



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA



**UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERIA  
CÁTEDRA ENFERMERIA COMUNITARIA**

**SEGUIMIENTO DE LOS NIÑOS EN EL PLAN  
ADUANA  
EN UN CENTRO DE SALUD DEL SECTOR  
PÚBLICO DE MONTEVIDEO, EN EL PERÍODO  
QUE COMPRENDE ENERO-JUNIO DE 2009**

**AUTORES:**

Br. Arroqui, Cristina  
Br. Espino, Silvia  
Br. Molinelli, Giselle  
Br. Novoa, Evangelina  
Br. Venier, Andrea

**TUTORES:**

Prof. Lic. Barrenechea, Cristina  
Prof. Adj. Lic. Acosta, Cecilia

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2009

## INDICE

ÍNDICE.....	3
INTRODUCCIÓN.....	4
FUNDAMENTACIÓN.....	5
OBJETIVOS.....	6
METODOLOGÍA.....	7
VARIABLES.....	8
MARCO CONCEPTUAL.....	12
RESULTADOS.....	19
ANÁLISIS.....	35
CONCLUSIÓN.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	38
ANEXO.....	39

## INTRODUCCION

Este proyecto fue realizado por cinco estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, cursando cuarto ciclo, segundo modulo, para acreditar el trabajo final de investigación, realizado en el periodo Enero-Junio 2009, en un Centro de Salud Público de Montevideo.

El mismo consistió en investigar los registros de seguimiento del Plan Aduana como instrumento de registro.

Las fichas corresponden a niños (entre 0 a 24 meses), enmarcados en el Programa de atención de Salud del Niño y del Adolescente del MSP.

El objetivo de nuestra investigación fue identificar los componentes presentes en la Ficha del Plan Aduana; para evaluar si estos se registran en forma completa o no. Por este motivo surge la necesidad de crear un instrumento que facilite la recolección de datos de la ficha para la realización de la investigación.

Para que el registro cumpla con tal finalidad, es necesario disponer de un modelo que sea el estándar para compararlo, y poder describir su efectividad y su eficacia como instrumento.

Dicho instrumento se aplicó en forma individual para cada ficha del Programa Aduana, siendo las misma un total de 509 fichas, de las cuales se utilizaron para la realización del Prueba Piloto 5 fichas, que no se tomaron en cuenta para la realización de la investigación.

Luego de recabar los datos, fueron procesados y graficados con el fin de analizar e identificar las características de los registros.

## FUNDAMENTACIÓN.

La finalidad de esta investigación, es brindar información sobre los registros en la ficha de seguimiento del Programa Aduana en un Centro de Salud Público de Montevideo, en la que se pondrá de manifiesto la necesidad de conocer la calidad del registro, que se realizan durante los controles a los usuarios que concurren a dicho Centro de Salud.

Como objetivos se apunta a identificar los componentes de la ficha estándar para el Programa Aduana, los cuales utilizaremos como variables.

Estos datos serán recabados con el fin de describir los componentes de la ficha del Programa Aduana y cuales son completos.

El Programa Aduana fue creado por la elevada mortalidad infantil, debido a esto se intentó mejorar la atención de la salud de los niños adoptando dos medidas:

- I) Vinculado a la tecnología del tercer Nivel de Atención creando Centros Pediátricos intensivos a Nivel del Hospital Público.
- II) Mejorar el Nivel de Atención de la Maternidad (Recién Nacido), captándolos previo a su egreso y derivándolos a los Centros de Salud próximos a su domicilio.

Es importante este programa ya que el mismo apunta al seguimiento de los niños, promoviendo el control de salud de los mismos en sus primeros años de vida. Fortaleciendo a futuro las perspectiva de vida del niño y con ello la calidad de vida de la población.

La ficha del programa Aduana nos ayuda a observar los datos en forma mas clara, rápida y a obtener una visión global del niño en el aquí y ahora.

Permite también que la familia pueda conocer aquellos aspectos relevantes en cada control de su hijo.

La ficha permite recabar datos estadísticos de la población en estudio.

Los registros realizados por enfermería permiten mantener una continuidad de los cuidados de enfermería, controlar la población atendida y mantener documentado el trabajo realizado y poder mejorar el mismo.

Los Registros poseen como aspectos positivos:

- I) Son la base de futuras investigaciones.
- II) Permiten mejorar la Gestión de Enfermería.
- III) Permiten mejorar la calidad de Atención.
- IV) Realizan un seguimiento de la Población.
- V) Conocer el trabajo de Enfermería.
- VI) Constituyen un Documento Legal.

### **Planteamiento del Problema:**

Cuales son los Registros que se encuentran en la Ficha de seguimiento del Programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo, en periodo Enero-Junio 2009

### **Objetivo General:**

- ✦ Describir los registros que existen en el Plan Aduana de un Centro de Salud del sector público de Montevideo en el periodo Enero- Junio 2009.

### **Objetivos Específicos:**

- ✦ Identificar los componentes presentes en la ficha de seguimiento del Plan Aduana.
- ✦ Identificar los componentes que se registran en forma completa en la ficha.

## METODOLOGIA

### Diseño Metodológico:

#### **Tipo y Diseño de estudio:**

Descriptivo de corte transversal.

#### **Universo de estudio:**

Todas las ficha de seguimiento del Plan Aduana pertenecientes a niños de 0 a 24 meses que se controlas en un Centro de Salud del sector publico de Montevideo.

**Población:** 509 fichas.

### Metodología:

- Entrevistas con el personal de Enfermería a cargo del Plan Aduana. (Anexo Entrevista).
  - Se elaboró un instrumento para la recolección de datos.
  - Se realizó un Prueba Piloto para probar el Instrumento.
  - Se realizó la tabulación y la presentación de datos por medio de Gráficas.
  - Se analizó dichos datos.
- 
- **Las variables son las siguientes:**
    - Registros
    - Edad
    - Peso
    - Talla
    - Alimentación
    - Vacunas
    - Visita Domiciliaria
    - Ecografía de Cadera
    - Observaciones

## **Definición de variables:**

### **✦ Registros:**

*Definición Conceptual:* Son la base de los sistemas de información y de evaluación de la atención.

*Definición Operativa:* Es el registro completo de los componentes de la ficha del último control del niño

*Indicadores:*

- SI
- NO

SI: Son todos los Registros de todos los componentes de la ficha.

NO: Son aquellos en donde faltan uno o mas registros de los componentes que tiene la ficha.

### **✦ Edad:**

*Definición Conceptual:* Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento.

*Definición Operativa:* Tiempo que ha vivido el niño hasta el día del último registro.

*Indicadores:*

- De 0 a 7 días
- De 8 a 14 días
- De 15 a 29 días
- De 1 mes a 2 meses y 29 días
- De 3 mese a 5 meses y 29 días
- De 6 meses al año 9 mese y 29 días
- De 12 meses a 14 meses y 29 días
- De 15 meses a 17 meses y 29 días
- De 18 mescs a 20 meses y 29 días
- De 21 meses a 24 mescs.

Relacionado a la pauta de control del niño.

### **✦ Peso:**

*Definición Conceptual:* Es la cantidad de masa corporal expresada en gramos.

*Definición Operativa:* Es el peso expresado en gramos.

*Indicadores:*

- Menores a 2500 gramos
- Entre 2501 gramos a 3500 gramos
- Entre 3501 gramos a 5000 gramos
- Entre 5001 gramos a 7000 gramos

- Entre 7001 a 9000 gramos
- Entre 9001 a 12000 gramos
- Mayor a 12001 gramos

✦ **Talla:**

*Definición Conceptual:* Medida expresada en centímetros.

*Definición Operativa:* Medida expresada en centímetros que equivale a la estatura del niño (de 0 a 24 meses) en el último registro.

*Indicadores:*

- Hasta 50 cm
- Entre 51 a 60 cm
- Entre 61 a 70 cm
- Entre 71 cm a 80 cm
- Entre 81 a 100 cm

✦ **Alimentación:**

*Definición Conceptual:* Acto de alimentar, dar alimento, lo que sirve para sustentar los animales, vegetales, etc.

*Definición Operativa:* Alimentos o sustancias que ingiere el niño según pauta del MSP.

*Indicadores:* Según pauta del Ministerio de Salud Pública.

- PDE.
- Incorporación 1.
- Incorporación 2.

PDE – Pecho directo exclusivo, es la alimentación del niño basada solamente en lactancia materna.

Incorporación 1 : Es la alimentación de lactancia materna mas la incorporación de algunos alimentos como: puré de verduras y papillas.

Incorporación 2 : Es la incorporación a la alimentación del niño de otros alimentos como: leguminosas, huevo de gallina, pescado.



#### ✦ Vacunas

Definición Conceptual: Cualquier virus profiláctico inoculable.

Definición Operativa: Tratamiento profiláctico que se administra al niño.

Indicadores:

- Vigentes
- No vigentes

Según pauta del MSP.

#### ✦ Visita Domiciliaria:

Definición Conceptual: Es el encuentro de la enfermera con el usuario y/ o la familia en su lugar de residencia, siendo una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud.

Definición Operativa: Es el encuentro de la enfermera con el niño y la familia en su lugar de residencia.

Indicadores:

- Efectuada.
- No efectuada.
- No corresponde.

#### ✦ Ecografía de Cadera:

Definición Conceptual: Es la exploración de las estructuras internas del organismo mediante el uso de ultrasonidos, es una técnica diagnóstica no invasiva e indolora, que investiga las estructuras de las caderas.

Definición Operativa: Son las ecografías de caderas realizadas a niños entre 2 y 24 meses.

Indicadores:

- Efectuada.
- No efectuada.

#### ✦ Observaciones:

Definición Conceptual: Examinar con atención un hecho.

Definición Operativa: Son todos los datos escritos correspondientes a un hecho relevante.

Indicadores:

- Aspectos biológicos.
- Aspectos Psicológicos.
- Aspectos Sociales.
- Aspectos del Entorno.
- Otros aspectos.

**Aspectos Biológicos:** Son todos aquellos aspectos relacionados a la anatomía y fisiología del niño.

**Aspectos Psicológicos:** Son todos aquellos aspectos relacionados a la psique del niño.

**Aspectos Sociales:** Son todos aquellos aspectos relacionados a el medio social y su familia.

**Aspectos del Entorno:** Son todos aquellos aspectos relacionados al lugar físico en el cual el niño esta inmerso.

**Otros Aspectos:** Son todos aquellos aspectos destacados que no forman parte de los ya mencionados.

## **Marco Conceptual**

### **Enfermería. Definición:**

“Es una disciplina científica encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano (individuo, familia y comunidad). La capacidad reaccional del hombre esta dada por la lucha continúa del mismo por mantener su equilibrio con el medio; es una respuesta individual o grupal frente a alteraciones del orden bio-psico-social. Enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primario, secundario, terciario.”

I.N.D.E (Plan de estudio 1993)

**Niveles de Atención** surgen ante la necesidad de distribuir y planificar de manera eficaz, eficiente y equitativamente los recursos materiales, humanos y financieros. A su vez la necesidad de crear estos niveles de atención es para brindar una atención de carácter igualitario universal equitativo y solidario teniendo en cuenta que los costos constituyen una limitante importante. Para esto se organiza la población en un sistema de salud ordenado por sistema y regionalizado.

Se distinguen tres niveles de atención, teniendo en cuenta que esta división se realice de forma tal que los procedimientos de atención cubren y satisfacen las necesidades de la población que en ese nivel se asiste. Así cada nivel condiciona el grado de complejidad. En el *Primer Nivel de Atención* se realiza una atención primaria y actividades como: atención integral, promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y saneamiento ambiental. Estas actividades deben ser llevadas a cabo con la participación activa de la comunidad. Se utiliza tecnología de poca complejidad, servicios, procedimientos, recursos humanos muy capacitados que resuelven las problemáticas de la población. Aquí se sitúan las policlínicas y centros de salud. El rol de la enfermera en este primer nivel es apostar a la vida promoviéndola, elevar el nivel de salud apoyándose fundamentalmente en la educación y sensibilización del individuo, familia y/o comunidad. Su lugar de trabajo es el hogar, el centro de salud, la policlínica, etc. El contar con personal especializado se reconoce para cualquiera de los tres niveles, para que lleven a cabo de la mejor manera las tareas competentes a determinado nivel los recursos humanos deben estar preparados y especializados para ello.

### **Centro de Salud:**

Se denomina Servicio ambulatorio o de Consulta Externa al local donde se presta asistencia médica y/ o asistencia odontológica u otras vinculadas a la salud a pacientes en régimen de no internación.

Estos servicios podrían estar o no vinculados físicamente a Servicios con Internación. (Hospitales o Sanatorios)

## **REGISTROS**

Son la base de los sistemas de información y de evaluación de la atención, es por esta razón que la existencia de registros adecuados facilita la implementación de un sistema de información coherente y la evaluación de los servicios. La presencia de registros adecuados asegura un nivel de calidad de la atención que permite además comprobar la consecución de las características de dicha atención.

### **Definición de Registros según la OMS:**

“Registrar implica llevar un registro permanente con identificación personal y con la intención de efectuar alguna acción posterior, como la de el seguimiento. Puede tener finalidad administrativa, finalidad clínica o legal”.

Por tanto registrar es apuntar, anotar, examinar o documentar un hecho.

La información de los registros debe ser:

- A. **Objetiva:** Debe ser información descriptiva y objetiva sobre los hechos que la enfermera observa.
- B. **Exacta:** La información debe ser fiable y tener datos exactos, con firma, nombre y apellido del funcionario y título.
- C. **Completa:** Debe ser completa para garantizar la comunicación en el equipo de salud.
- D. **Concisa:** Debe ser breve, evitando palabras innecesarias y/o detalles irrelevantes.
- E. **Actualizada:** La información debe ser actual y exacta, registrar el problema o la actividad de enfermería y enseguida la respuesta del paciente.
- F. **Organización:** Es importante comunicar la información siguiendo un formato y orden lógico.
- G. **Confidencialidad:** Enfermería no debe dar datos a otros usuarios o a personal no implicado en la investigación o la docencia.
  - La finalidad de los registros es una fuente de datos, sus objetivos son la comunicación del PAE, la documentación legal, la finalidad económica, la educación, la revisión y control y la investigación.
  - Los sistemas de registros facilitan la continuidad y la integridad de la atención.

Las reglas para su realización: escribir de forma clara, legible, con clara ortografía y gramática, transcribiendo ordenes, no ser indecisos en la información escrita, registrar luego de cada orden, utilizar abreviaturas autorizadas, no dejar espacios en blanco, identificar lo que realiza cada uno como propio.

### **ESTANDARES DE REGISTROS.**

Las normas de calidad definen la calidad de los cuidados de enfermería, estableciendo de esta manera, los criterios que deben utilizarse para determinar el nivel de los cuidados realizados

Un estándar de calidad incluye los criterios con los que se puede evaluar la eficacia de los cuidados, por tanto el estándar se puede utilizar, como un objetivo o como un indicador de calidad.

Los estándares de los cuidados aseguran una unificación de criterios y elevan la calidad de atención prestada, los estándares de los registros de las actividades de enfermería son un instrumento para medir la calidad.

**Sistema de Información Sanitaria:** La creación de un sistema sanitario (SIS) responde a la necesidad de establecer un sistema de evaluación del estado de salud de la población y de las actividades de promoción, prevención, y de asistencia sanitaria.

Un SIS se define como un "mecanismo para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información que se requiere para la organización y el funcionamiento de los sistemas sanitarios y también para la investigación y docencia." (OMS 1973).

Un SIS tiene dos misiones fundamentales. La primera de ellas es la de convertir los datos en información inteligible. Los datos son el reflejo de los sucesos, mientras que la información es el resultado del tratamiento de los datos de forma que tenga significado para propósitos específicos.

La segunda misión es la de posibilitar la utilización de la información. No basta con disponer de ella, sino que debe existir un sistema para ponerla a disposición de las personas que la necesiten, en el momento oportuno y en una forma fácil de entender.

Un SIS no tiene sentido sino como instrumento hecho a medida de quien haya de utilizarlo, aportando elementos de cuantificación que faciliten la racionalización de la toma de decisiones.

Un SIS tiene para el personal sanitario una utilidad asistencial, docente y de investigación y debe posibilitarle la evaluación de su actividad.

Un buen diseño debe comenzar estableciendo las necesidades de información, es decir, decidiendo que se desea conocer.

El diseño eficiente de un SIS parte de la base de la existencia de unos objetivos claramente definidos que permitan definir el tipo de datos que son necesarios y la organización del sistema para facilitar la información necesaria a las personas adecuadas en el momento preciso.

#### Características de un SIS:

- ❖ Relevancia de los datos: Determinada en relación con los objetivos establecidos. Seleccionar bien la información necesaria. No recoger datos sin un propósito definido.
- ❖ Cantidad de datos: Se rechaza la idea de la información exhaustiva y continuada, innecesaria y mal recogida por los profesionales.
- ❖ Tipo de datos: Hacer uso de estimaciones cuantitativas, sucesos registrados o encuestas de opinión sistemáticas.
- ❖ Fiabilidad: Referida no solo a la validez de los datos entendida como la ausencia de errores, sino también incluir toda la información necesaria. Esto requiere un costo elevado.
- ❖ Nivel de actualidad: Actualidad e la información y periodicidad con que debe ser actualizada.
- ❖ Flexibilidad: No solo a la estructura de la información producida, si no también a su nivel de agregación a otras necesidades.
- ❖ Capacidad de respuesta: A demandas específicas.
- ❖ Compatibilidad: Entre los diferentes ficheros o bases de datos.

- ❖ Elementos comunes: En las diferentes bases de datos que permitan interrelacionarlas y cruzar las variables en ellas contenidas.
- ❖ Concordancia en tiempo y espacio: Se debe poder comparar datos históricos u otros.
- ❖ Seguridad: Este aspecto incluye la confidencialidad. Obligación moral y legal. Seguridad también en la pérdida de información.
- ❖ Costo: El desarrollo de un SIS puede tener un costo importante por lo que deberían incorporarse técnicas de análisis coste-beneficio para valorar las diferentes alternativas.

**Fichas:** En su forma ideal es un listado de la población asignada. La mayoría de los ficheros se basan en la población demandante elaborándose la ficha en el momento en que se inició la historia del paciente.

El principio que rige este registro es muy simple: se trata de tener una ficha que contenga como mínimo los datos de filiación (nombre, apellidos, dirección y teléfono) y la fecha de nacimiento sin el registro es manual, tarjeta de diferente color para cada sexo.

Esta la posibilidad de utilizar las fichas como registro e inclusión de ciertos grupos de población en determinados programas.

El sistema de identificación de esta tipo de datos es sencillo, trata de marcar con pestañas de diferentes colores si el individuo ha sido incluido en algún programa específico.

Permite un acceso rápido a la identificación de los pacientes y un seguimiento estrecho de determinados grupos.

### **Programa:**

“ Conjunto de actividades realizadas mediante técnica y procedimientos bien definidos cumplidos en plazos y áreas, con recursos calificados y modificados para alcanzar propósitos, objetivos y metas previamente establecidas.” Ander-Egg.

En salud involucra un proceso destinado a lograr un cambio cuanti-cualitativo de una situación problemática que afecta a una población determinada y tiene por finalidad solucionar los problemas identificados en el diagnóstico.

#### Etapas en la formulación de un programa:

- ✓ Identificación de necesidades y problemas.
- ✓ Establecimiento de prioridades.
- ✓ Determinación de objetivos y metas.
- ✓ Determinación de actividades.
- ✓ Determinación de recursos.
- ✓ Determinación de presupuesto.
- ✓ Establecimiento de indicadores de evaluación.
- ✓ Ejecución.
- ✓ Evaluación.

### **PROGRAMA ADUANA:**

**Antecedentes:** Los orígenes del Programa Aduana en que el Prof. Ramón Guerra, preocupado por la alta mortalidad infantil, propuso dos instrumentos de mejora de la atención a la salud infantil: uno vinculado a la tecnología de tercer nivel de atención, la creación de centros de pediatría intensiva a nivel del hospital público y otro a la mejora de la atención en el 1º nivel de atención de los recién nacidos

egresados de la maternidad, captándolos antes de su egreso y derivándolos de manera informada a centros de atención próximos a sus domicilios.

Esta actividad surge como un sub-programa en el marco del Programa Materno Infantil comenzó a funcionar en el Hospital Pereira Rossell y Pedro Visca.

Consistía en un centro de referencia de los recién nacidos y lactantes internados que al alta eran derivados a 4 centros de salud del MSP y 10 servicios del Niño denominados "Gotas de Leche"; eran desarrollados por el personal de enfermería de los servicios. En 1976 se realizó una capacitación especial del personal y se les asignó a tiempo completo a tareas específicas.

A partir del cierre del Hospital Pedro Visca en 1983, continuó realizándose a partir del Pereira Rossell, incorporándose después con el Hospital de Clínicas.

Entre los años 1995 y 2000 el Programa Aduana recibió un fuerte impulso en el marco del Programa Materno Infantil de la DIGESA, incorporándose recursos específicos, nuevos campos de trabajo y pautas de referencia según registros con el CIIPR.

Desde el año 2001 su implementación y desarrollo ha tenido como marco institucional de referencia, el Servicio de Asistencia Externa (SSAE-ASSE) y ha sustentado con recursos guiados de esa unidad ejecutora. Se mantuvo y fortaleció la red local de diversos efectores en áreas de responsabilidad de los Centros de Salud y se inició un proceso de seguimiento informatizado hasta del control de salud de 1 año de edad.

El actual proceso de implementación de un sistema de información RAP (Red Atención del Primer Nivel) que conecta en red a todos los Centros de Salud, Policlínicas de la IMM, las maternidades y la central de la RAP, ha hincado una nueva etapa de desarrollo con nuevos desafíos y potencialidades. El mismo se enmarca en el Programa Nacional de Salud de la Niñez y en su prioridad es el control de salud en la primera infancia. Este programa ha ampliado sus objetivos transformándose en un sistema de apoyo al control de salud desde el nacimiento hasta los 2 años de edad.

#### Objetivos:

Su objetivo principal consiste en contribuir al mejor cuidado de los recién nacidos y lactantes en los primeros años de vida, en base de buenas prácticas de identificación en maternidades, derivación al 1º nivel de atención y seguimiento sin faltas a la cita, con evaluación local y central de resultados.

#### Objetivos específicos:

- 1) Identificación de recién nacidos en maternidades públicas, brindando nociones básicas de promoción de salud infantil y derivarlos al servicio ambulatorio más accesible a través de un mecanismo de referencia informado desde la maternidad a los servicios de 1º nivel de atención.
- 2) Apoyar el adecuado control de salud y seguimiento hasta los 2 años de edad, en base de instrumentos de seguimiento y como apoyo la Visita Domiciliaria, la tarjeta de seguimiento y el Sistema informático de registro.
- 3) Realizar el monitoreo de las acciones a nivel local y devolver información a nivel central para la evaluación global de la actividad.
- 4) Realizar el seguimiento en 1º nivel de atención de los niños egresados de las salas de internación del tercer nivel.

## **COMPONENTES BÁSICOS DEL PROGRAMA ADUANA. Responsabilidades.**

En la estructura del programa pueden identificarse tres componentes:

- 1) **Componente Hospitalario:** Dispositivo de captación de los recién nacidos en las maternidades.

### **Actividades:**

- I. Visita diaria a salas de internación de: maternidad, lactantes, sala de registro de defunciones.
- II. Entrevista a la madre y recién nacidos captados para: brindar información de cuidados del recién nacido y puérpera, uso del carne de control.
- III. Derivación al servicio de 1º nivel que corresponda, anotando en el carné del niño la fecha del control.
- IV. Registro de la información en el sistema informático / Planilla del Programa Aduana.
- V. Pasaje telefónico / fax de información a los referentes locales del Programa Aduana de cada servicio de 1º nivel adonde se derivan recién nacidos.

- 2) **Componente Central Departamental:** El componente central de cada departamento será el articulador entre las maternidades y los servicios de 1º nivel de atención y el evaluador general del cumplimiento de las acciones de control y seguimiento de los lactantes.

### **Actividades:**

- I. Ingreso de la información de captación del recién nacido y lactantes según copia semanal de planillas de Programa Aduana hospitalaria entregada.
- II. Centralización y coordinación de la información de contra-referencia desde cada centro de salud y efectores del área así como contacto con el equipo de maternidad.
- III. Análisis de la información y elaboración de informes periódicos (trimestrales, semanales y anuales) de resultados.
- IV. Supervisión de los componentes hospitalarios y periférico del programa.
- V. Capacitación continua a los integrantes del componente hospitalario del programa, aspectos de educación para la salud y normas vigentes de intervención en diferentes situaciones en el 1º nivel de atención.
- VI. Coordinación y capacitación continua sobre el sistema informático

- 3) **Componente Descentralizado:** constituidos por efectores de 1º nivel:

- Centro departamental o auxiliar y sus policlínicas dependientes.
- Médicos de familia asignados a cada centro de salud.
- Policlínicas municipales si las hubiera.
- Policlínicas barriales comunitarias autogestionadas con atención a la salud infantil si hubiera.



Actividades:

- I. Recepción de la derivación desde el componente hospitalario por vía telefónica y / o informe escrito.
- II. Recepción de la información de alta del recién nacido enviados por el Componente Central Departamental (formato papel).
- III. Apertura de la tarjeta de Programa Aduana para cada niño.
- IV. Registro peso y patologías. Además del registro en la Historia Clínica realizado por de controles, captación y seguimiento del recién nacido y lactante en la tarjeta; en especial registro de alimentación, percentiles.
- V. Realización de visitas domiciliarias.
- VI. Evaluación mensual de controles de recién nacidos derivados.

## RESULTADOS.

Respecto a la caracterización de la población, niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo, los datos obtenidos son los siguientes:

- N° total: 504 usuarios

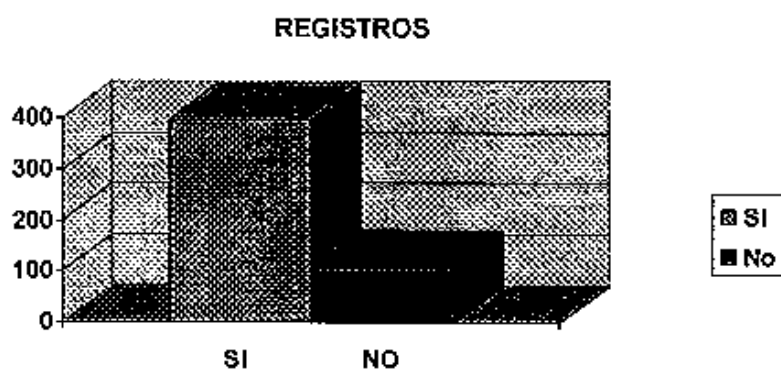
Variable: **REGISTROS.**

**Tabla N°1**

Distribución de los registros de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

REGISTROS	FA	FR%
SI	398	79%
No	106	21%
TOTAL	504	100%

**Grafico N°1 - REGISTROS**



---

### Comentario:

SI: Son todos los Registros de todos los componentes de la ficha.

NO: Aquellos en donde faltan uno o mas registros de los componentes que tiene la ficha.

**Tabla N° 2: COMPONENTE EDAD**

Distribución de los registros según componente edad de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE EDAD	FA	FR%
Completos	504	100%
Incompletos	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

Comentario: Los registros en el Componente Edad se encuentran completos en su totalidad.

**Tabla N° 3: COMPONENTE PESO**

Distribución de los registros según componente Peso de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE PESO	FA	FR%
Completos	504	100%
Incompletos	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

Comentario: Los registros en el Componente Peso se encuentran completos en su totalidad.

**Tabla N° 4: COMPONENTE TALLA.**

Distribución de los registros según componente Talla de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE TALLA	FA	FR%
Completos	504	100%
Incompletos	0	0%
TOTAL	504	100%

Comentario: Los registros en el Componente Talla se encuentran completos en su totalidad.

**Tabla N°5: COMPONENTE ALIMENTACION**

Distribución de los registros según componente Alimentación de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE ALIMENTACION	FA	FR%
Completos	504	100%
Incompletos	0	0%
TOTAL	504	100%

Comentario: Los registros en el Componente Alimentación se encuentran completos en su totalidad.

**Tabla N°6: COMPONENTE VACUNAS**

Distribución de los registros según componente Vacunas de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE VACUNAS	FA	FR%
Completos	504	100%
Incompletos	0	0%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

Comentario: Los registros en el Componente Vacunas se encuentran completos en su totalidad.

**Tabla N° 7: COMPONENTE VISITA DOMICILIARIA**

Distribución de los registros según componente Visita Domiciliaria de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE VISITA DOMICILIARIA	FA	FR%
Completos	430	87%
Incompletos	67	13%
<b>TOTAL</b>	<b>497</b>	<b>100%</b>

**Grafico N° 2 COMPONENTE VISITA DOMICILIARIA**



Comentario: Se toman en cuenta todos los registros de los niños de 7 días en adelante.

**Tabla N°8: COMPONENTE ECOGRAFIA DE CADERA**

Distribución de los registros según componente Ecografía de Cadera de los niños entre 2 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE ECOGRAFIA DE CADERA	FA	FR%
Completos	391	100%
Incompletos	0	0%
TOTAL	391	100%

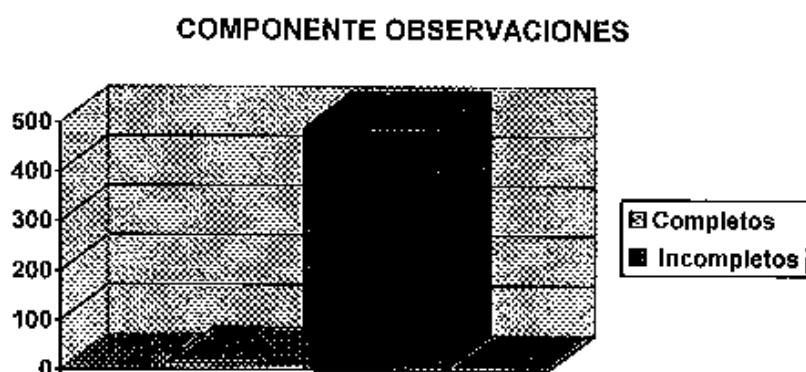
Comentario: Se toman en cuenta los registros a partir de los 2 meses del niño.

**Tabla N°9: COMPONENTE OBSERVACIONES**

Distribución de los registros según componente Observaciones de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

COMPONENTE OBSERVACIONES	FA	FR%
Completos	14	3%
Incompletos	490	%
TOTAL	504	100%

Grafico N° 3 COMPONENTE OBSERVACIONES



Comentario: Se toman en cuenta los Aspectos biológicos, psicológicos, sociales, del Entorno y Otros.

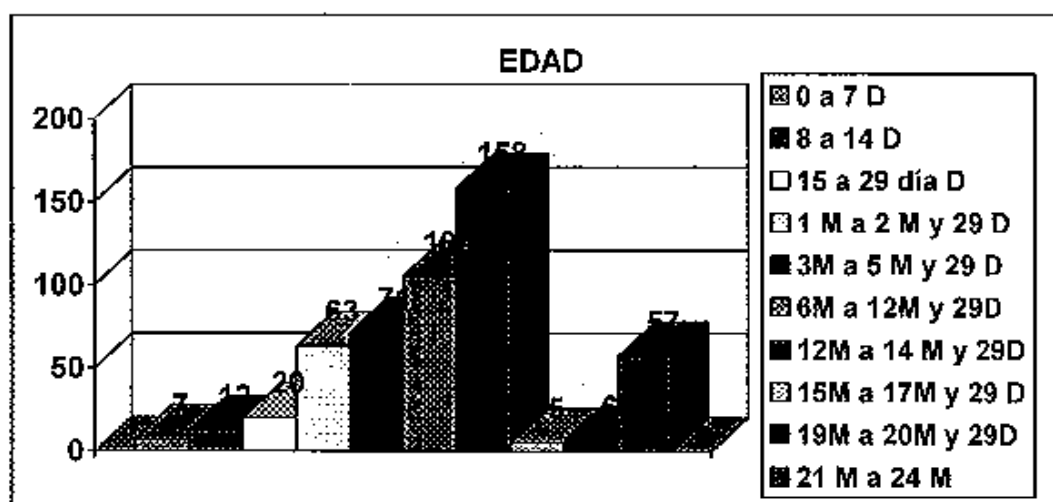
Variable: EDAD.

**Tabla N° 10**

Distribución de la Edad de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

EDAD	FA	FR%
0 a 7 D	7	1.5%
8 a 14 D	12	2.5%
15 a 29 día D	20	4%
1 M a 2 M y 29 D	63	12.5%
3M a 5 M y 29 D	71	14%
6M a 8M y 29D	65	12.5%
9M a 11M y 29D	50	9%
12M a 14 M y 29D	158	31%
15M a 17M y 29 D	5	1%
18M a 20M y 29D	6	1%
21 M a 24 M	57	11%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 4:** Distribución de los registros según la edad de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

Variable: PESO.

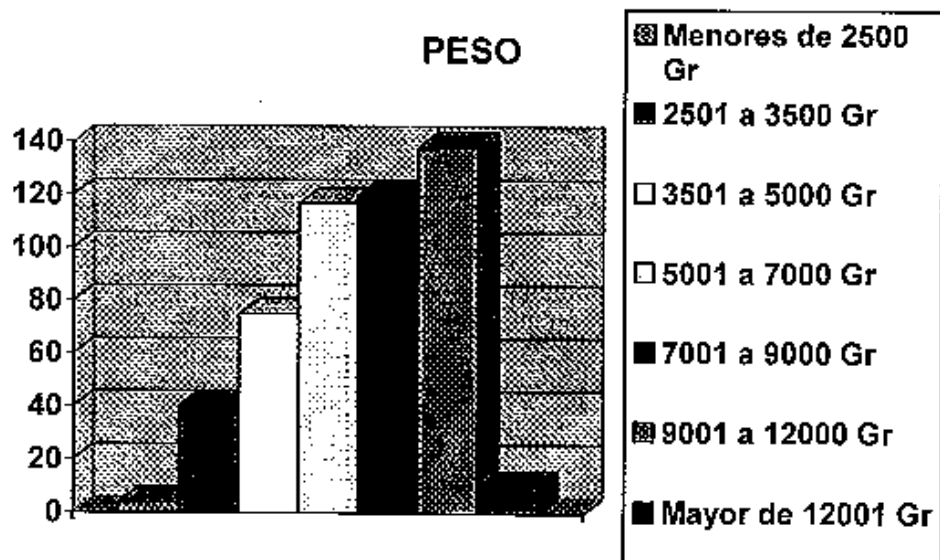
**Tabla N°11**

Distribución de los Registros de Peso, de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

PESO	FA	FR%
Menores de 2500 Gr	4	1 %
2501 a 3500 Gr	40	8%
3501 a 5000 Gr	75	15%
5001 a 7000 Gr	117	23%
7001 a 9000 Gr	120	24%
9001 a 12000 Gr	138	27%
Mayor de 12001 Gr	10	2%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 5:** Distribución de los registros según el Peso de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.





Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

Variable: TALLA.

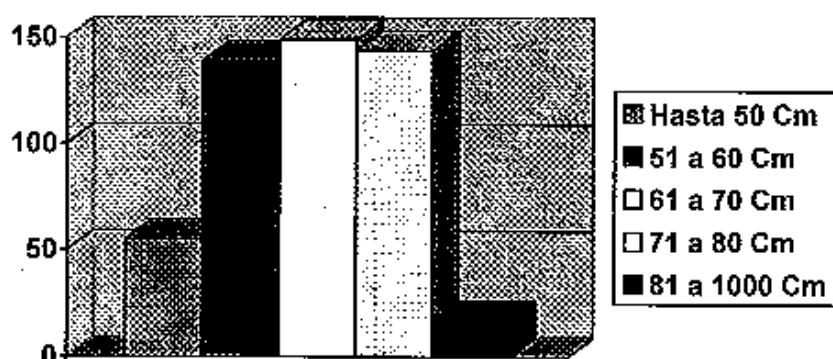
**Tabla N° 12**

Distribución de los Registros de Talla, de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

TALLA	FA	FR%
Hasta 50 Cm	55	11%
51 a 60 Cm	139	28%
61 a 70 Cm	149	30%
71 a 80 Cm	144	29%
81 a 1000 Cm	17	2%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°6 :** Distribución de los Registros de Talla de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

### TALLA



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

### Variable: ALIMENTACION

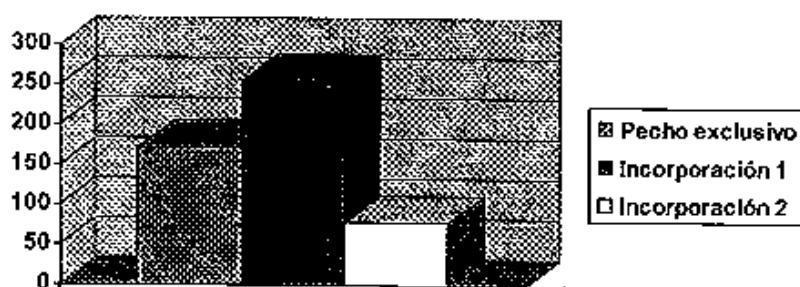
**Tabla N° 13**

Distribución de los registros de alimentación de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

ALIMENTACION	FA	FR%
Pecho exclusivo	172	34%
Incorporación 1	253	50%
Incorporación 2	79	16%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N° 7:** Distribución de los registros de alimentación de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

### ALIMENTACION



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

Variable: VACUNAS.

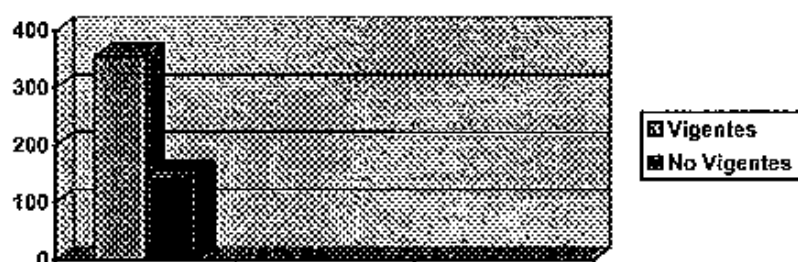
**Tabla N° 14**

Distribución de los registros de las vacunas en los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

VACUNAS	FA	FR%
Vigentes	355	70%
No Vigentes	149	30%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°8:** Distribución de los registros de las vacunas en los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

### VACUNAS



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

Variable: VISITA DOMICILIARIA.

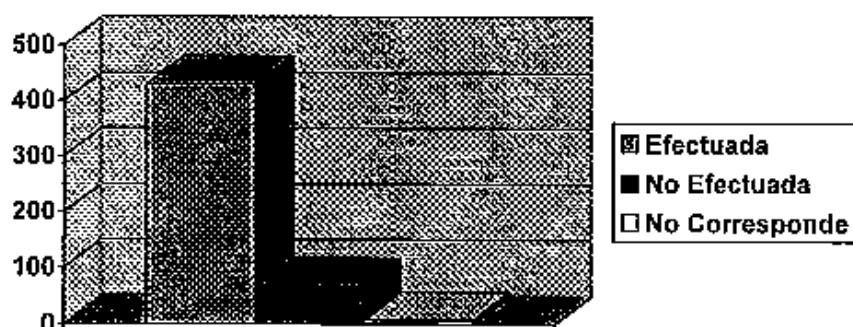
**Tabla N° 16:**

Distribución de los registros de Visita Domiciliaria de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

VISITA DOMICILIARIA	FA	FR%
Efectuada	430	85%
No Efectuada	67	13%
No Corresponde	7	2%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°9 :** Distribución de los registros de Visita Domiciliaria de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

### VISITA DOMICILIARIA



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

Variable: ECOGRAFIA DE CADERA.

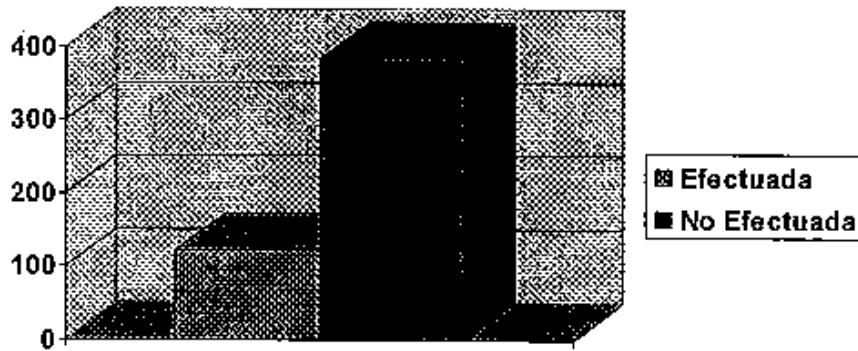
#### Tabla N° 15:

Distribución de los registros de las Ecografía de Cadera de los niños entre 2 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

ECOGRAFIA DE CADERA	FA	FR%
Efectuada	121	24%
No Efectuada	383	76%
TOTAL	504	100%

**Gráfico N°10 :** Distribución de los registros según Ecografía de Cadera de los niños entre 2 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

**ECOGRAFIA DE CADERA**



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

Variable: **OBSERVACIONES.**

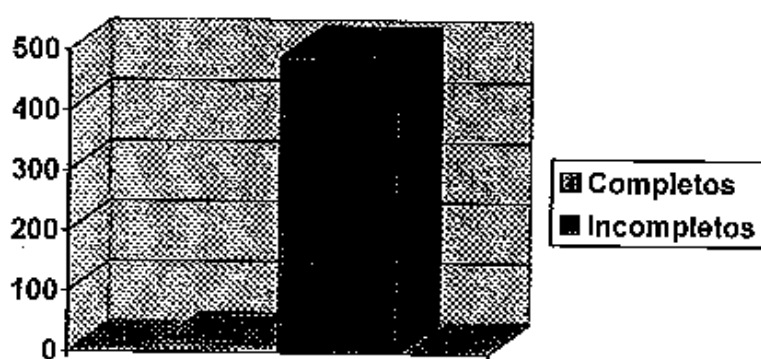
**Tabla N° 17:**

Distribución de los datos según los registros completos del componente Observaciones de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

OBSERVACIONES	FA	FR%
Completos	14	3%
Incompletos	490	97%
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>100%</b>

**Gráfico N°11 :** Distribución de los datos según los registros completos del componente Observaciones de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

## OBSERVACIONES



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

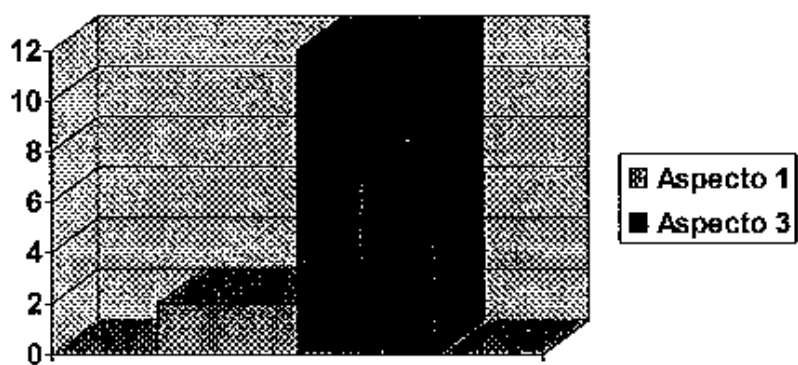
Variable: OBSERVACIONES.

**Tabla N°18:** Distribución de los datos según los registros completos del componente Observaciones de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

OBSERVACIONES	FA	FR%
Aspecto 1	2	0.4%
Aspecto 3	12	2.3%
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>2.7%</b>

**Gráfico N°12:** Distribución de los datos según los registros completos del componente Observaciones de los niños entre 0 a 24 meses, pertenecientes al programa Aduana en un Centro de Salud del sector público de Montevideo.

## OBSERVACIONES



Fuente: Recolección de datos de las fichas de enfermería del Centro de Salud.

**Comentario:** Cabe destacar que los Aspectos 2 y 4 presentes como indicadores de la variable, fueron eliminados por no presentar datos significativos.



## ANÁLISIS

En cuanto a la variable Registro, podemos observar que algunos componentes no se encontraban completos debido a las características de las variables: como por ejemplo, la Ecografía de Cadera debe realizarse a partir de los 2 meses de edad del niño, la visita domiciliaria se realiza a partir de los siete días del niño, los registros que se realizaron de las observaciones fueron aquellos datos relevantes, por tanto en todas estas variables que recabamos no se incluyeron la totalidad de las fichas.

De acuerdo a las características de los registros, pudimos saber que esta información ha sido objetiva y ha descrito los hechos que la enfermera observó de esta población.

La información ha sido exacta, mostrando que en las fichas hay datos concretos con firma, nombre y apellido del funcionario.

Los datos recabados no han sido completos como para poder garantizar resultados precisos ya que las fichas en donde no existen datos revelan que pudo existir ausencia de esa variable u omisión de la misma.

Los registros han sido concisos anotando aquellos datos en forma exacta de acuerdo a la variable que se intentó evaluar.

Los registros fueron realizados en forma organizada siguiendo el formato de la ficha del programa aduana.

Con los datos obtenidos, es importante destacar que las variables: peso, talla, alimentación y vacunas, se encuentran completas.

Los componentes que no se encontraron completos fueron la ecografía de cadera, la visita domiciliaria, y las observaciones, por tanto la variable registro también es incompleta.

Los registros conforman un sistema de información sanitaria, estos sistemas tienen algunas características de las cuales a nosotras nos interesa tener en cuenta:

La cantidad de datos recabados los cuales deben ser realizados en forma exacta ya que son una base de datos para futuras investigaciones, en nuestra investigación notamos que los datos fueron realizados en forma clara y concreta.

De acuerdo al nivel de actualidad de la información, observamos que las fichas no contaban con todos los controles necesarios de acuerdo a la edad del niño, por tanto no existe continuidad en la información, pero tomando los últimos registros de cada ficha vimos que la información es actualizada.

Existe compatibilidad entre los diferentes registros con respecto al programa aduana ya que tanto la historia clínica, la ficha y el carnet de salud del niño tiene como finalidad el seguimiento del mismo. En cambio a pesar de tener la misma finalidad el sistema de registro es diferente.

La Historia Clínica constituye un documento médico-legal, el cual contiene todos los datos del paciente y su evolución, con la característica de tener la indicación cumplida enseguida después de la solicitada, ésta resulta la fuente de información mas completa acerca del paciente. El carnet del niño y la ficha del programa aduana, son datos actualizados y concretos que deben ser recabados según pauta previa establecida, es decir están confeccionados de manera tal que cumplan con los requisitos exigidos, en este caso por pautas del MSP.

## ANÁLISIS

En cuanto a la variable Registro, podemos observar que algunos componentes no se encontraban completos debido a las características de las variables: como por ejemplo, la Ecografía de Cadera debe realizarse a partir de los 2 meses de edad del niño, la visita domiciliaria se realiza a partir de los siete días del niño, los registros que se realizaron de las observaciones fueron aquellos datos relevantes, por tanto en todas estas variables que recabamos no se incluyeron la totalidad de las fichas.

De acuerdo a las características de los registros, pudimos saber que esta información ha sido objetiva y ha descrito los hechos que la enfermera observó de esta población.

La información ha sido exacta, mostrando que en las fichas hay datos concretos con firma, nombre y apellido del funcionario.

Los datos recabados no han sido completos como para poder garantizar resultados precisos ya que las fichas en donde no existen datos revelan que pudo existir ausencia de esa variable u omisión de la misma.

Los registros han sido concisos anotando aquellos datos en forma exacta de acuerdo a la variable que se intentó evaluar.

Los registros fueron realizados en forma organizada siguiendo el formato de la ficha del programa aduana.

Con los datos obtenidos, es importante destacar que las variables: peso, talla, alimentación y vacunas, se encuentran completas.

Los componentes que no se encontraron completos fueron la ecografía de cadera, la visita domiciliaria, y las observaciones, por tanto la variable registro también es incompleta.

Los registros conforman un sistema de información sanitaria, estos sistemas tienen algunas características de las cuales a nosotras nos interesa tener en cuenta:

La cantidad de datos recabados los cuales deben ser realizados en forma exacta ya que son una base de datos para futuras investigaciones, en nuestra investigación notamos que los datos fueron realizados en forma clara y concreta.

De acuerdo al nivel de actualidad de la información, observamos que las fichas no contaban con todos los controles necesarios de acuerdo a la edad del niño, por tanto no existe continuidad en la información, pero tomando los últimos registros de cada ficha vimos que la información es actualizada.

Existe compatibilidad entre los diferentes registros con respecto al programa aduana ya que tanto la historia clínica, la ficha y el carnet de salud del niño tiene como finalidad el seguimiento del mismo. En cambio a pesar de tener la misma finalidad el sistema de registro es diferente.

La Historia Clínica constituye un documento médico-legal, el cual contiene todos los datos del paciente y su evolución, con la característica de tener la indicación cumplida enseguida después de la solicitada, ésta resulta la fuente de información mas completa acerca del paciente. El carnet del niño y la ficha del programa aduana, son datos actualizados y concretos que deben ser recabados según pauta previa establecida, es decir están confeccionados de manera tal que cumplan con los requisitos exigidos, en este caso por pautas del MSP.

## CONCLUSIÓN

Los Registros son la base de los Sistemas de Salud, y es en base a ellos que se pueden formular políticas para mejorar la calidad de vida de las personas.

Las fichas son la herramienta para un mejor acercamiento a la población de 0-2 años y creemos que han sido útiles para recabar estos datos.

Debemos apelar a educar al personal de la Salud para mejorar la calidad de los Registros, haciendo énfasis en su importancia y así poder evaluar el desempeño del personal de enfermería y en definitiva lograr mejorar la calidad de atención de los niños y del sistema de salud.

Con el sistema para recabar datos en los niños de 0 a 2 años del Programa Aduana se logro mejorar la gestión de enfermería y además al registrar todos los datos de la ficha nos ayudan a ver al niño en forma integral.

Con respecto a los objetivos planteados, podemos decir que se pudieron identificar y describir los Registros existentes en el Programa Aduana en el Centro de Salud de Montevideo.

Se identificaron los componentes de las fichas que fueron todas las variables utilizadas para nuestra investigación y se logro identificar cuales se registraron en forma completa: edad, peso, talla, alimentación y vacunas.

Esto es significativo ya que estos fueron los datos que siempre estuvieron presentes en la ficha creemos que son datos esenciales para evaluar al niño y son los que toma en cuenta el personal de la salud siendo además los elementos comunes en todos los sistemas de registro (Historia clínica, carnet del niño, y ficha).

Los registros y en especial la ficha nos ayudan además de contar con datos poblacionales a concretar acciones para mejorar la salud de los niños.

Describimos los registros de la ficha para tener un acceso rápido a la identificación de los pacientes y un seguimiento estrecho de los mismos.

Es fundamental completar todos los datos de la ficha para conocer la situación del niño en ese momento determinado, y que nos de un corte de la realidad.

La ficha nos resulta útil ya que nos ayuda a captar niños en situación de riesgo biológico, psicológico, social u otros.

Es importante evaluar los programas y las fichas que son utilizadas, ya que son la única forma de comprobar su eficacia y utilidad.

Al describir los registros de la ficha y observamos que los mismos no son completos, por lo tanto pudimos evaluar este sistema de registro, describiendo cada uno de sus componentes.

## BIBLIOGRAFIA

- Ballesteros H .Vitancur A Sánchez D. “Bases Científicas de la Administración” México 1997.
- Carpeta de Consulta , Enfermería. Biblioteca de Facultad de Enfermería.
- Decreto del Poder Ejecutivo N° 416 / 02 , Capítulo VI, Artículo 18 numeral C. Definición de Centro de Salud.
- Delfino M y Colaboradores “Registros con Identidad Metodologica” Hospital de Clínicas Montevideo 1989.
- Diccionario de Real Academia Española Sopena 1990.
- Gervás “Los sistemas de registro en la Atención Primaria en Salud” Editorial Díaz de Santos S.A. Barcelona 1987.
- Kozier B Er G Bufalino P “Fundamentos de Enfermería” Editorial Interamericana México 1994.
- Potter A Perry A “Fundamentos de Enfermería” Teoría y Practica. Tercera Edición Editorial Mosby. Madrid 1996.
- Revista ROL de Enfermería “¿Dónde comienza la calidad científica de los documentos de Enfermería?” N° 191-192, páginas 33-40. (Julio- Agosto 1994).
- Wersonick B “Estándar de calidad para los cuidados de Enfermería” Editorial Doyma 1989.

# ***ANEXOS***

## **Entrevista a la Lic. de un Centro de Salud Público de Montevideo:**

✦ ¿Desde cuando se realiza el Plan Aduana en el Centro de Salud Unión?  
Aproximadamente Año 1996

✦ ¿En qué momento se implementa la planilla?  
Aproximadamente ese Año 1996

✦ ¿Cuándo ingresaron los nuevos datos?

✦ ¿Cuáles son esos datos?  
ECO cadera, plan de vacunas, CI del niño, edad de la madre y tipo de alimentación

✦ ¿Dónde se realiza la ECO de cadera?  
En la Policlínica Cruz de Carrasco, en la Policlínica de Piedras Blancas, y como último recurso en el Hospital Pereira Rossell.

✦ ¿Quiénes llevan a cabo el Plan Aduana en el Centro de Salud Unión?  
La Lic. Miriam Silva, dos Auxiliares de Enfermería, una encargada de realizar las Visitas Domiciliarias, y la otra encargada de realizar los datos en la Ficha.

✦ ¿Quiénes son las personas que realizan los registros?  
Los Médicos Pediatras, Nutricionista, Auxiliares de Enfermería, Licenciados en Enfermería

✦ ¿Qué días se realizan las Visitas Domiciliarias?  
Los días jueves y viernes.

✦ ¿Qué dificultades tuvo el Plan Aduana en llevarse a cabo?  
Al ser un Programa incentivado económicamente es que han surgido conflictos internos.

## **Instructivo de llenado del Instrumento para la recolección de datos.**

El instrumento esta compuesto por columnas que se encuentra en vertical y otras en horizontal.

Las columnas horizontales se encuentran numeradas y se llenaran cada una por cada Ficha del Seguimiento del Pan Aduana. En las columnas verticales se identifican cada una de las variables que componen la Ficha de seguimiento, a su vez cada columna se encuentra subdividida en casilleros, los cuales corresponden a los indicadores de cada variable.

El proceso de llenado es el siguiente:

Los datos obtenidos de las Fichas de Seguimiento se marcaran o no en su casillero correspondiente, con una cruz (X), en casa de encontrarse el dato y en caso de no encontrarse el casillero quedara en blanco.

Para realizar la investigación en un Centro de Salud de Montevideo, aplicamos un prueba piloto, para el cual cada una de las integrantes del grupo realiza el llenado de una ficha para evaluar el instrumento, estas 5 fichas, fueron utilizadas para probar el Instrumento pero no las tomamos en cuenta para nuestra investigación.

Luego de realizado dicho plan acordamos en cada variable acordar lo siguiente:

- **Edad del Niño** : La edad del niño comprende desde la última fecha hasta la actual : Por ejemplo si su edad es 9 meses debemos completar con una X en el casillero 12 meses ya que comprende desde los 6 meses (ultima fecha) hasta los 12 meses. En cambio aclararemos la edad en meses en forma exacta.
- **Peso** : Será expresado en gramos
- **Talla**: Será expresado en cm.
- **Alimentación**: al evaluar cada una de las fichas tuvimos que interpretar, de acuerdo a la pauta del MSP la alimentación adecuada
- **Vacunas**: Notamos que en algunas fichas no se encuentran datos, por lo que tuvimos que fijarnos de acuerdo a la edad del niño, si las que han sido administradas se encuentran vigentes o no, de acuerdo a la pauta del MSP.
- **Ecografía de Cadera**: Notamos que al relevar los datos, cuando esta se realiza aparece el dato (cruz, firma) en el espacio correspondiente, y cuando este no esta, se toma como ecografía no realizada. Cuando el dato no esta presente se evaluara si la edad del niño corresponde para la realización de la misma.
- **Visita domiciliaria**: Observamos que en todas las fichas del Programa Aduana se han realizado visitas domiciliarias.
- **Observaciones**: Son todos los datos destacados de la ficha.

**Referencias:**

**P.E:** Pecho exclusivo

**Incor.1:** Incorporación de alimento desde los 6 meses hasta el año verduras y frutas.

**Incor.2:** Incorporación de alimento desde el año hasta los 2 años incorporación de legumbres carne blanca y alimentos con proteínas.

**Vig.:** Vigente

**No vig.:** No vigente

**Aspecto 1:** Aspectos biológicos.

**Aspecto 2:** Aspectos Socio-culturales.

**Aspecto 3:** Aspectos Psicológicos.

**Aspecto 4:** Aspectos del entorno.

**Aspecto 5:** Otros aspectos.





A.S.S.E.

RECIBO NACIDO Y SEGUIMIENTO

Riesgo de R.M.

[Empty box for Risk of R.M.]

Fecha de Nac: [ ]

Lugar de Nac: [ ]

CL MADRE: [ ]  
CL NIÑO: [ ]

Nombre niño: [ ]

Nombre madre: [ ]

Domicilio: [ ]

Control en:
Surto de leche
Post. Zúscos
Red. P.M.
Red. Nutrición
Peso

Peso \_\_\_\_\_ Sexo  M  F Talla \_\_\_\_\_ PC \_\_\_\_\_ Appt \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_ VSP: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_

APCT R.	FECHA CONS.	FECHA VO.	PESO	TALLA	ALIM.	V.C.	FECHA PRÓX. CONTR.	RIESGO	OBSERVACIONES
1	M E S								
1									
2									
2	1								
3									
3									
4	2					★			
4									
5									
5	3								
6									
6									
6	4					★			
6									
7									
7	5								
7									
8									
8	6					★			
8									
8									

E C O C A C I O N

### RECIEN NACIDO Y SEGUIMIENTO

Nº CY R	FECHA CONS.	FECHA V.D.	PESO	TALLA	AUM.	VAC.	FECHA PRAC. CONTR.	RIESGO	OBSERVACIONES
9									
8									
10									
10									
11						★			
11	1A								
12	1A								
12	3M					★			
13	1A								
13	3M								
14	1A					★			
14	3M								
15	2								
15	1A								

*Observaciones finales:*

**PLANILLA PARA LA RECOLECCION DE DATOS**

Fichas	Edad	Peso (gramos)	Talla (cm)	Alimentación	Vacunas	Ecografía Cadera	Visita Domiciliar	Observaciones
	7 días	Menor a 2500 gr	Hasta 50 cm	PDE	Vig	Efectuada	Efectuada	Aspecto 1
1	15 días	2501 a 3500 gr	51 a 60 cm	Incor 1	No Vig	No Efectuada	No Efectuada	Aspecto 2
	1 mes	3501 a 5000 gr	61 a 70 cm	Incor 2			No Corresponde	Aspecto 3
	3 meses	5001 a 7000 gr	71 a 80 cm					Aspecto 4
	6 meses	7001 a 9000 gr	81 a 100 cm					
	12 meses	9001 a 12000 gr						
	24 meses	Mayor a 12000 gr						

SEGÚN EL MSP, EL ESQUEMA DE VACUNACION ACTUAL, CONTIENE LAS SIGUIENTES VACUNAS:

- BCG – En el momento del nacimiento ( si el niño posee un peso de igual o Mayor a 2500 gramos)
- DPT- HB- Hib ( Pentavalente) – A los 2, 4, 6 y 15 meses.
- Antipoliomelítica – A los 2, 4, 6 y 12 meses.
- SRP – A los 12 meses y a los 5 años.
- Varicela- A los 12 meses.
- DPT- A los 5 años.
- Hepatitis B – A los 12 años.
- Doble Bacteriana – A los 12 años y luego cada 10 años.
- Neumococo C 7 V – A los 2, 4 y 12 meses.
- Hepatitis A –A los 15 y a los 21 meses.

SEGÚN EL MSP, SE ENCUENTRAN LAS SIGUIENTES PAUTAS ALIMENTICIAS SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO:

- Desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida ( Pecho Exclusivo-PE)
- Desde los 6 meses hasta el año de vida ( Incor 1)
- Desde el año de vida a los 2 años de vida (Incor 2 )

Esta incorporación será descrita a continuación por el Departamento Nutricional del MSP.

# 1

## PECHO EXCLUSIVO LOS PRIMEROS SEIS MESES DE VIDA

El pecho materno debe ser el único alimento y bebida durante los seis primeros meses de vida. Deberán destacarse siempre los beneficios de la lactancia materna, tanto para el niño como para la madre y la familia porque:

- Permite la mejor nutrición
- Protege eficazmente contra las infecciones
- Favorece el crecimiento físico y el desarrollo mental
- Refuerza los lazos afectivos madre-hijo
- Previene la aparición de cuadros alérgicos.

### *LA LACTANCIA MATERNA DEBE SER:*

- Vital y exclusiva los 6 primeros meses de vida
- Necesaria y adecuadamente complementada el segundo semestre
- Voluntaria a partir del año.

### *LA PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA:*

- Es la primera prioridad en la nutrición del lactante en el Uruguay
- Debe realizarse siempre sin despertar sentimientos de culpa en las madres que no deseen o no puedan amamantar.

Cuando un lactante no puede recibir leche materna, el pediatra indicará la fórmula láctea apropiada y los suplementos necesarios en cada caso.



## 2

### INCORPORAR LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA AL CUMPLIR LOS SEIS MESES (SÉPTIMO MES DE VIDA)

A partir de este momento la alimentación del niño menor de 2 años pasará a tener dos componentes: *la alimentación láctea y la alimentación complementaria.*

Las madres o cuidadores deben seguir los consejos del pediatra, en la selección y oferta al niño de alimentos complementarios en cantidad y calidad adecuada, lo que está determinado por las mayores necesidades nutricionales, que a partir de esta edad no están cubiertas por la leche materna, y la maduración de cada niño. Esto quiere decir que tanto del punto de vista digestivo, como renal y neurológico el niño está apto para recibir estos alimentos. La maduración gastrointestinal determina la capacidad de digestión y absorción de nuevos nutrientes, la maduración renal hace posible que el lactante soporte el aumento de mayores cargas osmolares por su alimentación complementaria y la maduración neurológica asegura la adecuada coordinación motora para la succión, deglución y masticación, pérdida del reflejo de protrusión lingual y capacidad de estar sentado correctamente (sostén cefálico y de tronco).



### 3

## SELECCIONAR ALIMENTOS ADECUADOS

- Los primeros alimentos a incorporar son los purés de verduras o frutas y las papillas de cereales. El puré de verduras se preparará primero con una verdura, mientras se va probando la tolerancia del niño a cada nuevo alimento, durante tres días como mínimo. Luego se agregará un segundo componente y hasta un tercero en esta preparación. Para aumentar las calorías aportadas, se agregará una cucharadita de aceite vegetal (maíz, girasol, girasol altooleico o soya). Las papillas se harán con cereales (polenta, arroz) y con el agregado de aceite. Cuanto más espesa una papilla o puré, mayor será su densidad energética. Tanto al puré como a la papilla de cereales se le agregará una cucharada de carne bien cocida, picada o molida. Los purés de frutas, se prepararán con manzana, banana y naranja, probando tolerancia e incorporando nuevos componentes progresivamente.
- Al mismo tiempo tener en cuenta los factores socio-económicos, ésto es la necesidad de adaptar la selección de alimentos al poder adquisitivo de la familia y de enseñar a las madres o a quienes cuidan del niño a utilizar adecuadamente los recursos de que disponen.
- Los aceites vegetales resultan de elección para adicionar calorías a la alimentación del lactante y del niño pequeño, mejorando la palatabilidad del alimento y aportando cantidades importantes de ácidos grasos esenciales (serie Ó3 y Ó6). Otros alimentos del grupo de las grasas, que permiten agregar calorías a la alimentación del lactante son: manteca y crema de leche.
- Todos los días deben ser ofrecidos al niño, en lo posible, alimentos diferentes. La oferta múltiple y diversificada de alimentos en las comidas, garantiza el suministro de los nutrientes necesarios. El bebé acostumbrado desde el comienzo de su alimentación complementaria al consumo de frutas y hortalizas variadas, recibirá mayores cantidades de vitaminas, hierro y fibra y además adquirirá hábitos alimentarios saludables.
- Desde el comienzo de la alimentación complementaria deberá agregarse siempre carne (vacuna, ovina, hígado, pollo, cerdo) al puré de verdura y a la papilla de cereales (1 cucharada picada o molida), para aumentar el contenido de hierro hemínico de alta biodisponibilidad y mejorar la absorción del hierro no hemínico de verduras y cereales. Cuando esto no sea posible, suministrar 50 a 100 cc de jugo de cítricos en la papilla de frutas, porque la vitamina C también favorece la absorción del hierro inorgánico.
- En el tercer trimestre de vida se incorporarán alimentos de todos los grupos, con excepción de huevos, pescados y leguminosas que se introducirán a partir del cuarto trimestre de vida y finalmente algunos alimentos se incorporarán después del año, como por ejemplo frutilla, kiwi y tomate (por su alto contenido en histamina), espinaca, rabanito y remolacha (por su alto contenido en nitratos).
- Los niños alérgicos o con antecedentes familiares de alergias o intolerancias deberán ser cuidadosamente evaluados por su pediatra, pudiéndose retrasar la incorporación de algunos alimentos.

# 10

## SUMINISTRAR LOS SUPLEMENTOS DE VITAMINAS Y MINERALES INDICADOS

Suministrar los suplementos de vitaminas y minerales de acuerdo al siguiente esquema:

- A todos los niños de 6 a 24 meses que no consumen fórmulas fortificadas con vitamina D, suministrar diariamente un suplemento de vitamina D a una dosis de 200 UI, para prevenir el raquitismo, a partir del mes de mayo a octubre inclusive, aunque actualmente se tiende a darla durante todo el año.
- Los niños de 4 a 24 meses, que no consumen alimentos fortificados deben recibir 2mg/kg/día de hierro elemental, (máximo 15 mg/día).





## 7

### EVITAR LOS ALIMENTOS NO APTOS PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS

- Hasta el año de vida, la mucosa del tubo digestivo es muy sensible y puede ser fácilmente irritada por las sustancias presentes en el café, té, cacao, enlatados y refrescos, alterándola y pudiendo comprometer la función digestiva.
- El aceite usado en las frituras, forma sustancias altamente irritantes para la mucosa del bebé, por lo que no se aconsejan las frituras en los niños pequeños.
- Debe evitarse el uso de alimentos enlatados, embutidos y fiambres porque contienen sal en exceso y aditivos no autorizados para niños.
- Evitar el uso de alimentos industrializados, que no sean alimentos complementarios para lactantes y niños de corta edad, porque pueden contener aditivos no autorizados para ellos.
- Evitar los alimentos congelados, por el riesgo de contaminación microbiana resistente a las bajas temperaturas, que pueden causar enfermedades graves en los niños.
- No permitir ningún tipo de refrescos, porque pueden ser hiperosmolares, contener aditivos no permitidos (conservadores, edulcorantes artificiales, colorantes artificiales etc.), sustancias estimulantes (cafeína), derivados del chocolate (tramina) etc.
- No suministrar productos de copetín (papas fritas y otros bocaditos) porque contienen grandes cantidades de sal.
- No suministrar mate, café, té o cacao por contener sustancias estimulantes (cafeína y derivados). El cacao, además es un alimento altamente alergénico. El mate compartido con personas mayores, puede hacer llegar la flora cariogénica de la boca de aquellos a la del lactante.
- No suministrar golosinas a los lactantes, por su alto contenido en azúcares simples y porque pueden obstruir las vías aéreas. Destacamos los riesgos de la sacarosa en la alimentación del lactante y del niño pequeño (hiperosmolaridad de las soluciones, riesgo aumentado de caries dental, alto poder edulcorante). Además, es importante recordar que el niño nace con preferencia para el sabor dulce por lo tanto el agregado de azúcar a los alimentos, si no está indicada para aumentar la densidad energética, deberá evitarse. Esto se hace para que el niño se interese y acepte otros sabores.
- La miel está contraindicada en el primer año de vida, por el riesgo de contener el bacilo del botulismo.



## GUÍA PARA LA PLANIFICACIÓN DIARIA DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO MENOR DE DOS AÑOS

EDAD	ALIMENTOS RECOMENDADOS	CANTIDAD Y FRECUENCIA
6-8 meses	<p>Puré de: verduras cocidas (papa, boniato, zapallo, zanahoria etc) + 1cda. de carne molida, raspada, rallada o picada (pollo, vaca, hígado) + 1 cda. de aceite vegetal crudo.</p> <p style="text-align: center;">O</p> <p>Papilla de: cereales (arroz, polenta, sémola o fideos) + 1cda. de carne molida, raspada, rallada o picada (pollo, vaca, hígado) + 1 cda. de aceite vegetal crudo.</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>Puré de fruta molida, rallada o raspada.</p>	<p>¾ a 1 taza diariamente como almuerzo</p> <p>½ a 1 fruta mediana diariamente como postre.</p>
	<p>Además de todo lo anterior incorporar:</p> <p>Leguminosas (porotos, lentejas, garbanzos) pasadas por cedazo o tamizadas comenzando por 1 a 2 cdas hasta ¾ taza.</p> <p>Huevo de gallina entero, bien cocido</p> <p>Pescado 1 cucharada</p>	<p>Almuerzo y cena</p> <p>1 vez por semana, agregado a la papilla o al puré reemplazando a las carnes de todo tipo y el huevo.</p> <p>1 unidad agregado al puré o a la papilla si no usa carnes, pescado o leguminosas.</p> <p>1 vez por semana si no usa carnes, pescado o leguminosas.</p>
	<p>El niño recibirá la misma alimentación que la familia, en preparaciones sencillas.</p>	<p>Cuatro comidas: desayuno, almuerzo, merienda y cena.</p>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gil A, Uauy R, Dalmau J y col. Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y niños de corta edad. *An Pediatr (Barc)*, 2006; 65(5):481-95.
2. Human energy requirements, 2004. Report of a Joint FAO/WHO/UNU Expert Consultation Group. Rome, October 17-24, 2001.
3. Illa, M y col. Nutrición para la familia y la comunidad. Ministerio de Salud Pública. Departamento de Nutrición, 1981.
4. Illa M, Moll MJ, García AM, Satriano R y col. Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses asistidos en los servicios del MSP. Gran Premio Nacional de Medicina 2005. Academia Nacional de Medicina. Ministerio de Educación y Cultura. En prensa.
5. Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos. Universidad de Chile. 2006. Guía de Alimentación para el menor de 2 años.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília. 2006. Guia prático de preparo de alimentos para crianças menores de 12 meses que nao podem ser amamentadas.
7. Ministério da Saúde. Brasília. 2002. Doz Passos para uma Alimentação Saudável. Guia Alimentar para Crianças Menores de 2 anos.
8. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional Prioritario de Nutrición. 2005. Manual para la Promoción de Prácticas saludables de Alimentación en la Población Uruguaya.
9. O'Donnell, AM. Nutrición Infantil. Primera Edición, Editorial Celsus. Buenos Aires, 1982.
10. O'Donnell AM, Britos S; Pueyrredón P, Grippo B y col. 2006. Comer en una edad difícil, 1 a 4 años. Publicación Cesni – Agosto de 2006. Buenos Aires.
11. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 2003. Principio de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. Washington D.C.
12. World Health Organization. 2005. Guiding Principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age. Geneva.