



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA**  
**CENTRO DE INVESTIGACION Y ESTUDIOS DE LA SALUD**  
**ESCUELA DE SALUD PÚBLICA**  
**MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA 2007-2009**



**TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE LA MAESTRIA EN SALUD PÚBLICA**

**Evaluación del Programa Comunitario de Salud y Nutrición, en  
30 Comunidades rurales del municipio de la Trinidad,  
Departamento de Estelí. Octubre 2009.**

**Autora: Elizabeth de Fátima Rodríguez.**

**Tutor: Msc.Pablo Cuadra**

**La Trinidad, Estelí, Agosto 2010.**

## INDICE

---

Dedicatoria	i
Agradecimientos	ii
Resumen	iii

<b>CAPITULO</b>	<b>PÁGINAS</b>	
I.	Introducción	1
II.	Antecedente	4
III.	Justificación	7
IV.	Planteamiento del Problema	8
V.	Objetivos	9
VI.	Marco teórico	10
VII.	Diseño Metodológico	24
VIII.	Resultados	29
IX.	Análisis de resultados	47
X.	Conclusiones	56
XI.	Recomendaciones	57
XII.	Bibliografía	59

### **Anexos.**

Tablas  
Gráficos  
Operacionalización de variables.  
Cuestionario

## ***Dedicatoria***

---

A Dios nuestro creador por el maravilloso Don de la vida.

A mi madre y hermanos que son el motor de mi vida, que con su apoyo me motivaron diariamente en mi formación profesional.

A mi pequeño hijo ***Henner Andrés González Rodríguez y esposo Gilbert González***, que han sabido esperar y comprender esta etapa de mi vida, ya que siempre me brindaron su apoyo incondicional y confianza que fue pilar fundamental que permitió concluir esta maestría.

**Elizabeth de Fátima Rodríguez**

## ***Agradecimiento***

---

Agradezco a Dios Creador por darme la vida, salud y sabiduría para poder concluir exitosamente mis estudios.

Al Msc. **Pablo Cuadra** por haberme guiado como docente y tutor de este estudio, por su tiempo brindado, la transmisión de conocimientos que fueron fundamentales para la elaboración de la presente tesis.

A los Docentes del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) y de manera especial a nuestra coordinadora Msc. **Alma Lila Pastora** que constantemente estuvo motivándome para la realización del presente trabajo.

A los trabajadores del Programa de Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Fátima Pavón del municipio La Trinidad. Por su colaboración en la realización del presente estudio.

A los niños y sus madres que participaron, por el tiempo e información brindada que fueron necesarios para la realización de este estudio.

A nuestros compañeros por su solidaridad en todo momento, especialmente a **Lic. Ninett López**, que su apoyo fue incondicional para la ejecución de este estudio.

**Elizabeth de Fátima Rodríguez.**

## RESUMEN

---

El presente estudio es descriptivo, de corte transversal, se realizó con el objeto de evaluar el Programa Comunitario de Salud y Nutrición, utilizando la línea de base realizada en Octubre del 2007, que midió el estado nutricional y prácticas de alimentación en el niño menor de 2 años. Los resultados de este estudio, servirán para realizar acciones e incentivar a los gestores y ejecutores Tales Como; Ministerio de Salud, Visión Mundial y Cruz Roja Nicaragüense, a dar un mayor seguimiento y evaluación, que apoyen la toma de decisiones para que el Programa comunitarios de salud y Nutrición (PROCOSAN) sea una intervención con resultados que evidencien su utilidad práctica y su eficacia.

Se analizaron las características biológicas de los niños y de sus cuidadores, accesibilidad y disponibilidad de alimentos; patrones alimentarios, clasificación del estado nutricional y la frecuencia de algunas enfermedades prevalentes de la infancia.

Según los objetivos planteados se identificó, como las mayores debilidades; el bajo conocimiento que tienen las madres en cuanto a la identificación de signos de peligro con respecto a EDA e IRA, inadecuado balance de los alimentos que reciben los niños(as) como consecuencia de la baja disponibilidad de alimentos, poca práctica de lactancia materna exclusiva, asociada a la poca promoción que existe tanto a nivel de ministerio de salud y comunitario.

Pero también se encontraron fortalezas grandes; Mejorado el estado nutricional de niños(as), buenas prácticas de asistencia a las unidades de salud cuando sus niños se enferman, disminución de muertes infantiles.

## I. Introducción

---

El municipio la Trinidad del departamento de Estelí, se ubica a 120 kilómetros al norte de Managua, sobre la orilla de la Carretera Panamericana, cuenta con una población de 23,882 habitantes, 10,100 habitantes del área Urbana y 13,782 habitantes del área rural. Entre éstos, 539 niños menores de 2 años, 354 pertenecientes al área Rural y 185 al área Urbana. En La Ciudad de La Trinidad se encuentra el Hospital Pedro Altamirano, dotado de 84 camas, que brinda atención de las siguientes especialidades; ortopedia y medicina general. Además, cuenta con un Centro de Salud, en el que laboran 4 Médicos generales, 2 Médicos de servicio social, 2 odontólogos y 2 laboratoristas, 7 Enfermeras de éstas, 3 Auxiliares, 2 Enfermeras profesionales, 1 Epidemióloga y un responsable de farmacia. Existen, 8 puestos de salud ubicados en Llano Largo, Licoroy, San Francisco, Chagüite Blanco, Rosario Abajo, Hornillo, Tomabú y Las Gavetas, encargados de cubrir la atención primaria de salud, atendidos por Enfermeras auxiliares y 4 médicos.<sup>18</sup>

El reciente informe del Banco Mundial titulado *La Revalorización del Papel Fundamental de la Nutrición para el Desarrollo* indica que la desnutrición continúa siendo uno de los problemas más graves del mundo: alrededor del 30% de la población infantil está desnutrida, contribuyendo al 60% de la mortalidad a través de enfermedades comunes, como la neumonía y la diarrea. El problema de la desnutrición se reviste de mucha gravedad en Salvador, en Centroamérica, especialmente en Honduras, Nicaragua, Guatemala en donde el progreso en la reducción de las tasas de desnutrición se ha mantenido estancado por más de una década. Según el informe, la malnutrición que afecta a Centroamérica no se explica principalmente por falta de alimento, sino depende más de un conjunto de factores como mala salud materna, inadecuadas prácticas de alimentación y de cuidado infantil.

La desnutrición infantil llamada desnutrición proteínica energética (DPE), es la enfermedad nutricional más importante en los países en vías de desarrollo. La DPE se ve con mayor frecuencia en menores de 2 ó 3 años porque su crecimiento impone mayores requerimientos nutricionales, ya que ellos no pueden obtener los alimentos por sus propios medios, y, cuando viven en condiciones poco higiénicas, frecuentemente enferman de diarrea y otras infecciones. Los lactantes que son destetados prematuramente y los que son alimentados al pecho por períodos prolongados sin alimentación complementaria adecuada, pueden desnutrirse debido a una ingestión insuficiente de energía y proteínas.<sup>3</sup>

Nicaragua es el tercer país más pobre de las Américas, con un producto nacional bruto per cápita de 453 dólares. La pobreza afecta a 2,3 millones de personas, 831.000 de los cuales viven en una situación de pobreza extrema, sobre todo en las regiones Central y Atlántica. Uno de cada tres niños tiene algún grado de desnutrición crónica y un 9% sufre desnutrición grave.<sup>2</sup>

Según estudio de ENDESA 2,006/2007 realizado a nivel Nacional<sup>20</sup> el 22% de los niños y niñas menores de 2 años sufren de algún grado de desnutrición crónica y el 6% desnutrición Severa. El departamento de Estelí presenta el 14% de desnutrición Crónica.

El Ministerio de Salud en Nicaragua, en las últimas décadas ha venido realizando un amplio proceso de reflexión y ajustes en sus políticas y estrategias, haciendo énfasis en la reorganización de la atención en salud con base en la comunidad, en el cual priorizan los grupos más vulnerables como son las mujeres en edad reproductiva, embarazadas y los niños menores de cinco años. Para tal efecto, se orienta el fortalecimiento de la atención primaria en salud, a partir de las instituciones y organizaciones del sector salud quienes priorizarán el desarrollo de

acciones y servicios de promoción y prevención en todos los niveles de atención. Contando que dicha atención en salud, tenga una amplia participación comunitaria que permita fomentar hábitos y costumbres saludables en las personas, familias y la comunidad, por medio de la creatividad para hacer acciones de información educación y comunicación que contribuyan a la transformación de sus prácticas sanitarias se crea el **Programa Comunitario de Salud y Nutrición**. El cual se define como una nueva forma de cuidar la salud de los niños y las niñas de la comunidad.

Algunas características del programa.

- Basado en la comunidad.
- Promoción del crecimiento y desarrollo
- Consejería.
- Capacitación

Con el presente estudio se quiere evaluar, los beneficios del Programa Comunitario de Salud y Nutrición, en la detención del crecimiento insatisfactorio de los niños(as) que asisten al programa, partiendo de la línea de base realizada en Octubre el 2007,<sup>21</sup> donde se midió, el estado nutricional y las prácticas de alimentación en el niño menor de 2 años, en 30 Comunidades del Municipio de La Trinidad.



## II. Antecedentes

---

Estudios recientes, basados en las categorías clásicas del estado nutricional, muestran que los niño/as con cuadros de desnutrición leve y moderada también tiene un aumento del riesgo de muerte, comparado con aquellos no clasificados como desnutridos. Estos cuadros leves y moderados de desnutrición constituyen el substrato sobre el cual germina la mortalidad infantil. Consecuencia de esto, una disminución ulterior de la mortalidad infantil en el país está fuertemente ligada a la prevención de cualquier estado de desnutrición o su rápida corrección en la niñez.<sup>21</sup>

Aún, cuando los desnutridos que se clasifican como “leves y moderados” presentan un riesgo menor de muerte, al constituir un grupo más numeroso que los llamados desnutridos “severos”, la cantidad de niños que mueren en el primer grupo (leves y moderados) son, al final, la mayoría del total de muertes.

Según, datos ENDESA 2006/07, la tasa de mortalidad infantil(0 a 1 año), estimada para área rural el 2001-2006 era de 34 muertes por 1000 nacidos vivos, para áreas urbanas 24 muertes por cada 1000 nacidos vivos,<sup>7</sup> motivo suficiente para considerar el impulso y fortalecimiento de programas y estrategias que ayuden a reducir estas muertes en el periodo infantil.

En el Informe anual, realizado por el Ministerio de salud Municipal (MINSA) de La Trinidad, en el año 2008, se reporta como causas principales de consultas de niños menores de cinco años, las Infecciones respiratoria, y como causas de muerte la mal formación congénita y asfixia entre las 2 a 6 horas de nacidos, la que se refleja en 7 muertos ( 92.8%) por esa causa .De igual, se reporta que un 20 % de niños menores 2 años, presentaron problemas de desnutrición, perseverando en un 18% la desnutrición Aguda, seguida en un 4% la desnutrición Crónica.<sup>18</sup>

En Nicaragua el 91 % de los niños nacen con buen peso, y se mantienen así durante los primeros seis meses de vida, sin embargo a partir de esta edad, ocurren una serie de sucesos, relacionados con la transición de la alimentación del niño de lactancia materna exclusiva a la dieta que consume la familia.<sup>21</sup>

Otro hallazgo encontrado es una evaluación de impacto de Nica Salud en el Informe Final de Enero del 2006, del Programa de Salud Integral en la Comunidad ejecutado en los departamentos de Matagalpa y Jinotega<sup>16</sup> por ONG integrantes de la Subred Norte – Nica salud en el período de Junio del 2004 a Noviembre del 2005, la siguiente información: Del total de niños censados en el área del proyecto, el promedio de niños con crecimiento satisfactorio fue del 61 % (El crecimiento satisfactorio se basa en la tendencia de un peso mínimo esperado que debe alcanzar todo niño mensualmente), de 1,211 casos de diarrea en niños detectados durante las sesiones, el 52.3 % recibieron Sales de Rehidratación Oral y de 376 casos sospechosos de Neumonía, el 31.9 % fueron referidos a una unidad de salud .<sup>16</sup>

Dentro de las intervenciones que el Ministerio de salud impulsa, se destaca la implementación del Programa Comunitario de Salud y Nutrición, que promueve cambios de comportamientos, relacionados a la promoción de lactancia materna exclusiva, introducción de alimentos de acuerdo a la edad, utilizando los recursos disponibles en el hogar, como practicas para prevenir la desnutrición.

Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) de 2006 a 2007<sup>20</sup>, indica que el porcentaje de lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses fue de 46% entre los menores de 2 meses, y disminuye al 13% entre los niños de 4 a 5 meses, la lactancia materna con complemento alimenticio comienza con un 9% entre los menores de 2 a 3 meses; el 22% de los niños y niñas menores de 2 años sufren de algún grado de desnutrición crónica y el 6% desnutrición Severa. El departamento de Estelí presenta el 14% de desnutrición Crónica.<sup>8</sup>

En Línea de base realizada por MINSA y Cruz Roja Nicaragüense, en 30 comunidades del área rural en municipio de la Trinidad, en el mes de octubre del 2007, realizada con madres de 132 niños menores de 2 años, se encontró que un 27% (36), eran menores de 6 meses, 23% (30) de 6 a 8 meses, 21% (28), de 9 a 11 meses y 29% (38) de 12 a 23 meses. Un 35% de los niños habían presentado infecciones diarreicas, y un 65% infecciones respiratorias.<sup>14</sup>

En las prácticas alimentarias según la edad del niño, se encontró que un 70% (92/132) de las madres estaban amantando a sus niños, de las 36 madres con niños menores de 6 meses el 56% (20/36) daban lactancia materna exclusiva y el 44%, lactancia mixta: fórmula y pecho.

Referente a la cantidad adecuada de alimentos que un niño debe recibir, sólo, el 20% de las madres mencionaron estar dando la cantidad recomendada según la edad de sus hijos. La frecuencia de alimentación definida como el número de veces que un niño, recibe alimentos en 24 horas, se encontró que el 20% (26), recibieron la frecuencia adecuada de alimentación, según edad; el 80% (106) no la recibieron.

Relacionado al estado nutricional de los niños en el área de estudio se encontró que la desnutrición aguda es de 20% (22/132), según peso edad.<sup>1</sup> El relación al conocimiento de signos de peligro, el 84% de las madres no conocían más de 3 signos de peligro de IRAs y el 91% (120) más de 3 signos de peligro de EDAs. El 70% (67) de niños menores de 2 años tenían marcado que habían recibido la vitamina A, y 61% (59), el hierro, según tarjeta de atención integral de la niñez.

### III. **Justificación**

---

El Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), es la estrategia comunitaria de salud y nutrición del Ministerio de Salud, oficializada en el año 2003, cuyo enfoque es preventivo y de promoción de cambios de comportamientos que promueve la participación comunitaria y que actualmente se desarrolla en 15 SILAIS del país, en más de 2030 comunidades con el apoyo de las diferentes organizaciones.

PROCOSAN, es desarrollada por brigadistas de salud, con el acompañamiento del personal de salud y mediante sesiones mensuales de peso, se mide el crecimiento de los niños y niñas menores de dos años, y al brindar consejería individualizada se pretende lograr cambios de comportamientos en la alimentación de los niños y niñas sanos y enfermos, relacionados a la cantidad, frecuencia y consistencia, así como a la búsqueda oportuna de atención cuando el niño este enfermo.

Con el estudio se pretende evaluar resultados considerados beneficiosos para mejorar el estado de salud y nutrición de los niños menores de 2 años, al tener una intervención eficaz, considerando entre ellos, los cambios de comportamientos en las familias relacionados a conocimientos sobre cuidado y alimentación de los menores, disponibilidad de alimentos, utilización adecuada de los mismos, y variedad en su dieta diaria, así, también, como la búsqueda de atención oportuna cuando el niño está enfermo, y mejora en el estado nutricional de los niños. Los resultados del estudio, servirán para priorizar acciones e intervenciones según los problemas encontrados, al Ministerio de Salud y actores sociales que apoyan estas estrategias, tales como; Visión Mundial, Cruz Roja e incentivar a los gestores y ejecutores a dar un mayor seguimiento y evaluación, tomando decisiones para que el PROCOSAN sea una intervención con resultados que evidencien su utilidad práctica y su eficacia.

#### IV. Planteamiento del Problema.

---

Por lo anteriormente expuesto, se plantea la siguiente pregunta general de estudio: ¿Cuáles son los Posibles cambios en madres y niños(as) menores de 2 años, beneficiarios del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), de comunidades rurales del municipio de la Trinidad departamento de Estelí, año 2009?

De esta interrogante se derivan las siguientes preguntas específicas:

- ¿Cuáles son las características biológicas de los (as) niños y de sus cuidadores?
- ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes y según el grupo de edad, cuando ocurren las muertes en los niños del área de estudio?
- ¿Cuáles son los conocimientos, actitudes y prácticas, sobre el manejo de EDA e IRA, que adquieren las madres de los niños menores de dos años?
- ¿Describir la periodicidad y medios donde la madre del niño menor de 2 años recibe la consejería en relación con los contenidos de educación proporcionados?
- ¿Cuáles son los medios, por los que las madres con niños menores de dos niños reciben consejería y/o contenidos de educación?
- ¿Cuáles son los alimentos disponibles en el hogar y las prácticas de alimentación de madres para los niños (as) menores de 2 años?
- ¿Cuál es el estado nutricional del niño (a) menor de 2 años y su avance con relación a la línea de base 2007?

## V. Objetivos

---

### **General:**

Evaluar los beneficios que el Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), provee a los niños menores de 2 años en comunidades rurales del municipio de la Trinidad, Estelí, Nicaragua, Octubre 2009.

### **Objetivos Específicos**

1. Describir las características biológicas de los niños(as) y de sus cuidadores.
2. Identificar las enfermedades más frecuentes y causas de muertes en niños menores de dos años.
3. Determinar los conocimientos y prácticas sobre el manejo de EDAs e IRAs de las madres de niños menores de 2 años.
4. Describir la periodicidad y medios donde la madre del niño menor de 2 años recibe la consejería en relación con los contenidos de educación proporcionados.
5. Identificar la disponibilidad y prácticas de alimentación de niños menores de 2 años.
6. Identificar el Estado Nutricional de los niños y los posibles cambios en relación a los resultados de la Línea de base Octubre 2007.

## VI. Marco teórico

---

El Programa Comunitario de Salud y Nutrición es una nueva forma de cuidar la salud de los niños y las niñas de la comunidad. El programa se basa en los “auto cuidados” para niños en la familia y en la comunidad.

El diseño del programa contempla dos componentes.

- Promoción del crecimiento en menores de dos años basado en la determinación de la tendencia de crecimiento (satisfactorio o no), utilizando la tabla de ganancia de peso mínimo por mes.
- Identificación de signos de peligro de las enfermedades prevalentes, más comunes de la infancia: Neumonía y Diarreas.

Para ello, se determina que la consejería será una actividad que se aplicará como un eje horizontal para llevar la educación a las madres, como se refiere claramente en los objetivos específicos del PROCOSAN:

- Mejorar el consumo de alimentos en niños mediante la consejería sobre prácticas de alimentación.
- Mejorar el estado nutricional de hierro en niños mediante la entrega mensual y consejería en la comunidad.
- Disminuir la duración (y severidad) de infecciones diarreicas y respiratorias mediante consejería oportuna, sobre el manejo casero de las enfermedades y el apoyo nutricional adecuado así como la referencia oportuna a las unidades de salud.<sup>17</sup>

### ***Implementación del PROCOSAN***

Para la organización del programa se tiene contemplado involucrar todos los niveles de dirección y ejecución de actividades, por tanto el PROCOSAN se ejecutará a partir del nivel central, el primer punto de contacto del programa será el SILAIS (Sistema Local de Atención Integral en Salud), que tiene la responsabilidad general de todos los servicios del Ministerio de Salud (MINSa), en

el área geográfica a que corresponde. De ahí, el centro de salud que corresponde al nivel municipal y por último al puesto de salud, que corresponde prácticamente al nivel comunitario. Cada nivel recibirá la orientación, capacitación, apoyo y supervisión que le corresponde para desarrollar el programa con facilidad.

### ***Actividades durante las sesiones de pesaje en la comunidad***

1. Pesar a cada niño menor de dos años
2. Determinar si cada niño está creciendo satisfactoriamente
3. Completar información sobre vacunas, hierro y enfermedades
4. Entregar y dar consejería sobre hierro
5. Dar consejería individualizada de acuerdo a la situación de cada niño usando Láminas de consejería
6. Negociar con la madre buenas prácticas de cuidado de la alimentación y salud del niño
7. Establecer compromisos con las madres sobre lo que pueden hacer para mantener o mejorar el crecimiento y salud de sus hijos
8. Entregar a las madres recordatorios de los compromisos negociados
9. Determinar quienes necesitan una visita domiciliar
10. Referir los casos que ameritan, al centro o puesto de salud

### ***Sesión de pesaje, registro y determinación del crecimiento.***

Para realizar esta actividad se utilizan balanzas tipo Reloj (Salter) durante los cuales se deben cumplir los siguientes pasos básicos:

Pesar al niño

1. Colgar la balanza
2. Colgar el calzón y regular la balanza
3. Colocar al niño en el calzón
4. Poner al niño en la balanza
5. Leer el peso y anotarlo



### ***Determinar el crecimiento***

Toda esta información se registra en instrumentos ya elaborados en el programa y que son modificaciones de las experiencias anteriores:

1. Comparar el peso actual con el peso mínimo esperado a los 30 días, Satisfactorio o insatisfactorio.
2. Marcar la tendencia. La tendencia se marca con un punto o círculo azul cuando esta es satisfactoria y roja si es insatisfactorio.
3. Convertir el peso de kilos y gramos a libras y onzas.
4. Llenar recordatorio del peso de mi niño. Esta es una tarjeta donde la madre puede ver con facilidad como ha sido la historia del peso, si han alcanzado o no el peso esperado de sus hijos, dicho registro lo realizan los voluntarios de salud en cada sesión mensual de pesaje.

Para definir el estado nutricional se utilizan dos indicadores básicos:

- Niños de 0-11 meses ubicados por debajo de la línea inferior de la gráfica para peso/edad.
- Niños de 12-23 meses ubicados por debajo de la línea inferior de la gráfica para peso/edad.

### ***Evaluación del Estado Nutricional***

Las evaluaciones del estado nutricional están basados en el peso y la talla para luego relacionarlos en forma de índices antropométricos: peso/talla; talla/edad y peso/edad nos aportan estimaciones del estado nutricional en el niño.<sup>13</sup>

El estado nutricional: Es la resultante del balance entre ingesta y requerimiento de nutrientes, cualquier factor que altere este equilibrio repercute en el crecimiento, actividad y la salud. Cuando los niños tienen acceso a alimentos, no se exponen a enfermedades constantes y son bien cuidados, cumplen su potencial de crecimiento y se consideran bien nutridos.<sup>7</sup>

### ***Interpretaciones de los índices antropométricos:***

La desnutrición en una población se puede medir comparando los niños a este estándar. La población estándar o de referencia que se utiliza aquí es el estándar Centro Nacional de Estadísticas en Salud (NCHS), cuyo uso es recomendado por UNICEF y la Organización Mundial de la Salud. Cada uno de los tres indicadores del estado de nutrición se expresa en unidades de desviación estándar (valores z) a partir de la mediana de esta población de referencia.<sup>6</sup>

La puntuación Z en la población de referencia tiene una distribución normal de media 0 y desviación estándar 1. El punto de corte recomendado por el NCHS, OMS para clasificar como bajo los niveles antropométricos es menos de 2DE de la mediana de referencia de los tres índices. Se consideran niveles antropométricos muy bajos cuando están 3DE por debajo de la mediana.

Las curvas de crecimiento a usar, provienen del Estudio Multi céntrico de Referencia de Crecimiento de la OMS. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado estándares de crecimiento a partir de una muestra de niños provenientes de 6 países: Brasil, Ghana, India, Noruega, Omán, y los Estados Unidos de América, estos estándares se usan para evaluar el crecimiento considerando conjuntamente la edad y las mediciones de un niño.

En la literatura encontramos la definición de tres estadios para determinar el estado nutricional en los niños(as), estos son los siguientes

- Desnutrición Aguda (Peso para la Talla) en 2DZ por debajo de la media
- Desnutrición Crónica (Talla para Edad) en 2DZ por debajo de la media
- Desnutrición Global (Peso para Edad) en 2DZ por debajo de la media

### ***Definición de la desnutrición por su duración e intensidad.***

**Desnutrición:** Estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios Nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. Hay 3 tipos desnutrición:

- 1. Desnutrición aguda:** Deficiencia de peso por talla (P/T). Delgadez extrema que resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. Cuando el niño es atendido adecuadamente y oportunamente, este se recupera, repone sus pérdidas y vuelve a crecer normal.
- 2. Desnutrición crónica:** Retardo de altura para la edad (T/E). Cuando la privación de alimentos se prolonga, la pérdida de peso se acentúa como consecuencia el organismo para sobrevivir disminuye requerimientos y deja de crecer, está Asociada normalmente a situaciones de pobreza, y relacionada con dificultades de aprendizaje y menos desempeño económico. La recuperación es más difícil.
- 3. Desnutrición global:** Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia Ponderal. Índice compuesto de los anteriores ( $P/T \times T/E = P/E$ ). Que es la que usa ministerio de Salud para el crecimiento nutricional del niño. Mide desnutrición Global. Refleja el estado nutricional actual.

### ***Consejería sobre Crecimiento y Alimentación***

Describe la forma de brindar consejería a la madre después de evaluar el crecimiento de su niño. La madre estará muy interesada en conocer sus hallazgos, de manera que el primer paso es informarla de una forma clara y gentil. Si el niño está creciendo bien, el siguiente paso es brindar la consejería adecuada sobre la alimentación para el siguiente grupo de edad al que entrará el niño; de manera que el niño continuará creciendo bien. Si hay un problema de crecimiento o una tendencia hacia un problema de crecimiento; se entrevistará a la madre para identificar las posibles causas del problema. Para lo cual se hace uso de láminas de consejerías que es una herramienta de consejería que permite:

- Investigar las Causas de Desnutrición
- Investigar las Causas de Sobrepeso

Muchos factores sociales y del entorno pueden influir en la alimentación del niño, en sus cuidados y crecimiento resultante. Es por esto, que es primordial determinar las causas más importantes del problema para un niño en particular antes de dar consejería. Por ejemplo, si la principal causa de que un niño se encuentre emaciado es porque la familia no tiene comida, no será de ayuda solamente aconsejar a la madre que alimente al niño más frecuentemente.

Pasos a seguir en la consejería y la negociación:

Pasos que los voluntarios de salud deben seguir para realizar la consejería y la negociación con las madres que asisten a la sesión mensual en la comunidad:

1. Seleccionar el grupo de láminas de acuerdo con la edad del niño: Para seleccionar que láminas se van a utilizar, se debe saber la edad del niño. Sabiendo la edad, se selecciona el grupo de láminas y se realiza la consejería de acuerdo con las preguntas de cada lámina.
2. Conocer el resultado del crecimiento: Si el resultado del crecimiento fue satisfactorio o insatisfactorio.
3. Descubrir las prácticas de alimentación: Ya seleccionadas las láminas de consejería según el grupo de edad del niño, se usa la primera lámina de “escuche a la madre” para preguntarle ¿Cómo está alimentando al niño?
4. Identificar los problemas de alimentación: Si el crecimiento del niño ha sido insatisfactorio, se utiliza la primera y segunda lámina de “Escuche a la Madre” para conocer las razones por las cuales el niño no ha alcanzado su peso mínimo esperado.
5. Hacer recomendaciones: De acuerdo con lo que haya platicado con la mamá sobre la alimentación de su niño, se escoge la lámina de “Sugiera

y Negocie” para ofrecer recomendaciones por medio de las cuales la mamá pueda mejorar la alimentación y cuidado de su hijo.

6. Ofrecer motivaciones: Ofrecer a la madre las motivaciones y explicaciones necesarias para que ella pueda realizar las recomendaciones que se han ofrecido.
7. Negociar compromisos: Preguntar a la mamá “de todo lo que hemos platicado, ¿qué cosas puede hacer usted para mejorar la alimentación de su niño?”. De acuerdo con lo que la madre acepta hacer. Se establece un compromiso entre la brigadista y la madre.
8. Confirmar compromisos: Después de que la madre ha aceptado poner en práctica los compromisos para mejorar la alimentación y cuidado de su niño, se confirma lo que la madre va a hacer.
9. Llenar el Recordatorio de Compromisos: Después de confirmar los compromisos con la madre, se llena el recordatorio de compromiso. (0-11 meses y 12 a 23 meses), encerrando en un círculo el compromiso que corresponda.

### ***Conocimientos y Prácticas***

Los conocimientos de las madres sobre nutrición y salud de los niños se enfocan en:

- Los niños alimentados al pecho crecen mejor.
- Los niños alimentados al pecho se enferman menos.
- El niño que mama más, le baja más leche y la mamá se siente bien.
- Cuando el niño come más, tiene más energía y está más sano.
- El niño sigue creciendo y necesita más comida a medida que va más grande.
- Mucha sed, llanto fácil, irritabilidad, boca seca, signo del pliegue son señales de Deshidratación.
- La respiración rápida es señal de Neumonía

Patrones de consumo: Marco de referencia del consumo de alimentos de un grupo de población, refleja el tipo y cantidad de alimentos usualmente consumidos por la mayoría de individuos en un periodo determinado. Refleja aspectos culturales y de contexto, de manera que puedan ser modificadas por circunstancias tales como: Cambios en precios, escasez, información, publicidad, creencias y otros.

Los alimentos son vehículos de nutrientes. Los nutrientes son sustancias que el cuerpo humano necesita para realizar sus funciones y mantener la salud. Existen dos clases de nutrientes:

- Los que el organismo necesita en cantidades mayores: proteínas, carbohidratos y grasas.
- Los que el organismo necesita en cantidades menores: vitaminas y minerales

### **Macro nutrientes**

- a) *Carbohidratos o alimentos energéticos*: Proporcionan energía para el funcionamiento de los órganos para el desarrollo de actividades diarias. Las principales fuentes son: granos, cereales, papas, plátanos, yuca y azúcar.
- b) *Grasas*: son la fuente más concentrada de energía, siendo de origen animal tales como: manteca de cerdo, crema y mantequilla. Vegetal: aceite, mantequilla. Es importante que a los niños no se les debe limitar el consumo de grasas, especialmente a los que tienen bajo peso, porque las grasas les ayudan a aumentar su consumo de energía y a mejorar su peso.
- c) *Proteínas alimentos formadores*: Su función principal es la formación de tejidos tales como el pelo, uñas hasta los músculos. Son importantes para el crecimiento. Pueden ser de origen animal tales como la carne, leche y huevos. Vegetal: frijoles, soya, maní.<sup>7</sup>

### **Nutrientes menores**

- a) *Vitaminas*: Ayudan a regular las diferentes funciones del organismo. El cuerpo humano sólo las necesita en pequeñas cantidades, pero si no se consumen, afectan la salud del individuo. Se encuentran en casi todos los alimentos, principalmente en frutas, verduras y productos de origen animal.

- b) **Minerales:** Se necesitan en pequeñas cantidades. Estos forman parte de los tejidos y participan en funciones específicas del organismo. Están presentes en muchos alimentos, especialmente en los de origen animal tales como: carnes rojas, hígado, leguminosas, leche y sus derivados; pescado, tortillas con cal.<sup>7</sup>

***Las Prácticas que se promueven son:***

*Madres con niños de 0 a 5 meses de edad:*

- Dar pecho materno exclusivamente.
- Amamantar 8 veces o más de día y noche.
- Usar ambos pechos cada vez que amamante y amamantar hasta que los pechos se sientan vacíos.
- Sacarse la leche manualmente para que se la den al niño cuando la madre no esté en la casa.

*Madres con niños de 6 – 8 meses:*

- Continuar dando el pecho 6 veces o más, de día y de noche.
- Iniciar la alimentación a partir de los 6 meses.
- Comenzar a dar de comer el frijol de forma machacada o sopa espesa.
- Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad. Si se utiliza el plato Graduado del programa, dar hasta el color celeste (8 cucharadas soperas).
- Dar de comer al niño comida espesa.
- Dar de comer al niño 2 comidas al día.
- Animar al niño a que se coma toda la comida que le sirve en el plato.
- Usar plato y vaso para darle los alimentos al niño.

*De 9 – 11 meses:*

- Continuar dando el pecho materno.
- Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad. Si se utiliza el plato graduado del programa, dar hasta el color rosado (12 cucharadas soperas).
- Dar de comer al niño comida desbaratada.
- Dar de comer al niño 3 comidas al día.
- Acompañar al niño a comer y animarlo a que se coma toda la comida que le sirven en el plato.

*De 12 – 23 meses:*

- Continuar dando el pecho materno.
- Dar de comer al niño la cantidad adecuada según su edad. Si se utiliza el plato graduado del programa, dar hasta el color verde (16 cucharadas soperas).
- Dar de comer al niño en trocitos.
- Dar de comer al niño 4 comidas al día.
- Acompañar al niño a comer, y animarlo a que se coma toda la comida que le sirven en el plato.
- Dar de comer al niño todo lo que hay disponible en el hogar (aguacate, cuajada, Papas, maíz, frijoles, huevo, maduro, guineo, ayote, tortilla, yuca, mangos, bananos, naranja y limón entre otros). En cada comida, combinar varios alimentos para una buena nutrición. Por ejemplo: arroz, frijol y fruta; frijoles, tortilla y aguacate; huevo, arroz y fruta; arroz, cuajada y banano.

Las acciones de PROCOSAN Están dirigidas a realizar actividades para prevenir las diarreas, o solicitar atención ante un caso sospechoso de Neumonía, a través de un modelo de consejería que negocia con las madres y la familia abandonar comportamientos inadecuados y fortalecer o adquirir comportamientos adecuados que beneficiarían a la familia al reducir las posibilidades que sus niños se



mantengan en un círculo vicioso de Desnutrición - Enfermedad. La consejería es un componente clave para lograr cambios de comportamiento y se basa en la comunicación interpersonal.

Por tanto todo niño debe de ser alimentado considerando estos aspectos:

**Calidad de alimentación:** Considerada como el tipo de alimento que todo niño(a) debe recibir de acuerdo a la edad:

0-5 meses: Solo leche materna

6-23 meses: Pecho materno + (Frijoles + arroz + Mango) o (Frijoles + tortilla,+ aguacate) o (arroz + cuajada + Banano) o (Frijoles + cuajada + naranja) o (Frijoles + guineo + aguacate) o (Arroz + Huevo + Mango).

**Cantidad de alimentos:** Se define como el volumen adecuado de alimentos que recibe el niño(a) en 24 horas de acuerdo a su edad.

0-5 meses: Hasta vaciar el pecho y de los dos pechos

6-8 meses: Dar hasta vaciar el pecho + 8 cucharadas de alimentos espesos (Primer grada del plato suministrado por PROCOSAN)

9-11 meses: Dar el pecho a vaciarlo + 12 cucharadas de alimentos (Segunda grada del plato suministrado por PROCOSAN)

12-23 meses: Dar el pecho + 16 cucharadas de alimentos (Tercer o cuarta grada del plato suministrado por PROCOSAN).

**Frecuencia de alimentación:** Se define como el número de veces que recibe alimentos el niño(a) en 24 horas de acuerdo a su edad.

0-5 meses: dar pecho materno 8 o más veces

6-8 meses: Dar el pecho 6 o más veces + alimentos dos veces al día

9-11 meses: Pecho materno + alimentos tres veces al día

12-23 meses: Pecho materno + alimentos cuatro veces al día

### ***Disponibilidad de alimentos***

La disponibilidad de los alimentos es el aspecto más básico a considerar a nivel regional, nacional, local comunitario, familiar e individual. Sólo puede aseverarse que existe seguridad en la disponibilidad de alimentos a nivel nacional cuando los recursos alimentarios son suficientes para proporcionar una dieta adecuada a cada persona en ese país, independientemente de la procedencia de ese alimento, es decir, si es producido localmente o proviene de importaciones o donaciones<sup>3</sup>

La agricultura ha sido la fuente más importante de la economía nacional y de la producción alimentaria de la mayoría de países latinoamericanos. En estos países una proporción variable, pero siempre importante de población, produce sus propios alimentos para autoconsumo, mientras que la población urbana, obtiene sus alimentos de la oferta del mercado. En consecuencia, un factor de riesgo de inseguridad alimentaria por insuficiente disponibilidad de alimentos es el lugar de residencia urbana de la población.<sup>11</sup>

Nicaragua no es capaz de producir sus propios alimentos, por ende, es un país importador neto. Uno de los factores principales relacionados a esta realidad, es la falta de políticas públicas concretas encaminadas a transformar los procesos productivos, pues hay 200,000 familias campesinas productoras de granos básicos que carecen de capacidad productiva eficiente, canales de distribución, información de mercado, transferencias tecnológicas y sobre todo, financiamiento. En este ámbito, en el perfil país de la FAO, publicado en su página web, se estima para el año 2004 que las importaciones de alimentos –en Nicaragua—alcanzan la cifra de US\$ 301 millones, cifra que corresponde al 16 por ciento de las importaciones totales país. Estas provienen de Estados Unidos, Costa Rica y Guatemala, especialmente, y corresponden a cereales, aceites vegetales, tubérculos y raíces y; leche en polvo.<sup>3</sup>

Las principales causas de un estado nutricional deficiente son la falta de disponibilidad de alimentos, el insuficiente poder adquisitivo, la distribución inapropiada o el uso inadecuado de los alimentos en el hogar, las malas condiciones de la salud y el saneamiento y las prácticas de atención y alimentación inapropiadas, entre otras.

### **Información sobre la enfermedad del niño.**

Habitualmente, los niños desnutridos tienen una mayor frecuencia de episodios de infecciones respiratorias y diarrea que los niños eutróficos. Estos episodios tienen a su vez una mayor gravedad y más larga evolución contribuyendo a un mayor deterioro en el estado nutricional del niño<sup>15</sup>

Las enfermedades que más afectan a la niñez menor de cinco años (Enfermedades prevalentes) son las enfermedades diarreicas agudas, las infecciones respiratorias agudas (Neumonía) y la desnutrición, que además ocupan los primeros lugares en la mortalidad de estos niños y niñas.

Para clasificar la Neumonía se consideran los signos generales de peligro y la Respiración rápida, de acuerdo a la siguiente evaluación:

#### **Signos de peligro:**

Dejó de beber o comer; Vomita todo; Anormalmente somnoliento; Convulsiones:  
Dificultad para respirar: Respiración rápida (Niño de 2 a 11 meses: 50 o más respiraciones x minuto; Niño de 1 a 4 años: 40 o más respiraciones x minuto)  
Tiraje subcostal, Estridor, Sibilancia.

Cuando un niño tiene Diarrea, se considera lo siguiente:

**Signos de peligro:**Ojos hundidos, signo del pliegue cutáneo, bebe ávidamente, con sed, Diarrea hace 14 días o más La presencia de sangre en las heces

### **Algunos indicadores que permitieron evaluar el programa:**

- No de niños menores de dos años que son atendidos por PROCOSAN entre el total de niños menores de dos años en el área de estudio
- No de niños de 0-23 meses que han padecido de cualquiera de estas enfermedades: Dificultad para Respirar, Diarrea, Fiebre + Sangrado, Fiebre + Erupción Cutánea, Problema del Oído, Problema de Garganta, Anemia, Desnutrición entre el total de niños(as).
- No de madres que dijeron buscar ayuda con el personal de salud de puesto o centro de salud entre el total de madres del estudio
- Número de madres que refieren haber tenido una charla con el consejero(a) en los últimos 30 días entre el total de madres del estudio
- Porcentaje de madres que refieren haber recibido la consejería de parte del Voluntario de Salud en la comunidad entre el total de madres del estudio.
- Porcentaje de madres que refieren haber recibido al menos una consejería cada mes de parte del voluntario de salud en la comunidad entre el total de madres del estudio
- Porcentaje de madres que mencionan al menos dos mensajes recibidos durante la consejería entre el total de madres del estudio
- Porcentaje de madres que mencionan los alimentos básicos para la nutrición de sus niños entre el total de madres
- No de niños(as) de 0-23 meses que reciben el tipo de alimento adecuado a su edad entre el total de niños(as) del mismo grupo de edad.
- No de niños(as) de 0-23 meses que reciben la cantidad de alimentos adecuada a la edad entre el total de niños(as) del mismo grupo de edad.
- No de niños(as) de 0-23 meses que reciben la frecuencia de alimentos adecuada a la edad entre el total de niños(as) del mismo grupo de edad.
- No de niños de 0-23 meses pesados que están por arriba de -2 DZ relacionados a Talla /Edad (Se eliminarán las desviaciones extremas menor a -5DZ y mayor a +5DZ)

- No de niños de 0-23 meses pesados que están por arriba de -2 DZ relacionados a Peso/Talla (Se eliminarán las desviaciones extremas menor a -5DZ y mayor a +5DZ)

## VII. Diseño Metodológico

---

### a) Tipo de estudio

El presente trabajo es de tipo descriptivo, evaluativo, en el cual se estudian los cambios inducidos por el PROCOSAN en los niños beneficiarios y en sus madres o cuidadoras.

### b) Universo.

El universo del estudio fueron niños(as) menores de dos años registrados en los censos de cada una de las comunidades del área de estudio del municipio de la Trinidad. En total 305 niños de 30 comunidades.

### c) Tamaño de la muestra.

La siguiente muestra fue seleccionada por el programa EPIINFO

Muestra: **130 niños** de 30 comunidades rurales del municipio de la Trinidad  
Intervalo de confianza del 95 % (Error alfa del 5 %), la prevalencia utilizada fue del 20% (encontrada en línea de base octubre 2007).

La muestra fue distribuida de forma proporcional al número de niños identificados por cada puesto de salud, luego se realizó la selección de niños de forma aleatoria tomando en cuenta todas las comunidades. (Ver anexo Lista de niños por comunidad)

### d) Área de Estudio

El trabajo investigativo es realizado en 30 comunidades del área rural del municipio de la Trinidad, departamento de Estelí.

### e) Unidad de análisis

Madres con niños menores de dos años que asisten al Programa Comunitario de Salud y Nutrición.

**f) Variables del Estudio según objetivo**

**Objetivo 1. Características biológicas de los niños (as) y acompañantes**

- Cobertura del Programa de salud comunitaria (PROCOSAN)
- Edad del niño
- Peso
- Talla
- Sexo de niño
- Procedencia del niño (as)
- Tipo de acompañante

**Objetivo 2. Identificar las enfermedades más frecuentes y muertes ocurridas en niños Menores de 2 años.**

- Antecedentes de infecciones respiratorias en los últimos quince días
- Antecedentes de enfermedades diarreicas en los últimos quince días
- Tratamiento utilizado durante la enfermedad
- Muertes infantiles ocurridas en los últimos 2 años previos al estudio Noviembre 2009.

**Objetivo 3. Conocimientos y prácticas de las madres sobre EDA e IRAS**

- Búsqueda de ayuda
- Reconocimiento de signos de peligro de EDA
- Reconocimiento de Signos de peligro de IRA

**Objetivo 4. Captación de la consejería de las madres con relación con los contenidos de educación proporcionados.**

- Consejerías recibidas
- Origen de la consejería

- Frecuencia de las consejerías
- Temas abordados

#### **Objetivo 5. Disponibilidad y prácticas de alimentos**

- Lactancia exclusiva
- Tipos de alimentos disponibles en el hogar
- Calidad
- Cantidad
- Frecuencia
- Suplemento de Vitamina A y hierro

#### **Objetivo 6. Estado nutricional de los niños menores de dos años:**

- Cambios en índice Talla/Edad
- Cambios en Índice Peso/Edad
- Cambios en Índice Peso/Talla.

#### **g) Criterios de inclusión**

- Madres o cuidadores con niños (as) menores de 2 años, que están censadas en el programa
- Que asisten periódicamente a las sesiones de pesaje
- Que vivan en las comunidades de estudio

#### **h) Fuente de Información**

- **Fuente primaria:**
  - Madre o cuidador del niño (as)
- **Fuentes secundarias**
  - Línea de base 2007 realizada por CRN MINSA
  - ENDESA 2007-2008
  - Informe año 2008 MINSA



#### **i) Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

- Entrevistas a madres o cuidadores del niño(as), haciendo uso del cuestionario que contiene preguntas abiertas.(ver anexo)
- Revisión documental de línea de base octubre 2007 (guía de revisión)

#### **j) Análisis de datos**

Se creó una base en Excel, donde se introdujeron los datos procedentes de los cuestionarios y se construyeron tablas de salidas a partir de las variables y objetivos del estudio.

La evaluación se logra mediante el establecimiento de los cambios en los indicadores nutricionales por medio de la comparación de los resultados de este estudio con lo reportado en línea de base realizado por CRN MINSA en octubre 2007 y ENDESA 2006 2007.

Se realizaron cruces de las siguientes variables:

#### **Alimentación adecuada del menor de 2 años con relación a:**

- Calidad de alimentación
- Cantidad de alimentación
- Frecuencia de alimentación
- Consistencia de alimentación.

#### **K).Plan de recolección de datos:**

Los hogares se seleccionaron a través de muestras aleatorias simples que se tomaron del censo existente en cada comunidad con PROCOSAN.

#### **l).Prevención de sesgos:**

Se realiza una validación del instrumento (Guía de Entrevista) a través de una pruebas de campo en un área poblacional fuera del área sujeta a estudio, dichos

instrumentos se modificaron de acuerdo a resultados de validación.

Previo a las entrevistas se estudio la aplicación del cuestionario y se explico la técnica de peso y talla a fin de evitar sesgo en la recolección de información.

**m).Procesamiento de la información:**

El procesamiento y análisis de los datos se realizó a partir de las tablas de salidas proporcionadas por Excel. Una vez realizado el Procesamiento se procedió a ordenar las respuestas en los resultados, siguiendo el orden de las variables de cada uno de los objetivos específicos del estudio. Los resultados se presentan en tablas y gráficos.

**n). Aspecto éticos**

Se solicitó el consentimiento a las madres o cuidadores de niños menores de 2 años explicándose el motivo del estudio, sus razones y la forma en que se utilizaría la información, procediéndose a realizar la entrevista una vez fue aceptada la solicitud.(Ver guía de entrevista)

## VIII. Resultados

---

La presente investigación evaluativa se realizó en 30 comunidades rurales, lo que representa el 75%, que ejecuta el programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN) del municipio de La Trinidad, para un total de 305 niños atendidos. Para este estudio se realizó entrevista a 130 madres con niños menores de 2 años, que representa el 43% de la población de niños menores de 2 años de las 30 comunidades en estudio. La selección de las familias se hizo de forma aleatoria, tomando en consideración el número de viviendas según censo. Todas las familias manifestaron voluntad y disposición para participar en la entrevista, las preguntas del cuestionario fueron contestadas en su totalidad y acorde a la guía de entrevistas elaboradas. Previamente todas las familias recibieron información acerca de que los datos suministrados, serán utilizados de forma confidencial y de manera exclusiva para fines de investigación.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

### **8.1. Características biológicas de los niños(as) y acompañantes**

Este estudio, se realizó en el área rural del municipio de La Trinidad, con 130 niños(as), de los cuales 52% eran del sexo hombre y el 48% del Sexo mujer.

Según podemos observar en la tabla 1, en relación a la **edad de los niños(s)**, el 25% (32/130) tenían de 0 a 5 meses, 20% (26/132) niños(as) eran de 6 a 8 meses el 23% (30/132) pertenecen a la edad de 9 a 11 meses, el mayor Porcentaje de niños estudiados corresponden en un 32% (42/132) al grupo de edad entre 12 a 23 meses de edad.

Tabla 1. Sexo y talla según edad. Estudio 2009.

Grupo de edad	Sexo			Talla			
	H	M	%	40 cm-60cm	61cm-70cm	71cm-90cm	Mayor 90cm
<b>0- 5 meses</b>	18	14	25	4 (12%)	28 (88%)		
<b>6-8meses</b>	14	12	20		6(23%)	20(77%)	
<b>9-11 meses</b>	14	16	23		6(20%)	24(80%)	
<b>12-23 meses</b>	22	20	32			36(86%)	6(14%)
<b>Total</b>	68	62	100				

Fuente estudio 2009, La Trinidad, Estelí

**La talla de los niños** según grupo de edad de 0 a 5 meses, se encontró que en el municipio de La Trinidad, el 88%(28) tenían talla entre 61 y 70 cm y un 12% (4) entre 40 a 60 cm.

En el grupo de 6 a 8 meses el 77%(20), la talla estaba entre el 71 y 90 cm y 23% (6) en entre 61 y 70 cm. En el grupo de 9 a 11 meses el 80%(24) su talla estaba entre el 71 y 90 cm y 20% (6) en entre 61 y 70 cm. De 12 a 23 meses el 86%(36) se encuentra entre el 71 y 90 cm y 14% (6) en entre más de 90 cm.

Tabla 2. Peso de los menores de dos años según edad. Estudio 2009.

Grupo de edad	Peso						
	3 a 4 Kg	5 a 6 Kg	7 a 8Kg	9 a 10 Kg	11 a 12 kg	13 a 14kg	15 a 16 Kg
<b>0- 5 meses</b>	3(9%)	3(9%)	12(38%)	14(44%)			0
<b>6-8meses</b>			6(23%)	20(77%)	0	0	0
<b>9-11 meses</b>			4(13%)	12(40%)	14(47%)	0	0
<b>12-23 meses</b>			0	0	13(31%)	15(36%)	14(33%)

Fuente estudio 2009, Trinidad Estelí

**Peso de los niños** según grupos de edad, en el de 0 a 5 meses el 9%(3) pesaron entre 3 y 6 kg respectivamente, 38% (12) entre 7 y 8 Kg y 44%(14) entre 9 y 10 Kg. En el grupo de 6 a 8 meses el 77%(20) pesaron entre 9 y 10 Kg y 23% (6) entre 7 a 8 Kg. En el grupo de 9 a 11 el 13%(4) peso entre 7 a 8 kg, 40% (12) de 9 a 10 Kg y 47 % (14). Entre 11 a 12 Kg. En el grupode 12 a 23 meses el 31%(13) peso entre 11 a 12 Kg el 36% (15) entre 13 a 14 Kg y 33% (14) entre 15 y 16 Kg.

Tabla 3 .Tipo de cuidadores de niños (as) menores de 2 años, del área de estudio.

Tipo de cuidador	Frecuencia	
	No	%
Madre	80	62
Familiar	18	14
Padre	20	15
Otro	12	9
Total	130	100

EI Fuente: Datos del estudio 2009, Trinidad Estelí.

*tipo*

*de cuidador* de los niños, se encontró que el 62% (80) eran madres, seguido por los padres en un 15%(20), el 14% (18) era otro familiar y el 9% (12), los niños(as) eran cuidados por otra persona que no era del núcleo familiar.

## 8.2 Prevalencia de enfermedades y Tratamiento utilizado.

### - *Prevalencia de enfermedades*

Tabla 4: Prevalencia de enfermedades en niños (as), Menores de 2 años del estudio.

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Tos o un problema respiratorio</b>	65	68
<b>Diarrea</b>	8	8
<b>Fiebre</b>	35	37

Fuente: Datos del estudio 2009, Trinidad Estelí.

La proporción de niños enfermos en el estudio fue de 73% (95), la prevalencia de enfermedades fue la siguiente: problemas respiratorio 68% (65), fiebre 37%(35) y un 8%(8) mencionaron estar enfermos de diarrea.

**- Tratamiento utilizado durante la enfermedad**

**Tabla 5 Tratamiento utilizado durante la enfermedad del niño(a)  
(n=95)**

<b>Tratamiento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>No se acuerda</b>	6	6
<b>SRO con Antibióticos</b>	4	4
<b>antibióticos</b>	44	46
<b>Cocimientos caseros</b>	25	26
<b>Acetaminofen Combinado con antibióticos</b>	30	32
<b>Sales de Rehidratación Oral.</b>	<b>16</b>	<b>17</b>

Fuente. Estudio realizado en Nov. 2009 trinidad Estelí.

En cuanto al tratamiento que le dieron al niño (a) durante el periodo de enfermedad, el 46%(44) dijo haberle dado Antibiótico, un 32%(30) antibiótico combinado con Acetaminofen y en menor proporción 17%(16), utilizaron sales de rehidratación oral

Al realizar consultas sobre muertes de niños en los últimos 2 años el 100% de las madres manifestaron que no se había presentado ningún caso.



### 8.3 Conocimiento y prácticas de las madres, relacionadas al manejo de las Enfermedades Diarreicas y Respiratoria.

– **Búsqueda de ayuda.**

**Tabla 6: Búsqueda de ayuda cuando sus niños(as) se enferman.**

<b>A quien solicita ayuda cuando el niño se enferma</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Brigadistas	32	34
Parteras	9	9
Personal de Puesto de salud	88	93
Personal de Centro de salud	33	35
Farmacia Privada	0	0
No solicito ayuda	0	0
Otros	0	0

De las madres que refirieron que sus niños habían enfermado, el 93%(88), buscó al personal de puestos de salud para solicitar ayuda, seguidamente en un 35%(33), acudieron al centro de salud, 34%(32), buscó al brigadista de salud y un 9%(9) solicitó ayuda a la partera.

**Tabla 7: Reconocimiento del cuidador del niño(a) de signos de peligro de EDA.**

– **Reconocimiento de Signos de peligro EDA.**

Señales de gravedad que harían que busque ayuda	Frecuencia	Porcentaje (%)
4 señales de peligros	9	7
De 2 a 3 señales	14	11
menos de 2 señales	19	15
No reconoce ninguna	88	68
Total	130	100

Fuente. Estudio realizado en Nov. 2009 trinidad.

De

130 madres a la que se le pregunto qué mencionaran las señales de peligro de enfermedades diarreicas, que conocían, como medidas para buscar ayuda inmediata y de esta manera evitar la muerte de un niño, el 68%(88) no menciono ninguna, el 15%(19/130), menciono menos de 2 señales de peligros, seguidamente 11%(14/130), mencionaron de 2 a 3 señales de peligro y solamente 7%(9/130) madres mencionaron 4 señales de peligro.

– **Reconocimiento de IRAS.**

**Tabla 8: Reconocimiento del cuidador del niño(a) de signos de peligro de IRA.**

Señales de grave busqui	Frecuencia	Porcentaje (%)
4 señales de peligros	5	4
De 2 a 3 señales	13	10
Menos de 2 señales	20	15
No menciona/ no reconoce ninguna señal	92	71
Total	130	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

---

Al realizar las preguntas al mismo número de madres, en cuanto al reconocimiento de señales de peligro en enfermedades respiratoria, se encontró que en un 71%(92/130) no reconocían o mencionaron ningún signo de peligro, el 15%(20/130), mencionaron menos de 2 señales, 10%(13/130) reconocieron de 2 a 3 signos de peligros y 4%(5/130) de las madres reconocieron 4 signos de peligro el cual se considera como conocimiento básico que debe tener la madres para buscar ayuda.

#### **8.4captación de la consejería de las madres con relación con los contenidos de educación proporcionados.**

– ***Consejerías recibidas***

**Tabla 9. % de cuidadores de niños(as) menores de 2 años que escucharon mensajes de salud**

<b>Escucharon mensajes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	127	98
No	3	2
Total	130	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Relacionado a mensajes escuchados en los últimos 30 días, el 98% (127/130) del total de madres refirieron haber escuchado algún mensaje de salud y nutrición.

– **Origen de la consejería**

**Tabla 10. Fuente de información donde del cuidado y tencion del niño menor de 2**

<b>Fuente de Información</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Personal de salud.	9	7
Brigadista de Salud	113	89
Radio	0	0
Promotor de ONG	5	4
<b>Total</b>	<b>127</b>	<b>98</b>

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

De 127 madres que dijeron haber escuchado algún mensaje, el 89% (113/127) refirieron que la fuente fue el brigadista de salud, 7%(9/127) personal de salud y un 4%(5/127), refirieron escucharlo del promotor de alguna organización no gubernamental.

– **Frecuencia de las consejerías**

**Tabla 11. Frecuencia que refirieron las madres o cuidadores, recibir consejería.**

<b>Veces que escuchan el mensaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Una vez al mes	119	94
dos veces al mes	5	4
tres veces al mes	3	2
Cuatro veces al mes	0	0
seis veces o mas	0	0
Total	127	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

El 94% (119/127) de ellas, refirieron escuchar los mensajes una vez al mes, 4% (5/127) dos veces y el 2 % (3/127) refirieron haber escuchado hasta tres veces en el mes.

– **Temas abordados**

**Tabla 12. Temáticas abordados, que las madres o cuidadores mencionan que reciben los mensajes de salud.**

<b>Mensajes de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Como alimentar a los niños	118	93
Los tipos de alimentos que deben dar a los niños	85	67
Frecuencia en que se debe dar los alimentos	77	61
Cantidad de alimentos que debemos dar a los niños	112	88
Como cuidar al niño enfermo con IRA	17	13
Como cuidar al niño con EDA	1	1
Cuando buscar atención en la Unidad de Salud	3	2

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Relacionando el contenido de los mensajes que las madres en el estudio, refirieron recordar se encontró lo siguiente; el 93%(118) dijeron como alimentar a los niños, 88%(112/127) cantidad de alimentos que hay que dar, 67%(85/127) los tipos de alimentos que deben dar a los niños, 61%(77) la frecuencia que deben dar los alimentos y en una menor proporción se encontró en un 13%(17/127) como cuidar a los niño con infecciones respiratoria, 2% (3/127) cuando buscar ayuda en la unidad de salud y en 1%(1/127) como cuidar al niños con infecciones diarreicas.

**8.5 Disponibilidad y Prácticas de Alimentación.**

– **Lactancia materna Exclusiva.**

**Tabla 13: Porcentajes de niños(as) menores de 6 meses que estaban siendo amamantados en el momento del estudio.(n=32)**

<b>Niños con Lactancia Materna Exclusiva</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
No	21	66
Si	11	34
Total	32	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Según se puede observar en el cuadro, de 32 madres entrevistadas con niños menores de 6 meses de edad, 34%(11) madres mencionaron que a sus niños (as), reciben lactancia materna exclusiva y en un mayor porcentaje 66%(21) de los niños(as) no estaban recibiendo lactancia materna exclusiva.

– ***Tipos de alimentos disponibles en el hogar***

**Tabla 14: Disponibilidad de alimentos en los hogares estudiados (n: 130)**

<b>Tipo de Alimentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes (%)</b>
Lactancia materna	52	40
Frijoles	121	93
Arroz	57	44
Tortilla	120	92
Queso o Cuajada	5	4
Frutas	12	9
Guineo , Quequisque	15	12
carnes	4	3
Huevo	47	36
Aceite Para cocinar	64	49
Otros (leche Formula	33	25

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Las 130 madres del estudio, mencionaron que disponen en el hogar de los siguientes alimentos: Frijoles 93% (121/130); tortilla 92%(120), aceite para cocinar 49%(64), arroz 44%(57/130), Leche Materna 40%(52/130), huevo 36%(47/130), otros formulas en un 25%(33/130), guineo, quequisque 12%(15/130), frutas 9% (12/130),queso o cuajada 4%(5/130), y en menor proporción de consumo del 3%(4/130) las carnes.



- **Calidad**

**Tabla 15: Calidad de alimentos que consumen los niños del área de estudio.**

Calidad de Alimentos	Frecuencia	Porcentajes (%)
Adecuada	73	56
No adecuada	57	44
Total niños	130	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, el Municipio La Trinidad

Relacionado a calidad de alimentación, definida como; tipos adecuados de alimentos que reciben los niños menores de dos años, se obtuvo el siguiente resultado: el 56%(73) recibieron Alimentos adecuados

- **Cantidad**

**Tabla 16: Cantidad de Alimentos que consumen los niños del área de estudio.**

Cantidad de Alimentos	Frecuencia	Porcentajes (%)
Adecuada	69	53
No adecuada	61	47
Total	130	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Referente a la cantidad de adecuada de alimentos que un niño debe recibir se encontró que el 53% (69) habían recibido la cantidad adecuada, contra un 47% (61) que no la recibieron

**Tabla 17: Cantidad que consumen los alimentos los Niños(as) según grupo de edad.**

Grupo de edad	Cantidad adecuada de alimentos				Total
	No	%	Si	%	
0 a 5 meses	21	66	11	34	32
6 a 8 meses	12	18	14	54	26
9 a 11 meses	12	40	18	60	30
12 a 23 meses	16	38	26	62	42
Total					130

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, el Municipio La Trinidad

Agrupando a los niños por edad, encontramos que en el grupo de 0 a 5 meses, el 34% (32) habían recibido la cantidad de alimentos adecuada para la edad, del grupo de 6 a 8 meses el 54% (26), del grupo de 9 a 11 meses, el 60% (30) y del grupo de 12 a 23 meses el 62% (42)

**- Frecuencia**

**Tabla 18: Frecuencia con que consumen los alimentos los niños (as) en estudio.**

Frecuencia de alimentación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Adecuada	82	63
No adecuada	48	37
Total	130	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

La frecuencia de alimentación

definida como el número de veces que un niño, recibe alimentos en 24 horas, se encontró que el 63% (82) recibieron la frecuencia adecuada de alimentación, según edad; el 37% (48) no la recibieron.

**Tabla 19: Frecuencia que consumen los alimentos los Niños(as) según grupo de edad.**

Grupo de edad	Frecuencia adecuada de alimentos				Total
	No	%	Si	%	
0 a 5 meses	21	66	11	34	32
6 a 8 meses	10	38	16	62	26
9 a 11 meses	8	27	22	73	30
12 a 23 meses	11	26	31	74	42
Total	50		80		130

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Relacionando a los niños por grupo de edad y frecuencia de alimentación, encontramos que el grupo de 0 a 5 meses el 34% (11) recibieron la frecuencia adecuada de acuerdo a su edad; en el grupo de 6 a 8 meses, el 62% (16), en el grupo de 9 a 11 meses el 73% (22) y en el grupo de 12 a 23 meses el 74% (31) estaban recibiendo la frecuencia adecuada de alimentación de acuerdo a su edad.

- **Tabla 20: Consistencia de Alimentos que reciben los niños (as) según la edad**

Consistencia de Alimentos	Frecuencia	Porcentajes (%)
Adecuada	125	96
No adecuada	5	4
Total	130	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Con relación a la consistencia de alimentos que brindan a los niños(as), se encontró que el 96%(125) es adecuada a la edad del niño.

**Tabla 21: Consistencia de Alimentos que reciben los niños (as) según la edad**

Grupo de edad	Consistencia adecuada de alimentos				Total
	No	%	Si	%	
0 a 5 meses	3	9	29	91	32
6 a 8 meses	0	0	26	100	26
9 a 11 meses	0	0	30	100	30
12 a 23 meses	2	5	40	95	42

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Encontrándose según grupo de edad, los siguientes resultados: en el grupo de 0-5 meses el 91% (29), estaban siendo alimentados con la consistencia adecuada, en el grupo de 6 a 8 meses y de 9 a 11 meses el 100% (26), 100% (30), respectivamente, en el grupo de 12 a 23 meses, alimentados con la consistencia adecuada.

- **Consumo de suplemento de vitamina A y Fe**

**Tabla 22: Suministro de "Vitamina A" niño(as) mayores de 6 meses del área de estudio.**

Suministro de Vitamina A.	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>SI</b>	89	91
<b>No</b>	9	9
<b>Total</b>	98	100

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Las vitaminas y minerales constituyen los llamados micronutrientes. Estos se necesitan en cantidades mínimas en la dieta y su rol principal es ayudar a la absorción de macro nutrientes. Los resultados del presente estudio, muestran que el 91%(89), de los niños mayores de 6 meses habían recibido vitamina A, según esquema de aplicación de micronutrientes reflejado en tarjeta.

**Tabla 23: Suministro de " Hierro" niño(as) mayores de 6 meses del área de estudio: n.98**

Suministro de Sulfato ferroso	Frecuencia	Porcentaje (%)
SI	69	70
No	29	30
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

En cuanto a la administración de hierro en los últimos 12 meses, un 70% (69), de los niños habían recibido su dosis

### 8.6 Estado nutricional de niños en el estudio.

**Tabla 24: Estado nutricional de niños y niñas menores de 2 años, según grupo de edad y de acuerdo al indicador P/T. Nicaragua NCHS.**

Grupo de Edad	Peso talla(P/T)		Total	%
	Normal	DN aguda		
0- 5 meses	30	2	32	6
6-8meses	19	7	26	27
9-11 meses	26	4	30	13
12-23 meses	29	13	42	31
<b>Total</b>	<b>104</b>	<b>26</b>	<b>130</b>	<b>20</b>

Fuente: Datos del estudio 2009, Línea de base Trinidad -2007

Relacionado al estado nutricional de los niños en el área de estudio se encontró **que la desnutrición aguda** es de 6% (2/32 )en el grupo de 0 a 5 meses de edad; 27% (7/27) en el grupo de 6 a 8 meses, 13% (4/30) en el grupo de 9 a 11 y el grupo de 12 a 23 meses 31% (13/42) Meses; el promedio de desnutrición aguda para todos los grupos de edad es de 20%.

**Tabla 25: Estado nutricional de niños y niñas menores de 2 años, Según grupo de edad y de acuerdo al indicador T/E, Nicaragua NCHS.**

Grupo de Edad	Talla Edad (T/E)		Total	%
	Normal	DN Crónica		
0- 5 meses	31	1	32	3
6-8meses	20	6	26	23
9-11 meses	24	6	30	20
12-23 meses	37	5	42	12
<b>Total</b>	112	18	130	14

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Respecto a **desnutrición crónica** se observó que en el grupo de edad de o a 5 mese 3% (1/32), para el grupo de 6 a 8 meses; 23% (6/26), grupo de 9 a 11 meses 20% (6/30) y 12% (5/42) al grupo de 12 a 23 meses de edad, para todo el grupo de edad la desnutrición crónica fue del 14 %. El promedio de desnutrición es de 14%, en el niños(s) menores de 2 años.

**Tabla 26: Estado nutricional de niños y niñas menores de 2 años, Según grupo de edad y de acuerdo al indicador P/E. Nicaragua NCHS.**

Grupo de Edad	Peso Edad (P/E)			
	Normal	DN Global	Total	%
0- 5 meses	29	3	6	32
6-8meses	17	9	26	35
9-11 meses	26	4	30	13
12-23 meses	29	15	42	36
Total	104	26	130	20

Fuente: Estudio realizado en Nov. 2009, en el Municipio La Trinidad

Respecto a **desnutrición global** se observó que en el grupo de edad de 0 a 5 meses 6% (3/32), para el grupo de 6 a 8 meses; 35% (9/26), grupo de 9 a 11 meses 13% (4/30) y 36% (15/42) al grupo de 12 a 23 meses de edad, para todo el grupo de edad la desnutrición Global fue del 20 %. El promedio de desnutrición es de 20%, en niños(s) menores de 2 años.

## IX. Análisis de los resultados

---

El municipio de La Trinidad, según resultados de la encuesta tiene cubierto el 75% (30/40) de comunidades implementando la estrategia de salud comunitaria (PROCOSAN). Podemos señalar que el 25%(10/40) de las comunidades, que no se están cubriendo se asocia, a que no cumplen con los criterios de selección según (PROCOSAN), para implementar la estrategia ya que la población de niños es pequeña (entre 2 y 4), son comunidades con fácil acceso a los puestos de salud y no mostraron interés en ejecutar este programa (PROCOSAN). A pesar que no se tiene un alcance del 100% de las comunidades, se tiene cubierto un 86%(305/355) de niños, según resultados de registros realizados en fichas familiares levantadas a nivel comunitario por Ministerio de Salud Noviembre 2009. El ministerio de salud cuenta con un presupuesto que cubre los viáticos de salidas del personal de salud para darles seguimiento a las comunidades con PROCOSAN, la única limitante según el, responsable de enfermería del centro de Salud Fátima Pavón, es que el 80% de los recursos de enfermería que cubren las comunidades son temporales y carecen de conocimiento en el manejo de las estrategias comunitarias, por lo que constantemente cada año que finiquita el servicio de este personal de salud, se tiene que volver a capacitar, lo que genera gastos de movilización y alimentación, los cuales no dispone el MINSa. A inicio del 2010 el 57%(4/6), de los puestos de salud quedan descubiertos, lo que estarán asistido solo por los médicos, lo que va limitar el seguimiento a esta estrategia.

### 9.1. Características biológicas de los niños (as) y acompañante.

Este estudio se realizo a 130 niños(as), que pertenecen al área rural del municipio. Existe un predominio del sexo masculino en la población < 2 años, representando en un 52%el sexo hombre y el 48% el Sexo mujer.

**La edad** de los niños (as) en un mayor porcentaje está representado por niños (as), del grupo de edad de 12 a 23 meses en un 42%(42/132) y en un menor porcentaje la edad de 6 a 8 meses 20%(26/132).



**La talla** más baja según la edad lo representan el grupo de edad de 6 -8 meses 23%(6/26), que se encontraban en el intervalo de 61 a 70 cm, la que es considerada baja para la edad. **El Peso** más bajo esta representado en los niños(as) del grupo de edad de 12 a 23 meses.

Podemos ver que el grupo más afectado son los grupos de edad mayores de 6 meses, este debido que sus demandas nutricionales aumentan, volviéndose más sensible, a bajar de peso y no crecer lo adecuado a su edad.

La mayor parte de los niños estaban bajo el cuidado de sus madres., lo que constituye un factor favorable, para seguir fomentando en las madres la importancia de vigilar la alimentación del niño(a) y brindar consejería negociando compromisos que vengán a mejorar la situación nutricional actual de los niños (as).

## 9.2. Prevalencia de enfermedades y búsqueda de atención.

Las diarreas y las infecciones respiratorias son enfermedades prevalentes de este grupo atareo y estas se incrementan en los periodos de lluviosos y oleadas de frio. Los datos presentados en este estudio, muestran una **tendencia descendente** con relación a la línea base Octubre 2007 de los casos de diarrea disminuyeron de 35% a 8% y los de IRA **ascendieron** de 65% a 68% siendo estas, la que presenta mayor número de casos con relación a las diarreas (ver cuadro 3 y gráfico 1).

El alto porcentaje de enfermedades respiratorias con relación a las infecciones diarreicas se asocia al período de recolección de datos , Noviembre y Diciembre, en el que se observan cambio brusco de temperatura de lo cálido a lo frio, lo que por ende predisponen a los niños a enfermarse con mayor facilidad de las infecciones respiratoria, por otro lado las infecciones diarreicas se ven bajas y se han mantenido en un promedio de 3 a 6% según reportes estadísticos presentado por MINSA en el informe municipal anual 2008<sup>18</sup>, estos descensos se debe que se aplica la 3 dosis de Rotavirus en los primeros 6 meses de edad del niño lo que ha venido a resolver estos problemas diarreicos.

Se observa un incremento de un 16% con relación a la línea de base de madres que buscan ayuda a personal de salud cuando sus niños se enferman pasando de 80% al 93%. La meta esperada para este indicador es el 90%, Esta buena práctica de madre debe de ser aprovechado por MINSA para dar consejería sobre señales de peligro a fin de mejorar estos conocimientos y detener las muertes infantiles, que aunque no tengamos muerte infantil, no debemos de descuidar esta labor de prevención.

No existen estudios en el municipio que permita evaluar avances en cuanto la asistencia oportuna de las madres con niños menores de 2 años a los puestos de salud. Sin embargo los resultados indican que hay conciencia creadas en las madres en el cuidado de la salud de los niños, gracias a los esfuerzos realizados por brigadistas de salud, ONG y MINSA que están constantemente dando

consejería a las madres.

La diarrea y las enfermedades respiratorias son unas de las enfermedades más comunes y prevenibles de los niños y niñas menores de dos años, que de no ser atendida de manera oportuna puede complicarse y causar la muerte. Una de las medidas de prevención está enfocada en que las madres, padres u acompañantes den suero oral como medida de prevención de deshidratación.

Se ha definido que durante cada año de intervención se aumentara en un 10% el porcentaje de niños y niñas con episodios de diarrea que reciben SRO, dándole seguimiento anualmente mediante el análisis de los censos, que reportan datos de este cambio.

No se reflejan cambios de comportamiento con relación al uso del suero de rehidratación oral en el niño enfermo, disminuyendo en un 6% (17%) con relación a la línea de base que se encontró el 23%. No alcanzando la meta que debería estar en el 43% para el 2009 tomando en consideración el aumento del 10% anual. Dichos resultados hacen indicar, que las madres tienen la idea de que para curar una enfermedad hay que hacer uso de los antibióticos reemplazando los remedios caseros el Suero de rehidratación oral. (Ver cuadro 4 y gráfico 2).

### **9.3. Conocimiento y prácticas de las madres en Enfermedades Diarreicas y respiratoria.**

Al medir conocimiento de identificación de señales de Peligro de EDA e IRA, el Programa tiene como meta que haya un incremento de un 10% anual según línea de base en el reconocimiento de 4 señales de peligro.

Los resultados muestran que no existe avance en cuanto al reconocimiento de 4 señales de peligro de IRA alcanzándose el 7% y la meta esperada es de 25%, Con relación a la línea de base aumento en un 2% pasando de 5% a 7%. Con relación a las EDA los resultados muestran que no existe avance en cuanto al

reconocimiento de 4 señales de peligro, Al compararlo con la meta esperada 20%.(ver grafico 5).

En este indicador no hay avances significativos con relación a la meta y esto se debe a que el brigadista solo está enfocado en transmitir consejería en temas de alimentación del niño(a) descuidándose en los temas de morbilidad enfocada a la detención de signos de peligro.

#### **9.4 Contacto con la información.**

A través de la implementación y desarrollo del Programa Comunitario de Salud y Nutrición (PROCOSAN), contempla dentro de su resultado que el 65%, en cada contacto mensual, que tenga con el brigadista de salud en sesiones de peso, se de la consejería en la alimentación del niño según la edad y abordaje de la guía de atención al niño enfermo. Observándose en el estudio , que hubo un incremento del 53% de madres que refirieron escuchar los mensajes, pasando de 45% a 98% (ver cuadro 9 ,grafico 3).Los resultados del estudios permiten conocer de que se está dando la consejería a las madres lo que es alentador en el buen avance del programa ya que este contacto de confianza creado con las madres, va permitir que se mejoren los conocimientos en temas de salud y alimentación, sumado a esto es de interés para el MINSA de facilitar a las madres materiales educativos que permitan, tanto al brigadista como a la madre de manipular e identificar señales de peligro de EDA e IRA a si como los temas de alimentación que contribuyan al buen desarrollo y crecimiento del niño.

Durante la consejería”. Los mensajes que más recuerdan las madres están acordes con los tipos de mensajes que durante la consejería, en las sesiones de pesaje se difunden.

#### **9.5. Disponibilidad y Prácticas de Alimentación.**

El programa promueve la lactancia exclusiva en el menor de 6 meses y mixta de los 6 a 23 meses de edad (alimentación + lactancia materna), encontrándose que la disponibilidad de lactancia para todas las edades en estudios es el 60%(78), según podemos observar en el grafico solo el 34%(11/32) recibe

lactancia exclusiva disminuyendo en un 22% este resultado con relación a la línea de base 2007 pasando de 56%-34% (ver gráfico 8). La meta es alcanzar que el 85% de los niños y niñas menores de 6 meses reciban lactancia materna exclusiva, la cual para este año no ha alcanzado (51% por debajo de la meta). Esta disminución se da como consecuencia de la alta oferta del mercado al acceso a sucedáneos de la leche y la falta de actividades de promoción en el sistema de salud. Además, se ha decaído el trabajo de las unidades amigas de la niñez y la mujer, que realizaban actividades de promoción de la lactancia materna exclusiva.

El MINSA con apoyo de Cruz Roja Nicaragüense, a través de su estrategia de IEC, y otras actividades de PROCOSAN, PPMS (plan parto para la maternidad segura) y Grupos de Apoyo, reforzarán el tema de lactancia materna exclusiva en estas comunidades donde los datos son más bajos.

Seguidamente los resultados reflejan que los principales alimentos disponibles en el hogar son los frijoles 93%(121), Tortilla 92%(120) aceite 49%(64), arroz 44% (67), y una minoría mencionan las carnes y frutas. La selección de alimentos considerados en el estudio, se tuvo como referencia los 3 grupos básicos de alimentos; formadores, energéticos y protectores esenciales para el buen crecimiento y desarrollo del niño. Al compararlo con la línea de base 92% de la dieta se encontró que está compuesta por, atoles y cereales (tortilla, avena, pinolillo, maicena, cebada, arroz, pasta o pan) 59.6%, frijoles 42.1%, cuajada, mantequilla, crema o queso 28.9%, leche en polvo o de vaca 27.2%, verduras 30.7%, huevo 15.8% y el 12.3% había ingerido carne y en 7% de frutas.

Referente a la **calidad de alimentación**, definida como los tipos adecuados de alimentos que reciben los niños menores de dos años, encontramos que la dieta está compuesta principalmente por alimentos energéticos en un 92% (tortilla, arroz y aceite), alimentos formadores 93%(frijoles), careciendo de alimentos reguladores como frutas, verduras u hortalizas, que reflejan un 3% en consumo, este dato con

relación a la línea de base no ha variado, mostrando que la principal dieta esta va compuesta por alimentos energético en un 93%, seguida por frijoles en un 42% y un 2% por verduras y Hortalizas, tales resultados no muestran cambios en 2 años de intervención , lo que hace más vulnerable al niño a enfermarse por las pocas defensas que presta el organismo por el pobre suministro de vitaminas. Sumado a esto es preocupante que el 66% de los niños menores de 5 meses le introduzcan otras formulas de leche mas alimentación considerando las mamas que la lactancia materna no llena lo suficiente al niño.

En promedio el 56% (73) de los niños estudiados la alimentación no es adecuada de acuerdo a su edad. Este dato ha disminuido con relación a la línea de base en donde el 58% de la calidad de la dieta era inadecuada (ver grafico 7). Con relación a la meta este indicador está por debajo del 78% esperado, este no se ha mejorado ya que el programa no oferta insumos agrícolas para balancear la dieta si no que se trabaja con consejería para mejorar la dieta, basado con lo que cuentan en el hogar, aunque las madres conocen como se debe mejorar se hace difícil practicarlo ya que el acceso es limitado para el consumo de verduras y hortalizas.

**La cantidad adecuada de alimentos** definida como el volumen de alimentos que recibe un niño está directamente relacionada con la edad del niño.

En el estudio se encontró según que los grupos de edad de 0 a 5 y de 6 a 8 meses son los más afectados, ya que hay abandono temprano de la lactancia materna e introducción desordenada de alimentos, agregado a estos la cantidad de alimentos es deficiente según lo demandado por el niño. En promedio en los 4 grupos de edades se puede observar en el grafico, que se refleja un incremento ventajoso de un 33% de diferencia sobre los resultados de la línea de base, es decir de 132 niños estudiados en el 2007 el 20%(26/132) de las madres mencionaron la **cantidad adecuada** que debe proporcionarle al niño según la edad, el estudio actualmente realizado nos refleja un alimentación adecuada de un 53%(69/130).sobrepasando la meta esperada 41%.

Al comparar la **frecuencia** promedio con lo que dan los alimentos las madres a los niños se puede observar que los datos han mejorado de 11% (según línea de base realizado en Noviembre 2007) a 63%(82), de madres que mencionaron una adecuada frecuencia de alimentación al niño según la edad, observándose un incremento de un 30% con relación a la meta esperada(Ver cuadro 18) .Cabe señalar que la frecuencia se ve incrementada los grupos de edad de 9 a 11 con un (73%) y de 12 a 23 ( 79%) (Ver tabla 19) meses, debido a la dependencia de los niños a estas edades que tienen un poco mas de libertad de pedir comida e integrar sin temor, todos los alimento de consumo familiar.

**Consumo de suplemento de vitamina A y Fe** Al realizar análisis de los resultados del estudio con la línea de base 2007 de la administración de Vitamina “A” podemos observar que ha mejorado pasando de 70% a 91 alcanzando la meta propuesta en el programa del 90%. Con relación al Hierro se observa un incremento con relación a la línea de base pasando de 61% a 70%. Pero todavía hace falta promocionar más su consumo ya que estamos por debajo de la meta esperada 81%.

#### **9.6. Estado nutricional de niños en el estudio**

Al comparar Línea de base 2007<sup>20</sup>, se ve una disminución, en los resultados 3 indicadores, pasando la Desnutrición Aguda de 24a 20% , la desnutrición crónica paso de 19% a 14%. Y la desnutrición Global de 24% a 20%(Ver gráfico 10)los grupos más afectados en los 3 indicadores son los grupos de edad de 12 a 23 meses y de 9 a11 meses.El estudio refleja que aunque hubo una mejoría en cantidad, frecuencia de alimentar al niño, el balance de la dieta del niño no es adecuada ya que la alimentación está compuesta en mayor porcentaje por alimentos energético (tortilla, arroz, aceite) y en un bajo porcentaje de alimentos reguladores, solo se consume el frijol como único alimento fuente de proteínas, siendo nula el consumo de frutas y hortalizas .Este desbalance nutricional trae como consecuencia según nos muestra el estudio que el niño alcance su

crecimiento adecuado según su edad , sumado a este el niño se ve indefenso ante las diferentes enfermedades, como consecuencia del escaso consumo de hortalizas lo que viene enmarcar el deterioro nutricional.

La consejería del brigadista en la alimentación del niño y la vigilancia continua de las madres en el control de crecimiento de los niños, ha permitido que no haya incremento en estos indicadores, aunque se necesita realizar un esfuerzo para mejorar la calidad de la dieta, se debe de coordinar acciones con ONG para integrar el cultivo de pequeñas actividades agrícolas que promuevan el cultivo de hortalizas y frutas, a si como la crianza de aves de corral, para obtener el huevo y proveer de esa manera fuente de proteína a los niños(as).



## X. Conclusiones

---

1. El estudio se realizó con 130 niños(as), que pertenecen al área rural del municipio. Existe un predominio del sexo masculino en la población < 2 años, representando en un 52% el sexo hombre y el 48% el sexo mujer. **La edad** de los niños (as) en un mayor porcentaje está representado por niños (as), del grupo de edad de 12 a 23 meses en un 42%(42/132). **La talla** más baja según la edad lo representan el grupo de edad de 6 -8 meses 23%(6/26), **El Peso** más bajo está representado en los niños(as) del grupo de edad de 12 a 23 meses. La mayor parte de los niños está bajo el cuidado de sus madres.
2. Las diarreas y las infecciones respiratorias son las enfermedades más prevalentes en el estudio, mostrándose con relación a la línea base una **tendencia ascendente** de los casos de diarrea y un incremento de Infecciones respiratorias.
3. No existe avance con relación a la línea de base. En Reconocimiento de señales de peligro de enfermedades Diarreicas (EDA) e infecciones respiratorias (IRA).
4. Madres mencionan escuchar cada 30 días en sesiones de pesaje, mensaje de salud, las temáticas en su mayoría van enfocadas al cuidado y alimentación del niño menor de 2 años, observándose un incremento de madres que refirieron escuchar los mensajes de salud con relación a la línea de base.
5. Bajas Prácticas de lactancia materna exclusivas, disminuidas en un 22% este resultado con relación a la línea de base 2007. Consumo de suplemento de vitamina **Ay Hierro** ha mejorado.
6. Disminución, de los indicadores de Desnutrición Aguda y la desnutrición crónica, según comparativo con línea de base.

## **IX. Recomendaciones**

---

### **Al Programa Comunitario de Salud y Nutrición del Ministerio de Salud**

1. Establecer una estrategia de información y Comunicación para el cambio de comportamiento, pues no basta con que las madres adquieran el conocimiento en la consejería, si no que es importante trabajar en la retención de estos mensajes que permitan, tanto al brigadista como a la madre de manipular e identificar señales de peligro de EDA e IRA a si como los temas de alimentación que contribuyan al buen desarrollo y crecimiento del niño.
2. Coordinar acciones con ONG (Visión Mundial, Movimiento Comunal, FIDER) para integrar el cultivo de pequeñas actividades agrícolas que promuevan el cultivo de hortalizas y frutas, a si como la crianza de aves de corral, para obtener el huevo y proveer de esa manera fuente de proteína y vitaminas a los niños.
3. Realizar otros estudios a fin de encontrar los factores que están incidiendo en el abandono de la lactancia materna exclusiva y se establezcan propuestas dirigidas a detener este problema.
4. Fortalecer u organizar los grupos de apoyo a la lactancia materna en cada comunidad y unidades de salud.
5. Activación de comunidades amigas de la mujer y la niñez.
6. Aprovechar las sesiones de peso que se realizan mensual en las comunidades para vigilar el consumo de hierro y regístralo en tarjeta.
7. Fortalecer el trabajo de los brigadistas en todas las comunidades, ya que son la primera línea de contacto con la población,

### **A los brigadistas en las comunidades**

1. Detectar, referir y dar seguimiento a todos los niños que presentan algún problema de salud.  
El personal de salud debe aivar,
2. Priorizar las visitas domiciliarias a los hogares en donde se han detectado niños con crecimiento insatisfactorio y así vigilar estrechamente la alimentación que las madres están dando a sus niños.
3. Detectar a madres con experiencias exitosas y motivarlas para que ayuden como promotoras de prácticas adecuadas de alimentación en los niños.
4. Seguimiento a madres para la entrega oportuna de hierro y solicitar a responsable de puestos de salud insumos para entregar a las madres en sesiones de peso y registrar la entrega en la tarjeta.

### **A las familias**

1. Promover la participación del padre, para crear compromisos en el hogar de brindar una adecuada alimentación a los niños menores de dos años.
2. Promover en la familia que la combinación de alimentos, garantizando la cantidad ideal y cumplir la frecuencia según la edad.
3. Gestionar programas de seguridad alimentaria (huertos familiares) pero también, crear compromisos para modificar conductas que no son las más adecuadas, para alimentar a sus niños.
4. Suministrar hierro al niño y tomar las recomendaciones orientadas por el brigadistas y personal de salud.

## **X. Bibliografía.**

---

1. Análisis del Impacto Social y Económico de la Desnutrición Infantil en América Latina año 2006
2. FAO Perfiles Nutricionales por País Nicaragua Mayo 2001
3. FAO estado de inseguridad alimentaria en el mundo año 2005
4. Dr. Bomar R. Méndez Enanismo cultural o genético libro el nicaragüense año 2005.
- 5 Datos De la Dirección General de Planificación y Desarrollo del Ministerio de Salud de Nicaragua referentes al año 2001.
6. Informe del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, (UNICEF)y la Secretaría Técnica de Cooperación Internacional (SECTO)año 2007.
7. Arévalo C, Barrantes L, Astorga E et al. Guías alimentarias para Guatemala: Los siete pasos para una alimentación sana. INCAP. 1998. p. 1-27. [Www.incap.org. 10 de Noviembre 2,004.
8. Encuesta Nicaragüense de demografía y salud 2006/07.P.98-107. Informe final.
9. Saucedo JM. La Familia su dinámica y Tratamiento. OPS; p.260-265.
10. Delgado H. Palma P. La Iniciativa de la Seguridad Alimentaria Nutricional en Centroamérica. Guatemala Marzo de 1,999. Segunda Edición. Publicación del INCAP ME/ 086.
11. Publicación de la fundación para el desafío económico global (ecónomico.com),

12. Programa de seguridad alimentaria ([www.PESA centroamerica.org](http://www.PESA centroamerica.org)).
13. Arévalo C, Barrantes L, Astorga E et al. Guías alimentarias para Guatemala: Los siete pasos para una alimentación sana. INCAP. 1998. p. 1-27. [[Www.incap.org.gt](http://www.incap.org.gt)] 10 de Noviembre 2,004.
14. CENSO del Programa de salud Comunitaria de indicadores múltiples, Informe final. Nov. 2007.
15. Benguigui y, Bossio J, Fernández H. Impacto de la Estrategia AIEPI sobre la prevalencia de niños desnutridos menores de 5 años que concurren a los servicios de salud. 2005. p, 1-57.
16. Informe Final Programa de Salud Integral en la Comunidad, Subred Norte-Nica salud. Enero del 2006.
17. Manual del Brigadista (Promoción del Crecimiento), Programa Comunitario de Salud y Nutrición, MINSa 2007. P.34-51.
- 18.** Informe Ministerio de salud Fátima Pavón del Municipio de la Trinidad Estelí, año 2008.
- 19 Censo anual del Programa de salud comunitaria, realizado en 30 comunidades del municipio de la trinidad Octubre 2007.
20. Encuestas Nicaragüense de demografía y salud ENDESA 2006/07, pág. 310-320.
21. Manual Técnico Operativo, del Programa de salud comunitaria año 2007, Pág. 14 y 15.
22. plan de desarrollo Humano Nicaragüense <http://www.pndh.gob.ni/> año 2000-2011
23. Ley general de la salud. <http://www.legislacion.asamblea.gob.ni/> Ley **No. 423**, aprobada el 14 de Marzo del año 2002.

# **ANEXOS**

**Cuadro 1: Comunidades PROCOSAN**

<b>Puesto de Salud</b>	<b>No</b>	<b>Comunidades</b>	<b>Niños Menores de 2 años</b>	<b>Muestra = 130</b>
<b>Chagüite Blanco</b>	1	Las Pencas	7	
	2	Oyanka	7	
	3	Potrero de Oyanka	8	
	4	Quebrachitos	5	
	5	Chagüite Blanco	17	
			44	19
<b>Licoroy</b>	6	Cebadilla	10	
	7	las Lajas	8	
	8	San Lorenzo	10	
			28	12
<b>San Francisco</b>	9	Sector I	19	
	10	Sector II	17	
	11	Sector III	23	
	12	Víctor Gutiérrez	11	
	13	Jaime Mesa	5	
			75	32
<b>Llano Largo</b>	14	Llano Largo	9	
	15	Carbónales	6	
			15	6
<b>Gavetas</b>	16	Gavetas	6	
	17	Tablas	15	
	18	Cañadas	10	
			31	13
<b>Hornillos.</b>	19	Hornillo	4	
	20	Cuajinicuil	5	

			9	4
<b>Fátima Pavón</b>	21	Habana	12	
	22	Japón	15	
	23	Mechapa Arriba	15	
	24	Mechapa Abajo	12	
	25	Animas	4	
	26	Chagüite	5	
	27	Wacimal	10	
			73	31
<b>Rosario Abajo</b>	28	Rosario Abajo	12	
	29	Rosario Arriba	8	
	30	Monte verde	8	
			30	12
<b>Gran total</b>			305	130

**Cuadro 2: Datos comparativos de niños enfermos, durante línea de base (octubre 2007) y estudio de tesis (noviembre 2009), realizado en el Municipio La Trinidad**

<b>Estudio de tesis</b>			<b>Línea de base Proyecto ENLACE,</b>	
<b># de Niños enfermos (n=130)</b>			<b># de Niños enfermos (n=132)</b>	
<b>Variables</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>No</b>	35	27	44	<b>33</b>
<b>Si</b>	95	73	88	<b>67</b>
<b>Total</b>	130	100	132	<b>100</b>



**Cuadro 3: Datos comparativos Enfermedades prevalentes de los niños, durante línea de base (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis			Línea de base Proyecto ENLACE,	
Tipo de enfermedad			Tipo de enfermedad (n=95)	
Variables	Frecuencia	Porcentaje (%)	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Tos o problema respiratorio</b>	65	68	34	<b>65</b>
<b>Diarrea</b>	8	8	31	<b>35</b>
<b>Fiebre</b>	35	37	22	<b>25</b>

**Cuadro 4: Datos comparativos Tratamiento recibido por los niños en los episodios de enfermedad. Durante línea de base (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=95)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=88)		
Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Meta %
<b>No se acuerda</b>	6	6	14	16	
<b>SRO con Antibióticos</b>	4	4	33	38	
<b>antibióticos</b>	44	46	55	63	43
<b>Cocimientos caseros</b>	25	26	8	9	27
<b>Acetaminofen mas antibiótico</b>	30	32	26	30	
<b>Sales de Rehidratación Oral.</b>	16	17	20	23	43

**Cuadro 5: Datos comparativos Niños nacidos vivos y que murieron. Durante Informe (2007-2008 MINSA) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=95)			Informe 2007 - 2008 de MINSA Trinidad		
Nacidos Vivos	Murieron	% niños muertos	Nacidos Vivos	Murieron	% niños muertos
130	0	0	132	4	3%

**Cuadro 6: Datos comparativos A quien solicitan ayuda las madres cuando sus niños se enferman. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=95)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=88)	
A quien Solicita ayuda cuando el niño se enferma	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje
Brigadistas	32	34	22	25
Parteras	9	9	12	14
Personal de Puesto de salud	88	93	70	80
Personal de Centro de salud	33	35	48	55
Farmacia Privada	0	0	0	0
No solicito ayuda	0	0	32	36
Otros	0	0	5	6

**Cuadro 7: Datos comparativos Si su niño tuviera infecciones respiratoria que señales de gravedad haría que usted busque ayuda. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=95)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)		
Señales de gravedad que harían que busque ayuda	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Meta
4 señales de peligros	9	7	7	5	25
de 2 a 3 señales	14	11	5	4	
menos de 2 señales	19	15	9	7	
no reconoce	88	68	111	84	
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	

**Cuadro 8: Datos comparativos Si su niño tuviera diarrea que señales de gravedad haría que usted busque ayuda. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)		
Señales de gravedad que harían que busque ayuda	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Meta %
4 señales de peligros	5	4	0	0	20
de 2 a 3 señales	13	10	5	4	
menos de 2 señales	20	15	7	5	
no reconoce	92	71	120	91	
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>	

**Cuadro 9: Datos comparativos. Madres que escuchan mensajes de salud. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)		
Escucharon mensajes	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Meta
Si	127	98	60	45	65
No	3	2	72	55	
<b>Total</b>	130	100	132	100	

**Cuadro 10: Datos comparativos. Fuente de donde recibieron información las madres. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=127)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=60)		
Fuente de Información	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	porcentaje	Meta
Personal de salud.	9	7	36	60	
Brigadista de Salud	113	89	24	40	60
Radio	0	0	0	0	
Promotor de ONG	5	4	0	0	
<b>Total</b>	127	98	60	100	

**Cuadro 11: Datos comparativos. Frecuencia que las madres del estudio escuchan los mensajes al mes Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

<b>Estudio de tesis (n=127)</b>			<b>Línea de base Proyecto ENLACE (n=60)</b>		
<b>Veces que escuchan el mensaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>	<b>Meta</b>
<b>Una vez al mes</b>	119	94	50	83	90%
<b>dos veces al mes</b>	5	4	10	17	
<b>tres veces al mes</b>	3	2	0	0	
<b>Cuatro veces al mes</b>	0	0	0	0	
<b>seis veces o mas</b>	0	0	0	0	
<b>Total</b>	127	100	60	100	

**Cuadro12: Datos comparativos. Contenido de los mensajes que escucharon durante la consejería. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

<b>Estudio de tesis (n=127)</b>			<b>Línea de base Proyecto ENLACE (n=60)</b>	
<b>Mensajes de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Como Alimentar a los niños</b>	118	93	18	30
<b>Los tipos de alimentos que deben dar a los niños</b>	85	67	22	37
<b>Frecuencia en que se debe dar los alimentos</b>	77	61	0	0
<b>Cantidad de alimentos que debemos dar a los niños</b>	112	88	0	0
<b>Como cuidar al niño enfermo con IRA</b>	17	13	0	0
<b>Como cuidar al niño con EDA</b>	1	1	0	0
<b>Cuando Buscar atención en la Unidad de Salud</b>	3	2	20	33

**Cuadro 13: Datos comparativos. Disponibilidad de alimentos en los hogares estudiados Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

<b>Estudio de tesis (n=130)</b>			<b>Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)</b>	
<b>Tipo de Alimentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Lactancia materna</b>	52	40	58	44
<b>Frijoles</b>	121	93	112	85
<b>Arroz</b>	57	44	33	25
<b>Tortilla</b>	120	92	123	93
<b>Queso o Cuajada</b>	5	4	19	14
<b>Frutas</b>	12	9	22	17
<b>Guineo, Quequisque</b>	15	12	34	26
<b>carnes</b>	4	3	29	22
<b>Huevo</b>	47	36	36	27
<b>Aceite Para cocinar</b>	64	49	72	55
<b>Otros (leche Formula</b>	33	25	44	33

**Cuadro 14: Cuadro 13: Datos comparativos. Calidad de alimentos que consumen los niños Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)	
Calidad de Alimentos	Frecuencia	Porcentajes	Frecuencia	porcentaje
Adecuada	73	56		0
No adecuada	57	44	72	55
<b>Total niños</b>	130	100	72	55

**Cuadro 15: Datos comparativos. Calidad de alimentos que consumen los niños, según grupo de edad. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)						Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)				
Grupo de edad	Calidad adecuada de alimentos					Calidad adecuada de alimentos				
	No	%	Si	%	Total	No	%	Si	%	Total
<b>0 a 5 meses</b>	21	66	11	34	32	16	12	20	56	36
<b>6 a 8 meses</b>	12	46	14	54	26	11	8	16	59	30
<b>9 a 11 meses</b>	10	33	20	67	30	10	8	18	64	28
<b>12 a 23 meses</b>	14	33	28	67	42	12	9	26	68	38
<b>Total</b>	57		73		130	49		80		132



**Cuadro 16: Datos comparativos., Cantidad de alimentos que consumen los niños  
Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

<b>Estudio de tesis (n=130)</b>			<b>Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)</b>	
<b>Cantidad de Alimentos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentajes</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>porcentaje</b>
<b>Adecuada</b>	69	53	26	20
<b>No adecuada</b>	61	47	106	80
<b>Total</b>	130	100	132	100

**Cuadro 17: Datos comparativos., Cantidad de alimentos que consumen los niños,  
según grupo de edad. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009),  
Municipio La Trinidad**

<b>Estudio de tesis (n=130)</b>						<b>Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)</b>				
<b>Grupo de edad</b>	<b>Cantidad adecuada de alimentos</b>					<b>Cantidad adecuada de alimentos</b>				
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>Si</b>	<b>%</b>	<b>Total</b>
<b>0 a 5 meses</b>	21	66	11	34	32	16	12	20	56	36
<b>6 a 8 meses</b>	12	18	14	54	26	21	16	9	33	30
<b>9 a 11 meses</b>	12	40	18	60	30	20	15	16	57	28
<b>12 a 23 meses</b>	16	38	26	62	42	12	9	26	68	38
<b>Total</b>					130	69		71		132

**Cuadro 18: Datos comparativos. Frecuencia con que alimentan a los niños Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)	
Frecuencia de alimentación	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	82	63	14	11
No adecuada	48	37	118	89
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

**Tabla 19: Datos comparativos. Frecuencia con que alimentan a los niños, según grupo de edad. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)						Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)				
Grupo de edad	Frecuencia adecuada de alimentos					Frecuencia adecuada de alimentos				
	No	%	Si	%	Total	No	%	Si	%	Total
<b>0 a 5 meses</b>	21	66	11	34	32	18	14	18	50	<b>36</b>
<b>6 a 8 meses</b>	10	38	16	62	26	21	16	9	33	<b>30</b>
<b>9 a 11 meses</b>	8	27	22	73	30	16	12	12	43	<b>28</b>
<b>12 a 23 meses</b>	11	26	31	74	42	18	14	20	53	<b>38</b>
<b>Total</b>	50		82		130	73		59		<b>132</b>

**Cuadro 20: Datos comparativos. Consistencia de alimentos que consumen los niños Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)	
Consistencia de Alimentos	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Adecuada	125	96	32	24
No adecuada	5	4	100	76
<b>Total</b>	<b>130</b>	<b>100</b>	<b>132</b>	<b>100</b>

**Cuadro 21: Datos comparativos. Consistencia de alimentos que consumen los niños, según grupo de edad. Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=130)						Línea de base Proyecto ENLACE (n=132)				
Grupo de edad	Consistencia adecuada de alimentos					Consistencia adecuada de alimentos Total				
	No	%	Si	%	Total	No	%	Si	%	Total
<b>0 a 5 meses</b>	3	9	29	91	32	14	11	22	61	<b>36</b>
<b>6 a 8 meses</b>	0	0	26	100	26	12	9	18	67	<b>30</b>
<b>9 a 11 meses</b>	0	0	30	100	30	6	5	22	79	<b>28</b>
<b>12 a 23 meses</b>	2	5	40	95	42	6	5	32	84	<b>38</b>
<b>Total</b>					<b>130</b>	<b>38</b>		<b>94</b>		<b>132</b>

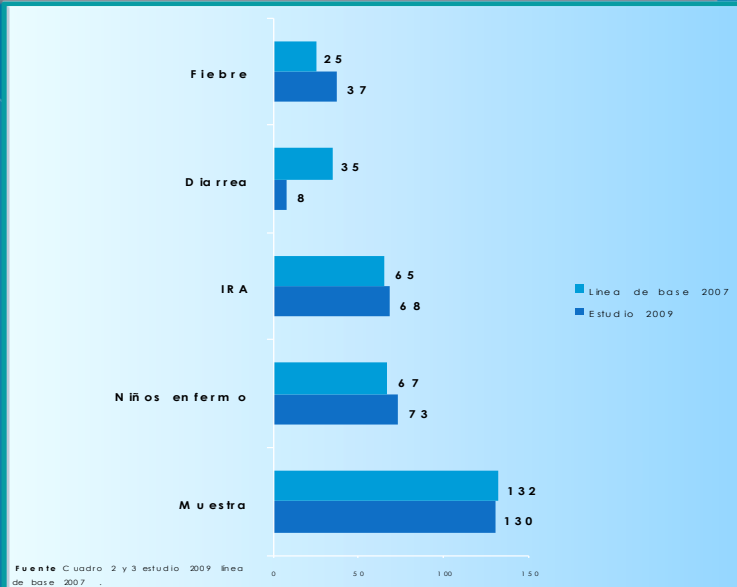
**Cuadro 22 Datos comparativos. Suministro de Sulfato en los último 12 meses al niño mayor de 6 meses Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=98)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=96)		
Suministro de Sulfato ferroso	Frecuencia	Porcentaje	No	%	Meta
SI	69	70	59	61	81%
No	29	30	37	39	
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>75</b>	96	100	

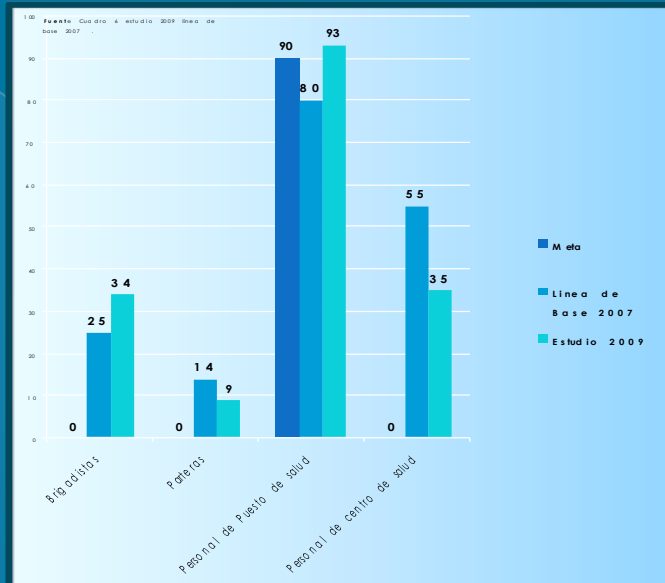
**Cuadro 23: Datos comparativos. Suministro de Vitamina “A” niño mayor de 6 meses Línea de base del Proyecto ENLACE (2007) y estudio (2009), Municipio La Trinidad**

Estudio de tesis (n=98)			Línea de base Proyecto ENLACE (n=96)		
Suministro de Vitamina A.	Frecuencia	Porcentaje	No	%	meta
SI	89	91	67	70	90%
No	9	9	29	30	
<b>Total</b>	<b>98</b>	<b>100</b>	96	100	1

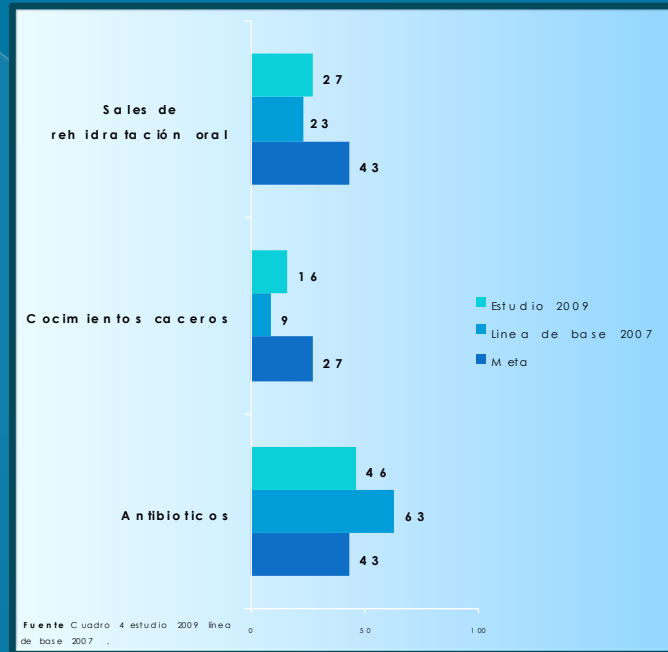
## Enfermedades prevalentes en el niño Menor de 2 años. Estudio tesis 2009- línea de base 2007



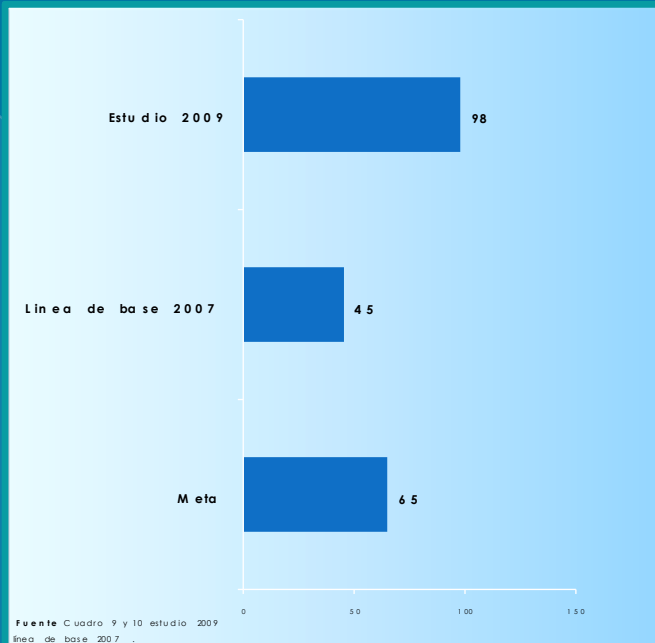
## A quien solicitan ayuda las madres cuando sus niños(as) se enferman. Datos comparativos: Línea de base 2007 y estudio 2009. Municipio La Trinidad



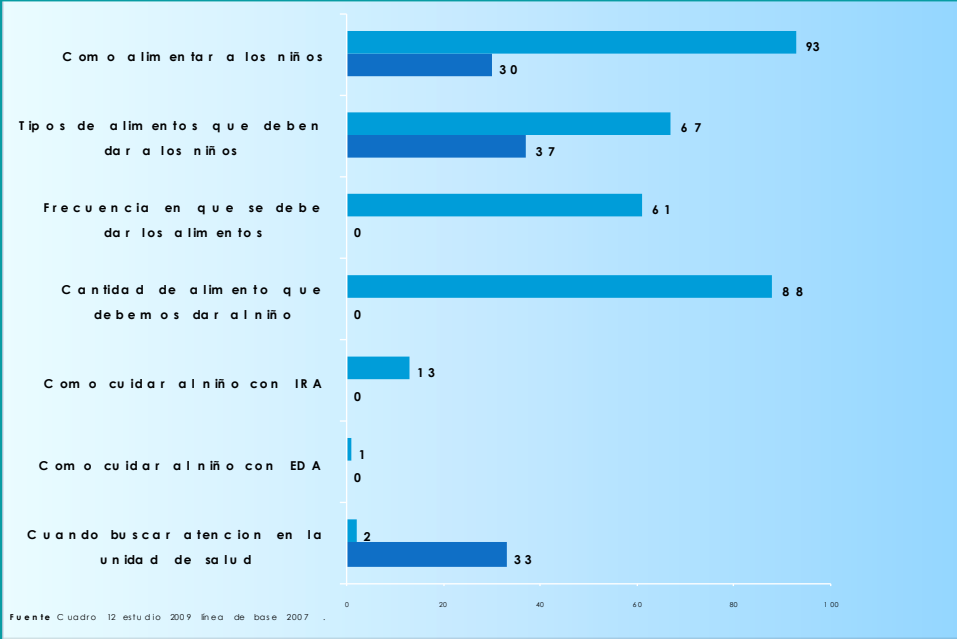
**Tratamiento recibido por los niños(as) en los episodio de enfermedad. Datos comparativos: Durante Línea de base 2007 y estudio 2009. Municipio La trinidad**



**Número de madres que reciben consejería sobre temas de salud y nutrición. Datos comparativos: Línea de base 2007 y estudio 2009. Municipio La trinidad**



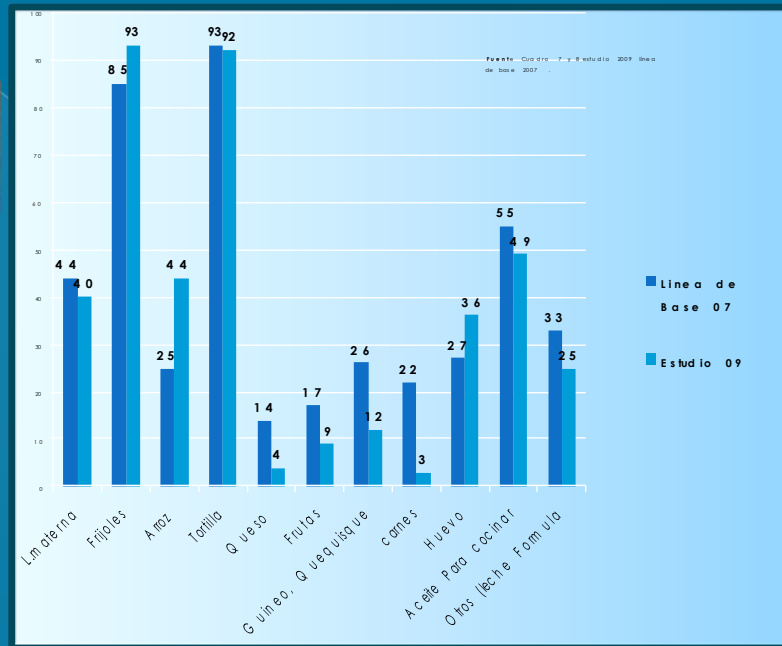
Contenido de los mensajes que escucharon las madres durante la consejería. Datos comparativos: Línea de base 2007 y estudio 2009. Municipio La trinidad



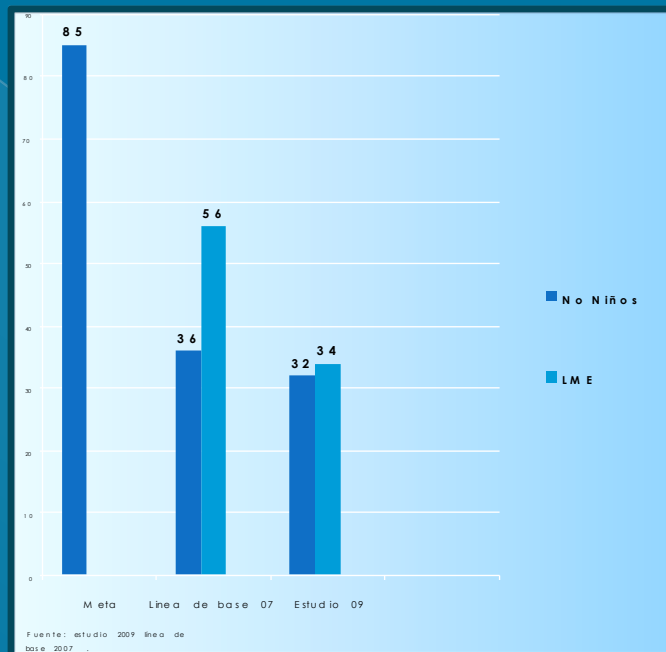
Conocimientos de las madres sobre señales de peligro de la diarrea y enfermedad respiratoria. Datos comparativos: Línea de base 2007 y estudio 2009. Municipio La trinidad



**Disponibilidad de alimentos en el hogar**  
**Línea de base 2007 y estudio 2009.**  
**Municipio La Trinidad**

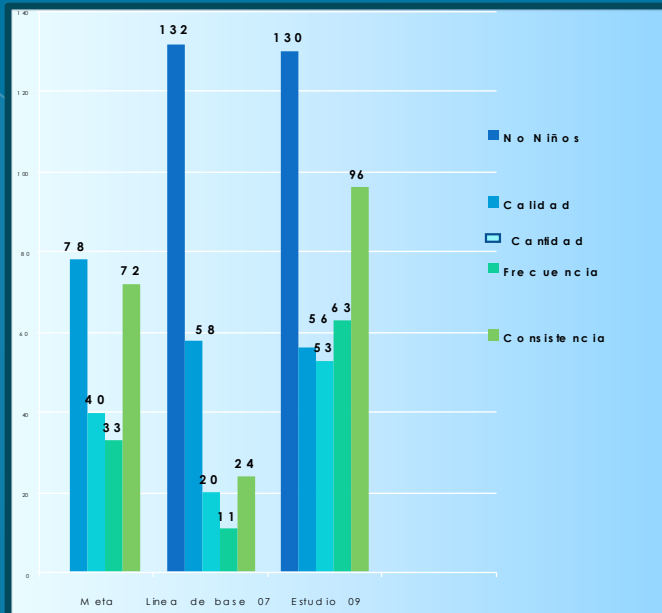


**Practica de Lactancia Materna Exclusiva**  
**en el menor de 6 meses.**  
**Datos comparativos: Línea de base 2007 y estudio 2009.**  
**Municipio La Trinidad**



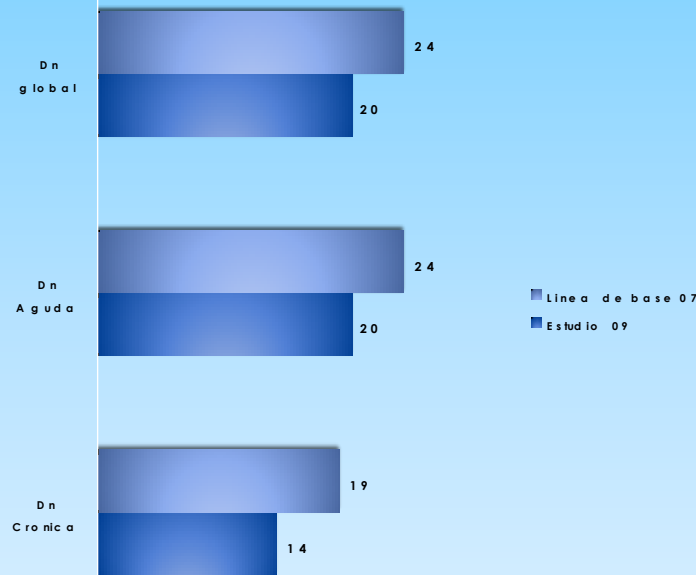


Prácticas adecuadas de alimentación introducidas en el niño menor de 2 años.  
 Datos comparativos: Línea de base 2007 y estudio 2009.  
 Municipio La Trinidad



Fuente: Cuadro 14.1.1.8 y 20  
 Estudio 2009 línea de base

Estado nutricional del niño, según los 3 indicadores (P/E, T/E, P/T) Nicaragua  
 NCH S  
 Datos comparativos Línea de base 2007 y estudio 2009.  
 Municipio La Trinidad



Fuente: Línea de base 2007 y estudio 2009, Trinidad

## Operacionalización de Variables

### Objetivo Especifico No. 1 Describir las características biológicas de los niños.

Variable	Definición	Valores	Escala
Edad	Número de años, meses y días cumplidos por el niño, que son atendidos por PROCOSAN en el área de estudio.	0-5 meses, 6 -11 meses, 9-11 meses, 12 -23 meses.	Cuantitativa, discreta
Sexo	Características fenotípicas que presentan los niños en estudio.	Hombre o Mujer	Cualitativa nominal

### Objetivo 2. Identificar las enfermedades más frecuentes y muertes ocurridas en niños Menores de 2 años

Antecedentes de IRA en los últimos 30 días	Historia personal del niño de haber presentado episodios de infección respiratoria aguda	SI- NO.	ninguna
Antecedentes de EDA en los últimos 30 días	Historia personal del niño de haber presentado episodios de infección Diarreicas aguda	SI- NO.	ninguna
Muertes infantiles	Se refiere a las muertes de niños que nacieron vivos, pero que murieron antes de cumplir su primer año de vida. Se divide en 2 rangos de edad la neonatal (0 a 28 días) Pos neonatal(de 29 días hasta antes de cumplir el primer año).	SI ( ) edad 0-5 meses, 6 -11 meses, 9-11 meses,12 -23 meses- no .(No)	Cuantitativa, discreta

### Objetivo 3. conocimientos y prácticas de las madres sobre EDA e IRAS

Búsqueda de ayuda	Se define como la decisión de la madre de Solicitar ayuda ante la sospecha de una enfermedad, en su niño.	Amiga, curandero, lo auto medicado, Personal de salud u otro.	Cuantitativo Ordinal
Señales de peligro de IRAS	Es el conocimiento de señales de peligro de las IRAS.	No reconoce, menos de 2 señales, de 2 a 3 señales y 4 señales.	Cuantitativo Ordinal
Señales de peligro de EDA	Es el conocimiento de señales de peligro de las EDAS	No reconoce, menos de 2 señales, de 2 a 3 señales y 4 señales.	Cuantitativo Ordinal

### Objetivo 4: Periodicidad y medios donde la madre del niño menor de dos años recibe la consejería

Variable	Definición	Medición	Escala
Consejerías Recibidas.	Se define como la última charla que ha tenido el consejero(a) con la madre para abordar algún tema sobre salud y alimentación del niño(a)	Si - No	ninguna
Origen de las consejerías.	Se define como la fuente de donde obtuvo la madre la información en la comunidad.	Recibió consejería del Voluntario de salud. No ha recibido consejería. De otra fuente (personal de salud, promotor ONG).	Cualitativa Nominal
Frecuencia de las consejerías	Se define como el número de veces que la madre a recibido los mensajes sobre la salud y alimentación de su	Mensual, dos meses, tres meses, Nunca.	Cualitativa Nominal

	niño(a).		
Temas abordados.	Se define como los mensajes que la madre recibe durante la consejería relacionados a la salud y alimentación del niño(a) en el hogar.	Tipos de alimentos por edad, cantidad de alimentos por edad, frecuencia de alimentos por edad, cuidado del niño con IRA, Cuido del niño(a) con diarrea.	Cualitativa Nominal

### Objetivo 5. • Disponibilidad y prácticas de alimentos

Variable	Definición	Medición	Escala
Tipos de alimentos disponibles en el hogar.	Se define como los diferentes alimentos que unas madres disponen en el hogar para alimentar adecuadamente al niño.	Tipos de alimentos disponibles en el hogar: Energéticos (tortilla, arroz, pan Guineo, quequisque, aceite, aguacate), Formadores (frijol, huevo Queso o cuajada) Protectores (banano, naranja mango)	Cualitativa Nominal
Calidad	Se define como los tipos de alimentos adecuados a su edad que recibe el niño en 24 horas.	0-5 meses: Solo leche materna, 6 a 23 meses : pecho materno+(frijoles+arroz+Mango) o (Frijoles+Tortilla+aguacate)o (arroz+cuajada+banano) o(Frijoles + cuajada naranja	Cualitativa nominal
Cantidad	Se define como el Volumen adecuado de alimentos que recibe el niño (a) en 24 horas de acuerdo a su edad.	<b>0-5 meses:</b> Hasta vaciar el pecho y de los dos pechos, <b>6-8 meses:</b> Dar hasta vaciar el pecho +8 cdas de alimentos espesos (primera grada del plato.) <b>9 -11 meses:</b> Dar el pecho a vaciarlo+12 cucharadas de alimentos (segunda grada del	Cuantitativa nominal

		plato) <b>12-23 meses:</b> Dar el pecho + 16 cucharadas de alimentos (tercer o cuarta grada del plato.	
Variable	Definición	Medición	Escala
Frecuencia	Se define como el numero de veces que recibe alimentos el niño(a) en 24 horas de acuerdo a su edad.	<b>0-5 meses:</b> dar pecho materno 8 o más veces, <b>6-8 meses:</b> Dar el pecho 6 o más veces alimentos dos veces al día., <b>9-11 meses:</b> Pecho materno alimentos tres veces al día <b>12-23 meses:</b> Pecho materno +alimentos cuatro veces al día.	Cuantitativa nominal
Lactancia Materna Exclusiva	Alimentación del niño con seno materno sin incluir ningún otro alimento.	Si- No	Ninguna
Suplemento de sulfato ferroso	Verificación de que el niño recibe sulfato ferroso 4 dosis en el año	Verificación (+) en Tarjeta de Inmunización	Cualitativo Ordinal
Suplemento de Vitamina A	Verificación de que el niño recibe dosis vitamina A	Verificación (+) en Tarjeta de Inmunización	Cualitativo Ordinal

**Objetivo 6. Medición del estado Nutricional de los niños menores de 2 años.**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Medición</b>	<b>Escala</b>
Desnutrición Aguda	Se define como estado del niño de 0 a 23 meses, detectado por debajo de -2DZ(basado en Peso / edad)	Normal: Mayor a - 2 Z; Desnutrido:-2 Z	Cuantitativa Ordinal
<b>Desnutrición Crónica</b>	Se define como estado del niño de 0 a 23 meses, detectado por debajo de -2DZ(basado en talla / edad)	Normal: Mayor a - 2 Z; Desnutrido:-2 Z	Cuantitativa Ordinal
<b>Desnutrición Global.</b>	Se define como estado del niño de 0 a 23 meses, detectado por debajo de -2DZ(basado en P/E)	Normal: Mayor a - 2 Z; Desnutrido:-2 Z	Cuantitativa Ordinal

Trinidad, Estelí NICARAGUA, Octubre del 2009.

Las siguientes preguntas son para las madres de niños menores de dos años (24 meses)

**Instrumento 1.**

Fecha de la entrevista: _____/_____/_____
Encuesta No: _____
Nombre del Entrevistador: _____ Firma: _____
Nombre Comunidad: _____
Nombre de la Sra. entrevistada _____

**I. Características biológicas de los niños (ñas).**

- 1.1. Nombre: \_\_\_\_\_
- 1.2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_
- 1.3. Edad en meses: \_\_\_\_\_ (dd / mm/ aa) Sexo: Hombre ( ); Mujer ( )
- 1.4. Quien se encarga de cuidar al niño (a)?
  - a) Madre
  - b) Familiar
  - c) Padre
  - d) Otros

**II. Identificar las enfermedades más frecuentes y muertes ocurridas en niños Menores de 2 años.**

2.1. ¿Qué enfermedades ha padecido (nombre del niño) en los últimos 15 días?

**Puede marcar Más de una opción**

- a. Ha estado sano..... ( ) Pase a la pregunta 2.4
- b. Dificultad para Respirar..... ( )
- c. Diarrea..... ( )
- d. Fiebre + Sangrado..... ( )
- e. Fiebre + Erupción cutánea..... ( )
- f. Problema del oído..... ( )
- g. Problema de garganta..... ( )
- h. Anemia..... ( )
- i. Desnutrición..... ( )
- j. Otras (Especifique) \_\_\_\_\_

2.3. ¿Qué tratamiento recibió (Nombre del niño) por su enfermedad? **Puede** marcar más de Una opción.

- a. No se acuerda..... ( ) Pase a la pregunta 2,4
- b. SRO combinado con Antibióticos..... ( )
- c. Antibiótico ..... ( )
- d. Cocimientos caseros..... ( )
- e. Acetaminofen + antibióticos..... ( )
- f. Sales de Rehidratación Oral..... ( )

2.4. En el último 2 años (**año 2007 -08**) tubo niños (as) que nacieron vivos y que murieron, aunque haya vivido poco tiempo?

Si ( ) NO ( ) si la respuesta es afirmativa, preguntar los

2.5. Meses o días que murió el niño (a) \_\_\_\_\_

2.6. motivo. \_\_\_\_\_

### III. conocimientos y prácticas de las madres sobre EDA e IRAS

3.1. ¿A quién le solicitó consejo o ayuda por la enfermedad de (Nombre del niño)?

- a. Brigadista..... ( )
- b. Partera..... ( )
- c. Personal de salud en el Puesto de Salud..... ( )
- d. Personal de salud en el centro de salud..... ( )
- e. Personal de farmacia privada..... ( )
- f. Médico privado..... ( )
- g. No solicitó ayuda..... ( )
- h. Otros (Especifique) \_\_\_\_\_

3.2 ¿Si su niño tuviera diarrea ¿qué señales de Gravedad haría que UD. busque ayuda o tratamiento?

- a. ojos hundidos
- b. orina poco
- c. boca seca
- d. pupú con sangre
- e. no menciona ninguna( )
- f. otras \_\_\_\_\_

3.3 ¿Si su niño tuviera una enfermedad respiratoria ¿qué señales de Gravedad haría que UD. busque ayuda o tratamiento?

- a. respiración rápida
- b. cansado
- c. Ruidos raros al respirar



- d. Vomita todo
- e. Pliegue de la piel se recupera lentamente.
- f. no menciona ninguna( )
- g. otras\_\_\_\_\_

**IV. captación de la consejería con relación a contenidos de educación proporcionados.**

4.1. ¿Ha escuchado algún consejo sobre la salud y nutrición de (nombre del niño /a) en los últimos 30 Días?

- a. Si..... ( )
- b. No..... ( ) ----- **(PASE A LA PREGUNTA # 4.5)**

4.2. Dónde escuchó los consejos?

- a. Sesiones de pesaje en la comunidad..... ( )
- b. Sesión de pesaje en la unidad de salud..... ( )
- c. En la radio..... ( )
- d. Lo leyó en un folleto, afiche, periódico..... ( )
- e. Lo vio por televisión..... ( )
- f. Otra (especifique) \_\_\_\_\_ ( )

4.3. ¿Quién dio los consejos?

- a. Voluntario de Salud..... ( )
- b. Personal de salud..... ( )
- c. Promotor de ONG's..... ( )
- d. Otras fuentes. Especifique: \_\_\_\_\_ ( )

4.4. ¿Cuántas veces al mes, escucha los consejos?

- a. Una vez al mes..... ( )
- b. Dos veces al mes..... ( )
- c. Tres veces al mes..... ( )
- d. Cuatro veces al mes..... ( )
- e. Cinco veces al mes..... ( )
- f. Seis o mas veces..... ( )

4.5. ¿Recuerda algún mensaje de salud, podría mencionarlo? **Puede anotar más de una opción**

- a. Como alimentar a los niños..... ( )
- b. Los tipos de alimentos que deben dar a los niños..... ( )
- c. Frecuencia con que se les debe dar los alimentos..... ( )
- d. Cantidad de alimentos que debemos dar a los niños..... ( )
- e. Como cuidar y alimentar al niño enfermo con IRA..... ( )

- f. Como cuidar y alimentar al niño enfermo de diarrea..... ( )
- g. Cuando buscar atención en la unidad de salud..... ( )
- h. Otras fuentes. Especifique: \_\_\_\_\_

**V. PRACTICAS EN EL HOGAR. CARACTERÍSTICAS DE ALIMENTACIÓN**

**5.1.** ¿Qué tipo de alimentos tiene en la casa para darle de comer a (nombre del niño /a)? **Puede anotar más de una opción**

- a. Doy leche materna..... ( )
- b. Frijoles..... ( )
- c. Arroz..... ( )
- d. Tortillas..... ( )
- e. Queso o cuajada..... ( )
- f. Banano, mango, naranja..... ( )
- g. Guineo, Quequisque..... ( )
- h. Aguacate..... ( )
- i. Huevo..... ( )
- j. Aceite para cocinar..... ( )
- k. Otros. Especifique: \_\_\_\_\_

**5.2** Esta dando pecho?

Si: ( )

No:( ) Pase a la pregunta (5.4)

**5.3** Sólo pecho, sin ni siquiera agua Si ( ) No ( ) Niño menor de 6 meses

**5.5.** ¿Qué le dio de comer a (nombre del niño) el día de ayer (Últimas 24 horas?

Puede anotar Más de una opción

- a. Leche materna..... ( )
- b. Frijoles..... ( )
- c. Arroz..... ( )
- d. Tortillas..... ( )
- e. Queso o cuajada..... ( )
- f. Banano, mango, naranja..... ( )
- g. Guineo, Quequisque, aguacate..... ( )
- h. Huevo..... ( )
- i. Aceite para cocinar..... ( )
- j. Otros. Especifique: \_\_\_\_\_

**5.6.** ¿Qué cantidad de alimentos le dio de comer a (nombre del niño) el día de ayer (Últimas 24 Horas?

- a. Leche materna, hasta vaciar los dos pechos..... ( )
- b. Pecho materno + 8 cucharadas de alimentos (1er grada plato)..... ( )
- c. Pecho materno + 12 cucharadas de alimentos (2da grada Plato)..... ( )

- d. Pecho materno + 16 cucharadas de alimentos (3ra grada plato o mas)..... ( )
- e. Ninguna anteriores..... ( )
- f. Otra (especifique): \_\_\_\_\_

5.7. Cuantas veces le dio de comer a (nombre del niño) el día de ayer (Últimas 24 horas?)

- a. Dio el pecho 8 o más veces..... ( )
- b. Dio el pecho 6 o mas veces + alimentos 2 veces al día..... ( )
- c. Dio el pecho + alimentos 3 veces al día..... ( )
- d. Dio el Pecho materno + alimentos 4 veces al día..... ( )
- e. Ninguna anteriores..... ( )
- f. Otras (especifique): \_\_\_\_\_

5.8. De que forma (consistencia) le dio los alimentos a (nombre del niño) el día de ayer?

- a. Da solamente el pecho..... ( )
- b. Alimentos machacados o espesos..... ( )
- c. Alimentos machacados o trocitos..... ( )
- d. Comida Entera..... ( )
- e. Ninguna anteriores..... ( )

5.9 ¿Se le ha suministrado al niño sulfato ferroso? Si ( ) No( ) No tiene tarjeta ( )

5.10 Si tiene tarjeta y recibió hierro, Anote la fecha de la última dosis de hierro

\_\_\_\_\_

5.11 ¿Se le ha suministrado al niño Vitamina A? Si ( ) No( ) No tiene tarjeta ( )

5.12 Si tiene tarjeta y recibió vitamina A, Anote la fecha de la última dosis de vitamina A

---

VI. Estado nutricional de los niños menores de dos años:

**CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL**

6.1 Sra. (Nombre de la Madre), Nos permite pesar a (nombre del niño)?

Prepare la balanza, asegúrela bien, calibre la aguja a cero, quítele toda la ropa al niño y Proceda a pesarlo, asegúrese que la aguja dejó de moverse:

a. Anote el peso: \_\_\_\_\_ Kilos: \_\_\_\_\_ Gramos

b. Anote la Talla: \_\_\_\_\_ Metro: \_\_\_\_\_ Centímetros

Estado Nutricional del niño (ña) Normal ( ) Dn Crónica ( ) Dn Aguda ( ) Dn Global ( )

**VI. Información hacer recopilada a nivel de Centro de Salud Fátima Pavón.**

Para la recopilación de esta información se solicitara, informe materno infantil año 2007 y línea base realizado de PROCOSAN Octubre 2007, a responsable de Estadística municipal.

Indicadores	Información a recopilar	Observaciones
Cobertura de PROCOSAN	Comunidades con presencia de PROCOSAN. No de niños atendidos por comunidad. Años con intervención con el programa.	
Estado nutricional	Comportamiento nutricional de niños menores de 2 años según grupos de edad, 0-5 meses, 6 a 8 meses, 9 a 11 meses 12 a 23 meses.	
Mortalidad Infantil	# de niños y niñas < de 2 años que murieron en el municipio ( <b>Dato global Municipio</b> )	
	# de niños y niñas < de 2 años que murieron en el municipio ( <b>Dato de comunidades con PROCOSAN</b> )	
Lactancia materna Exclusiva	Número de niños < de 6 meses	
	# de niños y niñas menores de 6 meses que reciben LME	

Alimentación del niño menor de 2 años	% de niños y niñas de 6 a 8 meses que están recibiendo las cantidades de los alimentos adecuados para su edad (8 cdas)	
	% de niños y niñas de 6 a 8 meses que están recibiendo la frecuencia de los alimentos adecuados para su edad (2 veces)	
	% de niños y niñas de 9 a 11 meses que están recibiendo las cantidades de los alimentos adecuados para su edad (8 cdas)	
	% de niños y niñas de 9 a 11 meses que están recibiendo la frecuencia de los alimentos adecuados para su edad (2 veces)	
	% de niños y niñas de 12 a 23 meses que están recibiendo las cantidades de los alimentos adecuados para su edad (8 cdas)	
	% de niños y niñas de 12 a 23 meses que están recibiendo la frecuencia de los alimentos adecuados para su edad (2 veces)	
Niños niñas menores de 1 a 2 años que están debajo de la curva de crecimiento (con algún grado de desnutrición)	# de niñas y niños menores de 1 a 2 años	
	# de niñas y niños menores de 1 a 2 años que están por debajo de la curva de crecimiento	