

112400/ 8



Universidad Nacional Autónoma de México



SECRETARÍA DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD
CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA

DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA

"Evaluación del personal de los Núcleos Básicos de Atención,
que realiza la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años.
Estado de Colima, Enero de 2002"

"Tesis que, en cumplimiento parcial para obtener el Diploma
como Especialista en Epidemiología"
"Presenta"

Dra. María del Carmen  *González Andrade*

Asesores:

Dr. Juan Pablo Villa Barragán
Dra. Margarita Nava Frías
Dr. Carlos Darío Meneses Reyes



SECRETARÍA DE SALUD
Dirección General de Epidemiología

México, D.F.
Febrero del 2002

CENTRO NACIONAL
PARA LA SALUD DE
LA INFANCIA Y LA
ADOLESCENCIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



APROBACIÓN DE TESIS

FECHA: 18 DE FEBRERO DE 2002

TEMA:

EVALUACIÓN DEL PERSONAL DE LOS NÚCLEOS BÁSICOS DE ATENCIÓN QUE REALIZA LA VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE 5 AÑOS, ESTADO DE COLIMA, ENERO DE 2002

ALUMNO (S): 1. MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ ANDRADE

ACADÉMICOS:

DIRECTOR

DR. JUAN PABLO VILLA BARRAGAN

TUTOR:

DR. MARGARITA NAVA FRIAS

ASESOR:

DR. CARLOS DARIO MENESES REYES

CENTRO NACIONAL PARA LA SALUD DE LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

RESUMEN FINAL DE TESIS

El personal de salud encargado de la atención a niños debe estar familiarizado con los patrones normales del crecimiento. En nuestro país la evaluación del estado de nutrición y vigilancia del crecimiento del menor de 5 años se realiza mediante la aplicación de la Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA-1999, Para la Atención a la Salud del Niño. Para una adecuada vigilancia del crecimiento el equipo básico de salud debe tener los recursos necesarios y realizar adecuadamente cada una de las acciones relacionadas con la vigilancia del crecimiento.

Se realizó un estudio descriptivo en 42 Núcleos Básicos de Atención (NBA) en el estado de Colima. Se diseñó un instrumento que fue aplicado a 76 prestadores de servicio y permitió la recolección de la información para crear índices de evaluación y conocer la relación entre las acciones de vigilancia del crecimiento del menor de 5 años y el perfil del prestador de servicios de los NBA. Se realizó un muestreo probabilístico estratificando por jurisdicción. La captura se realizó en Excel y el análisis en el paquete estadístico Stata 6.

En la evaluación general encontramos que la vigilancia del crecimiento solo 17% del personal la realiza bien, el 55.26 % la realiza en forma regular y el 27.67% la realiza mal. Del personal médico (n=37) el 35.14% la realiza mal, 54.05% en forma regular y 10.81% bien; del personal de enfermería el 15.15% la realiza mal, 57.58% en forma regular y 27.27% bien, de los promotores el 50% la realiza mal y otro 50% en forma regular.

La vigilancia del crecimiento es longitudinal, permite detectar problemas antes de que el estado de nutrición este afectado, el personal de salud debe contar con los instrumentos necesarios para realizar la toma de peso y talla, realizar los registros normados y recibir capacitación continua, para realizar adecuadamente el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición. Los resultados señalan que en las unidades de primer nivel de atención, del estado de Colima, existen deficiencias por lo que es necesario incrementar la capacitación y supervisión de las acciones de la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años.

APROBACIÓN

[Signature of Dr. Juan Pablo Villa B.]

DR. JUAN PABLO VILLA B.

Nombre y firma
DIRECTOR DE TESIS

[Signature of Dra. Margarita Nava F.]

DR. MARGARITA NAVA F.

Nombre y firma
TUTOR

[Signature of Dr. Carlos D. Meneses R.]

DR. CARLOS D. MENESES R.

Nombre y firma
ASESOR

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

A DIOS:

POR DARME LA VIDA Y PERMITIRME SER.

**TE AGRADEZCO SEÑOR POR DEJARME LOGRAR UNA META MAS EN MI
VIDA, CONFIANDO EN QUE ESTE LOGRO SERÁ PARA MI BIEN Y DE LOS
DEMÁS.**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A MIS PROFESORES:

DR. JUAN PABLO VILLA BARRAGÁN

DRA. MARGARITA NAVA FRÍAS

DR. CARLOS DARÍO MENESES REYES

**QUIENES CON SUS ENSEÑANZAS Y ASESORÍA ME ORIENTARON Y
APOYARON PARA REALIZAR EL PRESENTE TRABAJO.**

EN FORMA MUY ESPECIAL LES DOY MIS AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:

SR. GUILLERMO GONZÁLEZ GONZÁLEZ Y MARÍA ANDRADE ANDRADE

**POR QUE A PESAR DE MIS TROPIEZOS SIEMPRE ME HAN APOYADO CON
UNA PALABRA DE ALIENTO.**

**POR CONFIAR EN MI, POR TODOS SUS ESFUERZOS Y SACRIFICIOS PARA
LOGRAR MI FORMACIÓN PROFESIONAL.**

MI RESPETO Y AGRADECIMIENTO.

A MI HIJO:

GUILLERMO EMMANUEL

**POR SER MI RAZÓN DE SER, POR QUE A PESAR DE TU CORTA EDAD, TUS
PALABRAS Y MOMENTOS DE ESPERA SON UN ESTÍMULO DE LUCHA Y
SUPERACIÓN.**

POR QUE CADA PASO Y LOGRO EN MI CAMINO SON POR TI Y PARA TI.

A TI CON TODO MI AMOR Y AGRADECIMIENTO.

A MIS HERMANAS:

LUZ PATRICIA Y MARÍA GABRIELA

POR SU EJEMPLO DE LUCHA Y SUPERACIÓN

MIL GRACIAS.

A:

PADRE FERNANDO Y PADRE MANUEL

POR SUS CONSEJOS Y ENSEÑANZA DE FE.

MI RESPETO Y AGRADECIMIENTO.

UN AGRADECIMIENTO EN FORMA ESPECIAL A:

DR. JOSÉ IGNACIO SANTOS PRECIADO

POR PERMITIRME SER PARTE DE SU EQUIPO DE TRABAJO

ASÍ COMO A:

**LAS AUTORIDADES Y PERSONAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL
ESTADO DE COLIMA.**

POR OTORGAR LAS FACILIDADES PARA REALIZAR ESTE TRABAJO.

A:

DRA. MARTHA ANGÉLICA GARCÍA AVILES

DR. ESTEBAN RODRÍGUEZ SOLÍS

DR. JAVIER MONTIEL.

GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN INCONDICIONAL COMO SINODALES.

**A QUIENES DURANTE MI FORMACIÓN COMO ESPECIALISTA CONFIARON
EN MI:**

DR. PABLO KURI MORALES

DRA. MARISELA VARGAS

DRA. LOURDES MARTÍNEZ

LIC. RITA IGLESIAS

DRA. ETHEL PALACIOS

GRACIAS POR SU APOYO Y CONFIANZA.

A MIS ASESORES:

DRA. WENDÍ DOMÍNGUEZ

LIC. VERÓNICA PÉREZ

GRACIAS POR SU APOYO Y AMISTAD.

A MIS COMPAÑEROS:

ÁNGEL, CARLOS, ALBA, RUFINO, VÍCTOR, ADRIANA Y SERGIO.

GRACIAS POR COMPARTIR TRES AÑOS DE NUESTRAS VIDAS.

INDICE

CAPÍTULO	PAGINA
1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. ANTECEDENTES.....	3
3. JUSTIFICACIÓN.....	17
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
5. OBJETIVOS.....	20
GENERAL	
ESPECÍFICOS	
6. HIPÓTESIS.....	21
7. METODOLOGÍA.....	22
DISEÑO DEL ESTUDIO	
UNIVERSO DE TRABAJO	
MARCO DE MUESTREO	
POBLACIÓN BAJO ESTUDIO	
CRITERIOS DE SELECCIÓN	
VARIABLES DE ESTUDIO	
MÉTODO DE MUESTREO	
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS	
ANÁLISIS	
8. RESULTADOS.....	44
9. DISCUSIÓN.....	89
10. CONCLUSIONES.....	92
11. ANEXOS.....	93
12. BIBLIOGRAFÍA.....	102

CAPITULO 1. - INTRODUCCIÓN

El personal de salud encargado de la atención a niños debe estar familiarizado con los patrones normales del crecimiento e identificar las anomalías para un diagnóstico temprano de los trastornos subyacentes y dar un tratamiento y manejo oportuno.

La vigilancia del crecimiento se realiza mediante la evaluación antropométrica de los infantes y adolescentes permitiendo identificar alteraciones.

La **evaluación del estado de nutrición** es una actividad transversal que se realiza en un momento y que refleja la condición del niño en una fecha específica.

En cambio, la **vigilancia del crecimiento** es una actividad periódica, longitudinal, que refleja lo que está ocurriendo al niño. El potencial de vigilancia del crecimiento radica en su capacidad de detectar problemas antes que el estado de nutrición se haya afectado de manera evidente.

Las medidas antropométricas más comúnmente usadas para diagnosticar de forma individual y comunitaria a los niños son el peso y la talla y los indicadores antropométricos que interrelacionan las variables peso, talla y edad son: El peso para la edad (P/E), el peso para la talla (P/T), la talla o longitud para la edad (T/E).

La selección del indicador a utilizar depende del resultado que se espera de la medición y de cómo se interpretará la información.

En el sistema de salud de nuestro país, la evaluación del estado de nutrición y vigilancia del crecimiento del menor de cinco años se realiza mediante la aplicación de la Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA-1999, Para la Atención a la Salud del Niño.

El Programa de Atención a la Salud del Niño, así como las técnicas para llevarlo a cabo, su planificación, procedimientos clínicos y epidemiológicos tienen como finalidad lograr una atención del menor de cinco años con calidad, mediante la adecuación de las acciones de salud.

Para una adecuada vigilancia del crecimiento el equipo básico de salud debe tener los recursos necesarios y al mismo tiempo realizar en forma adecuada cada una de las acciones relacionadas con la vigilancia del crecimiento.

Hasta el momento en la Secretaría de Salud no se ha realizado una evaluación a nivel operativo de la forma cómo el personal se ha preparado para la vigilancia del crecimiento y qué conocimientos tiene acerca de la norma técnica y de la operatividad del programa, para ello es necesario un instrumento que permita conocer la situación de los equipos básicos de salud (personal de los Núcleos Básicos de Atención). Tal instrumento se diseñó para evaluar los equipos básicos de salud de las tres jurisdicciones sanitarias del estado de Colima en Enero de 2002 y conocer qué variables influyen.

Se realizó un estudio descriptivo y fue necesario crear índices de evaluación que permitieron conocer la relación que existe entre las acciones de vigilancia del crecimiento del menor de 5 años que realiza el prestador de servicios de los Núcleos Básicos de Atención y su perfil.

CAPITULO 2. ANTECEDENTES

La desnutrición es un fenómeno biológico que mejor muestra la relación salud sociedad. El estado nutricional de una persona (excesivo, adecuado o insuficiente) tiene que ver con la producción de alimentos, su distribución y costos; con el ingreso familiar que determina el acceso a los mismos; con la información sobre alimentación y nutrición; con los hábitos y costumbres, así como con la historia misma de la región en que ocurre. Por lo tanto la ingestión inadecuada de nutrimentos como la alta incidencia de enfermedades tienen sus raíces en la pobreza y en la falta de servicios sanitarios y de salud efectivos y equitativos ^{1,2}.

La desnutrición calórico proteica tiene una amplia distribución, por lo que es una patología frecuente, principalmente entre preescolares de los países del Tercer Mundo o con grandes sectores empobrecidos de la población; es una causa importante de mortalidad ²

La desnutrición afecta principalmente a los niños durante los primeros tres años de vida, aunque la deficiencia de algunos micronutrimentos, como el hierro, también se encuentran durante la edad escolar y en mujeres en edad fértil.

La desnutrición en los menores de 5 años se asocia con retardo en el crecimiento y el desarrollo psicomotor, con mayor riesgo de morbilidad y muerte y con efectos adversos a más largo plazo.

La desnutrición durante la niñez se asocia con disminución en el tamaño corporal, en la capacidad de trabajo físico y en el desempeño intelectual y escolar durante la adolescencia y la edad adulta.

Las mujeres con antecedentes de desnutrición durante la niñez tienen hijos con menor peso al nacer. El bajo peso al nacer aumenta el riesgo de morbi-mortalidad.

Durante la edad escolar, la deficiencia de algunos micronutrientes se asocia con disminución en la capacidad de aprendizaje (anemia y deficiencia de yodo).

Otras deficiencias crónicas pueden tener manifestaciones al final de la vida (el consumo inadecuado de calcio a lo largo de la vida se asocia con alto riesgo de osteoporosis durante la madurez y la tercera edad)¹.

El crecimiento del niño depende de su alimentación, cuando se presenta la desnutrición se afecta su crecimiento, que se manifiesta por una disminución de peso y talla conforme avanza la edad.

Todos los trabajadores de la salud que atienden a los menores de cinco años deben tener en mente el diagnóstico de desnutrición. Como parte de la atención integrada es importante preguntar por los hábitos de alimentación, explorar los signos clínicos de desnutrición, así como pesarlo y medirlo adecuadamente. El método más sencillo, accesible y seguro para detectar alteraciones del crecimiento es la toma periódica del peso y la talla, seguida del registro y la correcta interpretación de los datos.

El médico y la enfermera tendrán presente que en un niño enfermo se incrementan las posibilidades de que sufra desnutrición y si el niño está desnutrido puede enfermar frecuente o gravemente.

En todo niño hospitalizado es necesario medir su peso y su talla como ayuda para establecer el diagnóstico del estado nutricional. En la atención integrada del menor de cinco años, se debe proceder a registrar la información, de acuerdo a los lineamientos definidos por el sistema vigente, a fin de reducir el subregistro de la desnutrición⁵.

En México hay problemas de mala nutrición (por deficiencias y excesos) persistiendo la desnutrición y aumentando el problema de sobrepeso y obesidad. Dada la importancia de la mala nutrición como factor determinante de la salud y del desarrollo, es indispensable cuantificar la magnitud de la misma con el propósito de formular políticas y programas de alimentación y nutrición bien enfocados ¹.

La sobrevivencia, el bienestar y el desarrollo de los niños, son preocupación y tarea permanente de las familias de la sociedad y de gobiernos. En esta tarea México ha logrado grandes avances. Basándose en el indicador global de tasa anual promedio de reducción de la mortalidad en menores de cinco años en 1996 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ubicó a México entre los diez países en el ámbito mundial con avance en materia de salud infantil ⁴.

La Encuesta Nacional de Nutrición realizada en 1999, reportó que la desnutrición continua siendo un importante problema de salud pública en México. El 17.7% de la población menor de cinco años tiene desmedro (retardo severo en estatura), resultado de una inadecuada alimentación y salud, y 27.2% presenta anemia ¹

La prevalencia más alta de desmedro se presenta en el segundo año de vida y se mantienen elevada después de este período. Entre el primer y segundo año de vida ocurre el retardo en estatura el cual no se recupera posteriormente, por lo que los dos primeros años de vida son importantes en la génesis de la desnutrición ¹.

En la Encuesta Nacional de Nutrición se encontró también una disminución en la prevalencia de desmedro de 5.1% entre 1988 y 1999. Dicha reducción es inferior a la experimentada por los países en desarrollo en su conjunto, por lo que es importante redoblar los esfuerzos que permitan acelerar la velocidad de reducción

de la prevalencia de desmedro ¹. Sin embargo existen diferencias en cuanto a la elevación de las mismas entre zonas urbanas y rurales y entre regiones y la reducción observada en la última década es insatisfactoria, por lo que es importante reforzar las acciones para mejorar el estado de nutrición de los menores de cinco años, principalmente en los menores de dos años ¹.

2.1 EVALUACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN

En los últimos años, se han desarrollado programas de atención a la salud, que con base en la Declaración de Alma Ata, han adoptado las bases de la Atención Primaria de Salud. Una de las acciones principales de este tipo de proyectos es el diagnóstico de las condiciones de nutrición locales, y el diseño de modelos para prevención de la desnutrición y para la atención de los desnutridos basados en la formación de promotores de salud locales y en la participación comunitaria ³.

Existen algunas controversias relacionadas con la evaluación del estado de nutrición. Entre éstas destacan la selección del indicador adecuado, los criterios para su clasificación o diagnóstico, y la población de referencia a utilizar.

El estado de nutrición se puede evaluar por medio de indicadores indirectos y directos.

2.1.1. INDICADORES INDIRECTOS

Los indicadores indirectos como el Producto Interno Bruto (PIB), la disponibilidad de alimentos a través de las hojas de balance, los gastos sobre ingreso y gasto familiar, las estadísticas de salud y las encuestas dietéticas, que miden el

desarrollo económico y social de un país o región y permiten sospechar la presencia de desnutrición.

El estado de nutrición se relaciona íntimamente con el proceso salud-enfermedad. Las estadísticas de morbilidad y mortalidad por grupos de edad en una región determinada permite sospechar la magnitud de la desnutrición. Dentro de estas estadísticas la proporción de niños con bajo peso al nacer, es un excelente indicador de la situación nutricional de una comunidad y permite identificar el riesgo individual de morbilidad y mortalidad posteriores.

La tasa de mortalidad infantil y la tasa de mortalidad preescolar, ilustran con más claridad la presencia de desnutrición en una población. La UNICEF propone la tasa de mortalidad en menores de 5 años (TMM5) como el indicador básico para medir los niveles de bienestar de la infancia. Además especifica los valores de las tasas de mortalidad infantil, para considerar a los países en cuatro categorías: TMI muy alta, superior a 1000 por mil nacidos vivos; TMI alta, entre 60 y 100; TMI intermedia, de 26 a 59, y TMI baja, de 30 o menos³.

Estos indicadores indirectos se elaboran a partir del registro de los eventos que suceden en una sociedad determinada y son cifras promediadas que no permiten distinguir las diferencias en salud, educación, ingresos y calidad de vida de los diferentes grupos sociales³.

2.1.2. INDICADORES DIRECTOS

Este grupo incluye las encuestas dietéticas, los estudios bioquímicos, los signos clínicos y la antropometría, que permiten conocer las condiciones del estado de

nutrición del individuo y son necesarias en el diagnóstico y tratamiento de la desnutrición.

Las encuestas dietéticas buscan las características de la alimentación del grupo de población que se estudia. Se puede calcular la ingestión de nutrimentos y valorar si es o no suficiente y adecuada a la recomendación para la edad, el sexo y el estado fisiológico.

Dentro de los estudios bioquímicos podemos citar el nivel de la sangre de ciertos minerales y vitaminas, como el hierro y la vitamina A.

Los signos clínicos muestran los cambios físicos que responden a una alimentación deficiente, y aparecen cuando la desnutrición es grave y compromete la vida. El término desnutrición calórico proteico debe ser utilizado para describir el amplio rango de manifestaciones derivadas de la insuficiente ingestión de energía y proteínas, con diferentes niveles en el consumo de hidratos de carbono.

Se presenta en dos formas clínicas o síndromes: el marasmo y el Kwashiorkor, puede existir la forma mixta.

El marasmo es ocasionado una reducción en la ingestión de energía que limita también a las proteínas y se instala lentamente (peso extremadamente bajo, ausencia de grasa subcutánea). "Cara de viejo" (desaparición de la bola adiposa de Bichat), Atrofia muscular (nalgas de tabaquera). Más frecuente en menores de dos años.

El Kwashiorkor es el resultado de una mayor insuficiencia relativa de proteínas, con cierta cantidad de hidratos de carbono simples que no llega a cubrir los requerimientos energéticos. Responde más a una instalación aguda y se caracteriza por edema, principalmente de extremidades inferiores, puede ser

generalizado; atrofia muscular enmascarada por la grasa subcutánea y el edema; anemia, "cara de luna llena"; alteraciones en el color, la textura y la firmeza del pelo; dermatitis pelagroide; hepatomegalia; abdomen voluminoso; apatía; anorexia; es más frecuente en menores de un año.

Existen también manifestaciones clínicas que señalan la carencia o insuficiencia de vitamina A ocasionando alteraciones en los ojos, la falta de vitamina C, en las encías, etc.

Si bien los indicadores bioquímicos y los clínicos son de utilidad, los indicadores antropométricos son los de elección para el diagnóstico de la desnutrición y la vigilancia del crecimiento. Esto se debe a que son medidas objetivas, relativamente fáciles de obtener, de bajo costo y se puede lograr un alto nivel de exactitud y replicabilidad. Esto permite tener un claro perfil epidemiológico, así como realizar acciones específicas que, por un lado prevengan la desnutrición, y por el otro, resuelvan adecuadamente los casos detectados³.

2.1.2.1 INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS

Las medidas corporales (antropometría) que se usan con mayor frecuencia son: el peso, para conocer la masa corporal; la talla, que indica las dimensiones lineales; la longitud (talla) y el perímetro medio braquial, que nos señala el volumen del hueso, músculo y grasa en la parte media del brazo.

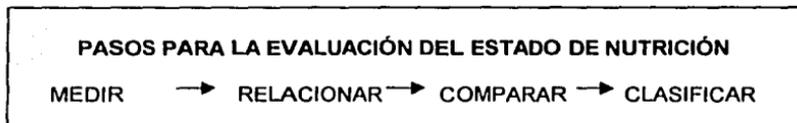
La desnutrición comprende numerosos cuadros, que van desde los muy cercanos a la normalidad, hasta los de extrema gravedad. La antropometría es una herramienta útil en la búsqueda de los niños y niñas que, sin llegar a presentar los signos clínicos de una desnutrición severa, sufren alteraciones en su crecimiento

físico causado por una alimentación insuficiente y/o por la presencia de enfermedades.

Cuando se utilizan los indicadores antropométricos para evaluar el estado de nutrición de un niño o niña, la cifra de una medición (el peso, la talla y otros) se relacionan con otro dato (la edad, la talla) y se compara con los valores de una tabla o población de referencia y finalmente se clasifica según los puntos diagnósticos propuestos por diversos autores.

Es común ver que en los programas de salud con frecuencia se hacen mediciones y se les relaciona con otro parámetro, pero no se siguen los pasos necesarios (cuadro 1) para llegar a un diagnóstico de la condición nutricional, que permita responder con acciones adecuadas y oportuna ².

Cuadro 1.



Los indicadores antropométricos son: el peso para la edad (peso / edad, P/E), el peso para la talla (peso / talla, P/T), la talla o longitud para la edad (talla / edad o T/E) y el perímetro medio braquial (PMB) directamente como una sola medición o relacionado con la edad. Cada uno mide aspectos diferentes del crecimiento, y por lo tanto ofrece un panorama distinto del estado nutricional de un niño o niña ^{2,3,5}.

La selección del indicador a utilizar depende del resultado que se espera de la medición y de cómo se interpretará la información. Es necesario considerar

también el tipo de desnutrición prevalete en la población, los instrumentos requeridos, las dificultades que representa tomar la medición, el tiempo que demanda obtener el dato, la capacitación que requiere el personal, la sensibilidad al cambio en un período determinado y la actitud de la población.

Se debe lograr una estandarización en los métodos, técnicas y procedimientos empleados para el diagnóstico del estado de nutrición, con el objetivo de recolectar datos con una calidad que permita su replicabilidad y minimice los errores entre las distintas mediciones obtenidas por el mismo observador o por diferentes observadores ^{2,3}.

Los instrumentos de medición que deben estar disponibles en los NBA para la toma de peso y talla son:

Para peso:

- Báscula pesa bebé (o de vástago)
- Báscula tipo Salter
- Báscula de plataforma (de piso)

Para talla:

- Infantómetro
- Estadímetro (de pie)

2.1.1.2. CRITERIOS PARA ELEGIR UN INDICADOR

Los indicadores antropométricos se utilizan tanto para la evaluación del estado de nutrición en un momento dado, como para la vigilancia o monitoreo del

crecimiento. Estas dos actividades pueden tener indicadores comunes pero difieren los objetivos, el enfoque, las formas de registro y las intervenciones a que dan lugar.

La **evaluación del estado de nutrición** es una actividad transversal que se realiza en un momento y que, como una fotografía, refleja la condición del niño en una fecha específica. En cambio, **la vigilancia del crecimiento** es una actividad periódica, longitudinal, que refleja como en una película lo que está ocurriendo al niño. El potencial de vigilancia del crecimiento radica en su capacidad de detectar problemas antes que el estado de nutrición se halla afectado de manera evidente. Ver cuadro. 2.

CUADRO 2. Diferencia entre vigilancia del crecimiento y la evaluación del estado de nutrición

DIFERENCIA ENTRE VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DEL ESTADO DE NUTRICIÓN		
ELEMENTO	VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO	EVALUACIÓN NUTRICIONAL
Objetivo	Mantener el crecimiento	Detectar la desnutrición
Enfoque	Preventivo-Educativo	Diagnóstico-Tratamiento
Población	Todos los menores de 5 años	Muestra representativa y/o casos con alto riesgo
Tamaño	Grupos pequeños	Grupos de cualquier tamaño
Personal	Madres guiadas por promotor	Personal de salud
Frecuencia	cada 1 a 2 meses	2 a 4 veces por año
Formas de registro	Gráfica: enfatiza crecimiento	Registros: Indicadores de estado de nutrición
Manejo	Intervención primaria en el hogar con recursos locales	Rehabilitación nutricional

Para ambas actividades el indicador a utilizar debe ser muy sensible, debe tener la capacidad de detectar todos los casos que estén desnutridos (verdaderos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

positivos); y también tiene que ser específico, que no incluya como desnutridos a los que no lo son (falsos positivos).

Estas dos cualidades, sensibilidad y especificidad, son muy importantes en la evaluación del estado de nutrición, en el caso de la vigilancia del crecimiento el indicador también debe reflejar la condición dinámica del mismo.

El indicador a elegir en los programas de vigilancia del crecimiento es el de peso para la edad o la ganancia de peso, que permiten evidenciar la velocidad de crecimiento, que es el indicador disponible del estado de nutrición y también sirve para valorar la salud general de los menores de 5 años. Si se toma con una frecuencia adecuada se puede establecer el patrón de crecimiento del niño, y cualquier desviación de dicho patrón se puede detectar e interpretar como señal para actuar en forma inmediata y pertinente ^{2,3}.

Los parámetros antropométricos son los indicadores más comúnmente usados para evaluar la magnitud de la desnutrición en los menores de cinco años. La OMS recomienda -2 desviaciones estándar inferiores a los valores de referencia medianos en cada uno de los indicadores como límites por debajo del cual puede haber desnutrición ⁴.

La primera clasificación en nuestro país fue propuesta por el Dr. Federico Gómez y se conoce como clasificación de Gómez la cual utiliza como indicador la relación de peso para la edad y se divide en tres grados, primer, segundo y tercer grado, dependiendo de la severidad ⁵.

La Organización Mundial de la Salud publicó las tablas de referencia de los Centros Nacionales para Estadísticas en Salud de los Estados Unidos de América (NCHS) que son usadas en todo el mundo para hacer comparaciones entre las

poblaciones. La Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999, Para la Atención a la Salud del Niño, las utiliza para la clasificación del estado de nutrición de los menores de cinco años.

En estas Tablas se usan las desviaciones estándar (D.E.) o puntuación Z, y se emplean más frecuentemente para expresar los resultados de encuestas epidemiológicas^{3,5,6}

De acuerdo con las tablas, la desnutrición se clasificará en leve, moderada y grave. Estas tablas reflejan el potencial de crecimiento, compartido por todos los niños de cualquier grupo étnico o país hasta los cinco años de vida siempre y cuando estén bien alimentados y, relativamente libres de infecciones⁵.

Para realizar la evaluación de la condición nutricional del niño es indispensable que toda unidad médica cuente con el equipo necesario para efectuar la medición de peso y talla de los niños. También es necesario contar con las Tablas de Referencia, que permitan la clasificación del peso en relación con la edad.

La Cartilla Nacional de Vacunación cuenta con las tablas de peso normal, en kilogramos, de niñas y niños de acuerdo a la edad, así como el espacio necesario para registrar el peso y la talla del niño en cada atención proporcionada en la unidad médica. Cualquier variación con relación a estos valores, requerirá de la evaluación más precisa en la consulta externa⁵

Para la vigilancia o monitoreo del crecimiento de un niño o niña se requiere hacer las mismas mediciones a intervalos regulares, ya que esto proporciona información sobre la velocidad de crecimiento de los parámetros elegidos. Por otro lado, una sola medición indica el tamaño alcanzado en ese momento, y únicamente permite una evaluación puntual^{2,3,5,6}.

La desnutrición puede aparecer y desarrollarse en poco tiempo adquiriendo el carácter de trastorno agudo, o bien, instalarse progresivamente tomando las características de un proceso crónico. Estas alteraciones pueden estar sucediendo en el presente o haber acontecido en el pasado. El indicador peso para la edad valora tanto la desnutrición presente como la pasada, ya sea debida a un proceso crónico o agudo. El peso para la talla pone de manifiesto la desnutrición presente. La talla para la edad mide más específicamente la desnutrición crónica, sin distinguir si el proceso se dio en el pasado o está ocurriendo en la actualidad. El perímetro medio braquial tiene mayor capacidad para la desnutrición severa, aguda y energética.

En México de acuerdo a La Norma Oficial Mexicana, NOM-031- SSA2-1999 ⁶ el número de consultas que deben realizarse para el control de la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños debe ser: El menor de 28 días debe recibir dos consultas, la primera a los siete días y la segunda a los 28 días, el menor de un año debe recibir cinco consultas como mínimo, durante los siguientes 11 meses, otorgadas a los dos, cuatro, seis, nueve y doce meses de edad. En de uno a cuatro años, debe recibir una consulta cada seis meses.

Se consideran como mínimas para el registro de peso y talla de los niños las visitas a las unidades de salud a efecto de recibir las dosis del esquema básico de vacunación: Menor de un año al nacimiento, a los dos cuatro y seis meses; al año de edad, a los dos y a los cuatro años ^{5,6}.

Las omisiones más frecuentes que se presentan en la consulta médica a un niño desnutrido son: falta de identificación de las manifestaciones clínicas, falta de

toma, registro e interpretación de peso y talla, falta de orientación adecuada a la madre y falta de aplicación de la normatividad.

El Centro Nacional para la Salud de la Infancia y la Adolescencia no ha realizado una evaluación del personal de salud de los Núcleos Básicos de Atención (NBA) que realiza la vigilancia del crecimiento, por lo que es necesario un instrumento de que permita conocer la situación de los equipos básicos de salud y así poder determinar cuales son sus las fortalezas y debilidades.

El presente trabajo se realizó en el estado de Colima con la finalidad de conocer como se esta llevando a cabo la vigilancia del crecimiento y validar este instrumento como una nueva forma de evaluación.

CAPITULO 3. JUSTIFICACIÓN

Existen algunas controversias relacionadas con la evaluación del estado de nutrición, entre las que destacan la selección del indicador adecuado, los criterios para su clasificación o diagnóstico, y la población de referencia a utilizar.

Estas diferencias, no han permitido que se logre un sistema estandarizado de diagnóstico, además de los problemas que se presentan por la falta de instrumentos adecuados para la medición, falta de capacitación y aplicación adecuada de la normatividad, aunado a la actitud del prestador de servicios y un registro inadecuado lo cual ha condicionado gran variabilidad y divergencia en la metodología empleada para evaluar el estado de nutrición en los menores de cinco años en los Núcleos Básicos de Atención del país.

Las omisiones más frecuentes que se presentan en la consulta médica de un niño o adolescente son: La falta de identificación de las manifestaciones clínicas de desnutrición, de toma, registro e interpretación de peso y talla, falta de orientación adecuada a la madre y desconocimiento del contexto cultural para prevenir o tratar la desnutrición.

En el ámbito mundial se han realizado estudios que comparan el crecimiento del niño en diferentes poblaciones, se han realizado evaluaciones del estado de nutrición y se ha evaluado el impacto de las estrategias implementadas para mejorar el estado nutricional e incluso se han creado tablas de peso y talla para diferentes poblaciones, todos estos estudios utilizan como referencia las tablas de peso y talla del National Center for Health Statistics (NCHS).

En México se han realizado estudios para evaluar el estado nutricional de la población.

Uno de los objetivos iniciales del presente estudio fue crear unas nuevas tablas de peso y talla para evaluar el crecimiento de los menores de 5 años en nuestro país, que aun cuando las tablas del NCHS reflejan el potencial de crecimiento compartido por todos los niños de cualquier grupo étnico hasta los 5 años de edad existe la necesidad de tener una tablas de peso y talla obtenidas de la población infantil mexicana, sin embargo antes de poder realizar una nuevas tablas de peso y talla es necesario saber como esta operando el personal de los Núcleos Básicos de Atención que realiza la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años.

No se han realizado estudios por parte de la Secretaría de Salud que hayan evaluado al personal de los Núcleos Básicos de Atención que realiza la vigilancia del crecimiento del niño y del adolescente, por lo que es necesario contar con un instrumento que permita evaluar al personal de salud de los Núcleos Básicos de Atención y conocer como sé esta realizando la vigilancia del crecimiento del niño y del adolescente, con el fin de mejorarla y poder entonces plantear la creación de unas nuevas tablas de peso y talla a partir de la población infantil de nuestro país.

El presente trabajo se realizó en el estado de Colima con la finalidad de:

- Validar un instrumento de evaluación que permita conocer la actitud y aptitud del personal de salud de los NBA encargados de la vigilancia el carecimiento del niño y del adolescente.
- Contar con los elementos necesarios para poder inferir en la aplicación de la normatividad y de los recursos, así como mejorar la capacitación del personal de salud y obtener una mejor vigilancia del crecimiento del niño y del adolescente.

CAPITULO 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cómo influye el perfil del prestador de servicios en las acciones generales de la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años en las jurisdicciones sanitarias del estado de Colima?.

CAPITULO 5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL:

Analizar la relación que existe entre las acciones de vigilancia del crecimiento que realiza el personal de salud de los Núcleos Básicos de Atención y su perfil.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

5.2.1. Describir las características del personal de salud de los Núcleos Básicos de las jurisdicciones sanitarias del estado de Colima.

5.2.2. Conocer el nivel de conocimiento de la normatividad existente por el personal de salud de los Núcleos Básicos de Atención.

5.2.3. Identificar las deficiencias de equipamiento de las unidades para la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años en el estado de Colima.

5.2.4. Identificar si el personal de salud de los Núcleos Básicos de Atención conoce la frecuencia de toma de peso y talla en los menores de 5 años, de acuerdo a la normatividad.

5.2.5. Relacionar las acciones de vigilancia del crecimiento con el perfil del prestador de servicios de salud.

5.2.6. Diseñar y validar el instrumento de evaluación que permita determinar la situación del personal de salud de los Núcleos Básicos de Atención encargado de la vigilancia del crecimiento del niño.

CAPITULO 6. HIPÓTESIS.

H1: La vigilancia del crecimiento del menor de 5 años no se realiza adecuadamente por los prestadores de servicios de los Núcleos Básicos de Atención, en el estado de Colima por desconocimiento de los lineamientos del programa de atención integrada independientemente de la disponibilidad de instrumentos para la medición y otros aspectos técnicos en la precisión con la que se realicé.

CAPITULO 7. METODOLOGÍA

7.1 DISEÑO DEL ESTUDIO:

Tipo de estudio: Estudio transversal descriptivo.

7.2 UNIVERSO DE TRABAJO:

Personal de salud que atiende a los menores de cinco años de los Núcleos Básicos de Atención (NBA) de las unidades urbanas, rurales y unidades móviles de las tres jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud del estado de Colima.

7.3 MARCO DE MUESTREO:

Listado de todas las unidades de primer nivel de atención tanto urbanas como rurales y unidades móviles, de las tres jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud del estado de Colima; separadas por jurisdicción. El listado contiene municipio y localidad a la cual pertenece la unidad así como el número de núcleos básicos de atención.

7.4 POBLACIÓN BAJO ESTUDIO:

Personal de salud que atiende a los menores de cinco años de los Núcleos Básicos de Atención tanto urbanos como rurales y unidades móviles seleccionadas en forma aleatoria de las unidades de primer nivel de atención de las tres jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud del estado de Colima.

7.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Núcleos Básicos de Atención de las unidades de médicas de la Secretaría de Salud en Colima que proporciona servicios directos a menores de 5 años, sin importar el tipo de personal de salud que lo compone.

7.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Núcleos Básicos de Atención de la Secretaría de Salud en el estado de Colima que no atiende directamente a menores de 5 años.

7.7 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Núcleos Básicos de Atención de la Secretaría de Salud en el estado de Colima que no quiera participar en el estudio o que no se encuentre ningún personal de salud en el mismo durante 2 visitas a la unidad.

7.8. VARIABLES

Las variables de estudio se seleccionaron con base a la red causal, anexo 1.

7.8.1. Variables relevantes para los objetivos del estudio:

Variable Dependiente: Vigilancia del crecimiento

Variables Independientes: Capacitación, conocimiento de la Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999, disponibilidad de instrumentos en las unidades, frecuencia de toma de peso y talla en menores de 5 años, uso de instrumentos para la toma de peso y talla en los menores de 2 años, registro de peso y talla, acciones realizadas cuando el menor de 5 años no acude a control, indicador utilizado para el Diagnóstico Antropométrico del estado de nutrición

7.8.2. Variables Universales:

Edad, sexo, puesto, escolaridad, tiempo en la unidad, unidad de salud, jurisdicción.

7.8.3. Variables complementarias:

Medios de actualización, opinión sobre instrumento de control, toma de peso y talla por tipo de personal, diagnóstico antropométrico por tipo de personal, incumplimiento.

7.8.4. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

7.8.4.1. VARIABLES INDEPENDIENTES

VARIABLE: Capacitación
CONCEPTUALIZACIÓN: En el último año haber recibido al menos un tipo de actualización en la unidad de salud o fuera de ella.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Nominal, dicotómica

VARIABLE: Conocimiento de la Norma Oficial Mexicana, NOM-031-SSA2-1999
CONCEPTUALIZACIÓN: Conocimiento de la frecuencia de toma de peso y talla en los menores de 1 año y de uno a cuatro años de edad según la NOM-031-SSA2-1999.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Nominal, dicotómica

VARIABLE: Disponibilidad de Instrumentos.
CONCEPTUALIZACIÓN: Existencia de los instrumentos disponibles para la toma de peso y talla en los menores de 5 años.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Nominal, dicotómica

VARIABLE: Frecuencia de toma de peso y talla en menores de 5 años
CONCEPTUALIZACIÓN: Período de tiempo que transcurre entre cada toma de peso y talla en los menores de 5 años
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Cuantitativa discreta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIABLE: Uso de instrumentos para la toma de peso y talla en el menor de 2 años de edad.
CONCEPTUALIZACIÓN: Instrumentos utilizados para tomar peso y talla en los menores de 2 años de edad.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Cuantitativa discreta

VARIABLE: Registro de peso y talla
CONCEPTUALIZACIÓN: Grupo de documentos utilizados para el registro de peso y talla.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Cuantitativa discreta

VARIABLE: Acciones realizadas cuando el menor de 5 años no acude a control.
CONCEPTUALIZACIÓN: Grupo de acciones que realiza el médico cuando el menor de 5 años no acude a control.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Cualitativa, nominal, dicotómica

VARIABLE: Indicador utilizado para el Diagnóstico Antropométrico.
CONCEPTUALIZACIÓN: Grupo de indicadores utilizados para el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición.
OPERACIONALIZACIÓN: Peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla, perímetro mesobraquial, otros
ESCALA: Nominal, dicotómica

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

7.8.4.2. VARIABLES UNIVERSALES

VARIABLE: Edad
CONCEPTUALIZACIÓN: Edad cumplida en años
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta.
ESCALA: Cuantitativa discreta.

VARIABLE: Sexo
CONCEPTUALIZACIÓN: Masculino, femenino
OPERACIONALIZACIÓN: Masculino, femenino.
ESCALA: Nominal, dicotómica.

VARIABLE: Ocupación.
CONCEPTUALIZACIÓN: Tipo de puesto que desempeña en la unidad.
OPERACIONALIZACIÓN: Médico, Enfermera, Nutriólogo, Promotor.
ESCALA: Nominal, politémica.

VARIABLE: Escolaridad
CONCEPTUALIZACIÓN: Nivel máximo de estudios que realizó.
OPERACIONALIZACIÓN: Bachillerato, carreta técnica, licenciatura, especialidad, maestría, doctorado, otro.
ESCALA: Nominal, politémica.

VARIABLE: Tiempo en la unidad de salud
CONCEPTUALIZACIÓN: Años de estar laborando en la unidad de salud a la que pertenece
OPERACIONALIZACIÓN: <1 año, 1 a 3 años, más de tres años
ESCALA: Cuantitativa, discreta

VARIABLE: Unidad de salud
CONCEPTUALIZACIÓN: Tipo de la unidad de salud a la cual pertenece
OPERACIONALIZACIÓN: Urbana, rural, unidad móvil.
ESCALA: Nominal, politémica

7.8.4.3. VARIABLES COMPLEMENTARIAS

VARIABLE: Medios de actualización.
CONCEPTUALIZACIÓN: Grupo de opiniones sobre el contenido de los medios de actualización utilizados por el personal de salud.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Cualitativa, nominal, dicotómica

VARIABLE: Opinión sobre instrumentos de control.
CONCEPTUALIZACIÓN: Grupo de opiniones sobre la Cartilla Nacional de Vacunación por el personal de salud.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Cualitativa, nominal, dicotómica

VARIABLE: Personal que toma de peso y talla
CONCEPTUALIZACIÓN: Personal encargado de tomar peso y talla en el menor de 5 años.
OPERACIONALIZACIÓN: Médico, enfermera, nutriólogo, ninguno, promotor
ESCALA: Cualitativa, nominal, dicotómica

VARIABLE: Personal que realiza el Diagnóstico antropométrico.
CONCEPTUALIZACIÓN: Personal que realiza el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición en el menor de 5 años.
OPERACIONALIZACIÓN: Médico, enfermera, nutriólogo, ninguno, promotor
ESCALA: Cualitativa, nominal, dicotómica

VARIABLE: Incumplimientos
CONCEPTUALIZACIÓN: Personal que realiza el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición en el menor de 5 años.
OPERACIONALIZACIÓN: Se medirá lo referido en la encuesta mediante la creación de índices de evaluación
ESCALA: Nominal, dicotómica

7.9. PROCEDIMIENTO (fases del estudio)

7.9.1. El estudio se realizó en 42 Núcleos Básicos de Atención de 36 unidades de primer nivel de atención de las tres jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud del estado de Colima en el mes de enero de 2002 a través de la aplicación de una cedula (encuesta de opinión) a prestadores de servicios de los Núcleos Básicos de Atención, encaminada a identificar las actividades que realizan los prestadores de servicios para la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años y su perfil profesional.

7.9.2. COLIMA:

El estado de Colima se localiza en la parte media de la costa sur del Océano Pacífico, entre los meridianos 103° 41' 17" – 19° 41' de latitud norte. Su nombre significa "Mano Armada". Limita al norte, este y oeste con el estado de Jalisco. Al suroeste con Michoacán y al sur con el Océano Pacífico. Su superficie es de 5,455 km²; ocupa el cuarto lugar entre los estados más pequeños después de Tlaxcala, Morelos y Aguas Calientes, y representa el 0.3% de la superficie nacional. Le corresponde también el archipiélago de Revillagigedo formado por las Islas Benito Juárez (Socorro), San Benedicto, Roca Partida y Clarión, con una superficie estimada en 167 km².

El estado de Colima está formado por 10 municipios: Armería, Colima, Comala, Coquimatlán, Cuahtémoc, Ixtlahuacán, Minatitlán, Manzanillo, Tecmán y Villa de Álvarez.

El estado fue seleccionado para el estudio por ser un estado pequeño, fue de los primeros estados con descentralización de los servicios de salud, la accesibilidad

de los sus NBA es buena además de la buena disposición por parte de las autoridades y personal de la Secretaría de Salud del estado.

7.9.3. MÉTODO DE MUESTREO:

Se realizó un muestreo probabilístico estratificando por jurisdicción como se describe a continuación:

7.9.3.1. Selección de la unidad muestral:

Se obtuvo el listado de todas las unidades de primer nivel tanto urbanas como rurales así como de las unidades móviles incluyendo el número de núcleos básicos, con municipios y localidades de cada una de las jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud del estado de Colima.

7.9.3.2. No de estratos.

Los datos se agruparon por jurisdicción ordenados de menor a mayor número de unidades de primer nivel de atención en una tabla de Excel. El primer estrato correspondió a la jurisdicción sanitaria No. 3 (Manzanillo), el 2 a la jurisdicción No. 2 (Tecomán) y el estrato 3 a la jurisdicción No.1 (Colima), ver tabla 1, el número del estrato se determinó de acuerdo al peso proporcional de cada jurisdicción con relación al número de unidades de primer nivel de atención de cada una ordenándolas de menor a mayor número de Núcleos Básicos de Atención (NBA). El número de unidades muestrales al interior de cada estrato se obtuvo dividiendo el total de la muestra entre el número de estratos de acuerdo al peso proporcional de estimado para cada uno, ver tabla 1.

Tabla 1. Número de unidades muestrales al interior de cada estrato.

Núcleo básicos de atención (NBA) por estrato (N)		Peso proporcional ©	Muestra al interior del estrato
	(a)	© (a/b *100)	(cxd/100)
Estrato 1 (Colima)	47	25.00	11
Estrato 2 (Tecomán)	55	29.00	12
Estrato 3 (Manzanillo)	86	45.00	19
Total (b)	188	100.00	d 42

7.9.3.3. Cálculo del tamaño mínimo de la muestra al interior de cada estrato.

Se divido el total de unidades médicas de primer nivel de atención entre el número de estratos de acuerdo al peso proporcional de cada estrato con relación al número de NBA, asignando así el número de unidades muestrales a cada estrato según su peso proporcional. La suma del peso proporcional corresponde al 100 % de los núcleos básicos.

7.9.3.4. Selección de las unidades para el muestreo.

Una vez obtenido el número de estratos y el tamaño de la muestra para cada uno de ellos se seleccionaron las unidades de primer nivel de atención en las cuales se aplicó la cedula, mediante una selección aleatoria sistemática con arranque simple, dividiendo el número de muestra del estrato entre el número total de unidades de primer nivel de atención, obteniéndose el número sistemático, tabla 2.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 2. No. Sistemático para la selección de las unidades para el muestreo.

No de unidades por estrato (N)		Peso proporcional de la muestra	Número sistemático
	(a)		a/b
Estrato 1 (Colima)	31	11	3
Estrato 2 (Tecomán)	33	12	3
Estrato 3 (Manzanillo)	49	19	3
Total (b)	113	42	

El número sistemático obtenido para cada estrato fue el 3.

El número de arranque se seleccionó en forma aleatoria, y se ubicó entre los rangos de las unidades de primer nivel de atención; posteriormente se le sumó el número sistemático obteniéndose una nueva selección hasta agotar el tamaño de la muestra del estrato, se empleó el mismo procedimiento para cada estrato.

7.9.4. Cálculo del tamaño de la muestra:

1. Se definió un nivel de precisión de $\pm 10\%$ con un nivel de confianza del 95%, ambos niveles se ubicaron en una tabla de estimación del tamaño de muestra, obteniendo un tamaño de muestra de 96.
2. El tamaño de muestra inicial se revisó para determinar si su tamaño con relación a la población bajo estudio fue adecuado mediante el siguiente ajuste: Se dividió el tamaño de la muestra estimado entre el tamaño de la población bajo estudio (NBA) obteniendo una fracción de muestreo (FM) cuyo resultado es la muestra revisada (MR).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tamaño de la muestra $n = 96$

$$FM = \frac{96}{188} \times 100 = 51.06 \text{ (51.06\%)}$$

Población bajo estudio $N = 188$

3. Como la FM fue mayor al 10% de la población bajo estudio se recalculó la muestra inicialmente estimada:

Tamaño de la muestra $n = 96$

$$MR = \frac{96}{188} \times 100 = 63.55 \text{ (64 unidades muestrales)}$$

1+ Fracción de muestreo 0,5106

4. Como al recalcular la muestra inicialmente estimada se obtuvo nuevamente una FM mayor al 10% se realizó otro ajuste.

Tamaño de la muestra $n = 64$

$$MR = \frac{64}{188} \times 100 = 42.36 \text{ (42 unidades muestrales)}$$

1+ Fracción de muestreo 0,5106

La muestra estimada fue de 42 NBA

7.9.5. Recolección de los datos:

Para obtener la información referente al estudio, se diseñó un instrumento específico (cedula) en el cual se incluyeron preguntas cerradas y abiertas referentes a la organización del Núcleo Básico de Atención (tipo de unidad de

salud, recursos humanos, de material y equipo disponible), del prestador de servicios (formación académica, experiencia, capacitación, conocimiento y aplicación de la normatividad). Posteriormente se realizó la prueba piloto con personal de salud del Distrito Federal.

7.9.5.1. Instrumentos:

7.9.5.1.1. Encuesta a personal de unidades de salud: Se diseñó una cédula de evaluación que fue aplicada a todos los médicos, enfermeras y personal encargado de la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años en los Núcleos Básicos de Atención seleccionados, para investigar los criterios y metodología que emplean para la vigilancia del crecimiento, su conocimiento y aplicación de la NOM-031-SSA2-1999, y sus fuentes de información (anexo 2).

7.9.5.1.2. Estudio de los recursos: Se investigó en los Núcleos Básicos el registro de peso y talla en los documentos normados así como la presencia de instrumentos adecuados para la medición del peso y talla de los menores de cinco años (anexo 3).

Se elaboró una máscara de captura en el programa Excel que contuviera las variables recopiladas en la aplicación de la cédula.

7.9.6. Análisis.

El análisis se realizó en el paquete estadístico Stata versión 6. Se realizó un análisis descriptivo univariado, para obtener frecuencias y porcentajes de cada

una de las variables asociadas con la vigilancia del crecimiento del crecimiento del menor de 5 años en los Núcleos Básicos de Atención del estado de Colima.

7.9.6.1. Análisis de los resultados de la encuesta aplicada a personal de unidades de salud:

Se realizó un análisis simple de las variables de estudio obteniéndose frecuencias y a partir de ellas formar los índices de evaluación de las variables de estudio asociadas con la vigilancia del crecimiento y posteriormente se realizó un análisis bivariado.

7.9.6.1.1. ÍNDICES DE EVALUACIÓN:

Para la variable medios de actualización:

- 1.- Se realizó un análisis simple de cada una de las variables de estudio (cada variable de estudio esta compuesta por varias variables binarias) que componen la variable "los medios de actualización".
- 2.- A la respuesta positiva de cada variable se le dio un valor de 2 y a la negativa de 0 (variables binarias)
- 3.- El siguiente paso fue dar un valor a la variable de estudio mediante la suma de cada una de las variables que la componen, obteniéndose frecuencias, (ejemplo variable de estudio "Manuales de la Secretaría de Salud" se sumo útil (2)+ completo (2) + clara (2) + se usa (2) = 8), ver tabla 3.

4.- La evaluación o creación de los índices para la variable "Calidad de la información de los medios de actualización", se realizó sumando el valor de cada variable de estudio obteniendo un valor de 40.

Tabla 3. Índice de evaluación de la variable "Calidad de la información de los medios de actualización"

Criterios de categorización de la variable "Calidad de la información de los medios de actualización"				
Variable de estudio	Variables que la componen	Variables binarias		Valor de la variable
		Si	No	
Manuales de la Secretaría de Salud	Útil	2	0	8
	Completo	2	0	
	Clara	2	0	
	Se usa	2	0	
Revistas o libros	Útil	2	0	8
	Completo	2	0	
	Clara	2	0	
	Se usa	2	0	
Discusión con colegas	Útil	2	0	8
	Completo	2	0	
	Clara	2	0	
	Se usa	2	0	
Cursos o congreso	Útil	2	0	8
	Completo	2	0	
	Clara	2	0	
	Se usa	2	0	
Internet	Útil	2	0	8
	Completo	2	0	
	Clara	2	0	
	Se usa	2	0	

5.- Finalmente se obtuvieron frecuencias y se formaron tres rangos para obtener los índices de evaluación: bueno, regular y malo con lo cual se pudo evaluar los medios de actualización utilizados por el personal de salud de los NBA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

El mismo procedimiento fue empleado para la creación de los índices de las variables uso de instrumentos para la toma de peso y talla en menores de 2 años y registro de toma de peso y talla (ver tablas 4 y 5).

Tabla 4. Índice de evaluación de la variable "Uso de instrumentos para la toma de peso y talla en menores de 2 años"

Criterios de categorización de la variable "Uso de instrumentos para toma de peso y talla en menores de 2 años"				
Variable de estudio	Variables que la componen	Variables binarias		Valor de la variable
		Si	No	
Instrumento para la toma de peso en menores de 2 años	Estadimetro	2	0	10
	Báscula pesa bebé	2	0	
	Infantometro	2	0	
	Báscula de piso	2	0	
	Otro	2	0	
Instrumento para toma de talla en menores de 2 años	Estadimetro	2	0	10
	Báscula pesa bebé	2	0	
	Infantometro	2	0	
	Báscula de piso	2	0	
	Cinta métrica	2	0	

Tabla 5. Índice de evaluación de la variable "Registro de peso y talla"

Criterios de categorización de la variable "Registro de toma de peso y talla en los NBA"				
Variable de estudio	Variables que la componen	Variables binarias		Valor de la variable
		Si	No	
Registro de Peso	Expediente	2	0	8
	Tarjeta de Control	2	0	
	Cartilla Nacional de Vacunación	2	0	
	Censo Nominal	2	0	
Registro de Talla	Expediente	2	0	8
	Tarjeta de Control	2	0	
	Cartilla Nacional de Vacunación	2	0	
	Censo Nominal	2	0	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para las variables "Toma de peso y talla en menores de 5 años" y "Toma de peso y talla en menores de 5 años por normatividad" la metodología para la creación de los índices de evaluación fue prácticamente la misma, sin embargo, en las variables binarias se cambio el valor en algunas de ellas (en caso de ser negativa el valor fue de 2 y 0 en caso de ser positiva), tablas 6 y 7.

Tabla 6. Índice de evaluación de la variable "Toma de peso y talla en menores de 5 años"

Criterios de categorización de la variable "Toma de Peso y Talla en los menores de 5 años"				
Variable de estudio	Variables que la componen	Variables binarias		Valor de la variable
		Sí	No	
Toma de peso y talla en los menores de 1 año	Cada 15 días	0	2	10
	Cada mes	0	2	
	Cada 2 meses	2	0	
	Cada 6 meses	0	2	
	Cuando acude a la unidad	2	0	
Toma de peso y talla en niños de 1 a 4 años	Cada 15 días	0	2	10
	Cada mes	0	2	
	Cada 2 meses	0	2	
	Cada 6 meses	2	0	
	Cuando acude a la unidad	2	0	

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 7. Índice de evaluación de la variable "Toma de peso y talla en menores de 5 años por normatividad"

Criterios de categorización de la variable "Toma de Peso y Talla en menores de 5 años por normatividad"				
Variable de estudio	Variables que la componen	Variables binarias		Valor de la variable
		Si	No	
Toma de peso y talla en los menores de 1 año por normatividad	Cada 15 días	0	2	10
	Cada mes	0	2	
	Cada 2 meses	2	0	
	Cada 6 meses	0	2	
	Cuando acude a la unidad	2	0	
Toma de peso y talla en niños de 1 a 4 años por normatividad	Cada 15 días	0	2	10
	Cada mes	0	2	
	Cada 2 meses	0	2	
	Cada 6 meses	2	0	
	Cuando acude a la unidad	2	0	

Para evaluar las acciones que realiza el personal de los Núcleos Básicos de Atención se realizó un análisis de las tres respuestas obtenidas (acción 1, acción 2 y acción 3):

1.- Dado que la exploración de esta variable fue con una pregunta abierta.

Las respuestas fueron clasificadas dentro de la siguiente clasificación:

- Visita domiciliaria
- Cita por medio del comité de salud
- Pláticas a la población
- Espera a que acuda
- Otro
- Nada

2.- Una vez clasificadas las respuestas el siguiente paso fue dar un valor a cada una, tabla 8.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Tabla 8. Clasificación de las acciones realizadas cuando el menor de 5 años no acude a control

CLASIFICACIÓN	VALOR
VISITA DOMICILIARIA	3
CITA POR MEDIO DEL COMITÉ DE SALUD	3
PLÁTICAS A LA POBLACIÓN	2
ESPERA A QUE ACUDA	2
OTRO	1
NADA	0

3.- La evaluación o creación de los índices de evaluación para la variable "Acciones realizadas cuando el menor de 5 años no acude a control, fue mediante la obtención de tres categorías (bueno, regular y malo) en base las frecuencias y rangos obtenidos a partir de la suma de las tres acciones (acción 1 + acción 2 + acción 3 = valor de las acciones), tabla 9.

Tabla 9. Índice de evaluación de la variable "Acciones realizadas cuando el menor de 5 años no acude a control"

Criterios de categorización de la variable " Acciones cuando el menor no acude a control"		
Variable de estudio	Variabes que la componen	Valor
Acción 1	Visita domiciliaria	3
	Cita por medio del comité	3
	Prácticas a la población	2
	Espera a que acuda	2
	Otro	1
	Nada	0
Acción 2	Visita domiciliaria	3
	Cita por medio del comité	3
	Prácticas a la población	2
	Espera a que acuda	2
	Otro	1
	Nada	0
Acción 3	Visita domiciliaria	3
	Cita por medio del comité	3
	Prácticas a la población	2
	Espera a que acuda	2
	Otro	1
	Nada	0

Finalmente para los índices de evaluación de las variables "Instrumentos disponibles en la unidad" y "Opinión sobre la Cartilla Nacional de Vacunación" se realizó:

- 1.- Un análisis simple de cada una de las variables que las componen.
- 2.- A la respuesta positiva de cada variable se le dio un valor de 2 y a la negativa de 0 (variables binarias)
- 3.- Se realizó la suma de cada una de las variables que las componen, obteniéndose frecuencia y porcentajes.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

4.- La evaluación o creación de los índices para cada una de las variables de estudio se realizó basándose en las frecuencias y rangos obtenidos, tablas 11 y 12.

Los índices obtenidos fueron: bueno, regular y malo.

Tabla 10. Índice de evaluación de la variable "Instrumentos disponibles en la unidad"

Criterios de categorización de la variable " Instrumentos disponibles en la unidad"				
Variables que la componen	Variables binarias		Valor de la variable	Evaluación
	Si	No		
Estadimetro	2	0	10	2 - 4 = 1= Mal 6 - 8 = 2 = Regular 10 = 3 = Bueno
Báscula pesa bebé	2	0		
Infantometro	2	0		
Báscula de piso	2	0		
Otro	2	0		

Tabla 11. Índice de evaluación de la variable "Opinión sobre la Cartilla Nacional de Vacunación"

Criterios de categorización de la variable " Opinión sobre la Cartilla Nacional de Vacunación"				
Variables que la componen	Variables binarias		Valor de la variable	Evaluación
	Si	No		
Útil	2	0	8	0 - 2 = 1= Mal 4 - 6 = 2 = Regular 8 = 3 = Bueno
Completa	2	0		
Clara	2	0		
Se usa	2	0		

Una vez realizados los índices de evaluación de cada variable de estudio se realizaron cruces de variables para evaluar cada una de ellas por tipo de personal,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

tipo de unidad, tiempo en la unidad, índice de capacitación y conocimiento de la normatividad.

7.9.6.1.2. Estudio de los recursos:

Para el análisis de la información obtenida de los Núcleos Básicos de Atención los índices de evaluación de las variables "Instrumentos encontrados en la unidad" y "registro de peso y talla" se obtuvieron utilizando el mismo método empleado en la obtención de los índices de evaluación de las variables "Instrumentos disponibles en la unidad" y "Opinión sobre la Cartilla Nacional de Vacunación".

CAPITULO 8. RESULTADOS

El estudio se realizó en 42 Núcleos Básicos de atención, de 36 unidades de primer nivel, seleccionados de las jurisdicciones sanitarias de la Secretaría de Salud del estado de Colima, en el mes de enero del 2001, ver tabla 1.

TABLA 1. Porcentaje de núcleos básicos por jurisdicción

JURISDICCIÓN	FRECUENCIA	%
COLIMA	19	45.24
TECOMÁN	12	28.57
MANZANILLO	11	26.19
TOTAL	42	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La cedula de evaluación se aplicó a 76 prestadores de servicios de los Núcleos Básicos de Atención seleccionados; 19 (45.24%) en la jurisdicción sanitaria No. 1 (Colima), 12 (30.36%) en la jurisdicción sanitaria No. 2 (Tecomán) y 11 (28.95%) en la jurisdicción sanitaria No. 3 (Manzanillo), ver tabla 2.

TABLA 2. Porcentaje de encuestas por jurisdicción

JURISDICCIÓN	FRECUENCIA	%
I. COLIMA	31	40.79
II. TECOMÁN	23	30.26
III. MANZANILLO	22	28.95
TOTAL	76	100.00

VARIABLES UNIVERSALES (PERFIL DEL PRESTADOR):

En relación con el análisis de las variables universales la edad del personal de los Núcleos Básicos se encontraba en un rango de 18 a 42 años, el grupo de edad más frecuente es el de 35 a 44 años con una frecuencia de 18, seguido por el de 15 a 24, el de 25 a 34 y del de 45 a 54 con un 30.26%, 23.68% y 14.47% respectivamente (tabla 3). Por genero 47 (61.84%) fueron del genero femenino y 29 (38.16%) del masculino, ver tabla 4.

TABLA. 3. Grupos de edad

GRUPOS DE EDAD	FRECUENCIA	%
15 a 24	23	30.26
25 a 34	18	23.68
35 a 44	24	31.58
45 a 54	11	14.47
TOTAL	76	100

TABLA 4. Porcentaje de encuestas por genero

GENERO	FRECUENCIA	%
MASCULINO	29	38.16
FEMENINO	47	61.84
TOTAL	76	100.00

Con relación al puesto el 48.68% (37) del personal de los Núcleos Básicos de Atención refirieron ser médicos, el 43.42% (33) enfermeras y el 7.89% (6) promotores de salud, tabla 5.

TABLA 5. Porcentaje de personal por tipo de puesto.

PUESTO	FRECUENCIA	%
MÉDICO	37	48.68
ENFERMERA	33	43.42
PROMOTOR DE S.	6	7.89
TOTAL	76	100.00

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En cuanto a la escolaridad el nivel máximo de estudios más frecuente fue el de licenciatura referida por el 52.63% (40) seguida de nivel técnico con un 36.84% (28), el 5.26% (4) tienen secundaria, el 2.63% (2) tienen especialidad, y los niveles bachillerato y maestría con un 1.32% (1) para cada uno, tabla 6.

TABLA 6. Porcentaje de nivel máximo de estudios del personal de salud

NIVEL MÁXIMO DE ESTUDIOS	FRECUENCIA	%
BACHILLERATO	1	1.32
CARRERA TÉCNICA	28	36.84
LICENCIATURA	40	52.63
ESPECIALIDAD	2	2.63
MAESTRIA	1	1.32
SECUNDARIA	4	5.26
TOTAL	76	100

En relación con el tiempo de trabajar en la unidad de salud 32 prestadores de servicios refirieron tener menos de un año en la unidad lo que representa un 42.11%, 31 prestadores de servicios refirieron tener más de tres años en la unidad representando un 40.79% seguido por un 17.11% (13) con un tiempo en la unidad de uno a tres años, tabla 7.

TABLA 7. Porcentaje de tiempo de trabajar en la unidad del personal.

TIEMPO EN LA UNIDAD	FRECUENCIA	%
<1 año	32	42.11
1 a 3 años	13	17.11
>3 años	31	40.79
TOTAL	76	100.00

Por tipo de unidad 35 prestadores de servicios refirieron pertenecer a los Núcleos Básicos de Atención rurales representando un 46.05%; 25 (32.89%) prestadores de servicios refirieron pertenecer a Núcleos Básicos de Atención urbanos y 16, con una representación del 21.05%, refirieron pertenecer a las unidades móviles, tabla 8.

TABLA 8. Porcentaje de personal por tipo de unidad de salud.

TIPO DE UNIDAD	FRECUENCIA	%
URBANO	25	32.89
RURAL	35	46.05
UNIDAD MÓVIL	16	21.05
TOTAL	76	100.00

Por tipo de contrato 46 prestadores de servicios refirieron ser de base, lo cual corresponde al 60.53%, 27 (35.53%) estaban realizando el servicio social, 2 (2.63%) refirieron ser de contrato y 1 (1.32%) de confianza. Tabla 9.

TABLA 9. Porcentaje por tipo de contrato.

TIPO DE CONTRATO	FRECUENCIA	%
BASE	46	60.53
SERVICIO SOCIAL	27	35.53
CONTRATO	2	2.63
CONFIANZA	1	1.32
TOTAL	76	100.00

VARIABLES INDEPENDIENTES

Con relación a las variables independientes que se estudiaron en la presente investigación se encontró:

CAPACITACIÓN:

Del total del personal de los Básicos de Atención estudiados 44 (57.89%) de ellos refirieron haber recibido cuando menos un tipo de capacitación durante el año 2001, tabla 10.

TABLA 10. Porcentaje de capacitación sobre diagnóstico antropométrico en la unidad en el último año (2001).

CAPACITACIÓN EN EL		
2001	FRECUENCIA	%
SI	44	57.89
NO	32	42.11
TOTAL	76	100.00

TIPO DE CAPACITACIÓN:

El 50% (22) del personal de los Núcleos Básicos de Atención que recibió capacitación en el 2001 refirió que fue por medio de platicas, el 11.36% (5) por medio de materiales y el mismo porcentaje por medio de talleres, solo un 12 prestadores de servicios refirieron haber recibido un curso, lo cual representa el 27.27% del personal que recibió capacitación, tablas 11 y 13.

TABLA 11. Tipo de capacitación sobre diagnóstico antropométrico

TIPO DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA	%
MATERIALES	5	11.36
PLATICAS	22	50
CURSOS	12	27.27
TALLERES	5	11.36
TOTAL	44	100

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

LUGAR DE LA CAPACITACIÓN:

Del personal que recibió capacitación en el 2001 el 27.27% (12) refirió que fue en el Centro Rural de Capacitación (CRC), 31.82% (14) refirió que fue en el Centro Estatal de Capacitación. El 52.63% del personal de salud recibió capacitación fuera del centro de salud de estos el 35% fue capacitado en el Centro Regional de Capacitación (CRC), y el 40% (18) refirió que fue en su unidad. En el Centro Estatal de Capacitación (CEC) y 5% en otro sitio, ver tablas 12 y 13.

TABLA 12. Porcentaje de sitio de capacitación sobre diagnóstico antropométrico

LUGAR	FRECUENCIA	%
CRC	12	27.27
CEC	14	31.82
OTRO	18	40.91
TOTAL	44	100

TABLA 13. Porcentaje de tipo y sitio de capacitación sobre diagnóstico antropométrico

TIPO DE CAPACITACIÓN	LUGAR DE LA CAPACITACIÓN						TOTAL	
	CEC		CRC		UNIDAD		FRECUENCIA	%
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%		
PLATOS	5	22.73	3	13.64	14	63.64	22	100
MATERIAL DE CONSULTA	3	60	0	0	2	40	5	100
CURSOS Y ALBES	4	21.53	11	64.71	2	11.76	17	100
TOTAL	12	27.27	14	31.82	18	40.91	44	100

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ACTUALIZACIÓN POR SU CUENTA:

34 de (44.74%) los prestadores de servicio refirieron haber tomado un curso de actualización sobre diagnóstico antropométrico por su propia cuenta en el 2001, tabla 14.

TABLA 14. Porcentaje de personal que se actualizó sobre diagnóstico antropométrico por su cuenta en el 2001.

ACTUALIZACIÓN POR SU CUENTA	FRECUENCIA	%
SI	34	44.74
NO	42	55.26
TOTAL	76	100%

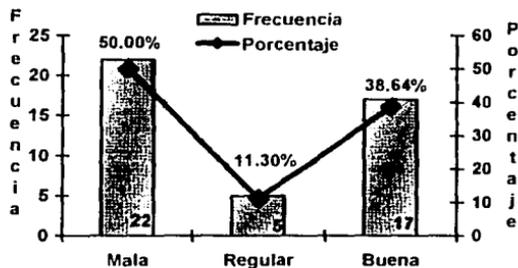
ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE CAPACITACIÓN.

En cuanto a la evaluación de capacitación 45 (59.21%) de los prestadores de servicios recibieron una mala capacitación en el 2001, 11 (14.47%) la recibieron en forma regular y 20 (26.32%) recibieron una buena capacitación, tabla 15 y figura 1.

TABLA 15. Índice de capacitación en el 2001

INDICE DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA	%
MALA	45	59.21
REGULAR	11	14.47
BUENA	20	26.32
TOTAL	76	100.00

FIGURA 1. Índice de capacitación en el 2001

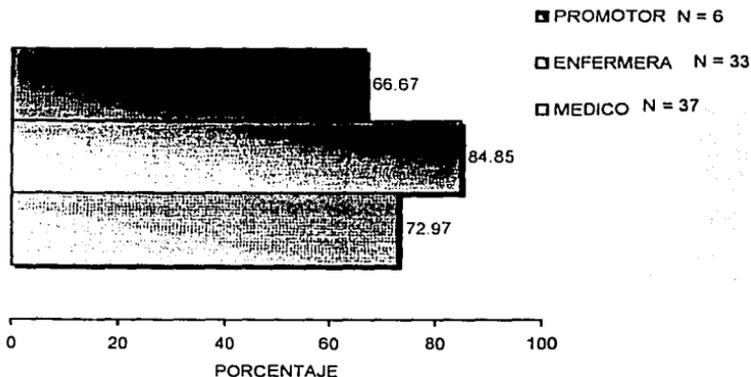


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONOCIMIENTO DE LA NORMA:

En cuanto al conocimiento de la NOM-031-SSA2-1999 del total de los médicos de los NBA el 72.97% refirió conocer la norma, el 84.85% de las enfermeras refirió conocerla también así como el 66.67% de los promotores, figura 3.

FIGURA 2. Porcentaje de conocimiento de la NOM-031-SSA2-1999 por tipo de personal

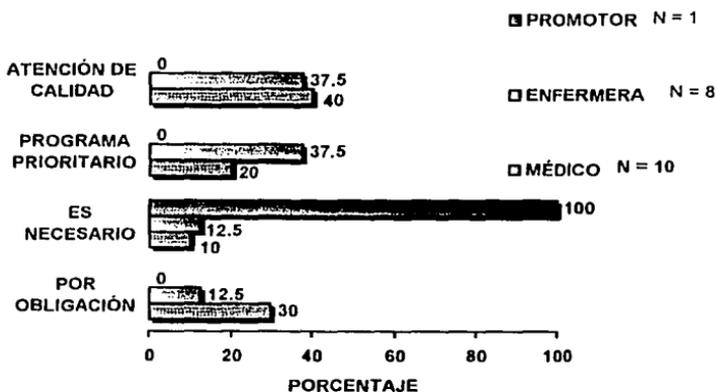


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAUSAS DE CONOCIMIENTO DE LA NORMA:

De las causas de conocimiento de la NOM-031-SSA-1999 los médicos refirieron como principales: dar una atención con calidad 40% y por obligación 30%; el personal de enfermería refirió como causas principales: dar una atención con calidad con un 37.5% y por ser un programa prioritario correspondiendo al 37.5%; el 100% de los promotores refirió que por ser necesario, figura 3.

FIGURA 3. Porcentaje de causas de conocimiento de la NOM-031 por tipo de personal

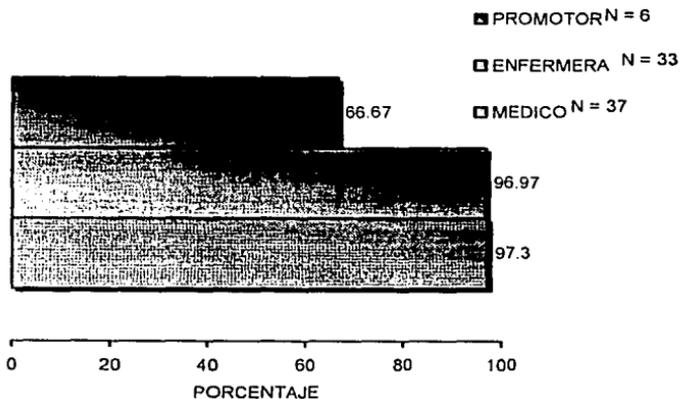


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONOCIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS:

En cuanto al conocimiento de las los lineamientos del total de los médicos de los NBA el 66.67% refirió conocerlos, el 96.97% de las enfermeras refirió conocerla también así como el 97.3% de los promotores, figura 4.

FIGURA 4. Porcentaje de conocimiento de los lineamientos por tipo de personal.

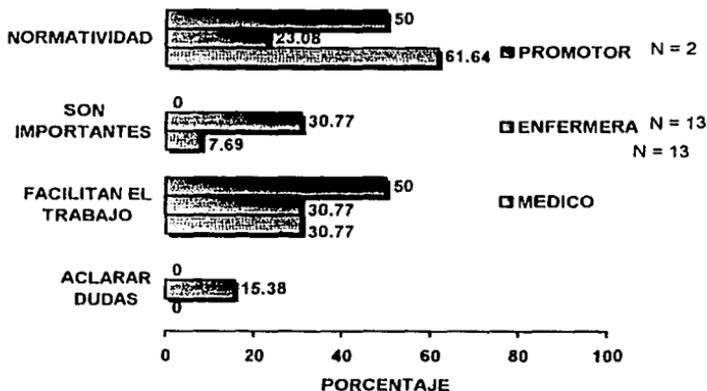


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAUSAS DE CONOCIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS:

Dentro de las principales causas por las que el personal de los NBA conoce los lineamientos: el 61.64% de los médicos refirió que por normatividad; el personal de enfermería refirió que porque son importantes y facilitan el trabajo con 30.77% para cada causa, y los promotores refirieron que por normatividad y por que facilitan el trabajo (50% para cada causa). Figura 5.

FIGURA 5. Porcentaje de causas de conocimiento los lineamientos por tipo de personal



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

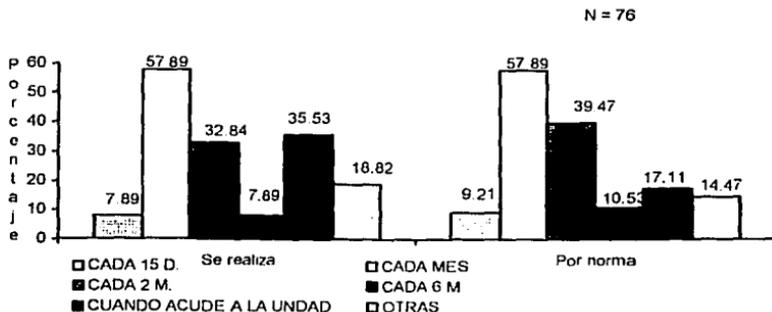
FRECUENCIA DE TOMA DE PESO Y TALLA EN <1 AÑO:

Con relación a la frecuencia de toma de peso y talla en el <1 año el personal refirió realizarlo y por normatividad: cada 2 meses en un 32.84% y 39.47%, respectivamente, cuando acude a la unidad en un 35.50% y 17.11% respectivamente. Tabla 16 y figura 6.

TABLA 16. Frecuencia de toma de peso y talla en <1 año (referido por el personal).

FRECUENCIA	SE REALIZA	NORMATIVIDAD
CADA 15 DIAS	7.89%	9.21%
	6	7
CADA MES	57.89%	57.89%
	44	44
CADA 2 MESES	32.84%	39.47%
	25	30
CADA 6 MESES	7.89%	10.53%
	6	8
CUANDO ACUDE A LA UNIDAD	35.53%	17.11%
	27	13
OTRAS	18.82	14.47%
	14	11
TOTAL	76	76

FIGURA 6. Porcentaje frecuencia de toma de peso y talla en <1 año (referido por el personal).



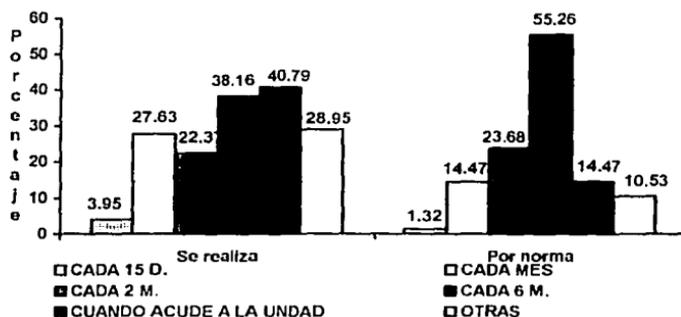
FRECUENCIA DE TOMA DE PESO Y TALLA EN NIÑOS DE 1 A 4 AÑOS:

Con relación a la frecuencia de toma de peso y talla en los niños de 1 a 4 años s el personal refirió realizarlo y por normatividad: cada 6 meses en un 38.16% y 55.26%, respectivamente, cuando acude a la unidad 40.79% y 14.47% respectivamente. Tabla 17 y figura 7.

TABLA. 17. Frecuencia de toma de peso y talla en niños de 1 a 4 años (referido por el personal)

FRECUENCIA	SE REALIZA	NORMATIVIDAD
CADA 15 DÍAS	3.95%	1.32%
	3	1
CADA MES	27.63%	14.47%
	21	11
CADA 2 MESES	22.37%	23.68%
	17	18
CADA 6 MESES	38.16%	55.26%
	29	42
CUANDO ACUDE A LA UNIDAD	40.79%	14.47%
	31	11
OTRAS	28.05%	10.53%
	22	8
TOTAL	76	76

FIGURA. 7. Porcentaje de frecuencia de toma de peso y talla en niños de 1 a 4 años (referido por el personal)



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTO DE LA NOM-031-SSA2-1999.

En cuanto al conocimiento de la NOM-031-SSA2-1999, 36 (47.37%) de los prestadores de servicios la conocen en forma regular, 11 (14.47%) la conocen mal y 29 (38.16%) la conocen bien, tabla 18.

TABLA 18. Índice de conocimiento de la NOM-031-SSA2-1999

ÍNDICE	FRECUENCIA	%
MALO	11	14.47
REGULAR	36	47.37
BUENO	29	38.16
TOTAL	76	100.00

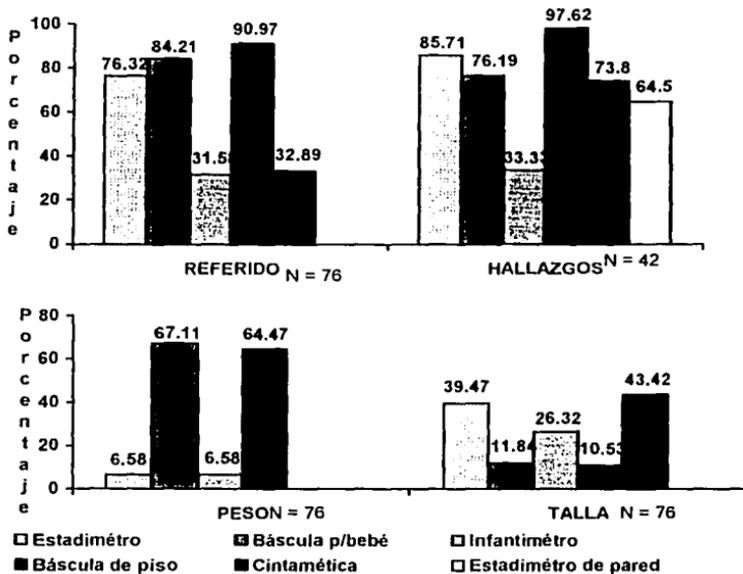
DISPONIBILIDAD Y USO DE INSTRUMENTOS:

De los instrumentos para la toma de peso en el menor de 5 años el 84.21% (64) refirió contar con báscula pesa bebé y esta se encontró el 76.19% (34) de los NBA, también refirió tener báscula de piso en un 90.97% (69) y se encontró en 97.62% (41) de los NBA. Para la toma de talla el 76.32% (58) refirió tener estadímetro y se encontró en 85.71% (36) de los NBA y en cuanto al infantómetro el 31.58% (24) refirió tenerlo y se encontró en el 33.33% (14) de los NBA. Con relación al uso de los instrumentos el 6.58% (5) refirió usar el estadímetro para la toma de peso y el 39.47% para la toma de talla. El 67.11% (51) del personal refirió usar la báscula pesa bebé para toma de peso y un 11.84% (9) para la toma de talla; en cuanto al infantómetro un 6.58% (5) refirió utilizarlo para toma de peso y un 26.32% (20) para la toma de talla; el 64.47% (49) del personal refirió utilizar la báscula de piso para toma de peso y el 10.53% (8) para la toma de talla; el 43.42% (33) utiliza la cintamétrica para la toma de talla. Tabla 19 y figura 8.

TABLA. 19. Porcentaje de instrumentos disponibles y utilizados para toma de peso y talla así como los encontrados en la unidad.

INSTRUMENTO	REFERIDO	PESO	TALLA	HALLAZGOS
ESTADIMÉTRO	76.32%	6.58%	39.47%	85.71%
	58	5	30	36
BASCULA PESA BEBE	84.21%	67.11%	11.84%	76.19%
	64	51	9	32
INFANTOMÉTRO	31.58%	6.58%	26.32%	33.33%
	24	5	20	14
BASCULA DE PISO	90.97%	64.47%	10.53%	97.62%
	69	49	8	41
CINTAMÉTRICA	32.89%	---	43.42% *	73.8%
	25	---	33 *	31
ESTADIMÉTRO DE PARED	0.00%	---	1.32%	64.5% (N=31)
	0	---	1	20
TOTAL	76	76	76	42

FIGURA. 8. Porcentaje de instrumentos disponibles y utilizados para toma de peso y talla y los encontrados en la unidad.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE DE DISPONIBILIDAD DE INSTRUMENTOS EN LA UNIDAD.

En relación con la disponibilidad de instrumentos 50 (65.79%) de los prestadores de servicio tienen en sus unidades una regular disposición de instrumentos, 6 (7.89%) tienen una mala disponibilidad y 20 (26.32%) tienen una buena disponibilidad, tabla 20.

TABLA 20. Índice de disponibilidad de instrumentos en la unidad

ÍNDICE DISPONIBILIDAD DE INSTRUMENTOS	FRECUENCIA	%
MALO	6	7.89
REGULAR	50	65.79
BUENO	20	26.32
TOTAL	76	100.00

ÍNDICE DE EVALUACIÓN DEL INTERVALO DE TIEMPO PARA LA TOMA DE PESO Y TALLA EN MENORES DE 5 AÑOS.

La evaluación del intervalo para la toma de peso y talla fue regular en un 60.56% (46), mala en 32.89% (25) y buena solo en un 6.58% (5), tabla 21.

TABLA 21. Índice de intervalo de tiempo para toma de peso y talla en menores de 5 años

INDICE DE TIEMPO	FRECUENCIA	%
MAL	25	32.89
REGULAR	46	60.53
BIEN	5	6.58
TOTAL	76	100.00

ÍNDICE USO ADECUADO DE INSTRUMENTOS.

En relación con el uso de instrumentos por el personal 48 (63.16%) utiliza en forma regular a los instrumentos, 15 (19.74%) los utiliza mal y 13 (17.11%) utiliza bien los instrumentos de medición, tabla 22.

TABLA 22. Índice uso adecuado de los instrumentos.

INDICE USO DE INSTRUMENTOS	FRECUENCIA	%
MAL	15	19.74
REGULAR	48	63.16
BIEN	13	17.11
TOTAL	76	100.00

REGISTRO DE PESO Y TALLA:

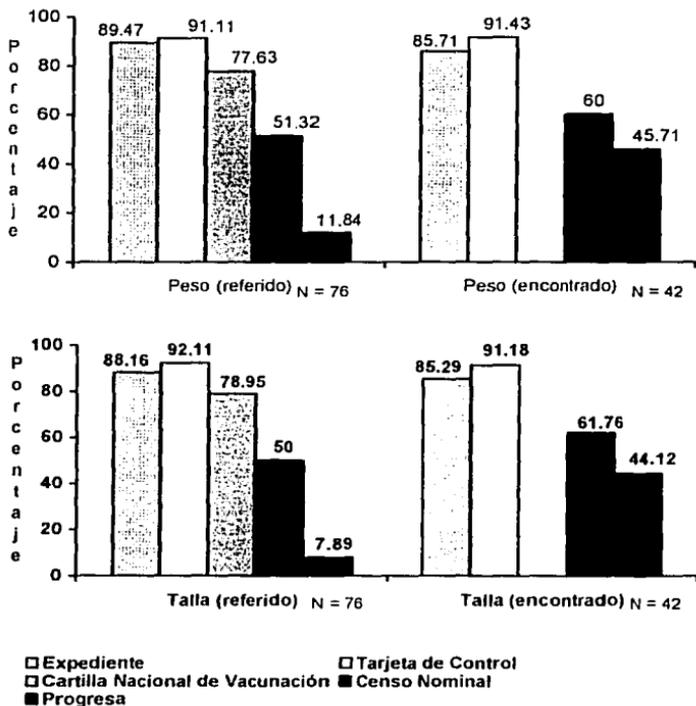
El personal refirió registrar el peso en: Expediente (89.47%), Tarjeta de control (92.11%), Cartilla Nacional de Vacunación (77.63%), Censo nominal (51.32%) y otro (11.84%). La talla refirió registrarla en: Expediente (88.16%), Tarjeta de control (92.11), Cartilla Nacional de Vacunación (78.95%), Censo Nominal(50%) y otro (7.89%).

En la unidad se encontró el registro de peso en: Expediente (85.71%), Tarjeta de control (91.43%), Censo Nominal (60%) y otro (45.71%); el registro de talla de encontró en: Expediente (85.29%), Tarjeta de control (91.18%), Censo Nominal (61.76%) y otro (44.12%). Tabla 23 y figura 9.

TABLA 23.Frecuencia de registro de peso y talla, lo referido por el personal y lo encontrado en la unidad

REGISTRO	PESO	HALLAZGOS	TALLA	HALLAZGOS
EXPEDIENTE	89.47%	85.71%	88.16%	85.29%
	68	30	67	29
TARJETA DE CONTROL	92.11%	91.43%	92.11%	91.18%
	70	32	70	31
CARTILLA NAC. DE VACUNACIÓN	77.63%	-----	78.95%	-----
	59	-----	60	-----
CENSO NOMINAL	51.32%	60.00%	50.00%	61.76%
	39	21	38	21
OTRO	11.84%	45.71%	7.89%	44.12%
	9	16	6	15
TOTAL	76	35	76	34

FIGURA 9. Porcentaje de registro de peso y talla, lo referido y lo encontrado en la unidad.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ÍNDICE DE REGISTRO DE PESO Y TALLA.

Con relación al registro en de la toma de peso y talla el 6.56% (5) realiza mal el registro de peso y talla, 44.74% (34) lo realiza en forma regular y 48. 64% (37) registra bien la toma de peso y talla, tabla 24.

TABLA 24. Índice de registro de peso y talla

INDICE DE REGISTRO	FRECUENCIA	%
MAL	5	6.58
REGULAR	34	44.74
BIEN	37	48.68
TOTAL	76	100.00

ÍNDICE DE ACCIONES REALIZADAS POR EL PERSONAL.

En relación con las acciones que realiza el personal de salud para la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años el 17.11% (13) realiza bien las acciones, 53.95% (41) las realiza en forma regular y 28.95% (22) del personal realiza mal las acciones de vigilancia del crecimiento, tabla 25.

TABLA. 25. Índice de acciones realizadas por el personal.

ÍNDICE DE ACCIONES	FRECUENCIA	%
MAL	22	28.95
REGULAR	41	53.95
BIEN	13	17.11
TOTAL	76	100.00

VARIABLES COMPLEMENTARIAS

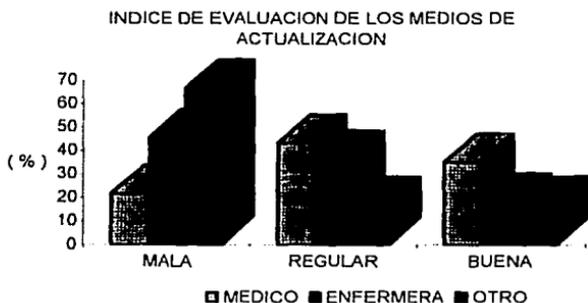
MEDIOS DE ACTUALIZACIÓN:

El 70.27% (26) de los médicos así como el 63.64% (21) de las enfermeras refirieron que prefieren los Manuales de la Secretaría de Salud para actualizarse en cuanto a diagnóstico antropométrico; el 100% (6) de los promotores refirieron que prefieren los cursos o congresos como medios de actualización. Tabla 26 y figura 10.

TABLA. 26. Porcentaje de los medios de actualización preferidos por el personal.

PREFERENCIA DE MEDIOS DE ACTUALIZACIÓN POR TIPO DE PUESTO											
PUESTO	No.	MANUALES DE LA SSA		REVISTAS Y LIBROS		DISCUSIÓN CON COLEGAS		CURSOS O CONGRESOS		INTERNET	
		FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%	FREC.	%
MEDICO	37	26	70.27	25	67.57	12	32.43	22	59.46	16	43.24
ENFERMERA	33	21	63.64	13	39.39	11	33.33	21	63.64	5	15.15
PROMOTORS.	6	1	16.67	2	33.33	1	16.67	6	100	1	16.67

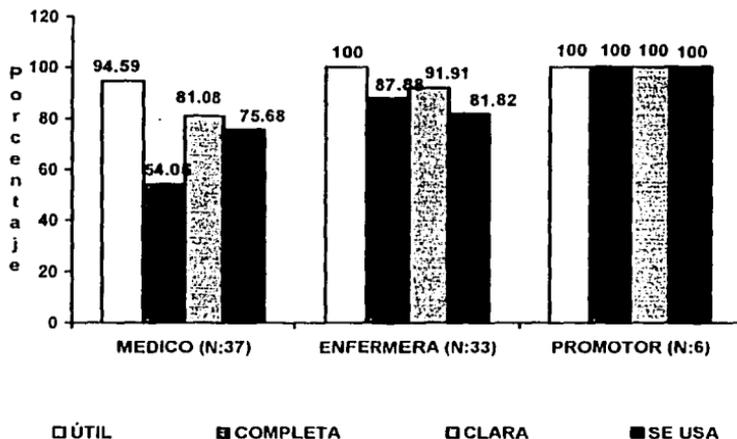
FIGURA 10. índice de evaluación de los medios de actualización.



OPINIÓN SOBRE LA CARTILLA NACIONAL DE VACUNACIÓN:

Con relación a la opinión sobre la Cartilla Nacional de Vacunación el 100% de los promotores refirieron que es útil, se usa, es clara y completa; el 94.59% de los médicos y el 100% de las enfermeras refirieron que es útil, solo el 54.05% del personal médico refirió que es clara y el 75.68% refirió que la usa. Del personal de enfermería el 81.82% refirió que utiliza la Cartilla Nacional de Vacunación y el 91.91% refirió que es completa. Figura 11.

FIGURA 11. Porcentaje de opinión sobre la Cartilla Nacional de Vacunación

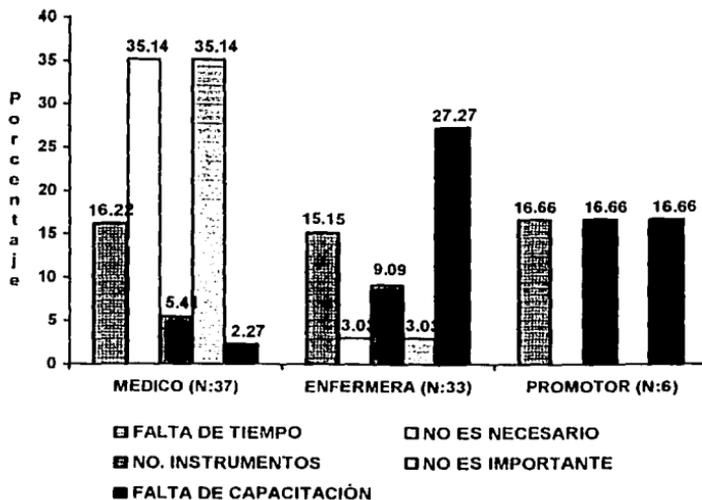


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAUSAS DE NO TOMA DE PESO Y TALLA:

En la figura 12 se observa que el 35.14% del personal médico no toma peso y talla en el menor de 5 años por que no es necesario y no ser importante. El 27.27% de las enfermeras y el 16.66% de los promotores refirió que no toman peso y talla por falta de capacitación. El 5.41% de los médicos así como el 9.09% de las enfermeras y el 16.66% de los promotores refirieron que no toman peso y talla en el menor de 5 años por falta de instrumentos.

FIGURA 12. Porcentaje de causas de no toma de peso y talla en el menor de 5 años

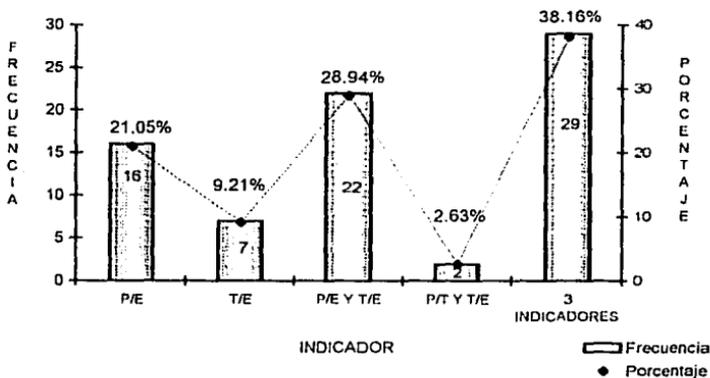


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICADOR ANTROPOMÉTRICO UTILIZADO:

El 38.16% (29) del personal refirió utilizar los tres indicadores para el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición en el menor de 5 años; el 21.05% (16) del personal refirió utilizar como indicador el peso para edad (P/E) y el 9.21% refirió utilizar la talla para la edad (T/E). El 28.94% (22) del personal de los NBA utiliza los indicadores de peso para la edad (P/E) y talla para la edad (T/E). Únicamente el 2.63% (2) del personal refirió que utiliza los indicadores peso para la talla (P/T) y talla para la edad (T/E). Figura 13.

FIGURA 13. Porcentaje y frecuencia del indicador utilizado por el personal de los NBA.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN FINAL.

La evaluación final del personal de salud de los NBA que realiza la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años fue mala en un 27.63% (21), regular en 55.26% (42) y buena en 17% (13). Por tipo de personal el 57.58% (19) de las enfermeras obtuvieron una evaluación regular así como el 54.05% (20) de los médicos y 50% (3) de los promotores. La evaluación final fue mala en 35% (13) de los médicos, 15.5% (5) de las enfermeras y 50% (3) de los promotores. Únicamente el 10.81% (4) de los médicos obtuvo una buena evaluación. El 27.27% (9) de las enfermeras y el 0% de los promotores obtuvieron una buena evaluación. Tabla 27.

Tabla 27. Índice de evaluación final del personal que realiza la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años.

ÍNDICE DE EVALUACIÓN FINAL DEL PERSONAL DE LOS NBA QUE REALIZA LA VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE 5 AÑOS								
ÍNDICE DE EVALUACIÓN FINAL	GLOBAL		MÉDICO		ENFERMERA		PROMOTOR	
	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA	%
MAL	21	27.63	13	35.14	5	15.15	3	50
REGULAR	42	55.26	20	54.05	19	57.58	3	50
BIEN	13	17	4	10.81	9	27.27	0	0
TOTALES	76	100	37	100	33	100	6	100

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN FINAL POR TIPO DE PERSONAL, UNIDAD Y TIEMPO EN LA MISMA.

La tabla 29 muestra que del personal médico en servicio social el 42.86% obtuvo una mala evaluación; en el 53.38% de los mismos la evaluación fue regular y solo en el 4.76% la evaluación fue buena. De los médicos de base con 1 a 3 años en la unidad la evaluación fue buena en un 20% así como el 23.82% en los que tienen más de tres años en la unidad.

Del personal de enfermería de base con menos de un año en la unidad el 66.67% obtuvo una evaluación regular, así como el 75% de las mismas con un tiempo en la unidad de 1 a tres años y el 57.14% de las que tienen más de tres años en la unidad. El 40% de las enfermeras en servicio social obtuvieron una buena evaluación así como el 25% de las enfermeras de base con a uno a tres años en la unidad y el 23.81% de las que tienen más de tres años en la unidad.

De los promotores con más de tres años en la unidad el 60% obtuvo una mala evaluación y el 40% una evaluación regular.

TABLA 29. Evaluación final por tipo de personal, tipo de contrato y tiempo en la unidad.

Evaluación final por tipo de personal, tipo de contrato y tiempo en la unidad													
Personal	Índice	<1 año				1 a 3 años				>3 años			
		Base		S.social		Base		Contrato		Base		Contrato	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Médico	Mala	1	25	9	42.86	1	20	0	0	2	50	0	0
	Regular	2	50	11	53.38	3	60	2	100	1	25	1	100
	Buena	1	25	1	4.76	1	20	0	0	1	25	0	0
N	37												
Enfermera	Mala	1	33.33	1	20	0	0	0	0	4	19.05	0	0
	Regular	2	66.67	2	40	3	75	0	0	12	57.14	0	0
	Buena	0	0	2	40	1	25	0	0	5	23.81	0	0
N	36												0
Promotor	Mala	0	0	0	0	0	0	0	0	3	60	0	0
	Regular	0	0	0	0	0	0	1	100	2	40	0	0
	Buena	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N	6												0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE DE CAPACITACIÓN POR TIPO DE PERSONAL Y TIPO DE UNIDAD.

En relación con la capacitación que recibió el personal de los NBA en el 2001: el 54% de los médicos, así como el 61% de las enfermeras y el 83% de los promotores recibieron una mala capacitación.

El 19% de los médicos de así como el 9.1% de las enfermeras y el 17% de los promotores recibieron una regular capacitación en el 2001.

El 27% de los médicos recibió una buena capacitación en el 2001 así como el 30% de las enfermeras.

Por tipo de unidad: el 63% del personal médico de las unidades urbanas recibieron una mala capacitación así como el 63% de las enfermeras y el 100% de los promotores del mismo tipo de unidades.

De las unidades rurales el 60% de los médicos recibió una mala capacitación así como el 53.3% de las enfermeras.

De las unidades móviles el 66% de los médicos recibió una buena capacitación, sin embargo en el 71.43% de las enfermeras y en el 66.67% de los promotores la capacitación fue mala. Tabla 30.

TABLA 30. Índice de capacitación por tipo de personal y tipo de unidad.

Índice de capacitación por tipo de personal y tipo de unidad									
Personal	Índice	General		Urbana		Rural		Unidad Móvil	
		Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Médico	Mala	20	54.1	7	63.64	12	60	1	16.67
	Regular	7	18.9	1	9.09	5	25	1	16.67
	Buena	10	27	3	27.27	3	15	4	66.67
Enfermera	Mala	20	60.6	7	63.64	8	53.33	5	71.43
	Regular	3	9.09	1	9.09	2	13.33	0	0
	Buena	10	30.3	3	27.27	5	33.33	2	28.57
Promotor	Mala	5	83.3	3	100	0	0	2	66.67
	Regular	1	16.7	0	0	0	0	3	33.33
	Buena	0	0	0	0	0	0	0	0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EVALUACIÓN FINAL POR TIPO DE PERSONAL TIEMPO EN LA UNIDAD E ÍNDICE DE CAPACITACIÓN.

Del personal médico con menos de un año en la unidad: el 70% tuvo una mala evaluación final y recibió una mala capacitación en el 2001; el 15.14% de los que obtuvieron una evaluación regular recibieron una mala capacitación. Tabla 31 y figura 15.

De las enfermeras con menos de un año en la unidad: el 75 % de las mismas que obtuvieron una evaluación regular recibió una mala capacitación en el 2001. Tabla 31 y figura 15.

De las enfermeras con uno a tres años en la unidad y que obtuvieron una evaluación regular el 66.67% recibió una mala capacitación en el 2001. Tabla 32 y figura 17.

De los médicos que tienen más de tres años en su unidad y obtuvieron una buena evaluación solo 1, que corresponde al 100%, recibió una buena capacitación en el 2001, tabla 33 y figura 18.

De las enfermeras con más de tres años en la unidad y que obtuvieron una evaluación final regular el 58.33% recibió una mala capacitación. Tabla 33 y figura 19.

De los promotores con más de 3 años en la unidad y en los cuales la evaluación final fue mala el 66.67% recibió una mala capacitación y el 33.33% recibió una mala capacitación, tabla 33 y figura 20.

TABLA 31. Índice de evaluación final por tipo de personal con menos de un año en la unidad e índice de capacitación

Índice de evaluación de la capacitación del personal con menos de un año en la unidad y evaluación final							
Personal	Índice de capacitación	<1 año					
		MAL		REGULAR		BIEN	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Médico	Mala	7	70	8	61.54	1	50
	Regular	2	20	3	23.08	1	50
	Buena	1	10	2	15.38	0	0
Enfermera	Mala	0	0	3	75	2	100
	Regular	1	100	0	0	0	0
	Buena	0	0	1	25	0	0
Promotor	Mala	0	0	0	0	0	0
	Regular	0	0	0	0	0	0
	Buena	0	0	0	0	0	0

FIGURA 14. Personal médico con menos de 1 año en la unidad e índice de capacitación

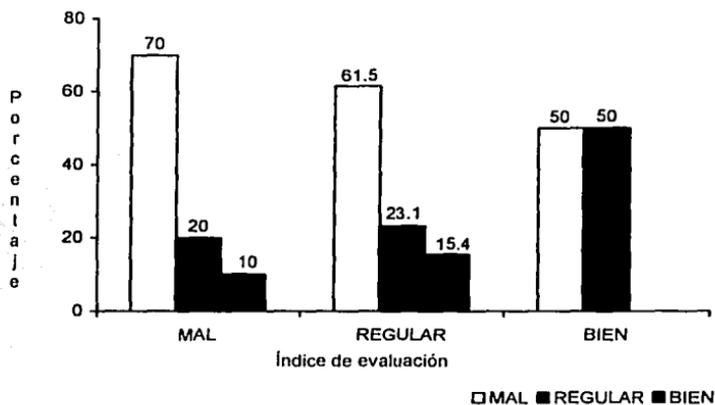
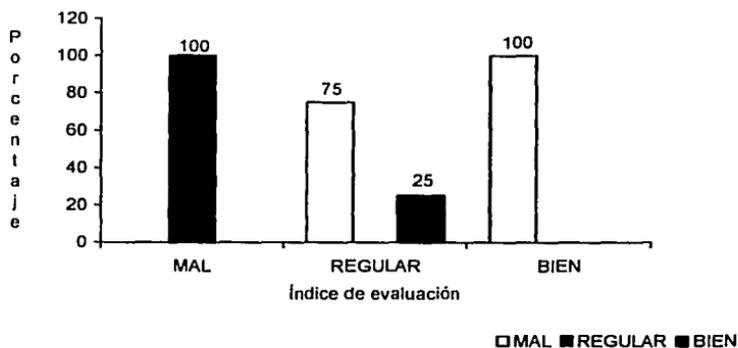


FIGURA 15. Personal de enfermería con menos de 1 año en la unidad e índice de capacitación



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TABLA 32. Índice de evaluación final por tipo de personal con uno a tres años en la unidad e índice de capacitación

Índice de evaluación de la capacitación del personal con uno a tres años en la unidad y evaluación final							
Personal	Índice de capacitación	1 a 3 años					
		MAL		REGULAR		BIEN	
Médico	Mala	1	100	2	40	0	0
	Regular	0	0	1	20	0	0
	Buena	0	0	2	40	1	100
Enfermera	Mala	0	0	1	33.33	0	0
	Regular	0	0	0	0	1	50
	Buena	0	0	2	66.67	1	50
Ptomotor	Mala	0	0	1	100	0	0
	Regular	0	0	0	0	0	0
	Buena	0	0	0	0	0	0

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

FIGURA 16. Personal médico con uno a tres años en la unidad e índice de capacitación

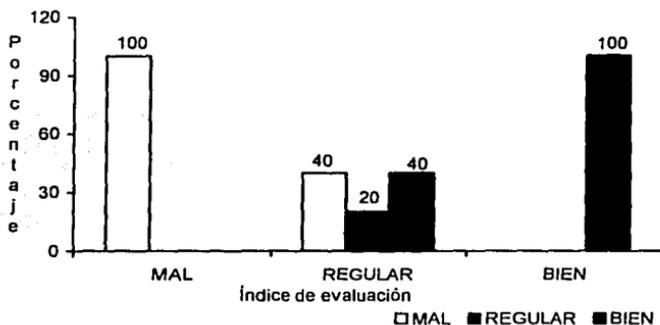
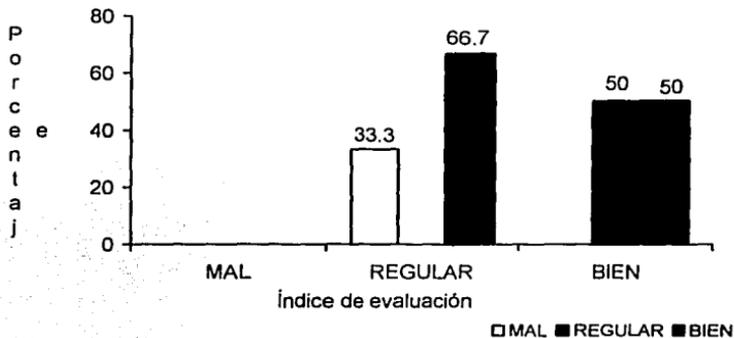


FIGURA 17. Personal de enfermería con uno a tres años en la unidad e índice de capacitación

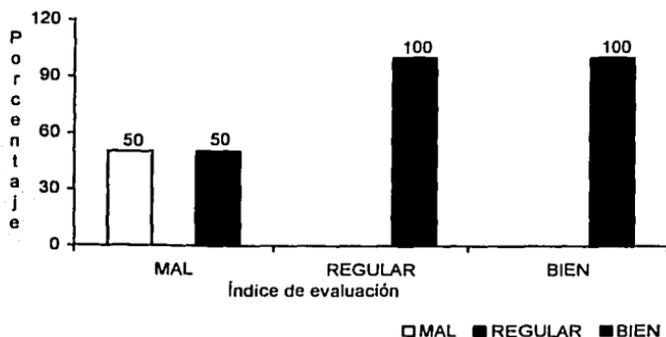


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA 33. Índice de evaluación final por tipo de personal con mas de tres años en la unidad e índice de capacitación

Índice de evaluación de la capacitación del personal con más de 3 años en la unidad y evaluación final							
Personal	Índice de capacitación	> 3 años					
		MAL		REGULAR		BIEN	
		Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Médico	Mala	1	50	0	0	0	0
	Regular	0	0	0	0	0	0
	Buena	1	50	2	100	1	100
Enfermera	Mala	3	75	7	58.33	4	80
	Regular	0	0	1	8.33	0	0
	Buena	1	25	4	33.33	1	20
Promotor	Mala	2	66.67	2	100	0	0
	Regular	1	33.33	0	0	0	0
	Buena	0	0	0	0	0	0

FIGURA 18. Personal médico con mas de tres años en la unidad e índice de capacitación



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

FIGURA 19. Personal de enfermería más de tres años en la unidad e índice de capacitación

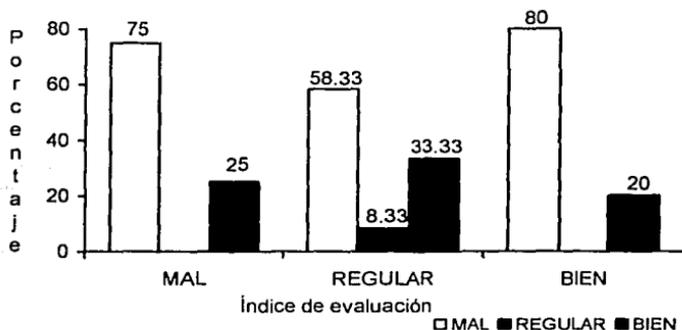
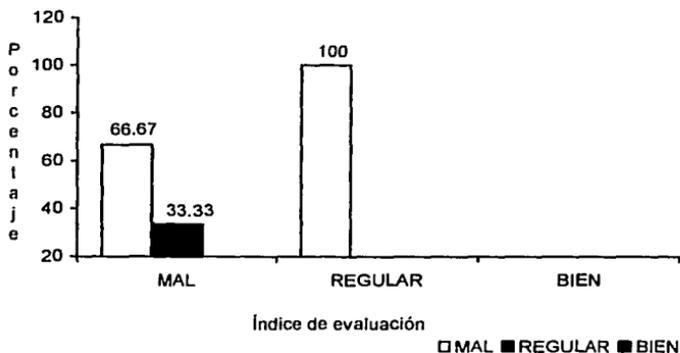


FIGURA 20. Promotores con más de tres años en la unidad e índice de capacitación.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 9. DISCUSIÓN

Se estudiaron 42 Núcleos Básicos de Atención, la encuesta se aplicó a 76 prestadores de servicios. La diferencia entre las proporciones las encuestas aplicadas y Núcleos Básicos de Atención se debe a que los núcleos no cuentan con los tres tipos de personal (médico, enfermera y promotor).

Con relación al perfil del prestador el 84% (47) son del sexo femenino y el grupo de edad más frecuente es el de 35 a 44 años.

El 48.68% del personal son médicos, el 42.11% tienen menos de un año en su unidad de salud y de estos el 81.13% están realizando el servicio social.

El 57.89% del personal recibió por lo menos algún tipo de capacitación en el 2001 y de estos solo el 11.36% recibió cursos y el 50% recibió platicas, además la capacitación fue más frecuente en las unidades de salud (40.91), indicando que el CRC y el CEC no se están utilizando en forma adecuada.]

La mala capacitación implica que el personal de los NBA no se actualice adecuadamente y por lo tanto no conozca adecuadamente la normatividad y los lineamiento del Programa de Atención a la Salud del niño, realice mal acciones de vigilancia del crecimiento aunado a un mal uso de los instrumentos de medición, a pesar de contar con ellos, además de un registro inadecuado de peso y talla.

En cuanto a las acciones de vigilancia del crecimiento se obtuvo un índice de evaluación regular.

En la evaluación general encontramos que solo 17.10% del personal (13) realizan bien la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años, el 27.67% (21) la realiza mal y un 55.26 % la realiza en forma regular.

Por lo tanto la capacitación otorgada al personal de salud de los Núcleos Básicos de Atención en el estado de Colima es deficiente dando como consecuencia que vigilancia del crecimiento no se realice en forma adecuada.

La deficiente capacitación por tipo de personal y de unidad es general ya que en el índice de capacitación fue malo.

El personal con un índice de capacitación malo obtuvo una mala o regular evaluación final; siendo esto más frecuente entre el personal que tiene menos de un año en su unidad de salud principalmente el personal médico en servicio social. El tiempo que tiene el personal en la unidad influye también en la vigilancia del crecimiento, esto se ve reflejado principalmente en el personal de enfermería que tiene más de una año en la unidad, ya que a pesar de haber recibido una mala capacitación realiza en forma regular la vigilancia del crecimiento.

El instrumento de evaluación diseñado fue útil para conocer como se esta realizando la vigilancia del crecimiento por el personal de los Núcleos Básicos de Atención en el estado de Colima, sin embargo es necesaria una reevaluación dicho instrumento con la finalidad de incluir en el un estudio de sombra y la opinión del usuario y poder realizar una evaluación integrada de la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años.

En cuanto al perfil del prestador de servicio se encontró que el tiempo de graduado y tiempo en la unidad así como el tipo de personal que realiza la vigilancia del crecimiento influye en la misma dado que como ya se menciono el personal de enfermería con más experiencia realiza mejor la vigilancia del crecimiento en comparación con los médicos y promotores.

Por lo tanto:

- ❖ El índice de evaluación para cada una de las variables fue regular:
 - Bajo nivel de capacitación.
 - Capacitación inadecuada.
 - Uso inadecuado.
 - Conocimiento y aplicación inadecuada de la normatividad.
- ❖ Regular disposición de instrumentos para toma de peso y talla así como el uso inadecuado de los mismos.
 - Mal uso y conocimientos de los instrumentos de control Evaluación final
 - El problema es mayor en el personal médico comparado con el personal de enfermería
 - ✓ Índice regular: 54.05% y 57.58 respectivamente.
 - ✓ Índice bueno: 10.81% y 27.27% respectivamente.

CAPITULO 10. CONCLUSIONES.

- Fortalecer e incrementar la capacitación en el personal de los Núcleos Básicos de Atención y utilizar adecuadamente el CEC y los CRC.
- Buscar los recursos para que las unidades cuenten con el equipo adecuado para la toma de peso y talla en el menor de 5 años .
- Realizar evaluaciones con el fin de identificar las anomalías en cuanto al uso de los instrumentos y registro de la toma de peso y talla.
- Evaluar periódicamente los Núcleos Básicos de Atención para conocer como se realiza la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años y poder inferir ante la presencia de anormalidades.
- EL instrumento de evaluación diseñado es útil para evaluar al personal de los Núcleos Básicos de Atención que realizan la vigilancia del crecimiento del menor de 5 años sin embargo es necesario incluir en él un estudio de sombra para tener una evaluación más completa.

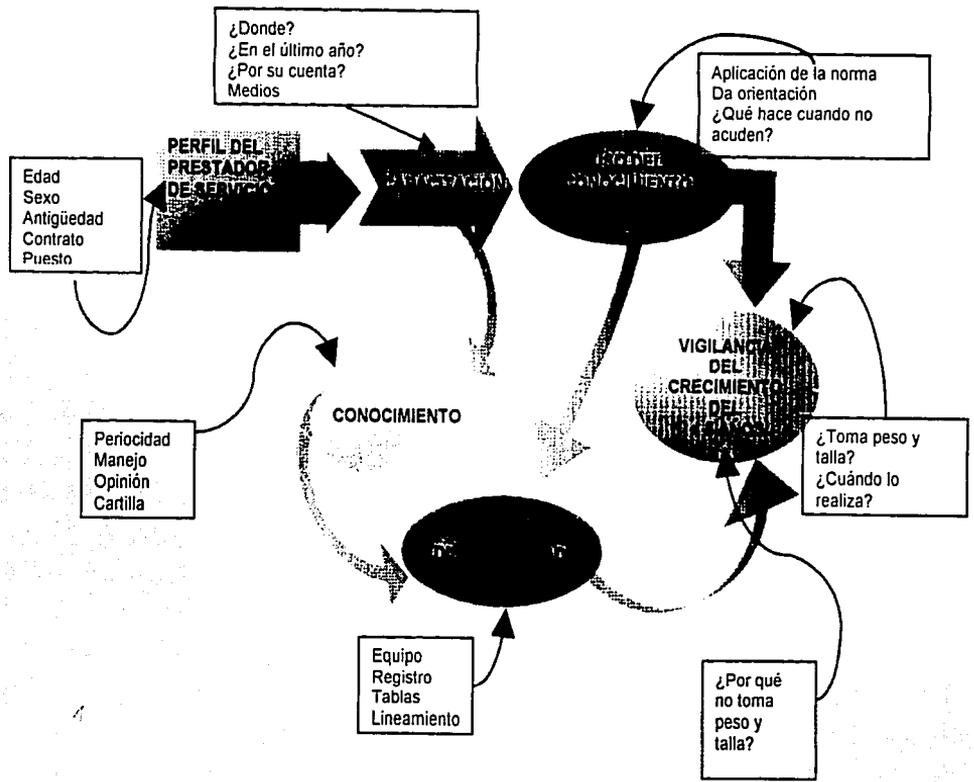
CAPITULO 11. ANEXOS

El anexo 1 corresponde a la Red Causal que sirvió para seleccionar las variables de interés para el estudio.

El anexo 2 corresponde a cédula elaborada para investigar los criterios y metodología empleada por el personal de los NBA para la vigilancia del crecimiento.

El anexo 3 corresponde a la cédula elaborada para investigar en los NBA la presencia de instrumentos de medición y el registro de peso y talla en los documentos normados.

ANEXO 1. RED CAUSAL



ANEXO 2
SECRETARÍA DE SALUD
CEDULA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SERVICIO DE LOS NÚCLEOS BÁSICOS DE ATENCIÓN
ENCUESTA PARA EL PERSONAL DE SALUD QUE REALIZA LA VIGILANCIA DEL CRECIMIENTO DEL MENOR DE 5 AÑOS
COMPONENTE DE NUTRICIÓN
FOLIO

ENTIDAD FEDERATIVA _____

FECHA _____

DATOS PERSONALES																		
1.- Nombre:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 30%;">Apellido paterno _____</td> <td style="border: none; width: 30%;">Apellido materno _____</td> <td style="border: none; width: 40%;">Nombre(s) _____</td> </tr> </table>	Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre(s) _____	1 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>													
Apellido paterno _____	Apellido materno _____	Nombre(s) _____																
2.- Género	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 10%;">1</td> <td style="border: none; width: 90%;">Masculino</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">Femenino</td> </tr> </table>	1	Masculino	2	Femenino	2 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>												
1	Masculino																	
2	Femenino																	
3.- Edad	_____ (años)	3 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>																
4.- Fecha de ingreso a la Secretaría de Salud:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 20%; text-align: center;">_____</td> <td style="border: none; width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; width: 20%; text-align: center;">_____</td> <td style="border: none; width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; width: 20%; text-align: center;">_____</td> <td style="border: none; width: 10%; text-align: center;"> </td> <td style="border: none; width: 10%; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border: none; text-align: center;">Da</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">Mes</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: center;">Año</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	_____		_____		_____		_____	Da		Mes		Año			4 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>		
_____		_____		_____		_____												
Da		Mes		Año														
5.- ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en este centro de salud?	_____ (años)	5 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>																
6.- ¿Qué tipo de contrato tiene?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 10%;">1</td> <td style="border: none; width: 90%;">De base</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">Servicio Social</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3</td> <td style="border: none;">Contrato</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4</td> <td style="border: none;">Confianza</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4</td> <td style="border: none;">Otro</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">6.4.1</td> <td style="border: none;">Especifique _____</td> </tr> </table>	1	De base	2	Servicio Social	3	Contrato	4	Confianza	4	Otro	6.4.1	Especifique _____	6 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>				
1	De base																	
2	Servicio Social																	
3	Contrato																	
4	Confianza																	
4	Otro																	
6.4.1	Especifique _____																	
7.- ¿Qué puesto desempeña?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 10%;">1</td> <td style="border: none; width: 90%;">Médico</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">Enfermera</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3</td> <td style="border: none;">Nutriólogo</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4</td> <td style="border: none;">Otro</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">7.4.1</td> <td style="border: none;">Especifique _____</td> </tr> </table>	1	Médico	2	Enfermera	3	Nutriólogo	4	Otro	7.4.1	Especifique _____	7 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>						
1	Médico																	
2	Enfermera																	
3	Nutriólogo																	
4	Otro																	
7.4.1	Especifique _____																	
PERFIL ACADÉMICO																		
8.- ¿Cuanto tiempo bene de graduado?	_____ (años)	8 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>																
9.- ¿Cuál es su nivel máximo de estudios?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 10%;">1</td> <td style="border: none; width: 90%;">Bachillerato</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">Carrera Técnica</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3</td> <td style="border: none;">Licenciatura</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">4</td> <td style="border: none;">Especialidad</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">5</td> <td style="border: none;">Maestría</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">6</td> <td style="border: none;">Doctorado</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">7</td> <td style="border: none;">Otro</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">9.7.1</td> <td style="border: none;">Especifique _____</td> </tr> </table>	1	Bachillerato	2	Carrera Técnica	3	Licenciatura	4	Especialidad	5	Maestría	6	Doctorado	7	Otro	9.7.1	Especifique _____	9 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/> 9.7.1 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>
1	Bachillerato																	
2	Carrera Técnica																	
3	Licenciatura																	
4	Especialidad																	
5	Maestría																	
6	Doctorado																	
7	Otro																	
9.7.1	Especifique _____																	
CAPACITACIÓN																		
10.- ¿Ha recibido algún tipo de capacitación con respecto a diagnóstico antropométrico del estado de nutrición del menor de 5 años, dentro del Centro de Salud en el último año?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 10%;">1</td> <td style="border: none; width: 90%;">Sí</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">2</td> <td style="border: none;">No</td> </tr> </table> <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">En caso negativo pasar a la pregunta 12</p>	1	Sí	2	No	10 <input style="width: 40px; height: 15px;" type="text"/>												
1	Sí																	
2	No																	

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.- La capacitación que recibió fue a través de:

- 1 Materiales
- 2 Pláticas
- 3 Cursos
- 4 Talleres
- 5 Otro

11.5.1 Especifique _____

12.- Ha recibido algún tipo de capacitación con respecto al diagnóstico antropométrico del estado de nutrición del menor de 5 años, en algún otro establecimiento en el último año?

- 1 Sí
- 2 No

En caso negativo pasar a la pregunta 14

13.- ¿Dónde recibió la capacitación?

- 1 En el Centro Regional de Capacitación
- 2 En el Centro Estatal de Capacitación
- 3 Otras.

13.3.1 Especifique _____

14.- ¿Se ha actualizado en relación al diagnóstico antropométrico por su cuenta en el último año?

- 1 Sí
- 2 No

15.- ¿Cuál o cuáles medios prefiere usted para actualizar sus conocimientos con respecto al diagnóstico antropométrico del estado de nutrición del menor de 5 años?

- 15.1 Manuales de la Secretaría 1 Sí
- 2 No
- 15.2 Revistas o libros 1 Sí
- 2 No
- 15.3 Discusión con colegas 1 Sí
- 2 No
- 15.4 Cursos o congresos 1 Sí
- 2 No
- 15.5 Internet 1 Sí
- 2 No
- 15.6 Otro 1 Sí
- 2 No

15.6.1 Especifique _____

16.- ¿Cuál es su opinión respecto a la información que le brindan los siguientes medios, con relación al uso de tablas de peso y talla y diagnóstico antropométrico del estado de nutrición del menor de 5 años? Para el siguiente cuadro anote 1=Si o 2=No, para cada opción

	Uti	No uti	Complet	Incomplet	Clara	Confusa	Se usa	No se usa
Manuales de la Secretaría de Salud								
Revistas o libros								
Discusión con colegas								
Cursos o congresos								
Internet								
Otro								

17.- ¿Utiliza usted las tablas de peso y talla proporcionadas por?

- 1 Manuales de la Secretaría 17.1 Sí
- No
- 2 Laboratorio 17.2 Sí
- No
- 3 Otro 17.3 Sí
- No

17.3.1 Especifique _____

11

11.5.1

12

13

13.3.1

14

15.1

15.2

15.3

15.4

15.5

15.6

15.6.1

16.1

16.2

16.3

16.4

16.5

16.6

17.1

17.2

17.3

IV. RELACION MEDICO-PACIENTE		
18.- ¿Da usted alguna orientación a la madre o responsable del menor de 5 años sobre nutrición?	1 Si 2 No 18.1 ¿Por qué? _____	18 <input type="text"/> 18.1 <input type="text"/>
19.- ¿Da usted alguna información a la madre o responsable del menor de 5 años sobre la toma de peso y talla?	1 Si 2 No 19.1 ¿Por qué? _____	19 <input type="text"/> 19.1 <input type="text"/>
20.- ¿Qué hace usted cuando la madre o responsable del menor de 5 años no llevan al niño(a) a control de nutrición? (Máximo tres respuestas)	1 _____ 2 _____ 3 _____	20 <input type="text"/>
V. ATENCION MEDICA		
21.- ¿En su unidad se les toma peso y talla a los niños(as) menores de 5 años?	1 Si 2 No En caso de No pesar a la pregunta 25	21 <input type="text"/>
22.- ¿A qué niños(as) menores de 5 años que acuden a su unidad les toma peso y talla?	1 Cuando solicitan cualquier servicio 2 Control de niño sano 3 Consulta por enfermedad 4 Vacunación 22.1 ¿Por qué? _____	22 <input type="text"/> 22.1 <input type="text"/>
23.- En su unidad de salud quien toma el peso y talla del menor de 5 años?	1 El médico 2 La enfermera 3 El nutriólogo 4 Ninguno 5 Otro 23.5.1 Especifique _____	23 <input type="text"/> 23.5.1 <input type="text"/>
24.- En su unidad de salud ¿quien realiza el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición del menor de 5 años?	1 El médico 2 La enfermera 3 El nutriólogo 4 Ninguno 5 Otro 24.5.1 Especifique _____	24 <input type="text"/> 24.5.1 <input type="text"/>
25.- ¿Cuáles son las principales causas por las cuales no toma peso y talla a los menores de 5 años?	1 Falta de tiempo 25.1 Si No 2 No es necesario 25.2 Si No 3 No cuenta con los instrumentos 25.3 Si No 4 No es importante 25.4 Si No 5 Falta de capacitación 25.5 Si No 6 Otro 25.6 Si No 25.6.1 Especifique _____	25.1 <input type="text"/> 25.2 <input type="text"/> 25.3 <input type="text"/> 25.4 <input type="text"/> 25.5 <input type="text"/> 25.6 <input type="text"/> 25.6.1 <input type="text"/>

26.- ¿Qué instrumentos de medición para peso y talla tiene disponibles en su unidad de salud?		
1 Esatadimetro	26.1 Si	26.1 <input type="text"/>
	No	
2 Báscula pesa bebé	26.2 Si	26.2 <input type="text"/>
	No	
3 Infantómetro	26.3 Si	26.3 <input type="text"/>
	No	
4 Báscula de piso	26.4 Si	26.4 <input type="text"/>
	No	
5 Otro	26.5 Si	26.5 <input type="text"/>
	No	
26.5.1	Especifique _____	26.5.1 <input type="text"/>
27.- ¿Qué instrumento de medición utiliza para la toma de peso de los menores de 2 años?		
1 Esatadimetro	27.1 Si	27.1 <input type="text"/>
	No	
2 Báscula pesa bebé	27.2 Si	27.2 <input type="text"/>
	No	
3 Infantómetro	27.3 Si	27.3 <input type="text"/>
	No	
4 Báscula de piso	27.4 Si	27.4 <input type="text"/>
	No	
5 Otro	27.5 Si	27.5 <input type="text"/>
	No	
27.5.1	Especifique _____	27.5.1 <input type="text"/>
28.- ¿Qué instrumento de medición utiliza para la toma de talla de los menores de 2 años?		
1 Esatadimetro	28.1 Si	28.1 <input type="text"/>
	No	
2 Báscula pesa bebé	28.2 Si	28.2 <input type="text"/>
	No	
3 Infantómetro	28.3 Si	28.3 <input type="text"/>
	No	
4 Báscula de piso	28.4 Si	28.4 <input type="text"/>
	No	
5 Otro	28.5 Si	28.5 <input type="text"/>
	No	
28.5.1	Especifique _____	28.5.1 <input type="text"/>
29.- El registro de la toma de peso en su unidad de salud se hace en:		
1 Expediente	29.1 Si	29.1 <input type="text"/>
	No	
2 Tarjeta de control	29.2 Si	29.2 <input type="text"/>
	No	
3 Cartilla de Vacunación	29.3 Si	29.3 <input type="text"/>
	No	
4 Censo Nominal	29.4 Si	29.4 <input type="text"/>
	No	
5 Otro	29.5 Si	29.5 <input type="text"/>
	No	
29.5.1	Especifique _____	29.5.1 <input type="text"/>
30.- El registro de toma de talla en su unidad de salud se hace en:		
1 Expediente	30.1 Si	30.1 <input type="text"/>
	No	
2 Tarjeta de control	30.2 Si	30.2 <input type="text"/>
	No	
3 Cartilla de Vacunación	30.3 Si	30.3 <input type="text"/>
	No	
4 Censo Nominal	30.4 Si	30.4 <input type="text"/>
	No	
5 Otro	30.5 Si	30.5 <input type="text"/>
	No	
30.5.1	Especifique _____	30.5.1 <input type="text"/>

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

31.- ¿Qué referencia utiliza para el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición del menor de 5 años?

- | | | |
|-----------------------------------|------|----|
| 1 Tablas de la Norma técnica | 31.1 | SI |
| | | No |
| 2 Tablas del Manual del CNSIA | 31.2 | SI |
| | | No |
| 3 Tablas de laboratorio | 31.3 | SI |
| | | No |
| 4 Clasificación de Federico Gómez | 31.4 | SI |
| | | No |
| 5 Gráficas | 31.5 | SI |
| | | No |
| 6 Otras | 31.6 | SI |
| | | No |

31.6.1 Especifique _____

32.- ¿En su unidad con qué frecuencia pesan y miden a los menores de 1 año?

- | | | |
|----------------------------|------|----|
| 1 Cada 15 días | 32.1 | SI |
| | | No |
| 2 Cada mes | 32.2 | SI |
| | | No |
| 3 Cada 2 meses | 32.3 | SI |
| | | No |
| 4 Cada 6 meses | 32.4 | SI |
| | | No |
| 5 Cuando acude a la unidad | 32.5 | SI |
| | | No |
| 6 Otras | 32.6 | SI |
| | | No |

32.6.1 Especifique _____

33.- ¿En su unidad con qué frecuencia pesan y miden a los niño(as) de 1 a 4 años de edad?

- | | | |
|----------------------------|------|----|
| 1 Cada 15 días | 33.1 | SI |
| | | No |
| 2 Cada mes | 33.2 | SI |
| | | No |
| 3 Cada 2 meses | 33.3 | SI |
| | | No |
| 4 Cada 6 meses | 33.4 | SI |
| | | No |
| 5 Cuando acude a la unidad | 33.5 | SI |
| | | No |
| 6 Otras | 33.6 | SI |
| | | No |

33.6.1 Especifique _____

34.- ¿En su unidad de salud qué indicador(es) utilizan para el diagnóstico antropométrico del estado de nutrición del menor de 5 años?

- | | | |
|--------------------------|------|----|
| 1 Peso para edad | 34.1 | SI |
| | | No |
| 2 Talla para la edad | 34.2 | SI |
| | | No |
| 3 Peso para la Talla | 34.3 | SI |
| | | No |
| 4 Perímetro mesobraquial | 34.4 | SI |
| | | No |
| 5 Otros | 34.5 | SI |
| | | No |

34.5.1 Especifique _____

35.- ¿Cómo se da cuenta si el menor de 5 años está llevando un control adecuado de peso y talla?

- | | |
|---|-------|
| 1 | _____ |
| 2 | _____ |
| 3 | _____ |

31.1 31.2 31.3 31.4 31.5 31.6 31.6.1 32.1 32.2 32.3 32.4 32.5 32.6 32.6.1 33.1 33.2 33.3 33.4 33.5 33.6 33.6.1 34.1 34.2 34.3 34.4 34.5 34.5.1 35

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

V. NORMATIVIDAD

36 - En su unidad de salud ¿se utilizan o aplican los lineamientos del Programa de Atención para la Salud del Niño?

- 1 Si
- 2 No

36.1 ¿Por qué? _____

36

36.1

37 - ¿Conoce la Norma Oficial Mexicana para la Salud del Niño?

- 1 Si
- 2 No

37.1 ¿Por qué? _____

37

37.1

38 - Según la norma ¿cada cuanto tiempo se deben pesar y medir a los niños menores de 1 año?

- 1 Cada 15 días 38.1 Si
- No
- 2 Cada mes 38.2 Si
- No
- 3 Cada 2 meses 38.3 Si
- No
- 4 Cada 6 meses 38.4 Si
- No
- 5 Cuando acude a la unidad 38.5 Si
- No
- 6 Otras 38.6 Si
- No

38.6.1 Especifique _____

38.1

38.2

38.3

38.4

38.5

38.6

38.6.1

39 - Según la norma ¿cada cuanto tiempo se deben pesar y medir a los niños de 1 a 4 años?

- 1 Cada 15 días 39.1 Si
- No
- 2 Cada mes 39.2 Si
- No
- 3 Cada 2 meses 39.3 Si
- No
- 4 Cada 6 meses 39.4 Si
- No
- 5 Cuando acude a la unidad 39.5 Si
- No
- 6 Otras 39.6 Si
- No

39.6.1 Especifique _____

39.1

39.2

39.3

39.4

39.5

39.6

39.6.1

40 - En su unidad de Salud ¿el diagnóstico antropométrico de desnutrición es el único elemento para integrar a un niño al programa de rehabilitación nutricional?

- 1 Si
- 2 No

40.1 ¿Por qué? _____

40

40.1

41 - ¿Qué opina sobre la tabla incluida en la Cartilla Nacional de Vacunación?

- 41.1 Opinión (1) 41.1 Útil
- No útil
- 41.2 Opinión (2) 41.2 Completa
- Incompleta
- 41.3 Opinión (3) 41.3 Clara
- Confusa
- 41.4 Opinión (4) 41.4 Se usa
- No de usa
- 41.5 Comentarios _____

41.1

41.2

41.3

41.4

41.5

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 3
SECRETARÍA DE SALUD
CEDULA PARA LA EVALUACIÓN DE LOS NÚCLEOS BÁSICOS DE ATENCIÓN
ENCUESTA PARA EVALUAR LA DISPONIBILIDAD DE INSTRUMENTOS Y REGISTRO DE PESO Y TALLA
COMPONENTE DE NUTRICIÓN

FOLIO

--	--	--

42 - PRODUCTIVIDAD

- | | | | |
|---|---------------------------|----------------------|----------------------|
| 1 | No Consultas en la semana | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | No Consultas <5 años | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3 | No toma peso | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 4 | No toma talla | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- | | | |
|------|----------------------|----------------------|
| 42.1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 42.1 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 42.3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 42.3 | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

43 - ¿Qué instrumentos de medición para peso y talla se encuentran en la unidad salud?

- | | | | |
|---------------------|------|----|----|
| 1 Esalidmetro | 43 1 | Si | No |
| 2 Báscula pesa bebé | 43 2 | Si | No |
| 3 Infantómetro | 43 3 | Si | No |
| 4 Báscula de peso | 43 4 | Si | No |
| 5 Otro | 43 5 | Si | No |

- | | |
|--------|----------------------|
| 43 1 | <input type="text"/> |
| 43 2 | <input type="text"/> |
| 43 3 | <input type="text"/> |
| 43 4 | <input type="text"/> |
| 43 5 | <input type="text"/> |
| 43.5.1 | <input type="text"/> |

43 5 1 Especifique

44 - Registro de peso y talla

	S	No	No	%
Escala				
Tarjeta de control				
Carta de control				
Libro personal				
Otro				

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CAPITULO 12: BIBLIOGRAFÍA

1. Encuesta Nacional de Nutrición 1999, Tomo I, Resultados niños menores de 5 años, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Publica, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática.
2. Peláez María I, Torre Pilar, Ysunsu Ogazón Alberto; Elementos prácticos para el diagnóstico de la desnutrición, Instituto Nacional de Nutrición "Dr. Salvador Zubirán", Centro de Capacitación Integral para los Promotores Comunitarios, México 1993.
3. Measuring Change in Nutritional Status, Guidelines for Assessing the Nutritional Impact of Supplementary Feeding Programmes for Vulnerable Groups; World Health Organization, Geneva 1983.
4. La salud en las Américas, Volumen 1, Publicación científica N°. 569, Organización Panamericana de la Salud. Edición 1998.
5. Programa de Atención a la Salud del Niño, Nutrición, Manual de Procedimientos Técnicos, Consejo Nacional de Vacunación. 1998.
6. Norma Oficial Mexicana NOM-0311. SSA2-1999. Para la atención a la salud del niño.
7. González Dagnio A. de Pablos Heredero A. Aguilera Guzmán M; Calidad total en atención primaria de salud, Díaz de Santos 1994.
8. Programa de Atención a la Salud del Niño, Consejo Nacional de Vacunación 1998.
9. Varkevisser C., Pathmanthan I., Brownlee A. Diseño y realización de proyectos de investigación sobre sistemas de salud.

10. Estrategias para mejorar los servicios de salud y planificación familiar, Actualidad Gerencial, Vol. VII, No. 1 1998.
11. Aguirre Gas Héctor; Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. Salud Pública de México, Vol. 32, No. 2, marzo-abril 1990. pp. 170-179.
12. Durán González L., Frenk Mora J. Becerra Aponte J., La calidad de la conducta prescriptiva en atención primaria. Salud Pública de México, Vol. 32, No. 2, marzo-abril 1990. pp. 181-191.