

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y FARMACIA

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure, likely a saint or historical figure, seated and holding a book. The figure is surrounded by various symbols, including a cross at the top, a lion on the right, and a castle on the left. The text "CAROLINA ACADEMIA" is visible at the top of the seal, and "CETEMARIBIS CONSPICUA" is on the left side. The bottom part of the seal contains the text "COACTEMALENSIS INTER".

**Evaluación del componente de monitoreo de crecimiento físico
que el Vigilante de Salud realiza al aplicar la Estrategia
AIEPI AINM-C en el departamento de Sololá**

Informe de Tesis

Presentado por

Andrea María Aldana Flores

Para optar al título de

NUTRICIONISTA

En el grado de Licenciado

Guatemala, agosto 2006

INDICE

I.	RESUMEN	1
II.	INTRODUCCIÓN	3
III.	ANTECEDENTES	
	A. Crecimiento	5
	B. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social	10
	C. Estrategia AIEPI AINM-C	12
	D. Departamento de Sololá	21
IV.	JUSTIFICACIÓN	23
V.	OBJETIVOS	25
VI.	MATERIALES Y MÉTODOS	
	A. Universo	26
	B. Muestra	26
	C. Tipo de estudio	26
	D. Materiales	26
	E. Métodos	27
VII.	RESULTADOS	31
VIII.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	36
IX.	CONCLUSIONES	40
X.	RECOMENDACIONES	42
XI.	REFERENCIAS	43
XII.	ANEXOS	46

I. RESUMEN

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue lanzada por la OMS, OPS y UNICEF a finales de los años 90 para fortalecer los programas de salud de la niñez. En el año 2002, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la oficializó y se agregó la atención integrada prioritaria a la mujer, como consecuencia surge la atención integrada a niños y mujeres en la comunidad (AINM-C). La estrategia AIEPI AINM-C pretende contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad de la niñez y la mujer a través de mejorar el acceso y calidad de servicios de salud integrados, permanentes y sostenidos.

La estrategia integra dos componentes que son el manejo de casos, que se refiere a la evaluación de los principales signos o señales de enfermedad en la niñez y en la mujer, y la Promoción y Prevención que hace énfasis en el monitoreo de crecimiento mensual de los niños menores de dos años.

El propósito de esta investigación fue evaluar el componente de monitoreo de crecimiento físico de la estrategia AIEPI AINM-C que aplica el Vigilante de Salud, persona responsable del monitoreo mensual de los niños y niñas dentro de su comunidad, en el departamento de Sololá que es el segundo con la mortalidad materno-infantil más alta después de Alta Verapaz.

Este estudio se dividió en dos etapas. La primera etapa fue la elaboración de la línea basal en la cual se revisaron 120 cuadernos del vigilante y se obtuvo datos de edad, sexo,

peso y clasificación del niño o niña en "crece bien" y "no crece bien". La segunda etapa fue la elaboración de la segunda evaluación, un año después de la toma de la línea basal revisando 120 cuadernos del vigilante y se obtuvo los datos anteriormente descritos.

Como resultado final se muestra que la población de niños y niñas evaluados se considera como moderadamente afectada, según la clasificación de la OMS (20-40% de los niños y niñas son moderadamente afectados y >40% gravemente afectados) en ambas evaluaciones. Se obtuvo un 35.4% de los niños y niñas que no crecen bien en la línea basal y un 34.0% en la segunda evaluación, valores que se encuentran en el rango de moderadamente afectados aunque con una disminución del 1.4% que es mínima pero refleja que la situación va mejorando. En ambos sexos se observaron que los porcentajes son similares en ambas evaluaciones en cuanto a "no crece bien" (en la línea basal 20.3% niños y 19.7% niñas y en la segunda evaluación 20.9% niños y 17.0% niñas). La misma tendencia se presenta en cuanto a la edad de los niños y niñas (en la línea basal 14.5% y en la segunda evaluación 14.9%).

Se recomienda la supervisión periódica a los vigilantes de salud para la verificación del monitoreo mensual de los niños y niñas principalmente en la toma del peso, clasificación del crecimiento y registro de la información ya que se encontraron deficiencias en estos aspectos. Además, se recomienda realizar este tipo de evaluaciones en otras áreas del país para establecer diferencias y hacer que la estrategia funcione adecuadamente y que se brinde una atención en salud y nutrición adecuada.

II. INTRODUCCIÓN

Enfocar la atención en la salud infantil en lugar de hacerlo en las enfermedades que la afectan ha sido un anhelo continuo y se ha dispuesto de herramientas prácticas para hacerlo realidad. El diseño de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia, AIEPI, ha permitido brindar una guía práctica que puede ser aplicada en los diferentes niveles de la estructura de salud, en la familia y el hogar y también en toda la comunidad. Esta estrategia es importante porque brinda los elementos para detectar los problemas más frecuentes que afectan la salud infantil de manera temprana y precoz para poder administrar tratamientos y medidas de prevención efectivas, promover prácticas saludables de cuidado en la infancia, con el fin de garantizar el mejor crecimiento y desarrollo durante los primeros años de la vida.

Por estas cualidades, AIEPI ha sido adoptada y adaptada por la mayoría de los países de América, y recomienda como lo básico al que tengan acceso todos los niños y las niñas. Se ha enfatizado la necesidad de intensificar la difusión masiva de los contenidos de prevención y promoción de la salud infantil, resumidos en las prácticas familiares clave para el crecimiento y desarrollo saludable ya que así se asegura el mejor cuidado y atención de los niños y niñas en el hogar y en la comunidad. Además, se ha incluido en la estrategia la atención integrada a la mujer con el fin de ser complementarias ya que la madre es el pilar del hogar y por ende de la alimentación del niño o niña; por eso el nombre de

atención integrada de los niños y las mujeres en la comunidad, AIEPI AINM-C.

El trabajo de tesis se enfoca al componente del monitoreo de crecimiento de la estrategia que se evaluó a través de los registros de los vigilantes de salud en el "cuaderno del vigilante" en el cual se encuentra información como por ejemplo, datos generales del niño o niña, edad, fecha de nacimiento, peso y clasificación "crece bien" y "no crece bien". Los vigilantes de salud juegan un papel muy importante en la estrategia ya que ellos son las personas que más conocen las necesidades de su comunidad y de sus habitantes pues como viven allí son las personas idóneas para la vigilancia de su comunidad. Los vigilantes de salud están debidamente capacitados para monitorear el crecimiento de los niños y las niñas a través de la ganancia de peso así como en la capacidad de registrar los datos en el "cuaderno del vigilante".

El propósito fundamental del trabajo realizado es contribuir a la reducción de tasas de mortalidad infantil, a través de intervenciones educativas y de monitoreo sostenibles en la comunidad, además el departamento de Sololá es el segundo con la mortalidad materno-infantil más alta.

Entre los resultados más importantes se puede mencionar que la población de Sololá se considera como de prevalencia muy alta debido a los resultados que se obtuvieron ya que en ambas evaluaciones realizadas, se encontró más del 30% de la población, 35.4% y 34.0% respectivamente, en la clasificación de "no crece bien" por lo que se debe dar seguimiento a las

intervenciones educativas que se les da a la población pero principalmente una verificación constante del trabajo del vigilante de salud para que la estrategia funcione adecuadamente.

III. ANTECEDENTES

A. Crecimiento

Se entiende por crecimiento al proceso por el cual el óvulo fecundado se transforma en una persona adulta. El término crecimiento alude fundamentalmente a las modificaciones en el tamaño del cuerpo como un todo, o de sus distintas partes. (1)

El crecimiento del cuerpo y los cambios en su composición durante el desarrollo pueden considerarse desde diferentes puntos de vista. El crecimiento comienza en el momento de la concepción y ocurren de manera continua. Como son procesos continuos, los cambios que ocurren durante la parte final de la gestación normal se consideran como precursores del crecimiento y de las modificaciones en la composición corporal que ocurren después del nacimiento. (5)

Todo el personal sanitario que atiende a niños debería estar familiarizado con los patrones e hitos* normales del desarrollo y ser capaz de identificar lo antes posible las desviaciones de la norma para que puedan diagnosticarse con prontitud los trastornos subyacentes y se les preste la asistencia adecuada. (1)

El crecimiento físico interviene en la capacidad del adulto para adaptarse a su sociedad. El niño que es sano y bien nutrido, tiene más probabilidades de volverse un adulto fuerte, feliz y bien adaptado. Por otro lado, si se

* Cambios inmediatos del desarrollo

presentan enfermedades severas, desnutrición, deprivación física o emocional, éstas interfieren el crecimiento normal y la maduración; la salud del adulto puede comprometerse. El tamaño del adulto se determina por el crecimiento del niño, (pudiéndose medir con relativa facilidad el crecimiento). Sin embargo, las influencias en el crecimiento son difíciles de medir. (3)

1. El recién nacido

El primer año de vida es un año de cambios importantes. Después de estar en un ambiente cálido y protegido, provisto de oxígeno, de nutrientes predigeridos y de otros materiales necesarios para el crecimiento y la supervivencia, el infante recién nacido tendrá que enfrentarse a un mundo en el cual deberá desempeñar inmediatamente las funciones necesarias para su propio ser. Debe ser capaz de respirar, de tener ciertos cambios en su circulación, de efectuar todos los procesos metabólicos, de controlar la temperatura y otras funciones fisiológicas como organismo independiente. Con su primer alimento, es responsable de su propia digestión, absorción y asimilación. La alta tasa de mortalidad entre los infantes en las primeras 24 horas atestigua el trauma que significa la transición y la importancia de buenas condiciones para un crecimiento, desarrollo y maduración suficientes durante el embarazo. (3)

El peso del recién nacido es un indicador de su estado nutricional y del de las madres. Es un hecho reconocido que el riesgo de mortalidad en niños cuyo peso es de 2,500 gramos o menos, es muy alto. El peso es, pues un indicador de riesgo de muerte en los recién nacidos.

En consecuencia, es importante que los centros de salud anexos a hospitales hagan un esfuerzo para obtener el peso de los recién nacidos en las primeras 24 horas. En los casos en que ello no sea posible, esa medida puede substituirse por el peso del niño a los 15 días de vida. (2, 21)

El neonato pierde peso inmediatamente después del parto, debido en gran parte a la pérdida de agua corporal. El peso al nacimiento generalmente se vuelve a alcanzar de 7 a 10 días. De allí en adelante el aumento de peso es rápido y el peso al nacimiento generalmente se duplica en los primeros cuatro meses. (3) El peso promedio del recién nacido es de 3.4 Kg, los niños pesan algo más que las niñas. Aproximadamente 95 de cada 100 de los neonatos se encuentran en el intervalo de 45-55 cm. El perímetro cefálico promedio es de 35 cm. (1)

2. El primer año de vida

Durante el primer año el infante promedio triplica su peso de nacimiento y agrega un 50% a su longitud. (3)

La mayoría de los neonatos a término recuperan su peso del nacimiento a los 10 días. Por lo general, lo duplican a los cuatro meses y lo triplican al año. La estatura del niño normal se eleva durante el primer año entre 25 y 30 cm. El incremento de tejido subcutáneo en los primeros meses de vida alcanza su máximo hacia los nueve meses. El perímetro cefálico aumenta hasta 44 cm aproximadamente a los seis meses y alcanza 47 cm a los 12. La dentición de leche se inicia en la mayoría de los niños entre el quinto y el noveno mes. (2, 21)

3. El segundo año de vida

Durante el segundo año, el ritmo de crecimiento se desacelera; como promedio, el niño aumenta de peso unos 2.5 Kg y crece 12 cm aproximadamente. Después de los 10 meses, se observa una disminución del apetito que se prolonga más allá del primer año. Como consecuencia de ello, se pierde tejido subcutáneo, el cual había alcanzado su máximo desarrollo en el 9° mes, el niño empieza a convertirse paulatinamente en un niño magro y muscular. El crecimiento del cerebro prosigue su desaceleración durante el segundo año. El perímetro cefálico ya sólo crece 2 cm. Al final del primer año, el cerebro ha alcanzado los dos tercios de su tamaño adulto y, al final del segundo año, ya representa cuatro quintas partes. Durante el segundo año aparecen más dientes. (1, 3)

4. Edad preescolar

Durante el 3°, 4° y 5° año, el aumento anual de peso y altura es relativamente constante, aproximadamente 2.0 Kg y entre 6 y 8 cm. La mayoría de los niños están más delgados que en los primeros años. Hacia los dos años y medio ya han aparecido los 20 dientes de leche y se empieza la preparación para la erupción de los dientes permanentes. (1, 3)

5. Valoración del crecimiento

En virtud de que los niños están en constante crecimiento y cambio, la valoración periódica de su progreso permite detectar y tratar con oportunidad cualquier problema. (21)

Una valoración completa del estado nutricional comprende la investigación de los datos antropométricos que incluye longitud o talla y peso, a partir de estos datos se pueden construir los índices peso para talla (P/T), talla para edad (T/E) y peso para edad (P/E) los cuales se pueden calcular tomando como base los datos de mediana y percentiles en las tablas de crecimiento del National Center for Health Statistics (NCHS). (2)

El índice peso para la talla (P/T) es una medida de "desnutrición aguda" o "emaciación", y constituye el índice más utilizado en casos de urgencia nutricional, así como en situaciones prolongadas de desnutrición como el hambre endémica. (20).

Por otro lado, el índice talla para la edad (T/E), se utiliza para determinar la "desnutrición crónica" en los niños. (20)

En el caso del índice peso para edad (P/E), la proporción de niños de menos de cinco años de edad que se encuentran por debajo de la mediana menos 2 desviaciones estándar (DE) oscila entre 10 y el 50%, con una media del 20 al 30% en muchos países en desarrollo. Las poblaciones donde el 20 al 40% de los niños tienen un déficit ponderal con respecto a la edad pueden considerarse moderadamente afectadas, y las que tienen más del 40% están gravemente afectadas. (20)

La OMS ha usado los valores de la prevalencia para clasificar los grados de detención del crecimiento e

insuficiencia del peso para propósitos de la vigilancia mundial. En el indicador talla baja para la edad se clasifica así: si menos del 20% de la población lo presenta se considera como baja, del 20-29% mediana, 30-39% alta y mayor o igual a 40% muy alta. El indicador peso bajo para la edad (consunción) se interpreta que si menos del 10% de una población presenta bajo peso bajo se clasifica como baja, del 10-19% mediana, 20-29% alta y mayor o igual a 30% muy alta. (12)

Otras mediciones que se utilizan con menos frecuencia pero que brindan estimaciones de la composición corporal, son el perímetro braquial y los pliegues adiposos tricípital o subescapular. Es conveniente utilizar técnicas y equipo estandarizados para obtener y registrar las mediciones del crecimiento para que éstas sean confiables y de buena calidad. (23)

La vigilancia del crecimiento realizada con regularidad permite identificar tendencias en una etapa temprana y aplicar las medidas de intervención o educación pertinentes a fin de no afectar el crecimiento a largo plazo. (19, 26, 27)

B. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El Ministerio de Salud Pública, de acuerdo a la ley, tiene a su cargo la rectoría del sector salud, así como la administración de los recursos financieros que el Estado asigna para brindar y asegurar la atención integral de la salud a la población en coordinación con instituciones públicas, privadas o comunitarias. (16)

1. Niveles de organización

De acuerdo a lo establecido en el código de salud, la organización del Ministerio de Salud comprende dos niveles: Nivel central y el nivel ejecutor. (16)

El nivel central tiene a su cargo las funciones de normar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar programas y servicios que son ejecutados por los establecimientos institucionales y comunitarios. La organización del nivel central consta de dos dependencias: La Dirección General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud y la Dirección General del Sistema Integral de Atención en Salud (SIAS). (16)

El nivel ejecutor está dividido en: Áreas de salud, distritos municipales de salud, los niveles de atención en salud y la red de establecimientos del sistema integral de atención en salud. (16)

Los niveles de atención en salud se clasifican en tres: El nivel I constituye el primer contacto de la población con la red de servicios de salud a través de los establecimientos (Centro Comunitario de Salud y Puesto de Salud) y acciones comunitarias (acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación). Están dirigidos a toda la población con énfasis a los grupos más postergados; el nivel II dirigido a solucionar los problemas de las personas referidas por el primer nivel de atención o aquellas que por demanda espontánea y urgencias acudan a los establecimientos típicos de este nivel, los cuales son los Centros de Salud, Centros de Atención Materno-Infantil y

Hospitales Generales; y, el nivel III desarrolla servicios de salud de alta complejidad dirigidos a la solución de los problemas de las personas que son referidas por los establecimientos de los niveles de atención I y II o que acudan en forma espontánea o por urgencias a los establecimientos (Hospitales Regionales, Hospitales Nacionales y Hospitales de Referencia Nacional). (16)

Por otro lado, la red de establecimientos del sistema integral de atención en salud es el conjunto de establecimientos institucionales y comunitarios prestadores de servicios de salud, los cuales son los Centros Comunitarios de Salud, los Puestos de Salud, los Centros de Salud y Hospitales. (16)

2. Rol del vigilante de salud dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

El vigilante de salud es la persona que vela por un área de responsabilidad programática dentro de la comunidad. Se encuentran ubicados en el nivel ejecutor del Ministerio en los niveles de atención y en la red de establecimientos del sistema integral de atención en salud.

En los niveles de atención, el vigilante de salud (VS) se ubica en el primer nivel que representa el primer contacto de la población con la red de servicios de salud. Dentro de la red de establecimientos del sistema integral de atención en salud, los VS se encuentran en los Centros Comunitarios de Salud, ya que éstos constituyen el recurso humano básico dentro de este establecimiento. (16)

C. Estrategia AIEPI AINM-C

1. Historia

A finales de los años 90, la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) como un esfuerzo de fortalecimiento de los programas de salud de la niñez. Sin embargo, en Guatemala, en 1997 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) preocupado por los bajos niveles de cobertura de salud, diseño e implementó una estrategia de extensión de los servicios básicos, con énfasis en el primer nivel de atención. Dicha estrategia continúa vigente y se conoce como el proceso de extensión de cobertura (PEC) del sistema integrado de atención en salud (SIAS). (14, 15) Cabe mencionar que el sistema integrado de atención en salud (SIAS) está estructurado, de manera general, en tres niveles de atención. El primer nivel es el comunitario, en este nivel es donde se desarrolla la estrategia AIEPI AINM-C; el segundo nivel de atención corresponde a los Centros de Salud tipo A y tipo B, la diferencia entre ambos es que en el Centro de Salud tipo A puede haber encamamientos; y el tercer nivel de atención comprende los Hospitales Nacionales y los Hospitales de Referencia. (14)

En agosto del año 2002, la estrategia de AIEPI es nuevamente considerada como una estrategia válida hasta su oficialización en diciembre de ese año. (15).

Al planificarse la implementación de la estrategia AIEPI en el primer nivel de atención (comunitario), se obtuvo por parte de la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) la propuesta de apoyo técnico financiero para desarrollarlo con el modelo de atención utilizado con aparentes buenos resultados por el Ministerio de Salud de la República de Honduras y conocido como atención integrada a la niñez a nivel comunitario (AIN-C). Se realizó una visita a dicho país con el fin de conocer de cerca la estrategia propuesta. Como resultado de la visita surgió lo que es conocido como la "Declaratoria de Honduras" en la que por consenso técnico se decidió implementar lo que en el país se conoce al momento como la estrategia AIEPI AINM-C resumiendo su significado en "Atención Integrada Prioritaria en la Niñez y la Mujer", y que recibió el nombre indicado anteriormente más como un reconocimiento a los aportes de las Estrategias de AIEPI AIN-C a las cuales el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala le agregó la atención integrada prioritaria a la mujer. (15)

En todas las comunidades del país donde existan altos índices de desnutrición aguda, enfatizando inicialmente las comunidades que tienen extensión de cobertura se implementará la nueva estrategia AIEPI AINM-C. (14) El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social priorizó ocho áreas para la implementación de dicha estrategia las cuales son: Sololá, San Marcos, Chimaltenango, Huehuetenango, Quetzaltenango, Totonicapán, El Quiché y el área Ixil. (14) La descripción de la estrategia se detalla en los párrafos que se presentan a continuación.

2. Propósito y objetivos generales de la estrategia AIEPI AINM-C

La estrategia de AIEPI AINM-C pretende contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la niñez y la mujer a través de mejorar el acceso, la calidad y la interacción entre los tres niveles de atención a fin de brindar servicios de salud integrados a la niñez, el grupo materno neonatal y las mujeres en edad reproductiva, incluyendo la planificación familiar. (14, 15)

Entre los objetivos generales más importantes de la estrategia están:

a) Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad infantil, materna y neonatal y al mejoramiento continuo de la prestación de servicios de salud materna integrada. (14)

b) Fortalecer los programas de atención a la mujer y la niñez con enfoque integral, permanente y sostenido. (14)

c) Contribuir a la reducción de la desnutrición en los niños y niñas menores de 2 años. (14)

d) Contribuir al aumento de cobertura en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención, tratamiento y rehabilitación de la salud en los niños y las niñas menores de 2 años y las mujeres en edad reproductiva. (14)

e) Aumentar la participación comunitaria involucrando a líderes comunitarios, trabajadores de salud y familias en la prevención de las enfermedades, recuperación y rehabilitación de la salud de la niñez y las mujeres. (14)

f) Desarrollar intervenciones entre la comunidad y los servicios de salud según las necesidades detectadas por la propia comunidad. (14)

3. Componentes de la estrategia AIEPI AINM-C

La estrategia AIEPI AINM-C integra dos componentes que son el Manejo de Integrado de Casos y la Promoción y Prevención que se describen a continuación. (14, 15)

a) Manejo integrado de casos:

El manejo integrado de casos se basa en la evaluación de los principales signos o señales de enfermedad en la niñez, en mujeres y en momentos críticos de la edad reproductiva. (14, 15)

Este componente de la estrategia cuenta con dos materiales de consejería o módulos, uno trata sobre la prevención de enfermedades y el otro módulo sobre cómo mantener una maternidad saludable. (7,8)

b) Promoción y prevención:

El componente de promoción y prevención hace énfasis en el monitoreo y la promoción del crecimiento mensual de todos los niños y niñas menores de cinco años, con énfasis en los menores de dos años de edad dentro de comunidades designadas inicialmente en ocho áreas priorizadas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Sololá, San Marcos, Chimaltenango, Huehuetenango, Quetzaltenango, Totonicapán, El Quiché y el área Ixil).

El monitoreo del peso de los niños y niñas empezará al momento del nacimiento y se realizará mensualmente durante los primeros 24 meses. El monitoreo mensual de crecimiento que inicia en las primeras etapas de la vida les permite a las familias y a los trabajadores de salud la capacidad de detectar tempranamente algún problema, cuando la motivación de las familias puede ser alta y cuando la recuperación del peso es más fácil de lograr. El crecimiento adecuado, el aumento de peso cada mes, será el indicador para la acción. (14)

Además de los trabajadores comunitarios de salud, las madres (y otras cuidadoras de los niños y niñas menores de 2 años) participarán activamente en el proceso del monitoreo de crecimiento (pesando, apoyando la consejería con sus experiencias personales). El involucramiento de las madres es vital para el éxito de AIEPI AINM-C. Las actividades regulares de promoción del crecimiento ofrecerán la oportunidad de brindar una buena consejería en prácticas adecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria ajustada a la situación particular de cada niño o niña, con base a su edad, el crecimiento adecuado o inadecuado y su estado de salud o enfermedad. El trabajador de salud está en la capacidad de establecer las causas de un crecimiento inadecuado y para negociar y llegar a un compromiso con la madre sobre las prácticas que adoptará para mejorar el crecimiento del niño o niña. También, el trabajador de salud está en la capacidad de utilizar las guías para la acción en la consejería, las láminas de consejería y recordatorios para trasladar las principales recomendaciones a las madres. (14, 15)

El componente de promoción y prevención cuenta con un material de consejería, el cual trata sobre qué hacer para que el niño o niña crezca bien. Este material está dividido en cinco etapas fundamentales del crecimiento de los niños y niñas menores de dos años. En cada una de ellas se describe detalladamente la forma de alimentarlos para mantener al niño o niña sanos. (6)

4. Situación actual en Sololá con respecto a la estrategia AIEPI AINM-C

En diciembre del año 2003, se realizó un diagnóstico o línea basal de la situación en Sololá con relación a la estrategia AIEPI AINM-C. Esto fue realizado por profesionales del programa de salud reproductiva del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social contando con la colaboración de personal que labora en las Organizaciones No-gubernamentales (ONG) de Sololá. La línea de base se realizó con el propósito de determinar el funcionamiento de dicha estrategia en Sololá, que es el departamento que ocupa el segundo lugar con la mortalidad materno-infantil más alta después de Alta Verapaz. (25)

En Sololá se encuentran cuatro Organizaciones no-gubernamentales (ONG) involucradas en la estrategia en este departamento las cuales son: Ixim Achi, Vivamos Mejor, API y Prodesca. Existen 1,198 vigilantes de salud, cada uno de ellos es responsable de pesar mensualmente a los niños y niñas de su comunidad donde vive.

El vigilante utiliza el instrumento llamado "cuaderno del vigilante" en donde registra la información mensual de

los niños y niñas. Esta información corresponde a: nombres y apellidos del niño o niña, sexo, fecha de nacimiento (día/mes/año), edad a la fecha en meses, peso actual (lb/oz), al mes se vuelve a tomar el peso (lb/oz), se coloca en el cuaderno el peso esperado y la clasificación correspondiente en "crece bien o no crece bien". Los vigilantes de salud se basan en la tabla de peso esperado en un mes establecida por la estrategia para clasificar al niño (Tabla 1).

Con la información de dicha tabla, cada vigilante está en la capacidad de clasificar al niño en "crece bien" y "no crece bien". Por ejemplo, un niño de 1 mes con 15 días pesa 13 libras al siguiente mes se esperaría una ganancia mínima de peso de 1 libra con 4 onzas entonces el niño tendría que pesar 14 libras con 4 onzas o más para clasificarlos como "crece bien", de lo contrario se le clasifica como "no crece bien". (25)

Tabla 1
Tabla de ganancia de peso mínima
mensual AIEPI AINM-C

Edad en meses	Ganancia de peso mínima cada mes
0 a 2 meses con 29 días	1 libra con 4 onzas
3 a 5 meses con 29 días	Media libra u 8 onzas
6 a 8 meses con 29 días	4 onzas
9 a 11 meses con 29 días	4 onzas
12 a 23 meses con 29 días	4 onzas

Fuente: Calidad en Salud y USAID

Para el trazo de la línea basal se tomó una muestra al azar del 10% del total de vigilantes de salud (120 vigilantes) a los cuales se revisó el "cuaderno del

vigilante" y se obtuvo información de monitoreo de crecimiento físico relacionado a edad a la fecha, peso en libras y onzas, peso esperado en libras y onzas según la información de la tabla 1 y clasificación de los niños en "crece bien" y en "no crece bien".

Se revisaron 120 cuadernos del vigilante dando un total de 687 niños y niñas evaluados. Los resultados que se obtuvieron de la línea basal son: (25)

Tabla 2

Niños evaluados por grupo de edad que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento del MSPAS en el departamento de Sololá, diciembre 2003

Grupo de edad	Número	%
0 a 6 meses	213	31
7 a 12 meses	159	23.1
13 a 24 meses	217	31.6
25 meses y más	19	2.8
No se registraron	79	11.5
TOTAL	687	100

FUENTE: Línea Basal, MSPAS

Tabla 3

Niños evaluados por sexo que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento del MSPAS en el departamento de Sololá, diciembre 2003

Sexo	Número	%
Masculino	356	51.8
Femenino	331	48.2
TOTAL	687	100

FUENTE: Línea Basal, MSPAS

Tabla 4

Clasificación de los niños por edad y peso que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento del departamento de Sololá, diciembre 2003

Clasificación Rango de Edad (meses)	"Crece bien"		"No crece bien"		No se clasificó		Total	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	No.	%
0-6	6.7	9.4	6.1	7.9	3.8	1.1	213	35
7-12	6.4	4.9	4.6	5.8	2.5	2.0	159	26.2
13-24	10.7	10.2	8.7	5.8	0.3	0	217	35.7
>24	1.5	0.5	0.9	0.2	0	0	19	3.1
TOTAL	25.3	25.0	20.3	19.7	6.6	3.1	608	100

M= Masculino F= Femenino

FUENTE: Línea Basal, MSPAS

En la tabla anterior se presenta la cantidad de niños y niñas clasificados según la edad y sexo. Se debe considerar que a 79 niños y niñas (11.5%) del total evaluados (687) no se les registró la edad por lo que no se clasificaron en "crece bien" y "no crece bien" ya que sólo se contaba con los datos de nombre, apellido y sexo.

Tabla 5

**Clasificación de los niños en "crece bien" y "no crece bien"
que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento
departamento de Sololá, diciembre 2003**

Clasificación	Número de niños	%
Crece bien	306	44.5
No crece bien	243	35.4
No se clasificó	138	20.1 ⁺
TOTAL	687	100

FUENTE: Línea Basal, MSPAS

+ 138 niños y niñas no se clasificaron según la estrategia. Se debe considerar que para 79 de ellos no se contaba con los datos de edad.

En la tabla anterior se presenta la cantidad de niños y niñas clasificados en "crece bien" y "no crece bien" y se considera a la población evaluada como de "prevalencia muy alta" según la clasificación de la OMS. (12).

Por otra parte, el 44.5% están creciendo bien por lo que se debe accionar para mejorar estos datos. Se debe trabajar para lograr que la población de Sololá sea cada vez de menor prevalencia. Además, existe un buen número de niños sin clasificar (138) de los cuales 79 no contaba con los datos de edad por lo que sólo 59 de ellos no se les clasificó, aún contando con todos los datos para poder hacerlo, por lo que se debe determinar las causas por las que los vigilantes de salud no clasifican a todos los niños evaluados.

D. Departamento de Sololá, Guatemala

Sololá fue erigido en departamento por decreto de la Asamblea Constituyente del 4 de noviembre de 1825. Al igual que en la actualidad, el territorio del departamento de

Sololá estuvo ocupado por tres grupos indígenas: Los Quichés, Zutuhiles y Cakchiqueles. (10, 18, 22)

1. Ubicación geográfica

El departamento de Sololá se encuentra situado en la región IV o región Sur Occidental de Guatemala. Su cabecera departamental es Sololá. Está a 2,113.50 metros sobre el nivel del mar y a una distancia de 140 kilómetros de la Ciudad Capital. Cuenta con una extensión territorial de 1,061 kilómetros cuadrados. Sus límites departamentales son los siguientes: Al norte con Totonicapán y Quiché; al sur con Suchitepéquez; al este con Chimaltenango; y al oeste con Suchitepéquez y Quetzaltenango. En Sololá, además de hablar español, también se hablan tres idiomas mayas: el quiché, tzutuhil y cakchiquel. (10, 18, 22)

2. Economía

Una de las principales fuentes de economía de este departamento es el Lago de Atitlán, pues este aparte de ser un centro turístico de gran importancia, sirve como medio de comunicación social y comercial de los pueblos de la ribera, a la vez surte a los habitantes de pescado, cangrejos y especies vegetales como por ejemplo gallaretas y tul que sirven para la elaboración de artículos artesanales. En este lago se produce una especie de pez muy pequeño conocido localmente como "patín" que constituye un plato exquisito en la alimentación tanto de ladinos como de indígenas. En la economía, los productos agrícolas que sus habitantes cultivan juegan un papel importante, siendo el principal cultivo el café, maíz, caña de azúcar, frijol, trigo, cebada, papa, legumbres, etcétera. En el departamento hay crianza de

diferentes clases de ganado como el vacuno, caballar y lanar, siendo este departamento uno de los mayores productores de lana a nivel nacional. (10, 18, 22)

Es importante resaltar que en este departamento aún se conserva la artesanía que fue el legado principal que le quedó a sus aborígenes, produciendo tejidos típicos, productos de madera y cuero, siendo una de las artesanías más representativas la fabricación de piedras de moler y los muebles de madera. (10, 18, 22)

3. División administrativa

La integración política del departamento de Sololá se encuentra conformada de la siguiente manera, se divide, incluyendo su cabecera departamental en 19 municipios y éstos son: Sololá, Concepción, Nahualá, Panajachel, San Andrés Semetabaj, San Antonio Palopó, San José Chacayá, San Juan La Laguna, San Lucas Tolimán, San Marcos La Laguna, San Pedro La Laguna, San Pablo La Laguna, Santa Catarina Ixtahuacán, Santa Catarina Palopó, Santa Clara La Laguna, Santa Cruz La Laguna, Santa Lucía Utatlán, Santa María Visitación y Santiago Atitlán. (10, 18, 22)

IV. JUSTIFICACIÓN

La estrategia AIEPI AINM-C (atención integrada prioritaria a la niñez y a la mujer) surge como iniciativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a nivel latinoamericano, estableciéndose como tal, a partir del mes de febrero del año 2002. La importancia de esta estrategia en Guatemala es porque su diseño ha representado un paso trascendental ya que ha permitido disponer de una guía práctica que puede ser aplicada en los diferentes niveles de la estructura de salud, y también en la familia y la comunidad. Con esta estrategia se fortalecerán intervenciones de salud en los tres niveles de atención, con énfasis en el ámbito comunitario para asegurar que la población reciba atención integrada de salud y nutrición.

En Guatemala el problema de desnutrición afecta principalmente a 102 municipios, los principales factores asociados a desnutrición son extrema pobreza, desempleo, sequía, enfermedades asociadas, bajo nivel cultural, familias con número de hijos alto y alimentación complementaria inadecuada. Está plenamente reconocido y aceptado que el estado nutricional de los niños y niñas está relacionado con su morbilidad y mortalidad. Aproximadamente, el 65% de la población presenta algún grado de desnutrición. Según datos de la Encuesta nacional de salud materno infantil 2002, se observa que 7 de cada 10 niños atendidos presenta desnutrición crónica. (4, 11, 13, 17)

Debido a la magnitud de este problema de desnutrición, es importante realizar intervenciones que contribuyan a

disminuir tasas de mortalidad y morbilidad infantil así como también de desnutrición; la estrategia AIEPI AINM-C es un ejemplo de ello ya que el propósito de ésta es contribuir a reducir dichos aspectos.

La importancia de la elaboración del trabajo de tesis es realizar una comparación entre la línea basal y la segunda evaluación sobre la situación de los niños y niñas en "crece bien" y "no crece bien" a través de una revisión de los "cuadernos del vigilante" para así establecer diferencias sobre el crecimiento de menores de dos años del departamento de Sololá con el fin de contribuir a la reducción de tasas de mortalidad infantil. Se consideró importante evaluar tal estrategia porque no existe ningún estudio que haya analizado el componente de crecimiento, excepto en el área Ixil. Además, cabe mencionar, que el departamento de Sololá es el segundo con la mortalidad materno-infantil más alta del país después de Alta Verapaz por lo que se debe intervenir para la reducción de estas tasas.

V. OBJETIVOS

A. General

Evaluar el componente de monitoreo de crecimiento físico por medio de la Estrategia AIEPI AINM-C, aplicada por el Vigilante de Salud, en niños menores de dos años del departamento de Sololá.

B. Específicos

1) Identificar a los niños del departamento de Sololá según la clasificación de AIEPI AINM-C en "crece bien" y "no crece bien" a través de una revisión de los cuadernos del vigilante.

2) Determinar diferencias en cuanto al crecimiento por ganancia de peso de los niños del departamento de Sololá según la clasificación de AIEPI AINM-C en "crece bien" y "no crece bien" con la información obtenida entre la línea basal y la segunda evaluación realizada.

3) Determinar diferencias en cuanto al crecimiento por sexo y edad de los niños del departamento de Sololá con la información obtenida en la línea basal y la segunda evaluación realizada.

VI. MATERIALES Y MÉTODOS

A. Universo

"Cuadernos del vigilante" de los vigilantes de salud del departamento de Sololá.

B. Muestra

120 "cuadernos del vigilante" de 120 vigilantes de salud en los cuales se reportan datos de los niños menores de dos años. La muestra resulta del 10% (24) del total de Vigilantes de Salud del departamento de Sololá que son 1,198.

C. Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo, en el cual se evaluó el componente del monitoreo de crecimiento físico por medio de la estrategia AIEPI AINM-C que aplica el vigilante de salud en los niños menores de dos años del departamento de Sololá. El estudio es descriptivo ya que su objeto es describir y documentar aspectos de una situación. (9, 24)

D. Materiales

1. Instrumentos

a. Cuadernos del Vigilante de los Vigilantes de Salud de Sololá. (Anexo 1)

b. Hoja para la recolección de datos (Anexo 2)

2. Equipo y útiles

a. Papelería y útiles de oficina

b. Computadora

E. Métodos

1. Para la selección de la muestra

Se seleccionaron los cuadernos de los vigilantes de salud ya que a través de los registros de los datos se evaluó el componente del monitoreo de crecimiento físico de niños menores de dos años. Se revisaron 120 cuadernos obteniéndose información de 687 niños.

2. Determinación del tamaño de muestra

La estrategia AIEPI AINM-C cuenta con 1,198 vigilantes de salud en este departamento cubriendo a 15,979 niños menores de dos años.

Se tomó una muestra del 10% (24) del total de vigilantes de salud del departamento de Sololá en base a la regla empírica $f = n/N$, siempre y cuando se cumpla $5\% \geq f \leq 20\%$. La decisión del muestreo del 10% se hace en función de costo y tiempo.

$$f = n/N$$

$$f = 1,198 / 120$$

$$f = 9.98$$

3. Tipo de muestreo

El tipo de muestreo que se utilizó fue el aleatorio simple. (9, 25) Después de identificar la población de vigilantes de salud del departamento de Sololá, se especificaron los criterios de inclusión de la muestra que fueron los siguientes:

a. Que los vigilantes de salud residan en el departamento de Sololá.

b. Que los vigilantes de salud hayan recibido capacitación sobre la estrategia de AIEPI AINM-C.

c. Vigilantes de salud que tengan el "cuaderno del vigilante".

d. Que los vigilantes de salud lleven un registro mensual edad (en meses), sexo, peso (en libras y onzas) y clasificación en "crece bien" y "no crece bien" en el "cuaderno del vigilante".

e. Que los vigilantes de salud lleven registros de niños menores de dos años.

Una vez establecidos los criterios se procedió a realizar el muestreo aleatorio simple, en el cual se enlistaron a los 1,198 vigilantes de salud del departamento de Sololá numerados de forma consecutiva, a continuación se emplea una tabla de números aleatorios para obtener una muestra del tamaño que se desea, en este caso 120 vigilantes de salud. La muestra que se elige de manera aleatoria, por este método no está sujeta a prejuicios o preferencias personales por parte del investigador.

4. Para la elaboración de instrumentos

Se utilizó una hoja de recolección de datos (Anexo 2), la cual incluye información sobre sexo del niño, fecha de nacimiento, edad del niño, peso en libras y onzas, edad a la fecha un mes después de la primera toma, peso esperado en libras y onzas, verificar si la clasificación del niño está bien o mal, y clasificación en "crece bien" y "no crece bien". Se elaboró tomando en cuenta los objetivos del

estudio y el instrumento se basó en los datos que proporciona el "cuaderno del vigilante" (Anexo 1) ya que, en función de los Vigilantes de Salud que recibieron capacitación previamente por parte del Ministerio de Salud y Asistencia Social a través de las ONG's, se midió el crecimiento de los niños menores dos años.

5. Para la recolección de datos

La recolección de datos se llevó a cabo siguiendo el procedimiento que se presenta a continuación:

a. Se realizó una revisión del "cuaderno del vigilante" de los 120 vigilantes de salud de Sololá escogidos aleatoriamente, para obtener información acerca de edad del niño, sexo, peso en libras y onzas y clasificación del niño en "crece bien" y "no crece bien". Los datos obtenidos de esta revisión se registraron en la hoja de recolección de datos (Anexo 2) para su posterior tabulación.

b. Se realizó una comparación entre la línea basal tomada en diciembre del año 2003 y la evaluación que se realizó en diciembre del año 2004, para determinar el funcionamiento del componente de crecimiento de la Estrategia de AIEPI AINM-C. Los aspectos que se evaluaron son edad del niño, sexo, peso en libras y onzas y clasificación del niño en "crece bien" y "no crece bien".

6. Tabulación y análisis de datos

a. Tabulación de resultados - Los resultados obtenidos en el instrumento de recolección de datos (Anexo 2) de sexo, edad del niño y clasificación según ganancia de peso en "crece bien" y "no crece bien" se tabularon en frecuencias expresados en porcentajes.

b. Análisis de resultados - Los resultados obtenidos se analizaron con base a la clasificación establecida por la estrategia AIEPI AINM-C sobre el crecimiento de los niños en "crece bien" y "no crece bien". Además, se identificaron diferencias por sexo y edad entre la línea basal y la segunda evaluación.

VII. RESULTADOS

Con el desarrollo del presente estudio se investigó un componente de la estrategia AIEPI AINM-C, específicamente, el componente de monitoreo físico en niños y niñas menores de dos años a través de los cuadernos del vigilante de salud quien es el responsable de llevar mes a mes este monitoreo.

En la línea basal se revisaron 120 cuadernos haciendo un total de 687 niños evaluados y en la segunda evaluación se revisó el mismo número de cuadernos, 120, haciendo un total de 703 niños evaluados del departamento de Sololá. Los municipios que fueron incluidos en la investigación son: Santiago Atitlán, Santa Lucía Utatlán, San Andrés Semetebaj, Santa Catarina Ixtahuacan, Panajachel y Sololá. Los resultados obtenidos se presentan a continuación:

Tabla 1

Niños y niñas evaluados por grupo de edad que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento del MSPAS en el departamento de Sololá, diciembre 2004

Evaluación Grupo De edad (meses)	Línea Basal		Segunda		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
0 a 6	213	31.0	232	33.0	445	32.0
7 a 12	159	23.1	166	23.6	325	23.4
13 a 24	217	31.6	217	30.8	434	31.2
> de 24	19	2.8	15	2.1	34	2.4
No se registraron	79	11.5	73	10.4	152	10.9
TOTAL	687	100	703	100	1390	100

FUENTE: Datos obtenidos a través de la revisión de los cuadernos del vigilante de salud de la línea basal y la segunda evaluación.

En la tabla 1 se presentan los niños del estudio según grupo de edad en ambas evaluaciones. Se observa que en la segunda evaluación aumentaron en 16 los niños evaluados, aunque no es una diferencia tan grande pero puede deberse a que la población esté más informada del monitoreo de peso mensual.

Tabla 2

Niños y niñas evaluados por sexo que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento del MSPAS en el departamento de Sololá, diciembre 2004

Evaluación Sexo	Línea Basal		Segunda		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	356	51.8	397	56.5	753	54.2
Femenino	331	48.2	306	43.5	637	45.8
TOTAL	687	100	703	100	1390	100

FUENTE: Datos obtenidos a través de la revisión de los cuadernos del vigilante de salud de la línea basal y la segunda evaluación.

En la tabla 2 se observa que es mayor la cantidad de niños que las niñas evaluadas, tanto en la primera como en la segunda evaluación, con una diferencia de 3.6% y 13.0% respectivamente.

En la tabla 3 se presenta la cantidad de niños y niñas clasificados según la edad y sexo. Se debe considerar que de los 138 niños y niñas sin clasificación de crecimiento, 79 (11.5%) del total evaluados (687) no contaba con los datos de edad solamente nombre, apellido y sexo, y, 59 de ellos no se

les clasificó en "crece bien" y "no crece bien" aún contando con todos los datos para poder hacerlo.

Tabla No. 3

Crecimiento de los niños y niñas en la línea basal según sexo y edad, departamento de Sololá, diciembre 2003

Clasificación Rango de Edad (meses)	"Crece bien"		"No crece bien"		No se clasificó		Total	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	No.	%
0-6	6.7	9.4	6.1	7.9	3.8	1.1	213	35
7-12	6.4	4.9	4.6	5.8	2.5	2.0	159	26.2
13-24	10.7	10.2	8.7	5.8	0.3	0	217	35.7
>24	1.5	0.5	0.9	0.2	0	0	19	3.1
TOTAL	25.3	25.0	20.3	19.7	6.6	3.1	608	100

M = Masculino F = Femenino

En la tabla 4 se presenta la cantidad de niños y niñas clasificados según la edad y sexo. Se debe considerar que de los 168 niños y niñas sin clasificación de crecimiento, 73 (10.4%) del total evaluados (703) no contaba con los datos de edad, solamente nombre, apellido y sexo, y, 95 de ellos no se les clasificó en "crece bien" y "no crece bien" aún contando con todos los datos para poder hacerlo.

Como se puede observar en la tabla 3, el porcentaje de niños y niñas que "crecen bien" son muy similares, 25.3% y 25.0% respectivamente, existe una diferencia mínima de 0.3%.

Mientras que en la segunda evaluación la diferencia es mayor, se puede observar que un 5.8% más de niños "crecen bien" en comparación con las niñas, Tabla 4.

Tabla 4
Crecimiento de los niños y niñas en la segunda evaluación según sexo y edad, departamento de Sololá, diciembre 2004

Clasificación Rango de Edad (meses)	"Crece bien"		"No crece bien"		No se clasificó		Total	
	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	M (%)	F (%)	No.	%
0-6	9.4	7.1	7.1	7.8	3.0	2.4	232	36.8
7-12	7.3	5.9	5.5	3.5	1.6	2.5	166	26.3
13-24	9.1	7.3	7.5	5.2	3.3	2.1	217	34.4
>24	0.6	0.3	0.8	0.5	0.2	0	15	2.4
TOTAL	26.4	20.6	20.9	17.0	8.1	7.0	630	100

M = Masculino F = Femenino

FUENTE: Datos obtenidos a través de la revisión de los cuadernos del vigilante de salud de la línea basal y la segunda evaluación.

En relación a la clasificación de "no crece bien" se encontró en la línea basal un 20.3% que estaban en dicha clasificación, mientras que en la segunda evaluación un 20.9% haciendo una diferencia de 0.6%. Por otra parte en el caso de las niñas se encontró una diferencia de 2.7% entre las dos evaluaciones, indicando un mayor porcentaje en la línea basal. Esta disminución en los datos probablemente se deba a las intervenciones educativas y de monitoreo realizadas.

Tabla 5

Clasificación de los niños y niñas en "crece bien" y "no crece bien" que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento en el departamento de Sololá, diciembre 2004

Evaluación Clasificación	Línea basal		Segunda		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
"crece bien"	306	44.5	296	42.1	602	43.3
"no crece bien"	243	35.4	239	34.0	482	34.7
No se †clasificó	138	20.1	168	23.9	306	22.0
TOTAL	687	100	703	100	1390	100

FUENTE: Datos obtenidos a través de la revisión de los cuadernos del vigilante de salud en Sololá.

En este cuadro se observa la clasificación de los niños y niñas evaluadas según la estrategia AIEPI AINM-C. En la línea basal se observa el mayor porcentaje (44.5%) en la clasificación "crece bien"; por otra parte en la segunda evaluación se encontró que un porcentaje menor (42.1%) de niños estaban en la categoría de "crece bien", descendiendo en un 2.4% con respecto a la línea basal. La proporción de los niños y niñas que no crecen bien se mantuvo casi igual en ambas evaluaciones, mientras que la proporción de los niños y niñas a quienes no se les registró su clasificación aumento en un 3.8% con respecto a la línea basal.

† Se refiere a que los niños y niñas no fueron clasificados como en "crece bien" y "no crece bien".

VIII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Guatemala es un país de contrastes e inequidades, caracterizado por difíciles condiciones políticas, económicas, sociales y las particularidades étnicas y culturales de la población que, en conjunto, afectan el desarrollo integral. La situación en salud es grave, especialmente en el área rural y la población más vulnerable es la materno-infantil presentando altas tasas de mortalidad y morbilidad.

La estrategia AIEPI AINM-C fue diseñada para contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la niñez y la mujer. Además, para solucionar los bajos niveles de cobertura de salud, haciendo énfasis en el primer nivel de atención.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social priorizó ocho áreas para la implementación de dicha estrategia entre las cuales se encuentra el departamento de Sololá, que es el segundo departamento con la mortalidad materno-infantil más alta (el primero es Alta Verapaz), lugar donde se realizó la presente investigación.

En cuanto a la evaluación del componente de monitoreo de crecimiento físico en general, se observó, en la línea basal que un 44.5% de los niños y niñas "crece bien" y un 35.4% en "no crece bien". Estos datos indican que la población investigada posee un déficit ponderal de peso con respecto a la edad y se considera moderadamente afectada según la OMS (20%-40% moderadamente afectada). A pesar de encontrarse la

población en dicha clasificación, cabe mencionar que el porcentaje de "no crece bien" (35.4%) está muy cerca de la clasificación gravemente afectada (>40%).

Es necesario resaltar que un 20.1% de la población no presentaba clasificación de crecimiento, considerando que es un porcentaje alto que se queda sin recibir una atención de salud y nutrición adecuada.

En la segunda evaluación realizada con la misma población se encontró que 42.1% estaba en "crece bien" y 34.0% en "no crece bien". Se observa una diferencia mínima entre las dos evaluaciones en lo que se refiere a "no crece bien" (35.4% y 34.0%) lo que indica que la situación de la población moderadamente afectada persiste. Además, en cuanto a los niños y niñas que "crecen bien" se observó una disminución baja de 2.4% entre la línea basal y la segunda evaluación.

Es importante mencionar que en ambas evaluaciones se observaron altos porcentajes de niños y niñas sin clasificación (20.1% y 23.9%) lo que refleja falta de atención de salud y nutrición adecuada.

Durante la fase de recolección de los datos de la investigación, se observaron las dificultades que se presentaban en el registro de los datos, principalmente en la clasificación ya que todavía existía problema con el manejo de la tabla de ganancia de peso establecida por la estrategia, por lo que se debe llevar una verificación

constante del registro de los datos para que toda la población reciba una atención oportuna.

Por otra parte, la población evaluada según rango de edad no presentaba grandes diferencias. La población se dividió de la siguiente manera: de 0-6 meses, de 7-12 meses, de 13-24 meses y mayores de 24 meses. En general, considerando ambas evaluaciones, la población que más predominó fue la de 0-6 meses (32.0%), seguido de la de 13-24 meses con 31.2%, de 7-12 meses con 23.4% y mayores de 24 meses con 2.4%.

Además se encontraron porcentajes similares (11.5% y 10.4%) en ambas evaluaciones de niños y niñas que no se registraron, esto se refiere a que se encontraba registrado en el cuaderno el nombre y apellido del niño o niña pero no los demás datos requeridos, como la fecha de nacimiento y la edad. Lo que se pudo observar es que las madres no recuerdan con exactitud la edad y fecha de nacimiento de sus hijos lo que dificulta el registro de los datos.

En cuanto a la cantidad de niños o niñas evaluados según el sexo en las dos evaluaciones se encontraron pocas diferencias. En la línea basal se atendió el 51.8% de niños y 48.2% de niñas; y en la segunda evaluación 56.5% de niños y 43.5% de niñas, prevaleciendo siempre el sexo masculino, esto puede deberse a que, culturalmente, se le da mayor importancia al hombre que a la mujer.

En relación a las diferencias de crecimiento según sexo y edad se observó en la línea basal que 25.3% de los niños

evaluados se encontraban en "crece bien" contra un 20.3% en "no crece bien" lo que refleja que los niños se encuentran en la clasificación moderadamente afectada (según la clasificación de la OMS). En la evaluación de las niñas se encontró un 25.0% en "crece bien" y un 19.7% en "no crece bien" lo que conduce a que esta población se mantenga en la clasificación moderadamente afectada.

Por otro lado, en la segunda evaluación realizada se encontró una mejoría en la población masculina ya que existe mayor cantidad de niños en "crece bien" (26.4%) comparado con 20.3% de la línea basal. La clasificación "no crece bien" no presentó mayores diferencias ya que se mantuvo casi igual, 20.9% contra 20.3% en la línea basal.

En el caso de la población femenina en la segunda evaluación se encontró que 20.6% de las niñas evaluadas "crece bien" y 17.0% "no crece bien", se muestra una disminución al comparar ambas evaluaciones en relación a "no crece bien" (19.7% y 17.0%) lo que significa que dicha población se encuentra por debajo de la clasificación moderadamente afectada de la OMS (20%-40%) por lo que hubo mejora.

La investigación mostró que la quinta parte de los niños y niñas se encuentran moderadamente afectados lo que plantea la necesidad de continuar con el monitoreo del crecimiento para identificar los problemas oportunamente y establecer intervenciones que contribuyan a resolver los problemas y promover la seguridad alimentaria y nutricional a nivel familiar y comunitario.

Se observa en ambas evaluaciones que el grupo de edad de 13-24 meses de los niños y niñas que se encuentran en la clasificación "crece bien" son similares (línea basal 20.9% y segunda evaluación 16.4%). En el grupo de edad de 0-6 meses se presenta la misma tendencia con porcentajes similares en ambas evaluaciones (16.1% y 16.5%) en la clasificación "crece bien".

En estos casos que se observó un buen crecimiento puede deberse a que los niños y niñas, en el rango de 13-24 meses, están siendo mejor alimentados porque inician la alimentación con todos los alimentos que la familia consume y en el caso del rango de 0-6 meses al período de lactancia materna que resulta ser el mejor alimento para éstos.

IX. CONCLUSIONES

1. La población evaluada está moderadamente afectada ya que se presentó un 35.4% en la clasificación "no crece bien" en la línea basal y un 34% en la segunda evaluación, según la clasificación de la OMS.

2. La mayoría (62.6%) de los niños y niñas evaluados se encontraban entre las edades de 0-6 meses (31.0%) y de 13-24 meses (31.6%).

3. La población más afectada en cuanto a deficiencias en el crecimiento en la línea basal es la de 13-24 meses (14.5%) y la de 0-6 meses (14.0%).

4. En la segunda evaluación la población más afectada es la de 0-6 meses (14.9%).

5. El mayor porcentaje de niños y niñas que se evaluaron en "crece bien" corresponde al rango de edad de 13-24 meses (20.9%) en la línea basal.

6. En la segunda evaluación el mayor porcentaje corresponde a los niños y niñas de 0-6 meses (16.5%) y 13-24 meses (16.4%) presentando mínimas diferencias entre ellos.

7. En la línea basal se encontró un 20.1% de la población evaluada que no se clasificó y en la segunda evaluación un 23.9%, lo que refleja que la quinta parte de los niños y niñas del estudio no se le brinda una atención en salud y nutrición adecuada.

8. Se presentaron porcentajes similares en la clasificación de "crece bien" en ambos sexos (niños 25.3% y niñas 25.0%) en la línea basal.

9. Se observó una diferencia mínima de 5.8% en la segunda evaluación entre los niños (26.4%) y niñas (20.6%) en la clasificación "crece bien"

10. En ambas evaluaciones se encontraron porcentajes similares de niños (20.3% y 20.9%) y niñas (19.7% y 17.0%) en la clasificación de "no crece bien".

11. En la línea basal el 20.1% de niños y niñas no fueron clasificados y en la segunda evaluación el 23.9% quedando sin atención en salud y nutrición.

12. Se observaron deficiencias en cuanto al registro de los datos y clasificación de crecimiento por parte del vigilante de salud.

X. RECOMENDACIONES

1. Realizar evaluaciones del componente de monitoreo de crecimiento en otras áreas del país donde se aplique la estrategia AIEPI AINM-C para poder establecer diferencias en los procesos, detectar deficiencias en cuanto a la toma de peso, registro y clasificación de los niños y niñas para brindar la atención oportunamente y hacer que la estrategia funcione adecuadamente.

2. Se recomienda una supervisión periódica a los vigilantes de salud para verificar el monitoreo mensual de los niños y niñas, prevenir y determinar deficiencias en el estado nutricional.

3. Capacitar periódicamente a los vigilantes de salud en la toma del peso, clasificación del crecimiento y registro de la información así como en temas relacionados a la alimentación del niño y niña menor de dos años.

XI. REFERENCIAS

1. Akabane, Taro. et.al. 1993. Tratado de Pediatría de Nelson. 14^a ed. México, s.i. Tomo I. pp. 15-25.
2. Aranda-Pastor, José. et.al. 1977. Indicadores Mínimos del Estado Nutricional. Guatemala, Publicaciones Científicas del INCAP. pp. 6-16.
3. Beal, Virginia. 1997. Nutrición en el ciclo de la vida. 4^a ed. México, Editorial Limusa. pp. 24-27, 235-239, 289-293.
4. Brigada Médica Cubana. 2003. Desnutrición. (en línea) Guatemala, s.i. Consultado el 20 de marzo de 2004. Disponible en <http://colaboracion.sld.cu/guatemala/desnutrición>
5. Brunser, O. et.al. s.a. Nutrición Clínica en la Infancia. Bélgica, Nestlé Nutrition. pp. 25-30.
6. Calidad en Salud. s.a. ¿Qué debo hacer para que mi niño o niña crezca bien? [s.p. s.i.]. 16 p. (Material de Consejería 1)
7. _____. s.a. ¿Qué debo hacer para evitar enfermedades? [s.p. s.i.]. 14 p. (Material de Consejería 2)
8. _____. s.a. ¿Qué debo hacer para tener una maternidad saludable? [s.p. s.i.]. 11 p. (Material de Consejería 3)
9. Canales, F.H. et.al. 1994. Metodología de la Investigación. 2^a ed. Estados Unidos, OPS/OMS. pp. 39-51, 80-96, 108-122.
10. Departamento de Sololá. 2002. (en línea) Guatemala, s.i. Consultado el 11 de febrero 2004. Disponible <http://www.inforpressca.com>
11. Desnutrición aguda en varios departamentos. 2002. (en línea) Guatemala, La Hora. Consultado el 20 de marzo 2004. Disponible <http://www.lahora.com.gt>

12. El estado físico: Uso e interpretación de la antropometría. 1995. España, OMS. pp. 154-160, 216, 243, 249.
13. Escobar, Maricruz, et.al. 2001. Diagnóstico de la situación alimentaria nutricional de tres comunidades del Oriente de Guatemala. (en línea) Guatemala, Benson Institute. Consultado el 21 de marzo 2004. Disponible <http://benison.byu.edu>
14. Gutiérrez, Amalia. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2002. Bases conceptuales y plan para implementar y fortalecer la estrategia AIEPI AINM-C. Guatemala, SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud). pp. 4-20.
15. _____. 2003. Definición de la estrategia AIEPI AINM-C. Guatemala, MSPAS. 5 p.
16. _____. 2000. Reglamento Orgánico Interno. Guatemala, MSPAS. 30 p.
17. Hambruna y desnutrición. 2001. (en línea) Guatemala, s.i. Consultado el 20 de marzo 2004. Disponible <http://saludcolombia.com>
18. INE (Instituto Nacional de Estadística Gt). 2003. Población censal. Guatemala, INE. 62 p.
19. Mahan, Kathleen. et.al. 2000. Nutrición y Dietoterapia de, Krause. 10^a ed. México, Mc Graw Hill. pp. 215-230, 260-277
20. Martínez, Alfredo. et.al. 2002. Alimentación y Salud Pública. 2^a ed. España, Mc Graw Hill - Interamericana. pp. 140-144.
21. Monografía sobre crecimiento y desarrollo del niño. 1988. Guatemala, INCAP. pp. 1-15
22. Morales, Alejandra. 2003. Acerca de Sololá. (en línea) Guatemala, s.i. Consultado el 13 de febrero 2004. Disponible www.deguate.com

23. Morley, David, Woodland, Margaret. 1999. See how they grow. Monitoring child growth for appropriate health. Care in developing countries. 9th edition. Hong Kong, English Language Book Society (ELBS). pp. 89-96.
24. Polit, D, Hunger, B. 1994. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 4^a ed. México, Mc Graw Hill-Interamericana. pp. 158-179, 250-277.
25. PNSR (Programa Nacional de Salud Reproductiva Gt). 2003. Guatemala, PNSR. (Línea basal realizada en Sololá).
26. Shils, Maurice E. et.al. 1998. Modern Nutrition in Health and Disease. 9th edition. United States of America, Lippincott Williams and Wilkins. pp. 839-864.
27. Ziegler, Ekhard, Filer, L.J. 1997. Conocimientos Actuales sobre Nutrición. 7a ed. Estados Unidos, OPS/OMS. pp. 423-430.

XII. ANEXOS

Universidad de San Carlos de Guatemala
Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia
Escuela de Nutrición

EVALUACIÓN DEL COMPONENTE DE MONITOREO DE CRECIMIENTO FÍSICO QUE EL VIGILANTE DE SALUD REALIZA AL APLICAR LA ESTRATEGIA AIEPI AINM-C EN EL DEPARTAMENTO DE SOLOLÁ.

Diciembre 2003 – Diciembre 2004

ANEXO 1
CUADERNO DEL VIGILANTE

Evaluación del componente de monitoreo de crecimiento físico que el Vigilante de Salud realiza al aplicar la Estrategia AIEPI AINM-C en el departamento de Sololá

Andrea María Aldana Flores
Licda. Elsa García, consultor

I. RESUMEN

El propósito de esta investigación fue evaluar el componente de monitoreo de crecimiento físico de la estrategia AIEPI AINM-C que aplica el Vigilante de Salud, persona responsable del monitoreo mensual de los niños y niñas dentro de su comunidad, en el departamento de Sololá que es el segundo con la mortalidad materno-infantil más alta después de Alta Verapaz. Además, se determinaron diferencias en cuanto al crecimiento por sexo y edad de los niños y niñas evaluados.

Este estudio se dividió en dos etapas. La primera etapa fue la elaboración de la línea basal en la cual se revisaron 120 cuadernos del vigilante y se obtuvo datos de edad, sexo, peso y clasificación del niño o niña en "crece bien" y "no crece bien". La segunda etapa fue la elaboración de la segunda evaluación, un año después de la toma de la línea basal revisando 120 cuadernos del vigilante y se obtuvo los datos anteriormente descritos. Con estos, se determinaron diferencias del crecimiento por ganancia de peso de los niños y niñas evaluados según la clasificación AIEPI AINM-C en "crece bien" y "no crece bien", así como diferencias por sexo

y edad. Se evaluó la población según la clasificación de la OMS, la cual es la siguiente: 20-40% de la población se considera moderadamente afectada y >40% de la población se considera gravemente afectada.

Como resultado final se muestra que la población de niños y niñas evaluados se considera como moderadamente afectada, según la clasificación de la OMS en ambas evaluaciones. Se obtuvo un 35.4% de los niños y niñas que no crecen bien en la línea basal y un 34.0% en la segunda evaluación, valores que se encuentran en el rango de moderadamente afectados aunque con una disminución del 1.4% que es mínima pero refleja que la situación va mejorando. En cuanto a las diferencias de crecimiento por sexo se observó que los niños se mantuvieron dentro de esa clasificación en las dos evaluaciones realizadas, mientras que en el caso de las niñas mejoró la situación quedando fuera, en la segunda evaluación, de la clasificación de moderadamente afectadas. Por otro lado, las edades más afectadas en cuanto al crecimiento fueron las de 0-6 meses y las de 13-24 meses.

II. INTRODUCCIÓN

La estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) fue lanzada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) a finales de los años 90 para fortalecer los programas de salud de la niñez. En el año 2002, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

la consideró como estrategia válida oficializándola y agregando la Atención Integrada Prioritaria a la Mujer, a consecuencia de esto surge el nombre AIEPI AINM-C.

La estrategia AIEPI AINM-C pretende contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad de la niñez y la mujer a través del mejoramiento del acceso y calidad de servicios de salud integrados, permanentes y sostenidos.

La estrategia integra dos componentes que son el Manejo de Casos, que se refiere a la evaluación de los principales signos o señales de enfermedad en la niñez, en mujeres y en momentos críticos de la edad reproductiva, y el segundo componente es la Promoción y Prevención que hace énfasis en el monitoreo de crecimiento mensual de los niños menores de dos años.

En Guatemala el problema de desnutrición afecta principalmente a 102 municipios, los principales factores asociados a desnutrición son extrema pobreza, desempleo, sequía, enfermedades asociadas, bajo nivel cultural, familias con número de hijos alto y alimentación complementaria inadecuada. Está plenamente reconocido y aceptado que el estado nutricional de los niños y niñas está relacionado con su morbilidad y mortalidad. Aproximadamente, el 65% de la población presenta algún grado de desnutrición (ENSMI 2002). Según datos de la ENSMI 2002, se observa que 7 de cada 10 niños atendidos presenta desnutrición crónica. Debido a la magnitud de este problema de desnutrición, es importante realizar intervenciones que contribuyan a disminuir tasas de

mortalidad y morbilidad infantil así como también de desnutrición.

El trabajo de tesis se realizó con el objetivo de realizar una comparación entre la línea basal y la segunda evaluación sobre el crecimiento de los niños y niñas por medio de la clasificación aplicada por la estrategia AIEPI AINM-C en "crece bien" y "no crece bien"; a través de una revisión de los "Cuadernos del Vigilante", para establecer diferencias sobre el crecimiento de menores de dos años del departamento de Sololá con el fin de contribuir a la reducción de tasas de mortalidad infantil.

III. MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio es de tipo descriptivo, en el cual se evaluó el componente del monitoreo de crecimiento físico por medio de la Estrategia AIEPI AINM-C que aplica el Vigilante de Salud en los niños menores de dos años del departamento de Sololá. El estudio es descriptivo ya que su objeto es describir y documentar aspectos de una situación.

Se trabajó con una muestra de 120 "Cuadernos del Vigilante" de 120 Vigilantes de Salud. La muestra resulta del 10% del total de Vigilantes de Salud del departamento de Sololá que son 1,198, en base a la regla empírica $f = n/N$, siempre y cuando se cumpla $5\% \geq f \leq 20\%$. La decisión del muestreo del 10% se hace en función de costo y tiempo.

Los instrumentos utilizados en la investigación fueron los Cuadernos del Vigilante y una hoja de recolección de datos en la cual se obtuvieron datos de edad, sexo, fecha de nacimiento, peso actual, peso esperado y clasificación en "crece bien" o "no crece bien".

El tipo de muestreo que se utilizó fue el aleatorio simple. Después de identificar la población Vigilantes de Salud del departamento de Sololá, se especifican los criterios de elegibilidad de la muestra considerando los siguientes:

1. Que los Vigilantes de Salud residan en el departamento de Sololá.

2. Que los Vigilantes de Salud hayan recibido capacitación sobre la Estrategia de AIEPI AINM-C.

3. Vigilantes de Salud que tengan el "Cuaderno del Vigilante".

4. Que los Vigilantes de Salud lleven un registro mensual edad (en meses), sexo, peso (en libras y onzas) y clasificación en "crece bien" y "no crece bien" en el "Cuaderno del Vigilante".

5. Que los Vigilantes de Salud lleven registros de niños menores de 2 años.

Una vez establecidos los criterios se procede a realizar el muestreo aleatorio simple, en el cual se enlistaron a los 1,198 Vigilantes de Salud del departamento de Sololá numerados de forma consecutiva, a continuación se emplea una tabla de números aleatorios para obtener una muestra del tamaño que se desea, en este caso 120 Vigilantes de Salud.

La muestra que se elige de manera aleatoria, por este método no está sujeta a prejuicios o preferencias personales por parte del investigador.

La recolección de datos se llevó a cabo siguiendo el procedimiento que se presenta a continuación:

1. Se realizó una revisión del "Cuaderno del Vigilante" de los 120 Vigilantes de Salud de Sololá escogidos aleatoriamente, para obtener información acerca de edad del niño, sexo, peso en libras y onzas y clasificación del niño en "crece bien" y "no crece bien". Los datos obtenidos de esta revisión se registraron en la hoja de recolección de datos para su posterior tabulación.

2. Se realizó una comparación entre la línea basal tomada en diciembre del año 2003 y la evaluación que se realizó en diciembre del año 2004, para determinar el funcionamiento del componente de crecimiento de la Estrategia de AIEPI AINM-C. Se evaluó el crecimiento de los niños y niñas menores de dos años según la clasificación en "crece bien" y "no crece bien" en relación a edad y sexo.

IV. RESULTADOS

Tabla No. 1

Crecimiento de los niños y niñas en la línea basal según sexo y edad, departamento de Sololá, diciembre 2003.

Rango de edad	"Crece bien"				"No crece bien"				No se clasificó				Total	
	M		F		M		F		M		F		M	F
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0-6 meses	41	6.7	57	9.4	37	6.1	48	7.9	23	3.8	7	1.1	213	35
7-12 meses	39	6.4	30	4.9	28	4.6	35	5.8	15	2.5	12	2.0	159	26.2
13-24 meses	65	10.7	62	10.2	53	8.7	35	5.8	2	0.3	0	0	217	35.7
> 24 meses	9	1.5	3	0.5	6	0.9	1	0.2	0	0	0	0	19	3.1
Total	154	25.3	152	25.0	124	20.3	119	19.7	40	6.6	19	3.1	608	100

En la tabla No. 1 se presenta la cantidad de niños y niñas clasificados según la edad y sexo. Se debe considerar que 79 niños y niñas (11.5%) del total (687) evaluados no se registró la edad por lo que no se clasificaron en "crece bien" y "no crece bien" ya que sólo se contaba con los datos de nombre y apellido y sexo.

Tabla No. 2

Crecimiento de los niños y niñas en la segunda evaluación según sexo y edad, departamento de Sololá, diciembre 2004.

Rango de edad	"Crece bien"				"No crece bien"				No se clasificó				Total	
	M		F		M		F		M		F		M	F
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
0-6 meses	59	9.4	45	7.1	45	7.1	49	7.8	19	3.0	15	2.4	232	36.8
7-12 meses	46	7.3	37	5.9	35	5.5	22	3.5	10	1.6	16	2.5	166	26.3
13-24 meses	57	9.1	46	7.3	47	7.5	33	5.2	21	3.3	13	2.1	217	34.4
> 24 meses	4	0.6	2	0.3	5	0.8	3	0.5	1	0.2	0	0	15	2.4
Total	166	26.4	130	20.6	132	20.9	107	17.0	51	8.1	44	7.0	630	100

En la tabla No. 2 se presenta la cantidad de niños y niñas clasificados según la edad y sexo. Se debe considerar que 73 niños y niñas (10.4%) del total (703) evaluados no se registró la edad por lo que no se clasificaron en "crece bien" y "no crece bien" ya que sólo se contaba con los datos de nombre y apellido y sexo.

Como se puede observar en la tabla No. 1, el porcentaje de niños y niñas que "crecen bien" son muy similares, 25.3% y 25.0% respectivamente, existe una diferencia mínima de 0.3%. Mientras que en la segunda evaluación la diferencia es

mayor, se puede observar que 5.8% más niños “crecen bien” en comparación con las niñas, Tabla No. 2.

En relación a la clasificación de “no crece bien” se encontró en la línea basal un 20.3% que estaban en dicha clasificación, mientras que en la segunda evaluación un 20.9% haciendo una diferencia de 0.6%. Por otra parte en el caso de las niñas se encontró una diferencia de 2.7% entre la ambas evaluaciones, indicando un mayor porcentaje en la línea basal. Esta disminución en los datos probablemente se deba a las intervenciones educativas y de monitoreo realizadas.

Tabla No.3

Clasificación de los niños y niñas en “crece bien” y “no crece bien” que pertenecen al programa de monitoreo de crecimiento en el departamento de Sololá, diciembre 2004

Clasificación	Línea basal		Segunda evaluación		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
“crece bien”	306	44.5	296	42.1	602	43.3
“no crece bien”	243	35.4	239	34.0	482	34.7
No se ¹ clasificó	138	20.1	168	23.9	306	22.0
TOTAL	687	100	703	100	1390	100

En este cuadro se observa la clasificación de los niños y niñas evaluadas según la estrategia AIEPI AINM-C. En la línea basal se observa el mayor porcentaje (44.5%) en la

¹ Se refiere a que los niños y niñas no fueron clasificados como en “crece bien” y “no crece bien”.

clasificación "crece bien"; por otra parte en la segunda evaluación se encontró que un porcentaje menor (42.1%) de niños estaban en la categoría de "crece bien", descendiendo en un 2.4% con respecto a la línea basal. La proporción de los niños y niñas que no crecen bien se mantuvo casi igual en ambas evaluaciones, mientras que la proporción de los niños y niñas a quienes no se les registró su clasificación aumento en un 3.8% con respecto a la línea basal.

v. DISCUSIÓN

En la evaluación del componente de monitoreo de crecimiento físico en general se observó, en la línea basal, que un 44.5% de los niños y niñas "crece bien" y un 35.4% en "no crece bien". Estos datos indican que la población investigada posee un déficit ponderal de peso con respecto a la edad y se considera moderadamente afectada según la OMS (20%-40% moderadamente afectada). A pesar de encontrarse la población en dicha clasificación, cabe mencionar que el porcentaje de "no crece bien" (35.4%) está muy cerca de la clasificación gravemente afectada (>40%). En la segunda evaluación realizada con la misma población se encontró que 42.1% estaba en "crece bien" y 34.0% en "no crece bien". Se observa una diferencia mínima entre ambas evaluaciones en lo que se refiere a "no crece bien" (35.4% y 34.0%) lo que indica que la situación de la población moderadamente afectada persiste. Es importante mencionar que en ambas evaluaciones se observaron altos porcentajes niños y niñas sin clasificación (20.1% y 23.9%) lo que refleja falta de atención de salud y nutrición adecuada.

Las diferencias en cuanto a sexo es que los niños se mantienen en la clasificación de moderadamente afectados de la OMS en ambas evaluaciones (20.3% y 20.9% respectivamente), mientras que las niñas mejoraron su situación ya que se observó una disminución en la segunda evaluación comparado con la línea basal (19.7% y 17.0%).

Los mayores porcentajes de "crece bien" se encontraron en el rango de edad de 13-24 meses (20.9%) en la línea basal y en la segunda evaluación en 0-6 meses (16.5%) y 13-24 meses (16.4%) presentando mínimas diferencias entre ellos.

La población más afectada en cuanto a deficiencias en el crecimiento en la línea basal es la de 13-24 meses (14.5%) y la de 0-6 meses (14.0%), mientras que en la segunda evaluación la más afectada es la de 0-6 meses (14.9%).

A pesar de que las poblaciones de 0-6 meses (16.1% y 16.5%) y de 13-24 meses (20.9% y 16.4%) se encuentran en "crece bien", se observó que los porcentajes más grandes de "no crece bien" se muestran en estos mismos rangos de edad (14% y 14.9% de 0-6 meses y 14.5% y 12.7% de 13-24 meses), tanto en la línea basal como en la segunda evaluación. La etapa de la vida de 0-6 meses es muy importante para el crecimiento del niño o niña y si no se alimenta adecuadamente se refleja en el estado nutricional del mismo. A esta edad el único alimento que necesitan es la leche materna exclusiva, muchas veces por falta de conocimiento por parte de las madres o cuidadoras de los niños y niñas se empieza a proporcionarles otro tipo de alimento, principalmente

“aguitas” que lo único que hace es contribuir a un estado nutricional repletado. Es una edad muy vulnerable en los niños lo que se vio reflejado en la investigación realizada.

VI. AGRADECIMIENTO

La realización de la investigación presentada se llevó a cabo gracias a la colaboración de la Licda. Elsa García de la Escuela de Nutrición y de la Dr. Verónica Castellanos del Ministerio de Salud y Asistencia Social.

VII. REFERENCIAS

1. Beal, Virginia. 1997. Nutrición en el ciclo de la vida. 4^a ed. México, Editorial Limusa. pp. 24-27, 235-239, 289-293.
2. Calidad en Salud. s.a. ¿Qué debo hacer para que mi niño o niña crezca bien? [s.p. s.i.]. 16 p. (Material de Consejería No. 1)
3. Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2002. Bases conceptuales y plan para implementar y fortalecer la Estrategia AIEPI AINM-C. Guatemala, SIAS (Sistema Integral de Atención en Salud). pp. 4-20.
4. _____. 2003. Definición de la Estrategia AIEPI AINM-C. Guatemala, MSPAS. 5 p.
5. _____. 2000. Reglamento Orgánico Interno. Guatemala, MSPAS. 30 p.
6. Martínez, Alfredo. et.al. 2002. Alimentación y Salud Pública. 2^a ed. España, Mc Graw Hill - Interamericana. pp. 140-144.