	Indicadores	Definición operacional	Valor o categoría	Escala de medición
1	Sexo	% por sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre	Hombre / mujer	Nominal dicotómica
2	Edad	% por grupo de edad	Edad en meses cumplidos	0 meses a 6 meses 7 meses a 12 meses 13 meses a 18 meses 19 meses a 24 meses	Numérica Continuas
3	Procedencia	% por procedencia	Lugar de donde procedencia del menor.	Aldea Caseríos Barrios Colonias	Nominal Policotómica

Objetivo No. 2

Valorar el estado nutricional de la niñez menor de 2 años integrados a la estrategia de AIN-C.

No	VARIABLES	Indicadores	Definición Operacional	Valor o categoría	Escala de medición
1	Peso	% de peso	Medición Peso en Kg	Peso en Kg.	Numérico Continuas
2	Talla	% de talla	Medición de talla en cms,	Talla en cms.	Numérica continua
3	Clasificación de acuerdo a índice antropométrico peso para la talla (agudo)	% de niños en la clasificación índice P/L-T	Clasificación de acuerdo a norma de vigilancia nutricional	*Obesidad *sobrepeso *normal *emaciado *severamente emaciado	Nominal Policotómica
4	Clasificación de acuerdo a índice antropométrico talla para la edad (crónico)	% de niños en la clasificación índice T-L/E	Clasificación de acuerdo a norma de vigilancia nutricional	*Muy alto *Normal *Baja talla *Baja talla severa	Nominal Policotómica
5	Clasificación de acuerdo a índice antropométrico peso para la edad(global)	% de niños en clasificación en P/E	Clasificación en base a peso para la edad	Crecimiento Adecuado Crecimiento Inadecuado	Nominal dicotómica

Objetivo No. 3

Identificar el cumplimiento de las actividades programáticas de la estrategia de atención integral a la niñez en los menores de 2 años.

	VARIABLES	INDICADORES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALOR O CATEGORÍA	ESCALA DE MEDICIÓN
1	Esquema de vacunación	% de niños con esquema completo	Niños con esquema de vacunación completo para su edad.	Esquema Completo Incompleto	Nominal Dicotómica
2	Administración de micronutrientes	% de niños que sea les está administrando micronutrientes	Tipo de micronutrientes administrado	-Vitamina A -Chispita -Sulfato ferroso	Nominal Policotómica
3	Detección oportuna de anemia	% de niños con anemia	Diagnóstico de anemia de acuerdo a examen de hemoglobina	Valor de Hb < 8 g/dl 8-10 g/dl 11-12 g/dl	Numérica Continuas
4	Identificación de parasitismo intestinal	% de niños con parasitismo intestinal	Tipo de parasito identificado en examen de heces fecales	-Ninguno -Amebas -Giardias -Oxiuros -Trichuris t.- Áscaris l.	Nominal Policotómica

Objetivo No. 4

Determinar el patrón alimentario de la niñez menor de 2 años integrado a la estrategia de AIN-C.

	Variables	Indicadores	Definición Operacional	Valor o categoría	Escala de medición
1	Lactancia materna exclusiva	% De niños que recibieron lactancia materna exclusiva	Alimentación exclusiva con leche materna	Si No	Nominal Dicotómica
2	Edad de inicio de ablactación	% De edad de inicio de la ablactación	Edad en que inicio el proceso de ablactación	0 a 3 meses 4 a 6 meses Más de 6 meses	Numérica continua
3	Alimentos que consumen	% De alimentos que consumen	Alimentos disponibles para consumo	alimentos disponibles (arroz, frijoles, maíz, lácteos, huevo, carne, frutas , verduras)	Nominal Policotómica
4	# de comidas por día	% De niños por número de comidas	Cantidad de veces en el día que los niños consumen sus alimentos	3 meses 4 meses 5 meses 6 meses > 6 meses	Numérica continua

ANEXO 2

Tablas de Resultados

Tabla # 2.4

Clasificación de acuerdo a índice P/L-T, distribuido por aldeas

No.	Índice P/L-T / Aldeas	Arenales		Mandasta		Emituca		Malagua	
		No	%	No	%	No	%	No	%
1	Emaciado	1	4%	0	0%	0	0%	2	7%
2	Normal	23	85%	14	88%	61	100%	23	77%
3	Sobrepeso	3	11%	2	12%	0	0%	5	16%
	Total	27	100%	16	100%	61	100%	30	100%

Fuente base de datos del estudio

Tabla # 2.5

Clasificación de acuerdo a índice L-T/E, distribuido por aldeas.

No.	Índice L-T/E / Aldeas	Arenales		Mandasta		Emituca		Malagua	
		No	%	No	%	No	%	No	%
1	Baja talla	4	15%	1	6%	4	15%	1	6%
2	Baja talla severa	1	4%	0	0%	1	4%	0	0%
3	Normal	20	74%	15	94%	20	74%	15	94%
4	Muy alto	2	7%	0	0%	2	7%	0	0%
	Total	27	100	16	100	27	100	16	100

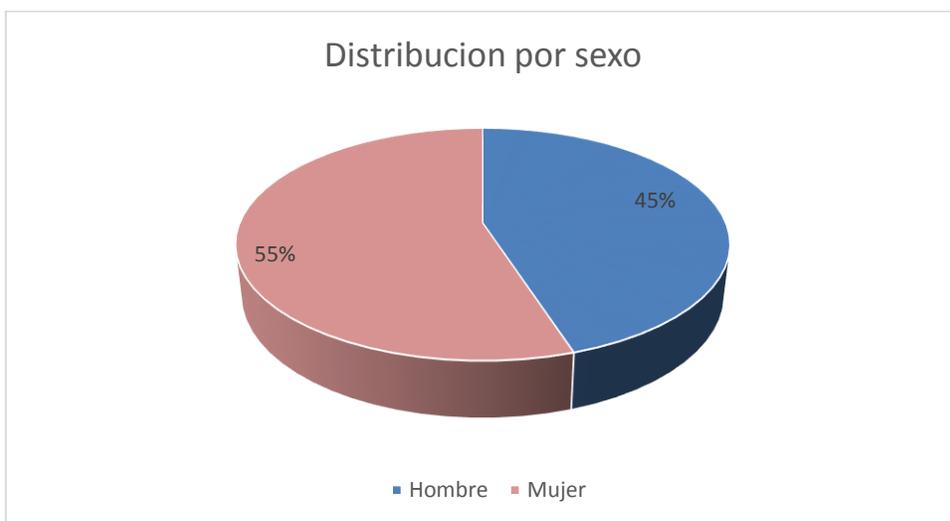
Fuente base de datos del estudio.

ANEXO 3

Graficas de Resultado

Grafico # 1.1

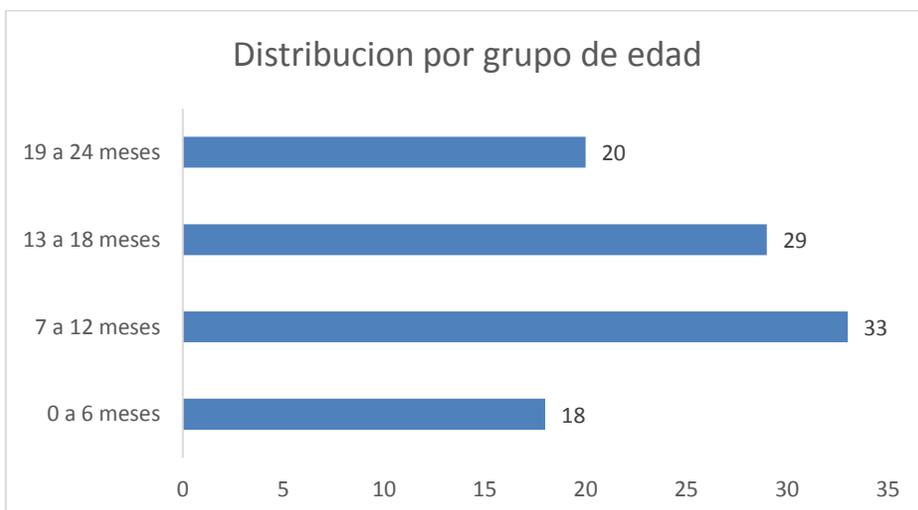
Distribución por sexo de la niñez menor de 2 años beneficiarios de la estrategia de AIN-C en el municipio de Curaren, febrero 2016



Fuente Tabla # 1

Grafico # 1.2

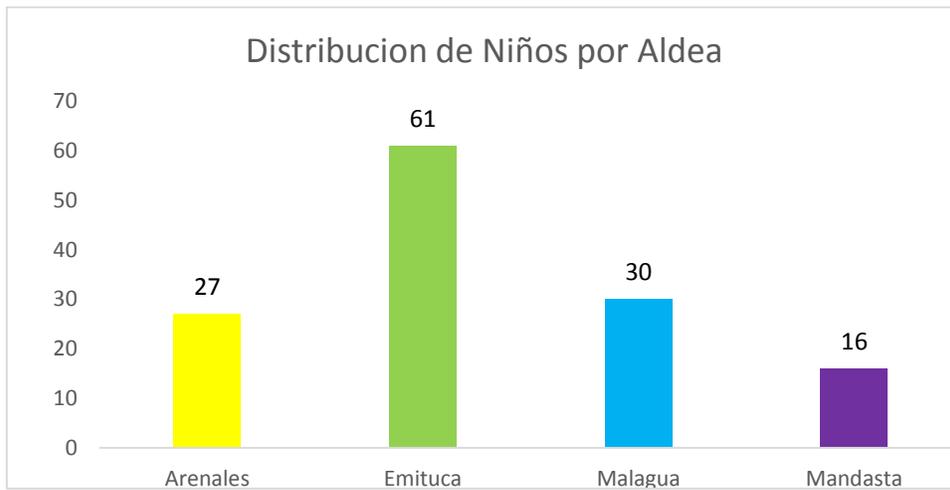
Distribución por grupos de edad de la niñez menor de 2 años beneficiarios de la estrategia de AIN-C en el municipio de Curaren, febrero 2016



Fuente Tabla # 1

Grafico # 1.3

Distribución por aldeas de la niñez menor de 2 años beneficiarios de la estrategia de AIN-C en el municipio de Curaren, febrero 2016



Fuente Tabla # 1

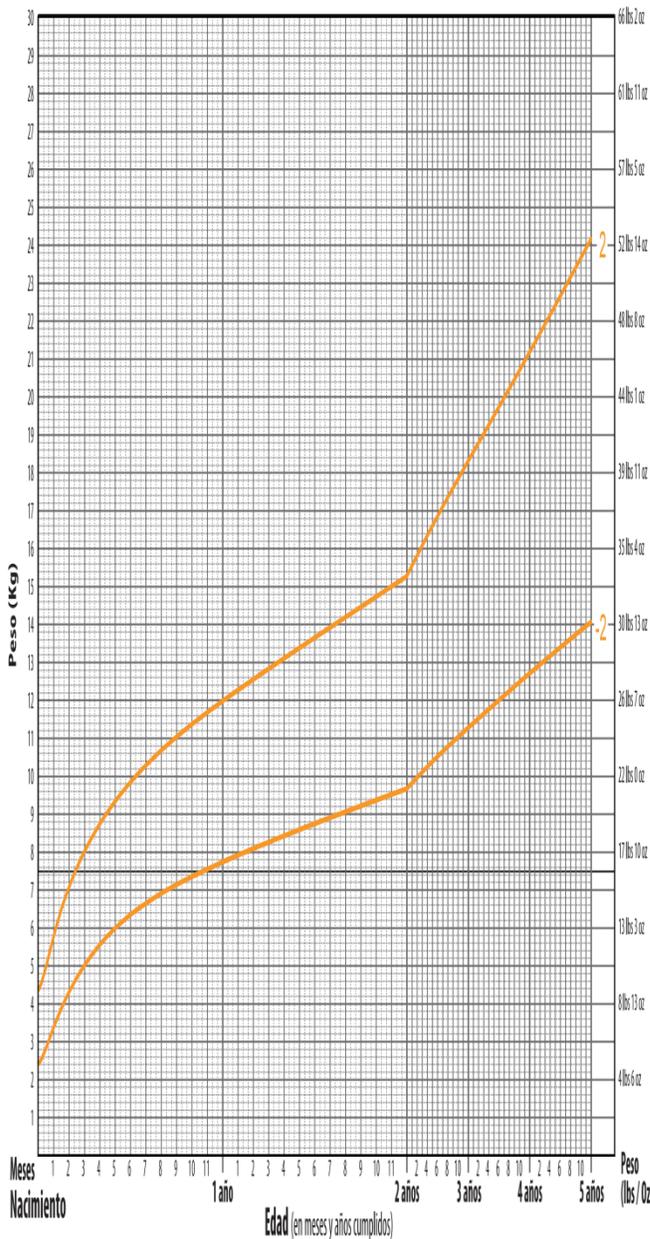
ANEXO 4

Anexo 4.1 Gráficas para medición de desnutrición aguda en niñas

Gráfica de crecimiento peso / edad

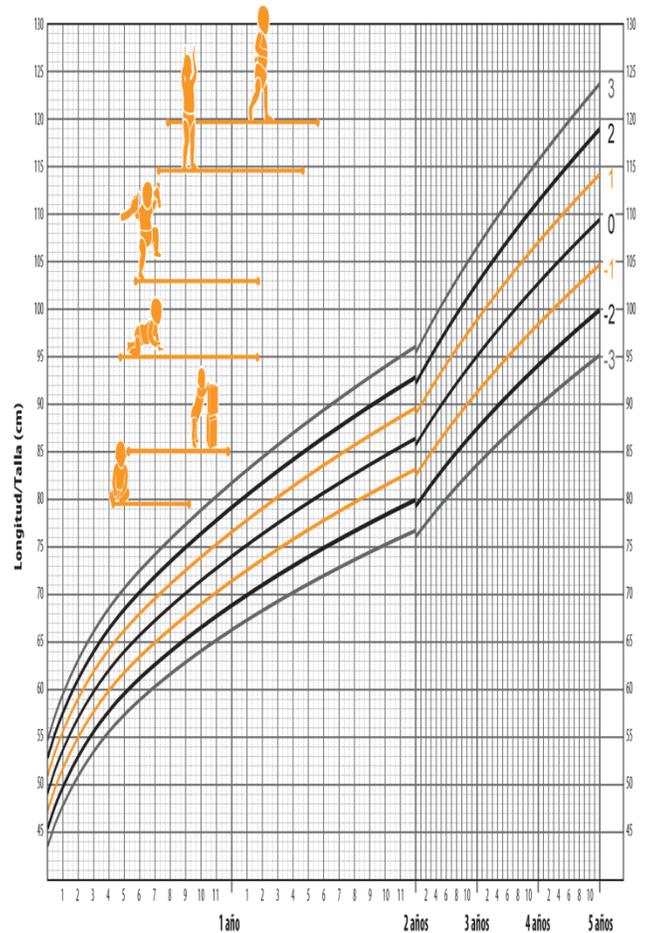


de la niña



Gráfica de crecimiento longitud - talla / edad

de la niña



Peso al nacer: _____ g. Talla al nacer: _____ cm

Perímetro cefálico al nacer: _____ cm Apego precoz: SI / NO Agarrar 1 min / 5 min Tipo RH: _____

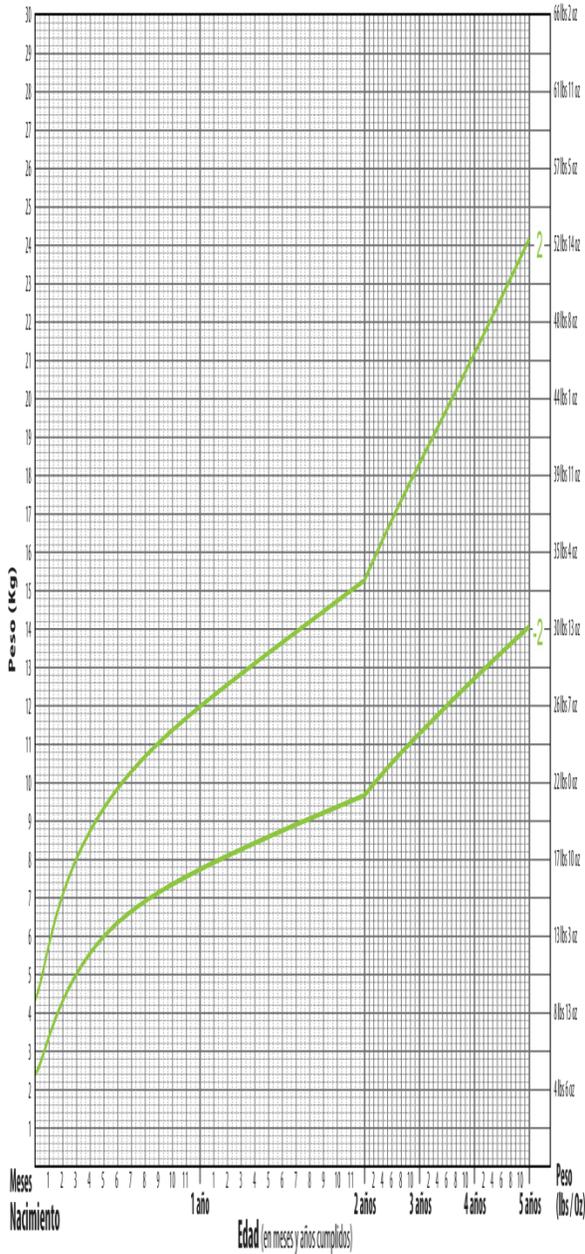
FECHA	
EDAD	
PESO	
TALLA	
P.C.	

Anexo 4.2 Gráficas para medición de desnutrición aguda en niños

Gráfica de crecimiento peso / edad

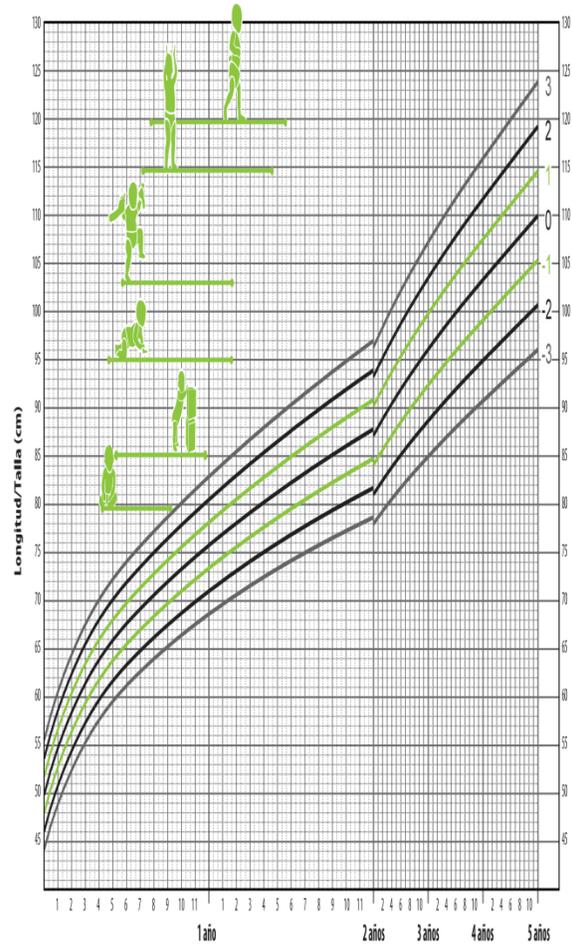


del niño



Gráfica de crecimiento longitud - talla / edad

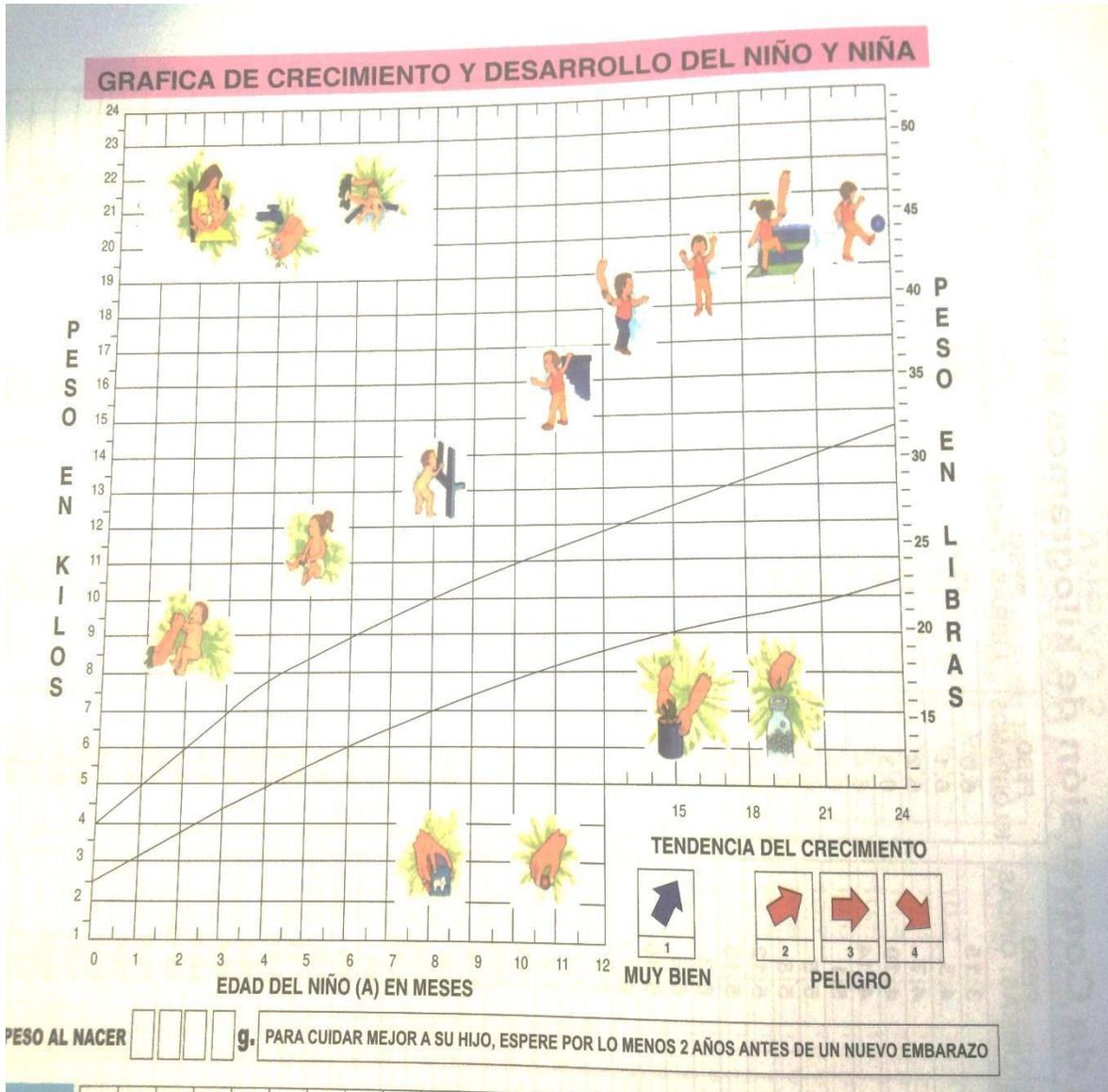
del niño



Peso al nacer: _____ kg Talla al nacer: _____ cm
 Perímetro cefálico al nacer: _____ cm Apego precoz SI/ NO: _____ Apagar 1 min: _____ 5 min: _____ Tipo RH: _____

FECHA	
EDAD	
PESO	
TALLA	
P. C.	

Anexo 4.3 Gráficas para medición de desnutrición global en niños y niñas



ANEXO 5

Tablas de referencia de biometría hemática.

Valores normales de Hemoglobina por edad

Edad	Hemoglobina promedio (g/dl)	Rango Hb en g/dl	Hematocrito
Al nacer(sangre del cordón)	18.1	12.1 a 24.1	53%
3 a 60 días	15.7	11.7 a 19.7	45%
61 días a 3 meses	12	10 a 14	36%
4 meses a 3 años	13	12 a 15	39%
4 años a 8 años	14	12.5 a 15.5	42%
9 años a 15 años	15	13 a 17	45%

Fuente: Guías clínicas Hospital Infantil de México, Guía de Hematología

Valores normales de la serie roja

Edad	Hb (g/L)		Hto. (L/L)	
	Promedio	- D S	Promedio	- D S
Nacimiento (sangre de cordón)	165	135	0.51	0.42
1-3 días (capilar)	185	145	0.56	0.45
Una semana	175	135	0.54	0.42
Dos semanas	165	125	0.51	0.39
Un mes	140	100	0.43	0.31
Dos meses	115	90	0.35	0.28
3 a 6 meses	115	95	0.35	0.29
7 a 24 meses	120	105	0.36	0.33
2 a 6 años	125	115	0.37	0.34
7 a 12 años	135	115	0.40	0.35
de 13 a 18 años				
Mujer	140	120	0.41	0.36
Varón	145	130	0.43	0.37

Modificado de: Aranda E, ed. Guía de Hematología Pediátrica. La Paz: Elite, Impresiones 2011

ANEXO 6

Instrumento Recolección de Información de estudio de

Caracterización de los niños menores de 2 años, beneficiarios de la estrategia de AIN-C en el Municipio de Curaren, área sur de Francisco Morazán, Honduras;
Proyecto descentralizado ChildFund Febrero 2016.

No. De encuesta _____

Fecha de llenado de ficha _____

Nombre del Paciente _____

1. Datos del Niño (a)

Fecha de nacimiento _____ Edad en meses _____

a) Sexo _____

b) Raza _____

c) Procedencia _____

2. Medidas antropométricas

a) Peso _____

b) Talla _____

c) Perímetro cefálico _____

3. Clasificación Nutricional

A. Proceso agudo

a) Obesidad _____

b) sobrepeso _____

c) normal _____

d) emaciado _____

e) severamente emaciado _____

B. Proceso crónico

a) Muy alto _____ b) Normal _____

c) Baja talla _____ d) Baja talla severa _____

Desnutrición global

a. Crecimiento adecuado _____ b. crecimiento inadecuado _____

4. **Esquema de vacunación** a) completo ____ b) incompleto ____

5. **Esquema de Vitamina A** a) completo ____ b) incompleto ____

6. Administración de micronutrientes

1. Sulfato Ferroso SI _____ b) NO _____

2. Sulfato de Zinc SI _____ b) NO _____

3. Chispita SI _____ b) NO _____

4. Vitamina A SI _____ b) NO _____

7. Resultado de Hemoglobina

A. < de 8 g/dl _____

B. 8 a 10 g/dl _____

C. 11 a 12 g/dl _____

D. Mas 12 g/dl _____

8. Tipo de parasito en el examen de heces fecales

1) Amebas _____

2) Giardia intestinalis _____

3) Oxiuros _____

4) Trichuris – trichiura _____

5) Áscaris Lumbricoides _____

6) Otros _____

8. Proceso de alimentación

Lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses si _____ no _____

Edad de comienzo de la ablactación _____

Alimentos con los que inicio la ablactación _____

Actualmente que alimentos consume su hijo _____

Numero de comidas por día _____

ANEXO 7

Constancia de autorización para realizar el estudio

Apartado Postal 3263,
Tegucigalpa, M.D.C., Honduras, C.A.
Tels: 2236-8152, 2236-8265, Fax: 2236-8314,
e-mail: office@honduras.childfund.org

ChildFund
Honduras

Tegucigalpa, M.D.C. Honduras

15 de enero del 2016

Dra. Brenda Sandoval
Región de Salud F.M.
Secretaría de Salud

Estimada Dra. Sandoval:

A través de la presente le informo que el Proyecto Descentralizado, autoriza la realización del estudio de caracterización de la niñez menor de 2 años integrada en la estrategia de AIN-C en el municipio de Curaren, área sur de Francisco Morazán, Honduras, en el mes de febrero del 2016.

El apoyo logístico requerido será coordinado posteriormente.

Me suscribo de usted, reiterando mis muestras de agradecimiento y estima.

Atentamente,

ChildFund
Honduras



José David Zepeda
Gerente Proyecto Descentralizado
ChildFund Honduras

ANEXO 8

Esquema de ablactación en Honduras, según manual de AIEPI

RECOMENDACIONES PARA LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE CINCO AÑOS

MENOR DE 6 MESES DE EDAD	6 - 8 MESES	9 - 11 MESES	12 - 24 MESES	2 AÑOS O MÁS
<p>Dar leche materna todas las veces que el niño/a quiera, de día y de noche, por lo menos 10 veces al día.</p> <p>En cada mamada motive a su bebé a que vacíe el pecho y luego ofrézcale mamar del otro pecho.</p> <p>En la siguiente mamada se debe iniciar con el pecho que alimentó por última vez a su niño/niña.</p> <p>No le de agua, ni otras leche, líquidos o sólidos a su niño/a.</p>	<p>Dar leche materna todas las veces que el niño/a quiera, de día y noche.</p> <p>Iniciar a dar la alimentación complementaria: Dar alimentos suaves, deshechos como papilla, arroz, papa, guineo, tortilla, frijol, ayote. No agregue agua y puede ponerle leche materna. El huevo puede agregarse diariamente de no encontrarse antecedentes de alergias en la familia.¹</p> <p>Empezar a dar una vez al día, 2-3 cucharadas de un solo alimento por tres o cuatro días seguidos.</p> <p>A los 7-8 meses dar alimentación hasta 3 veces al día entre las mamadas, por cada tiempo de comida 4-6 cucharadas. Puede agregar pollo y/o higaditos de pollo, cocidos y molidos.</p> <p>Utilizar alimentos mezclados y suaves como: arroz con frijoles, tortilla con frijol.</p> <p>Si le dá sopas, aplastar el alimento con un poco de caldo. Darle la mezcla tipo pure.</p> <p>Déjelo que trate de alimentarse por sí mismo/a, pero ayúdele.</p> <p>Después de alimentarlo/a ofrézcale un poco de agua.</p>	<p>Darle todos los alimentos disponibles en la familia como: Huevo, tortilla, frijol, arroz, papa, guineo o plátano derivados lácteos, carne, pollo y pescado.</p> <p>Dar leche materna todas las veces que el niño/a quiera, de día y de noche.</p> <p>Dar alimentos -namente picados.</p> <p>Dar al menos ½ taza u 8 cucharadas de comida en cada tiempo.</p> <p>Dar 3 tiempos de comida más 1 merienda como: fruta, tortilla, o plátano frito.</p> <p>Aliméntelo/a en su propio plato.</p> <p>Háblele amorosamente, mírelo/a a los ojos y móvelo/a a comer.</p> <p>Después de alimentarlo/a, ofrézcale un poco de agua.</p>	<p>Dar todos los alimentos disponibles en la familia, corte los alimentos en trozos si es necesario.</p> <p>Dar 3 tiempos de comidas y 2 meriendas. En cada tiempo de comida no menos de ¼ de taza o 10 cucharadas de comida más tortilla o plátano.</p> <p>Dele además 2 meriendas pueden ser: guineo, tortilla con frijol, plátano frito, frutas o cualquier alimento que tenga la familia.</p> <p>Dar leche materna hasta la edad de 2 años o más, todas las veces que el niño/a quiera, de día y de noche y después de las comidas.</p> <p>Aliméntelo/a en su propio plato.</p> <p>Háblele amorosamente, mírelo/a a los ojos y móvelo/a a comer.</p> <p>Después de alimentarlo/a ofrézcale un poco de agua.</p>	<p>Dar 3 comidas diarias de lo mismo que se sirve a la familia.</p> <p>Dele además 2 meriendas por día.</p> <p>Dar leche materna todas las veces que el niño/a quiera después de las comidas.</p> <p>Dar un alimento frito en el día.</p> <p>Háblele amorosamente, mírelo/a a los ojos y móvelo/a a comer.</p> <p>Después de alimentarlo/a ofrézcale un poco de agua.</p>

¹ La Academia Americana de Pediatría recomienda que los niños menores de un año con historia familiar de alergias o sensibilidades a alimentos no reciban leche de vaca hasta cumplir el primer año, huevos hasta el segundo año, y maní, nueces y pescado hasta el tercer año de edad (AAP, 1998). Se piensa que el evitar alimentos con un potencial alérgico documentado puede demorar o hasta prevenir la dermatitis atópica y algunas alergias alimenticias en niños en alto riesgo. Sin embargo, no se han publicado estudios controlados que demuestren que las dietas restringidas después de los 6 meses de edad tengan un efecto preventivo frente a las alergias alimenticias (Haiken y Host, 2001), y por esta razón un grupo internacional de expertos no recomendó dichas restricciones (OMS/IAACI, 2000).

Una taza= 250 ml u 8 onzas

8 onzas= 226.80 g

1 cucharada= 15 ml u 13.6 g

Recuérdale a la madre que debe: Lavarse las manos con jabón cada vez que prepare los alimentos y antes de alimentar a su niño/a.

Cocinar bien los alimentos, cubrirlos y almacenarlos en recipientes individuales.

ANEXO 9

Tarjeta de vacuna y esquema de vacunación

¿QUÉ DEBE SABER DE LAS VACUNAS?

VACUNA BCG (Tuberculosis)
La vacuna BCG produce al mes una lesión en el sitio de aplicación, que a veces presenta secreción, dejando una cicatriz a los dos meses de aplicada.

VACUNA POLIO VPI/VOP Sabin
Es una vacuna que no da ninguna reacción.

VACUNA PENTAVALENTE DPT - Hep B - Hib
Después de su aplicación puede producirse fiebre y/o formación de una induración en el sitio de la inyección que desaparece espontáneamente; la fiebre debe ser controlada con medios físicos (pañitos de agua tibia) y acetaminofén de acuerdo a las indicaciones del personal de salud.

VACUNA NEUMOCOCO
Después de su aplicación puede producirse reacciones locales como: dolor e inflamación en el sitio de la inyección y fiebre. Estas reacciones usualmente desaparecen después de 48 horas.

VACUNA ROTAVIRUS
Después de su aplicación se puede presentar irritabilidad, somnolencia y trastornos gastrointestinales.

VACUNA SARAMPiÓN, RUBÉOLA Y PAROTIDITIS (SRP)
Se puede presentar erupción en la piel similar al sarampión en 5 de cada 100 vacunados y fiebre alrededor de los 5-12 días después de su aplicación.

Td (Toxoide Tetánico y Diftérico)
Después de su aplicación puede producirse dolor, enrojecimiento y formación de una induración en el sitio de aplicación, desapareciendo espontáneamente.

VACUNA HEPATITIS B
Después de su aplicación puede presentarse en algunas personas dolor en el sitio de inyección y fiebre (en menos de 6 de cada 100 vacunados).

VACUNA VPH
Después de su aplicación puede presentarse dolor, enrojecimiento e inflamación en el sitio de inyección (en 10 - 20 de cada 100 vacunados).

VACUNA INFLUENZA
Después de su aplicación puede producirse dolor, enrojecimiento e induración en el sitio de aplicación que desaparecen espontáneamente, rara vez se presenta fiebre y malestar general.



GOBIERNO DE LA REPÚBLICA DE HONDURAS

SECRETARÍA DE SALUD



Secretaría de Salud
Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)

Carnet Nacional de Vacunación

Nombre: _____
Número de Inscripción: _____
Fecha de nacimiento: _____
Edad: _____
Dirección: _____
Responsable del Niño: _____
Establecimiento de Salud: _____

“Por nuestras familias vacunemos hoy”

Recuerde: Es obligatorio presentar el carnet para solicitar atención médica

Esquema de vacunación de Honduras

VACUNA		EDAD	DOSIS/REFUERZO	
BCG (Formas graves de Tuberculosis)	Recién nacido (n)	Dosis única		
Polio (VPI/VOP)	2 meses	Primera dosis (VPI)		
	4 meses	Segunda dosis		
	6 meses	Tercera dosis		
Pentavalente* DPT - Hep B - Hib	16 meses	Refuerzo Dosis Adicional ¹		
	7 meses de 5 años	Primera dosis		
	4 meses	Segunda dosis		
Neumococo	6 meses	Tercera dosis		
	2 meses	Primera dosis		
	4 meses	Segunda dosis		
Rotavirus	4 meses	Primera dosis		
	6 meses	Segunda dosis		
	2 meses	Tercera dosis		
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetanos)	18 meses	Primera dosis		
	4 años	Segundo refuerzo		
	12 meses	Dosis única		
SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)	1-4 años	Dosis adicional ³		
	Recién nacido	Una dosis		
	Grupos en riesgo al primer contacto	Primera dosis		
Hepatitis B	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis		
	6 meses después	Tercera dosis		
	11 años primer contacto	Primera dosis		
VPH (Virus Papiloma Humano)	6 meses después de la primera dosis	Segunda dosis		
	11 años	Refuerzo y luego cada 10 años		
	Embarazadas no vacunadas:			
Td (Tétanos, Toxina Diftérica)	Primer contacto	Primera dosis		
	1 mes después de la primera dosis	Segunda dosis		
	6 meses después de la segunda dosis	Tercera dosis		
	1 año después de la tercera dosis	Cuarta dosis		
	1 año después de la cuarta dosis	Quinta dosis		
SR (Sarampión, Rubéola) Influenza	Grupos en riesgo	Primera dosis		
	Primer contacto	Segunda dosis		
	1 mes después de la primera dosis	Tercera dosis		
	6 meses después de la segunda dosis	Refuerzo		
	Cada 10 años	Dosis única		
	Mayores de 5 años no vacunados	Dosis única		
	Grupos en riesgo	Dosis anual		

VACUNAS	FECHA DE APLICACIÓN DE DOSIS						Refuerzos	
	Primera Dosis	Segunda Dosis	Tercera Dosis	Cuarta Dosis	Quinta Dosis	Primero	Segundo	
Hepatitis B (Recién Nacidos)								
BCG								
Polio (VPI)								
Polio (VOP/Sabin)								
Pentavalente* DPT - Hep B - Hib								
Neumococo								
Rotavirus								
SRP (Sarampión, Rubéola y Parotiditis)								
DPT (Difteria, Tos Ferina y Tetanos)								
Hepatitis B								
VPH (Virus Papiloma Humano)								
Td (Tétanos, Toxina Diftérica)								
Influenza								
*Dosis Adicional Sabin								
**Dosis Adicional SRP								
Otras vacunas especificar								
Vitamina A								

* En Jornada Nacional de Vacunación ** En Campañas de Seguimiento

1 Jornada Nacional de Vacunación
2 Difteria, tos ferina, tétanos, Hepatitis B y Meningitis por Hib
3 En Campañas de seguimiento

ANEXO 10

Fotografías

Medición de peso monitora de Malagua y niña beneficiaria de la estrategia de AIN-C



Medición de talla promotor proyecto ChildFund Honduras



