



**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL
ECUADOR**

FACULTAD DE MEDICINA

**ROL DEL SERVICIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL
BÁSICO DE SANGOLQUÍ FRENTE A LA
DESNUTRICIÓN DE NIÑOS DE 1 MES A 5 AÑOS, QUE
PROCEDEN DEL ÁREA URBANA Y RURAL DURANTE
EL PERÍODO DE ENERO-JUNIO/2013.**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN PEDIATRIA**

AUTORA:

Dra. Paola Targelia Luna Rodríguez

DIRECTOR

Dr. Alfredo Naranjo Estrella

DIRECTORA METODOLÓGICA

Dra. Rosa Goyes Ayala

Quito, 2014

AGRADECIMIENTO

A Dios cuya bendición estuvo siempre conmigo y me ha permitido con la vida que me otorga esforzarme para llegar a la materialización de esta quimera. Por la fuerza para seguir cada día.

A la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, adalid de la educación en nuestra Patria que en su trajinar por los senderos de la historia ha escrito páginas de gloria y excelencia.

Al Dr. Alfredo Naranjo por su decisión, asumir el gran reto y soñar en que acá en Quito se pueda hacer uno sin tener que salir del país.

A la Dra. Rosa Goyes por su paciencia, completa entrega para guiarme en la ejecución de esta investigación.

A las autoridades del Hospital Básico de Sangolquí por extender su apoyo incondicional a la realización de esta investigación.

A mi esposo, e hija Carla, gracias por comprender el sacrificio que representaba disgregar temporalmente la familia y poder conseguir esta meta.

A mis padres y familia, gracias por su inmenso amor y dedicación en el cuidado de mi pequeña.

Y finalmente agradezco a cada una de las personas que compartieron este camino junto a mí; maestros, familiares, amigos y colegas.

TABLA DE CONTENIDO

CONTENIDO	PAGS.
PORTADA	
AGRADECIMIENTOS	
TABLA DE CONTENIDOS	3
LISTA DE GRÁFICOS	4
LISTA DE TABLAS	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	10
CAPITULO I: INTRODUCCION	13
CAPITULO II: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	
MARCO TEORICO Y REFERENCIAL:	18
2.1. Desnutrición	18
Definición y clasificación.	
2.2. Patrones de crecimiento infantil de la OMS	20
2.2.1 Puntaje Z	23
2.2.2. Fórmula para determinar la Z	24
2.3 Cifras de desnutrición en el Ecuador	24
2.3.1 Género	25
2.3.2 Origen racial	25
2.3.3 Edad	25
2.3.4 Áreas urbana y rural	25
2.3.5 Regiones	26
2.4 Aspecto geográfico del Cantón Rumiñahui	27
2.5 Dinámica Poblacional	28
Parroquias urbanas	
Parroquias rurales	
2.6 Geología y Geomorfología	29
2.7 MARCO INSTITUCIONAL	32
2.7.1 Hospital Básico de Sangolquí	33
Linderos	35

Servicio de Pediatría	37
Red vial	40
2.7.2 Misión de la Institución	41
2.7.3 Visión de la Institución	41
2.7.4 Políticas de la Institución	42
2.7.5 Características de la Organización administrativa	44
2.8 MARCO CONCEPTUAL	45
2.8.1 Calidad	
2.8.1.1 Dimensión de la Calidad	47
2.8.2 Continuidad	48
2.8.2.1 Continuidad Intra – episodio	
2.8.2.2 Continuidad inter -episodio	
2.8.2.3 Continuidad Inter – niveles	
2.8.3 Integración	49
2.8.3.1 Grados de Integración	51
CAPITULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	52
3.1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
3.2 OBJETIVOS	54
3.2.1 OBJETIVO GENERAL	
3.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	
3.3 HIPOTESIS	55
3.3.1 Hipótesis nula	
3.3.2 Hipótesis alternativa	
3.4. METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.4.1 Tipo de estudio	
3.4.2 Población y muestra	
3.4.3 Métodos e instrumentos de recolección de la información	57
3.4.4 Plan de análisis	58
3.4.5 Recolección de la muestra.	
3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	59
3.6 ASPECTOS BIOÉTICOS.	62

CAPITULO IV	
4.1 RESULTADOS	63
4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	
CAPITULO V: DISCUSIÓN	77
CAPITULO VI: CONCLUSIONES	89
CAPITULO VII: RECOMENDACIONES	93
BIBLIOGRAFIA	95
Apéndice	98

LISTA DE GRÁFICOS

Grafico No. 1	
Paciente del HBS, MPE	19
Grafico No. 2	
Curva de crecimiento peso para la edad en niñas	22
Grafico No. 3	
Curva de crecimiento peso para la edad en niños	23
Grafico No. 4	
Prevalencia de retardo en Talla ($T/E < -2DE$) en la población de 0 a 60 meses, por provincias.	27
Grafico No. 5	
Croquis del cantón Rumiñahui	29
Grafico No. 6	
Cantón Rumiñahui - Área de salud No 15	30
Gráfico N°. 7	
Distribución geopolítica zona 2	33
Gráfico No. 8	
Distrito 17 d11: Mejía-Rumiñahui	34
Gráfico No. 9	
Hospital Básico de Sangolquí	35

Gráficos No. 10, 11 y 12	
Área de Emergencia del Hospital Básico de Sangolquí	39
Gráfico No. 13	
Flujograma de atención del paciente pediátrico del Hospital Básico de Sangolquí	40
Gráfico No. 14	
Características de la organización administrativa	43
Gráfico N°15	
Desnutrición en el Hospital de Sangolquí	63
Gráfico N°16.	
Grados de desnutrición en el Hospital de Sangolquí	64
Gráfico N°17.	
Distribución de la desnutrición por género	65
Gráfico N°18.	
Distribución de la desnutrición por la edad en meses	66
Gráfico N°19.	
Comportamiento de la desnutrición por la edad en meses	67
Gráfico N°20.	
Procedencia de los niños desnutridos	68
Gráfico N°21.	
Procedencia por grados de desnutrición en Emergencia	69
Gráfico N°22.	
Procedencia por grados de desnutrición en Consulta Externa	70
Gráfico N°23.	
Distribución de los niños con desnutrición por área de influencia	71
Gráfico N°24.	
Georreferencia del Hospital Básico de Sangolquí y su relación con los lugares de procedencia	72
Gráfico N°25	
Continuidad de los niños desnutridos atendidos en emergencia.	73

Gráfico N°26

Diagnóstico de atención de desnutridos de 1mes a 5 años atendidos desde Enero a Junio del 2013 en emergencia.	74
---	-----------

LISTA DE TABLAS**Tabla N°1**

Dinámica poblacional de Rumiñahui	28
-----------------------------------	-----------

Tabla N°2

Principales causas de morbilidad en niños de 1mes a 5 años en el Hospital Básico de Sangolquí de enero - junio 2013	44
---	-----------

Tabla N°3.

Distribución del número de atenciones que recibieron los pacientes desnutridos de 1mes a 5 años que fueron atendidos desde Enero a Junio del 2013 en la consulta externa.	76
---	-----------

Tabla N°4

Contenido del sobre de SPRINKLES o CHI PAZ	87
--	-----------

5. RESUMEN

El objetivo de la presente fue investigar cuál fue la respuesta del servicio de pediatría del Hospital Básico de Sangolquí a la desnutrición de niños de 1 mes a 5 años, que proceden del área urbana y rural durante el periodo de enero-junio/2013. Los niños ingresan al hospital referidos del primer nivel de atención, al servicio de consulta externa y emergencia o a libre demanda por el servicio de emergencias por patologías asociadas o no a la desnutrición.

El estudio fue de tipo descriptivo, retrospectivo con enfoque transversal. Por el diseño pertenece al grupo de investigaciones de sistemas de servicios de salud, enfocada a la calidad de servicios de atención.

El universo fueron los niños atendidos, que procedieron del área urbana y rural de 1 mes a 5 años; siendo el tamaño de la muestra aquellos cuya antropometría demostró, algún grado de desnutrición al aplicar las tablas de crecimiento de la OMS. Las variables que se midieron fueron: antropometría, procedencia del paciente y la respuesta del servicio de pediatría ante la desnutrición, enfocado a la integración y la continuidad. Los procedimientos de medición y diagnóstico estuvieron basados en las historias clínicas, guías de observación y cuestionarios; donde se hizo una revisión exhaustiva de los datos y se procesaron mediante el programa informático SPSS. Se elaboraron cuadros, gráficos y análisis con el programa Microsoft Excel. El costo de la ejecución del proyecto es de unos mil dólares y tuvo una duración de 6 meses.

Como resultado se encontró que el servicio de pediatría del Hospital Básico de Sangolquí no dio una respuesta con integración y continuidad a los niños de 1 mes a 5 años, que procedieron tanto del área urbana y rural durante el periodo de enero-junio/2013.

Por antropometría, se identificó 671 niños con desnutrición, que corresponde al 16% del total de atenciones de enero a junio del 2013. De este grupo el 55% son del sexo masculino y el 54,8% tuvieron entre los 13 y 24 meses de edad.

El mayor porcentaje procede del área urbana 82.22% en consulta externa y de 73.49% en emergencia. En ambos grupos se observa predominio de desnutrición leve.

Como respuesta del servicio de pediatría a la desnutrición:

-En la emergencia, se encontró que del grupo de 581 niños desnutridos, 297 (53.28%) fueron referidos al domicilio, sin considerar el grado de desnutrición; en 159 (27.01%) no se conoce el registro, 97(16.30%) fueron derivados a consulta externa y solo 8 referidos (0.49%). Dentro de este grupo se encontró el diagnóstico de desnutrición solo en 3 niños.

- En consulta externa, de 90 pacientes con desnutrición se encuentra el diagnóstico en 40, (44.4%); con interconsulta a nutrición, a 25; con diagnóstico de anemia a 15, (16.6%). Se proporcionó micronutrientes a 42, (46.6%). Se solicitaron 12 interconsultas a psicología, 5 a trabajo social, se hospitalizaron 12 por otras causas que no indicaban desnutrición.

Se contrarrefirieron 3 niños por cambio de domicilio, 3 por área de influencia, 2 al nivel I y se solicitó tercer nivel para 4 pacientes.

El número de consultas subsecuentes realizadas a este grupo fueron para 80 entre 1 y 4 consultas. Llama la atención que 71 acuden solo una ocasión y 10 pacientes tuvieron de 5 a 14 consultas, lo que puede estar en relación a patologías asociadas.

6. - ABSTRACT

The aim of this was to investigate what was the response service pediatric Sangolquí Basic hospital to malnutrition of children 1 month to 5 years, coming from urban and rural areas during the period January to June /2013. Children are admitted to the hospital the first referral level of care, service and emergency outpatient or free demand for emergency services or for diseases associated with malnutrition.

The study was qualitative analytic design and horizontal approach. For the design belongs to the research group of health care systems, focusing on quality of care.

The universe children were cared for, who came from urban and rural area of 1 month to 5 years, being the sample size those whose anthropometry demonstrated some degree of malnutrition in applying tables WHO growth. The variables measured were: anthropometry, origin of the patient and the service response to the malnutrition of Pediatrics, focused on the integration and continuity. The measuring and diagnostic procedures were based on the

medical reports, impartial observation and questionnaires, where a thorough review of the data is made and processed using SPSS and Excel software. S tables, graphs and analysis were developed. The cost of implementing the project is about a thousand dollars and lasted 6 months.

As a result we have the free service pediatrics Sangolquí Basic Hospital not give an answer to integration and continuity to children aged 1 month to 5 years, which came from both urban and rural areas during the period January to June /2013 .

By anthropometry, 671 children with malnutrition, which corresponds to 16 % of all attentions from January to June 2013, were identified. 55% of these children are male and 68 % were between 2 and 24 months of age.

The largest percentage comes from urban areas 82.22 % in outpatient and emergency 73.49 %. In both groups predominantly mild malnutrition is observed.

Service response to malnutrition Pediatrics:

- In the Emergency, it was found that the group of 581 malnourished children, 297 (53.28 %) were you referring to the home, regardless of the degree of malnutrition in 159 (27.01 %) recording, 97 (16.30 %) was not known to have been referred to outpatient referrals and only 8 (0.49 %). Within this group the diagnosis of malnutrition was found only in 3 forms.

- In outpatients, 90 patients with malnutrition diagnosis in 40 (44.4 %), with an Nutrition Interconsultation, 25, diagnosed with anemia to 15, 16.6 %. Micronutrients to 42 were provided, (46.6 %). 12 interconsultations to Psychology, 5 to social work were requested, 12 were hospitalized other causes not indicate malnutrition.

Three children were against referral for change of address, 3 for area of influence, 2 were referred to level one, and 4 patients were requested to third level.

The numbers of subsequent consultations for this group were 80 between 1 and 4 queries. Noteworthy that 71 only come once and 10 patients had 5 to 14 queries, which can be related to pathologies associated.

CAPÍTULO I

7. INTRODUCCIÓN

El estado nutricional de los niños de 1 mes a 5 años, ha sido reconocido como un valioso indicador que refleja el desarrollo de una población (8), es que en esta etapa de la vida el niño se encuentra en pleno desarrollo biológico, cognitivo, físico, psíquico, del lenguaje y social, es decir, se producen cambios notables en las magnitudes físicas y en la composición corporal que tiene como base una buena alimentación. Si las necesidades nutricionales presentes en este grupo de edad no son satisfechas, el organismo sufre alteraciones bioquímicas y fisiológicas a las que se les agrega retardo en el crecimiento, alteraciones cognoscitivas y una menor capacidad física e intelectual. (11)

La desnutrición en el ámbito mundial ha venido causando estragos en la salud del hombre, debido a la falta de alimentos suficientes y necesarios, lo que ha generado que las 2/3 partes de la población mundial presenten problemas nutricionales; tal afirmación fue comprobada por la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y Agricultura (FAO). (19)

Según la encuesta ENSANUT –ECU, efectuada entre los años 2011 y 2013, se compara la encuesta de la situación alimentaria, nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de 5 años DANS (1988), la ENDEMAIN (2004), observándose que el retardo en talla (desnutrición crónica) ha registrado una disminución a lo largo de un cuarto de siglo, al pasar de

40.2% en 1986, a 25.3% en 2012; es decir, una disminución absoluta de 15 puntos porcentuales (pp) en 26 años.

La prevalencia de retardo en talla ha disminuido de manera acelerada entre 2004 y 2012, cuando la baja talla pasa del 33,5% al 25.3% (8.2 pp en 8 años), que entre el periodo previo 1986 – 2004, cuando pasa de 40.2% a 33.5% (6.7 pp en 18 años). En la emaciación (desnutrición aguda/bajo peso para la talla) prácticamente no se observa un cambio significativo desde 1986, mientras que el bajo peso (desnutrición global/bajo peso para la edad) ha disminuido 6.4 pp de 1986 a 2012. Estos dos indicadores presentan valores que los eliminan como problema de salud pública; no así el retardo en la talla, que continúa mostrando prevalencias muy altas.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad han aumentado de 4.2%, en 1986, a 8.6% en 2012, es decir, que en el mismo periodo de 26 años se ha duplicado la proporción de niños con sobrepeso. Estos datos revelan que en el país coexisten los problemas de déficit y exceso nutricional, evidenciando la doble carga de la malnutrición como nuevo perfil epidemiológico del Ecuador.

Se observa que en los primeros 5 meses de vida, el porcentaje de retardo de talla es bajo (9.5%). A los 6 meses este porcentaje aumenta dramáticamente (19.9%), con un pico en los 12 a 23 meses de edad (32.6%), a partir del cual comienza a descender.

Los indígenas son uno de los grupos con las condiciones de vida más pobres en el Ecuador, y esto se ve reflejado en la alta prevalencia de retardo en talla, aproximadamente dos veces más alta (42.3%), comparada con los otros grupos étnicos. A su vez, la alta prevalencia del retardo en talla en los indígenas aumenta su riesgo de sobrepeso (30%). El retardo en talla muestra una fuerte tendencia a aumentar cuando menos es el nivel económico, con 36,5% en el quintil uno y 13,8% en el quintil cinco. Así mismo, disminuye mientras aumenta la educación de la madre (38.8% a 15,4%).

Por otro lado, se observa que la subregión más afectada por el retardo en talla es la Sierra rural (38.4%), seguida por la Sierra urbana (27.1%) y la Amazonía rural (27.2%). Adicionalmente, al desglosar la información de retardo en talla por provincias, se observa que entre las más perjudicadas por el retraso en el crecimiento lineal se encuentran las provincias de Chimborazo (48.8%) y Bolívar (40.8%). Por otro lado, la subregión con la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad es Galápagos (12.7%), seguida por Guayaquil (10.8%) y por la Sierra rural (10.2%). Cabe destacar que en la Sierra rural más de cuatro de cada diez preescolares tienen problemas de malnutrición, ya sea por déficit o por exceso en el consumo de alimentos.

(22)

Las dietas de los campesinos, especialmente la de la población infantil, son monótonas, poco apetecibles y de bajo valor nutricional, es práctica frecuente la ablactación temprana con alimentos de inadecuado valor

calórico. A nivel nacional **66,6%** de los niños consumen una dieta inadecuada. La base del consumo está constituida por cereales y sus derivados, raíces, tubérculos, azúcares y algunas leguminosas.

Además, el hecho de que la familia esté ubicada en la ciudad produce una caída en la probabilidad de que el niño o niña padezca desnutrición crónica. Así, si un niño vive en la zona rural (manteniendo las demás variables constantes), la probabilidad de que esté normalmente nutrido es de 0.475 menos que si viviera en la urbe. De la misma forma, en el campo incrementa en 0.0685 la probabilidad de que el niño o niña tenga desnutrición crónica moderada o grave; mientras la probabilidad predicha de tener desnutrición crónica moderada o grave en las zonas rurales es de 0.1695, en la urbe es de 0.10.

Se puede concluir que una nutrición adecuada protege a una población frente a factores de riesgo que pueden comprometer la salud de un individuo o comunidad perjudicando así su nivel de desarrollo, el rendimiento, bienestar, calidad de vida y control del peso corporal; por ello cualquier etapa de este proceso puede verse afectada por un déficit en el aporte energético, proteico y de otros nutrientes o por alteraciones en su utilización. Los trastornos nutricionales están relacionados con alteración en los patrones de crecimiento y desarrollo de los niños, específicamente en lo que respecta a la talla baja y dificultad para progresar.

Por lo descrito anteriormente y considerando que los problemas en el campo de la salud pública son bastante complejos y que comprenden aspectos

médicos, sociales y económicos, se necesita de la cooperación de todas las organizaciones públicas y privadas de la comunidad, así como de la aceptación de la importancia que la alimentación tiene en la calidad de la salud de las personas. (13)

Lo que se buscó con la ejecución del presente proyecto fue determinar la respuesta del servicio de pediatría frente a la desnutrición de niños de 1 mes a 5 años de edad que acuden a la consulta especializada de pediatría en el Hospital Básico de Sangolquí, mediante el análisis de datos antropométricos, su ubicación geográfica; y el plan de seguimiento que el servicio implementó para estos niños durante el tiempo de duración del estudio de Enero-Junio/2013, a fin de que sirvan de línea de base para futuras intervenciones en salud. En cuanto a las medidas antropométricas, se utilizó en consulta externa el score z del peso para la edad y la talla para la edad, se excluyó el perímetro cefálico por no contar con ese dato en la población. En emergencia se tomó únicamente el score z del peso para la edad por no registrarse la talla en ningún caso.

Los resultados obtenidos serán socializados y entregados a las autoridades de Salud de la Provincia de Pichincha, para que se constituya en un aporte al conocimiento científico y sirva de base para el planteamiento de soluciones.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO Y REFERENCIAL

2.1 Desnutrición

Definición: La desnutrición es una condición patológica inespecífica que puede ser reversible o no, ocasionada por la carencia de múltiples nutrientes, derivada de un desequilibrio provocado por un insuficiente aporte de energía, un gasto excesivo, o la combinación de ambos, que afecta en cualquier etapa del ciclo vital, en especial a lactantes y niños. La mayor parte de las alteraciones del estado nutricional no están condicionadas a una sola causa sino que presentan una combinación de condiciones necesarias y propicias que influyen en el estado de la población: factores sociales, económicos, culturales, nutricionales, entre otros, que influyen en la disponibilidad, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos. De acuerdo a su etiología, la desnutrición puede ser: Primaria, no asociada a otra patología. Secundaria: en relación con otro proceso patológico. Se estima que la desnutrición en pacientes hospitalizados oscila entre un 30 y un 50%, lo cual tiene relación directa con el tiempo de curación y de hospitalización, las complicaciones, la morbilidad y los costos para el sistema de salud.

De acuerdo a su *severidad*, se determina que la desnutrición puede ser: Leve: el enfermo tiene entre el 85 y el 89% del índice peso/ talla normal. Moderada: entre el 75 y el 84%. Severa: menos del 75%.

De acuerdo al **déficit nutricional** predominante

Marasmo: está producido por un déficit energético global, se da entre los 6-18 meses de edad coincidiendo con una insuficiencia de la lactancia materna, uso de fórmulas o leche muy diluida, todo ello en un marco de infecciones frecuentes. Los niños con marasmo tienen menos manifestaciones características. Se desarrolla en el primer o segundo año de vida en chicos que no son amamantados o que sufren diarrea crónica. Se distingue por la gran delgadez del niño. Aunque el pulso, la presión arterial y la temperatura corporal pueden ser bajas, los pacientes tienden a ser menos apáticos y letárgicos y muestran buen apetito. El crecimiento está retrasado y el peso es bajo. Se aprecia pérdida de masa muscular y de grasa corporal; el enfermo se ve emaciado, pero no hay edema. La piel luce seca y floja, con disminución de la turgencia.



Gráfico. 1. Paciente del HBS, MPE

Kwashiorkor, existe un aporte energético en el límite, pero con una carencia proteica predominante, por lo tanto se suele dar entre 18 meses y 5 años. Los niños que lo padecen suelen tener hipotensión arterial, bradicardia e hipotermia. Suelen mostrarse apáticos, letárgicos e indiferentes. Su movimiento es mínimo o nulo. Su piel muestra dermatitis con signo de “escarapela”, con lesiones secas hiperpigmentadas en cara, extremidades y periné. Típicamente el cabello es ralo, escaso, seco y frágil, y puede ser rojizo o amarillento. El abdomen está distendido por hepatomegalia y ascitis. Las extremidades suelen estar emaciadas y edematosas. También puede haber signos clínicos de carencia concurrente de micronutrientes. La albúmina sérica está característicamente disminuida, y también el recuento de linfocitos.

2.2 Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Los patrones de crecimiento infantil de la OMS son un instrumento que se utilizará extensamente en salud pública y medicina, así como por organizaciones gubernamentales y sanitarias para la vigilancia del bienestar de los niños y para detectar a niños o poblaciones que no crecen adecuadamente —con insuficiencia ponderal o sobrepeso— y a los que puede ser preciso aplicar medidas específicas de atención médica o de salud pública. El crecimiento normal es una expresión fundamental de la buena salud y una medida de los esfuerzos realizados para reducir la mortalidad y morbilidad en la niñez. Los nuevos gráficos constituyen, por

consiguiente, un instrumento sencillo para evaluar la eficacia de estos esfuerzos.

Los patrones de crecimiento infantil de la permiten comparar parámetros del crecimiento importantes, como el peso y la talla/estatura de los lactantes y niños, con un valor de referencia óptimo. Hay gráficos para varones y para hembras y también gráficos para lactantes (hasta un año de edad) y para niños de hasta cinco años.

Estos parámetros son importantes indicadores de salud y ayudan a determinar el estado de salud de un niño o una población de niños y si su crecimiento es adecuado. Por ejemplo, los niños con estatura para la edad es baja (situados por debajo de la línea roja en el gráfico de talla/estatura) o cuyo peso para la estatura es demasiado bajo (por debajo de la línea roja) pueden tener problemas de salud; cuanto más alejados de las líneas rojas se encuentren, mayores serán las posibilidades de que tengan problemas de salud. En la práctica clínica, estos parámetros ayudan a diagnosticar enfermedades tempranamente y a vigilar la evolución durante el tratamiento.

Es importante el hecho de que existen ahora, gráficos normalizados del índice de masa corporal (IMC) para niños de hasta cinco años, lo que resulta particularmente útil para la vigilancia de la creciente epidemia de obesidad infantil.

Además, los nuevos patrones de crecimiento infantil incluyen *Ventanas de logro* que describen el intervalo y plazos de seis hitos clave del desarrollo motor de los niños, como sentarse, ponerse en pie y andar.

Los patrones de crecimiento infantil quedan reflejados en más de 30 gráficos. La mayoría de los médicos, proveedores de atención de salud y progenitores sólo utilizarán de forma habitual unos pocos gráficos (por ejemplo, los correspondientes a estatura/talla, peso e IMC), pero determinados investigadores y profesionales que se ocupan de la salud a nivel de poblaciones utilizarán un mayor número de gráficos para fines de medición y evaluación.

Gráfico N° 2

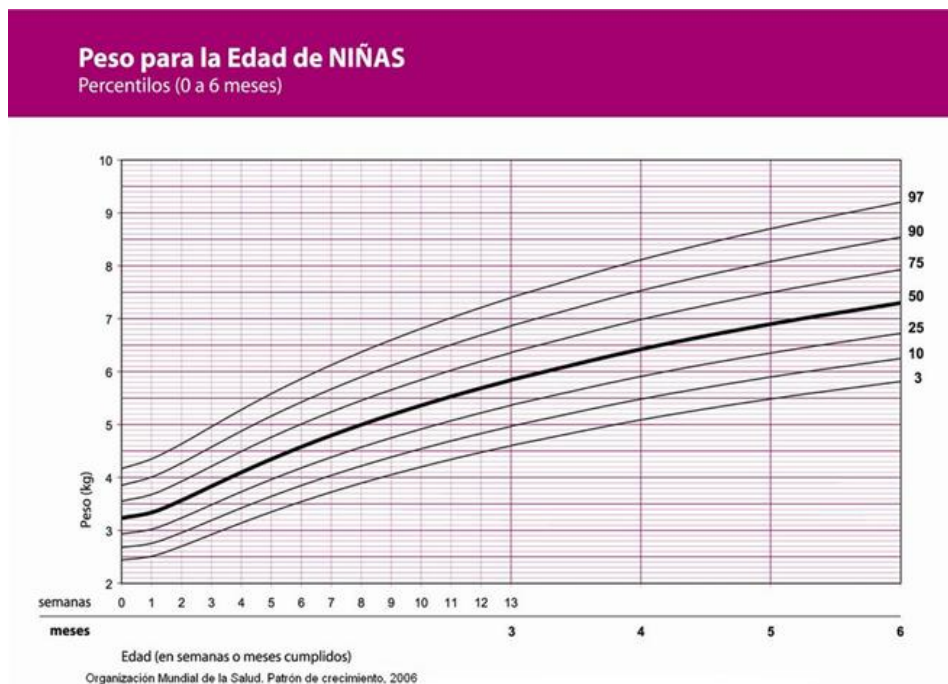
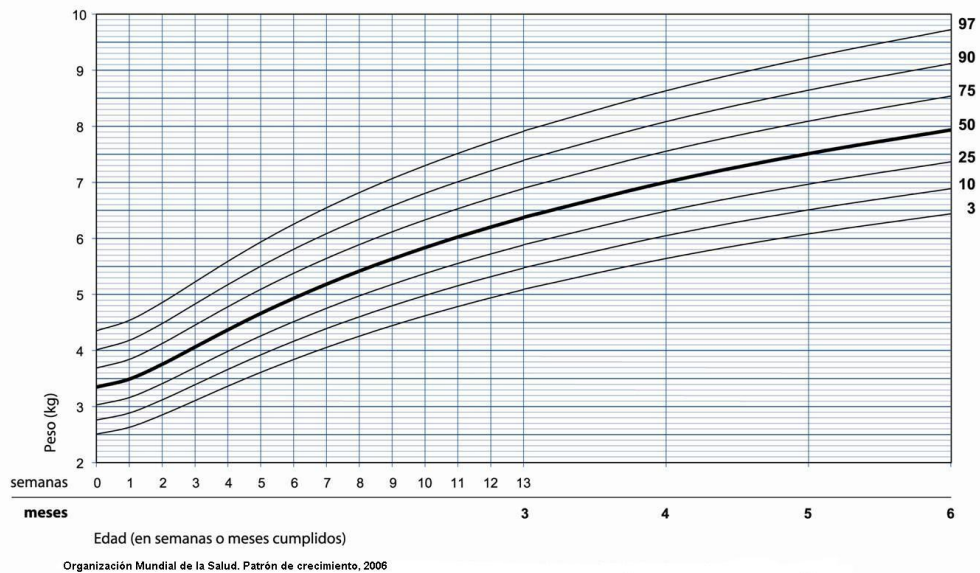


Gráfico N°3

Peso para la Edad de NIÑOS Percentilos (0 a 6 meses)



OMS Anthro (versión 3.2.2, enero de 2011) y macros

Software

OMS Anthro consta de tres partes: una calculadora antropométrica, un módulo que permite el análisis de mediciones individuales de niños y un módulo para el análisis de datos de encuestas de poblaciones sobre el estado nutricional.(26)

2.2.1 Puntaje Z

El puntaje Z mide la distancia que hay entre el valor de la medición de nuestro paciente y el valor de la media (en los casos de distribución normal coincide con la mediana, es decir con el percentil 50).

Cada unidad de Puntaje Z equivale a “un paso” que nos alejamos del percentil 50. Si el valor es positivo significa que nos alejamos hacia valores

más altos que el percentil 50, mientras que si el valor de Z es negativo implica que nos alejamos del percentil 50 hacia valores más bajos. Si nos paramos en el percentil 50, a + 2 unidades (“pasos”) de puntaje Z tenemos al percentil 97 y a -2 unidades tenemos al percentil 3. El 95% de la población está comprendida entre los puntajes Z -2 a + 2 .

2.2.2. Fórmula para determinar la Z:

$$Z = \frac{X_1 - X}{DE}$$

X1= Medida observada

X = Mediana de la población de referencia

DE = Desviación Estándar de la población de referencia. (27)

Las cifras de la desnutrición en Ecuador

El 26,0 % de los niños ecuatorianos menores de 5 años tiene desnutrición crónica y de este total, el 6,35 % la tiene extrema. En contraste, la malnutrición general es casi inexistente: sólo el 1,7 % tiene bajo peso-por-talla y el 0,4 % la padece grave. El 2,24 % de los niños tiene desnutrición aguda. Casi todas estas deficiencias en peso-por-edad, a su vez, son el resultado de la desnutrición crónica.

Se pueden encontrar diferencias grandes entre los grupos socioeconómicos en la prevalencia de los resultados nutricionales: diferencias por sexo, raza, residencia urbana o rural, región geográfica, altura de los hogares.

2.3.1 Género. La prevalencia de desnutrición crónica es un poco mayor entre niños que entre niñas (el 24% versus el 22,1%). Las tasas de desnutrición crónica extrema son muy similares para los dos grupos.

2.3.2 Origen racial. Los niños indígenas tienen una probabilidad mucho mayor de tener desnutrición crónica (46,6%) y desnutrición crónica grave (16,8%) que los de cualquier otro grupo racial. Los niños negros tienen las menores probabilidades de tener desnutrición crónica (14,2%) y los niños blancos tienen la mayor probabilidad de ser obesos (5.5%).

2.3.3 Edad. Al igual que lo han consignado muchas observaciones en muchos países, en el Ecuador la prevalencia de la desnutrición crónica aumenta con la edad del niño. Únicamente el 3% de los niños menores de cinco meses tienen desnutrición crónica, pero ésta se eleva a casi el 10% en el grupo de 6 a 11 meses y salta hasta el 28 % para niños de entre 12 y 23 meses de edad. Una pauta similar se observa en el caso de la desnutrición crónica extrema, con tasas del 0,1%, 2,6% y 7,5%, respectivamente para estos tres rangos de edad. De ahí en adelante, en la vida de un niño, el nivel de desnutrición crónica y desnutrición crónica extrema se mantiene en su mayor parte estable.

2.3.4 Áreas Rural y Urbana. Los niños de entornos rurales tienen una probabilidad mucho mayor a tener desnutrición crónica (30,6%) o desnutrición crónica grave (9,4%) que aquellos que habitan las áreas urbanas (16,9% y 3,1%, respectivamente).

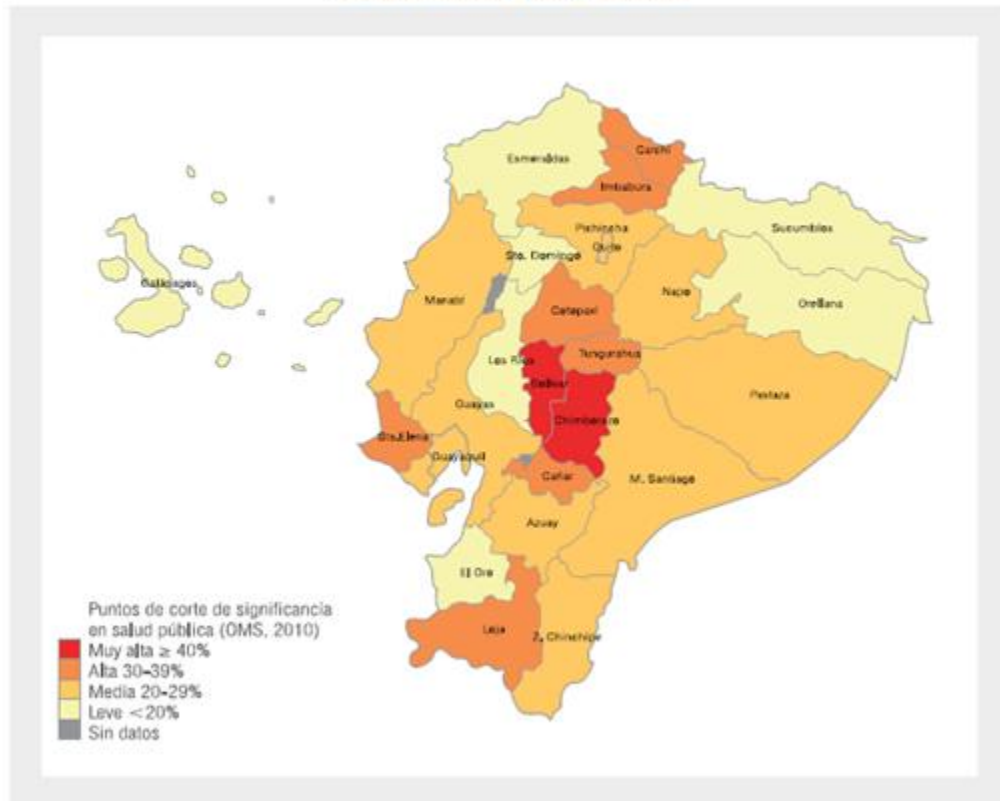
Para la fuente ENDEMAIN (2004): URBANO Es la población de las capitales provinciales y cabeceras cantonales. RURAL: La población de la periferia de las capitales provinciales y cabeceras cantonales más la población de las parroquias rurales.

2.3.5 Regiones. Las cuatro regiones geográficas principales del país, Costa, Sierra, Amazonía y Archipiélago de Galápagos presentan tasas muy diferentes de malnutrición. Los niños que viven en la Sierra, particularmente en la Sierra rural y en Quito, tienen probabilidades mucho mayores de registrar desnutrición crónica (31,9%) o desnutrición crónica grave (8,7%) que los niños en la Costa (15,6% y 3,4%, respectivamente). La Amazonía se encuentra en el medio (22,7% y 7,4%).

Las provincias ubicadas en la sierra tienen tasas uniformemente elevadas de desnutrición crónica en comparación con el resto del país. Cinco provincias, Zamora Chinchipe en la Amazonía y Tungurahua, Cañar, Bolívar y Chimborazo en la Sierra, tienen tasas por encima del 40 %. Cotopaxi, Imbabura y Azuay, también en la Sierra, tienen tasas mayores al 30 %. Todas las provincias de la Costa y Galápagos se encuentran por debajo del promedio nacional. (25)

Gráfico N° 4

Prevalencia de retardo en talla (T/E < -2DE) en la población de 0 a 60 meses, por provincias



T/E Talla para la edad

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. 2011-2013. Ministerio de Salud Pública. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

Elaboración: Freire et al

2.4 Aspecto geográfico del Cantón Rumiñahui

El Cantón Rumiñahui de la Provincia de Pichincha, tiene una extensión de 139 km², cuenta con tres parroquias urbanas que son: Sangolquí (cabecera cantonal), San Pedro de Taboada y San Rafael; y dos rurales: Cotogchoa y Rumipamba.

Límites: Al norte or el Distrito Metropolitano de Quito, el río San Pedro es el límite natural entre estos dos cantones los cuales se encuentran unidos por la Autopista General Rumiñahui que une a Quito con las diferentes parroquias del Cantón.

Al sur con el Monte Pasochoa y el Cantón Mejía. Al este limita con el Distrito Metropolitano de Quito exactamente con las Parroquia de Alangasi y Pintag el límite natural es el Río Pita. Al Oeste limita con el Distrito Metropolitano de Quito Exactamente con las parroquias de Amaguaña y Conocoto, el límite natural es el río San Pedro.

2.5 Dinámica Poblacional

TABLA 1: DINÁMICA POBLACIONAL DE RUMIÑAHUI			
Parroquias urbanas	Superficie	N° de habitantes	Densidad Poblacional
Sangolquí	49.9 Km2	59.196 (68, 9%)	1.186 hab./km2
San Pedro de Taboada	4.9 Km2	11.982 (14%)	2.447 hab./km2
San Rafael	2.7 km2	9.952 (11,6%)	3.686 hab./km2
Total	57.5 km2	81.130 (94.5%)	7.319 hab./km2
Parroquias rurales	Superficie	N° de habitantes	Densidad Poblacional
Cotogchoa	34.6 Km2	3.937 (4.6%)	114 hab./km2.
Rumipamba	40.5 Km2	2.775 (0,9%)	19 hab./km2
Total	75.1km2	6.712 (5.5%)	133 hab./km2

Fuente: INEC 2010

Tasa de crecimiento en el cantón Rumiñahui 3.2%.

Las mujeres en edad fértil, representan el 33% de la población que sumados al 9% de niños menores de 5 años y al 7% de mayores de 65 años, nos dan

un porcentaje del 50% de la población que se encontraría en alto riesgo de salud.

GRAFICO No. 5 CROQUIS DEL CANTON RUMIÑAHUI



Fuente: Distrito Metropolitano de Quito. 2013

2.6 Geología y Geomorfología

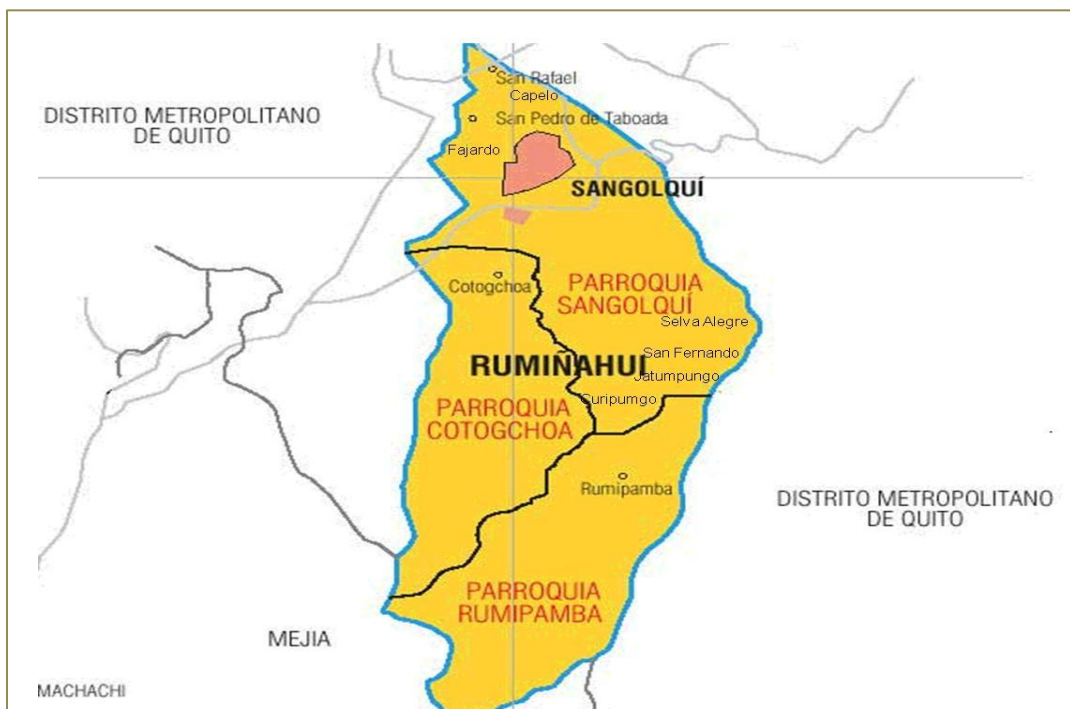
El terreno del Cantón Rumiñahui es relativamente plano con ligeras ondulaciones, se encuentra a una altura promedio de 2.500 msnm dentro del Valle de los Chillos.

Rodeado de regiones naturales como el cerro Ilaló, al norte; las laderas y estribaciones del Pasocha y Sincholagua, al sur; los declives exteriores de la cordillera occidental, al este; y los declives exteriores de la cordillera occidental, además de la cadena montañosa de Puengasí que separa a Quito del Valle de los Chillos, al oeste. El Hospital Sangolquí se encuentra situado en un área plana, la formación geológica del sector es Volcánica,

proveniente de la actividad eruptiva del Cotopaxi, por lo cual litológicamente está formada por piroclastos, lahares y flujos de lava correspondientes al periodo cuaternario (21)

GRAFICO No. 6

CANTON RUMIÑAHUI - AREA DE SALUD No 15



Fuente: Planificación estratégica del Distrito Metropolitano de Quito. 2013

La ocupación de sus habitantes está entre el comercio, la industria, el turismo y la agricultura en el campo.

El alto índice de industrialización del cantón Rumiñahui, el crecimiento turístico, su cercanía a la ciudad de Quito, la destrucción acelerada del medio ambiente y la migración coadyuvan a conformar un actual perfil epidemiológico característico de la zona, que si bien las principales causas de morbilidad son similares al del resto de la provincia de Pichincha,

incorporan otras como: violencia intrafamiliar, enfermedades sexualmente transmisibles, accidentes de tránsito, alto índice de embarazo en adolescentes, accidentes industriales, alto riesgo a desastres naturales por cambios climáticos.

En el área urbana, se caracteriza por ser una zona industrial y comercial, con la influencia de capitales de migrantes y de empresarios extranjeros y franquicias de las grandes empresas nacionales, esto ha llevado a que nuestro ambiente se contamine cada vez más y los servicios básicos sean insuficientes por el crecimiento poblacional, especialmente los de salud.

Y en lo referente al transporte, por los antecedentes citados, se ha convertido en serio problema para la ciudad, se ha incrementado el número de vehículos, que dificultan su circulación, se han incrementado los accidentes de tránsito, a pesar del aumento de vías de acceso, no es suficiente en las horas pico, Sangolquí, es un paso obligado para las actividades comerciales entre las ciudades del sur y la capital.

Actores locales: Municipio de Quito, Municipio de Rumiñahui, Consejo Provincial, Cruz Roja Cantonal, Iglesia Católica. Policía Nacional, Unidades Educativas, Fundaciones, Juntas Parroquiales, Ligas Deportivas, Empresas Privadas, Consultorios, Clínicas Privadas, Bomberos, ONG, e Instituciones Militares e Instituciones de Educación Superior.

2.7 Marco Institucional:

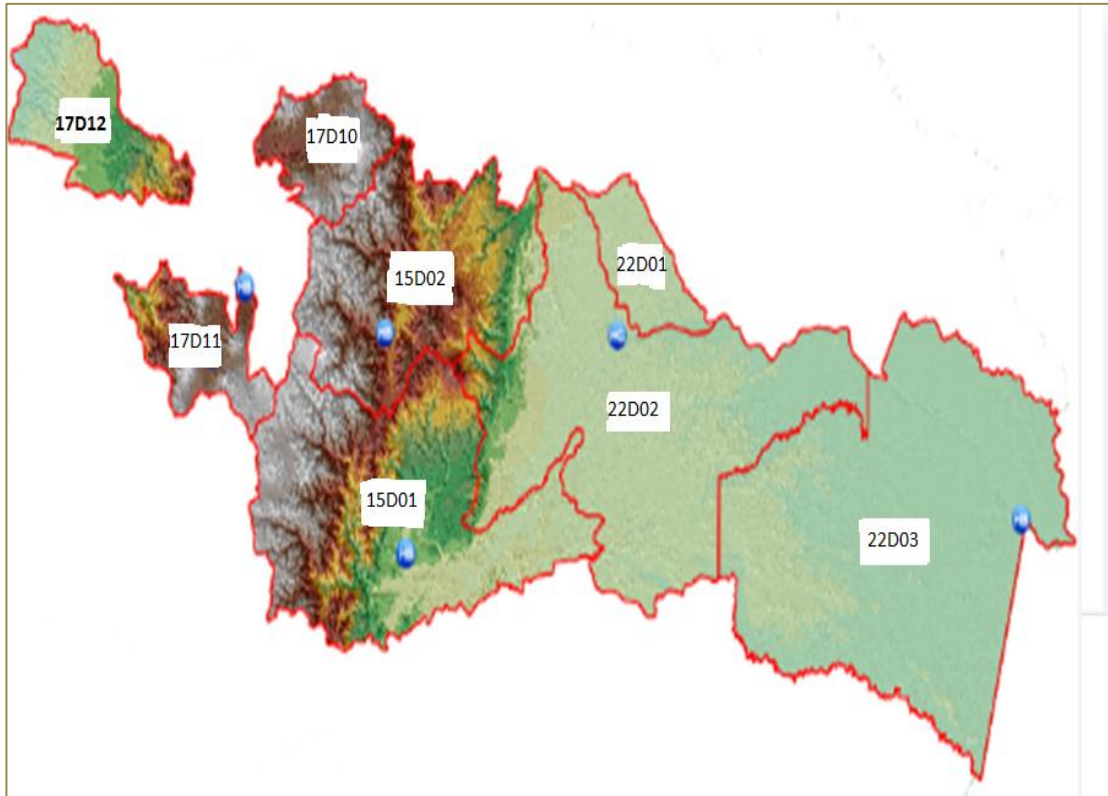
La estructuración de las redes y micro redes territoriales de salud, responde a la nueva organización territorial desconcentrada y descentralizada que se está implementando en el Ecuador, para la planificación territorial y la gestión de los servicios públicos, que establece 9 zonas de planificación, 140 distritos y 1134 circuitos.

La organización territorial de la red de servicios de salud permite responder de manera adecuada a la realidad y necesidades de la población y activar los espacios de coordinación intersectorial y participación comunitaria en función del mejoramiento de la calidad de vida de la población (16). Es por esta razón que actualmente el Hospital Básico de Sangolquí, ubicado en el Cantón Rumiñahui, pertenece a la **Zona 2**, de la nueva distribución geopolítica, la cual está conformada por la **provincias de Napo, Pichincha y Orellana**; abarca una población de 632251 habitantes. Comprende 8 distritos, 16 cantones, 82 parroquias y 57 circuitos.

Sangolquí corresponde al Distrito 17D11.

GRÁFICO NO. 7

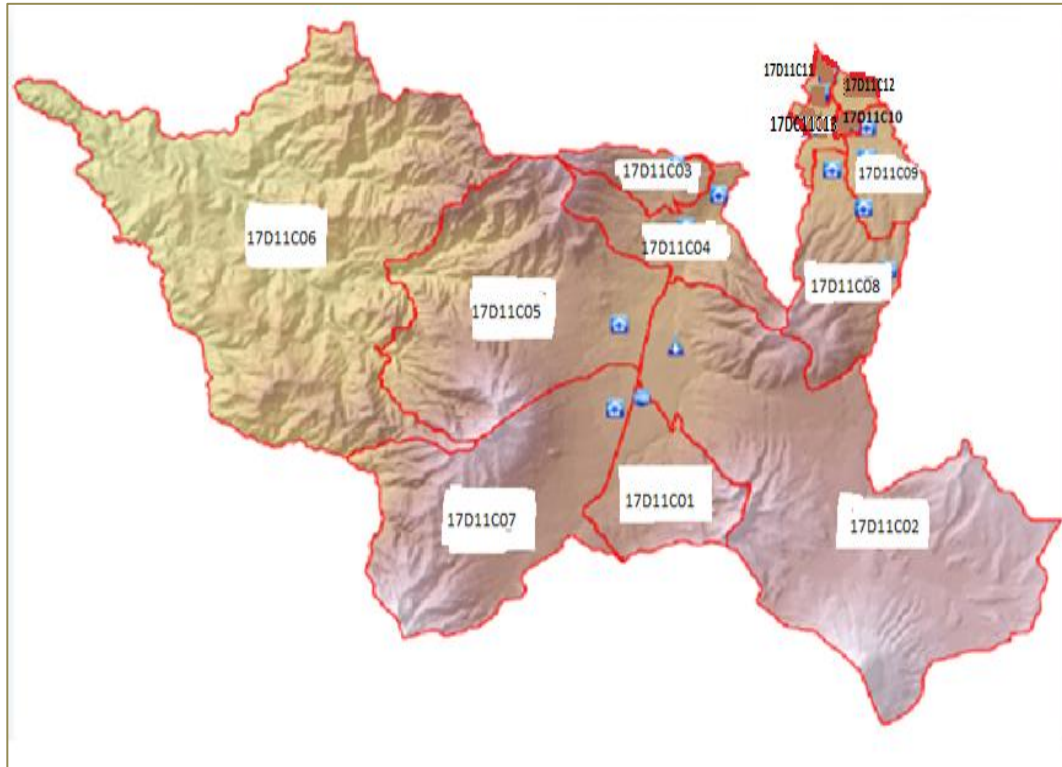
DISTRIBUCIÓN GEOPOLÍTICA ZONA 2



Fuente: MSP – Geo salud

GRÁFICO No. 8

DISTRITO 17 D11: MEJIA-RUMIÑAHUI



Fuente: MSP – Geo salud

CIRCUITOS:

17D11C01 MACHACHI	17D11C07 EL CHAUPI-ALAOSI
17D11C02 MACHACHI	17D11C08 RUMIPAMBA COTOGCHOA
17D11C03 CUTUGLAHUA	17D11C9 SANGOLQUI
17D11C04 TAMBILLO-UYUMBICHO	17D11C10 SANGOLQUI
17D11C05 ALOAG	17D11C11 SANGOLQUI
17D11C06 MANUEL CORNEJO ASTORGA (TANDAPI)	17D11C13 SANGOLQUI

2.7.1 Hospital Básico de Sangolquí

El Área de influencia está conformada por 10 Subcentros de Salud, ubicados alrededor de todo el Cantón y el Hospital de Sangolquí: Subcentro de Salud Sangolquí (anidado), Capelo, Cotogchoa, Curipungo, Fajardo, Jatumpungo, Rumipamba, San Pedro de Taboada, San Fernando y Selva Alegre.

GRÁFICO No. 9

HOSPITAL BÁSICO DE SANGOLQUI



Linderos:

El Hospital Básico Sangolquí colinda con los siguientes predios: Norte: Calle Quito. Sur: Escuela Darío Figueroa. Este: Calle Luis Cordero, franja de protección de quebrada y río Santa Clara. Oeste: Calle Quito, área de recreación (estadio de fútbol), propiedades de vivienda y comercios. Su

tipología dentro del Sistema Nacional de Salud, corresponde al segundo nivel de atención, el cual comprende todas las acciones y servicios de atención ambulatoria especializada y aquellas que requieran hospitalización. Constituye el escalón de referencia inmediata del I nivel de atención. Da continuidad a la atención iniciada en el primer nivel, de los casos no resueltos y que requieren atención especializada a través de tecnología sanitaria de complejidad mayor.

El ingreso al II nivel se lo realizará a través del primer nivel de atención exceptuándose los casos de urgencias médicas que una vez resueltas serán canalizadas a nivel uno. Se desarrollan actividades de prevención, curación y rehabilitación en ambos niveles. (14)

Su capacidad resolutiva o grado de oferta de servicios para satisfacer las necesidades de salud de la población comprende los servicios de Medicina Interna; Ginecología y Obstetricia; Cirugía; Medicina Transfusional; Ortopedia y Traumatología; Pediatría y Neonatología; Dermatología y Emergencia. El servicio de emergencias, atiende las 24 horas del día los 365 días del año, su acceso es a través de triaje. Se clasifica a los usuarios según el sistema Manchester, se estabilizará al paciente, si es posible, se realiza su ingreso en el misma institución o se canalizará la continuidad de su cuidado a través de la red pública integral de salud, o cuando el caso lo requiere de la red privada complementaria en el tercer nivel o segundo nivel si no se cuenta con disponibilidad de camas. Como parte de su oferta de servicios, el Hospital consta con departamento de Rayos X, durante una

jornada de 12 horas, laboratorio clínico y farmacia institucional las 24 horas del día. En cuanto al servicio de hospitalización, está dotado de 25 camas, entre las que se incluyen 1 cuna de calor radiante, 2 incubadoras y 2 lámparas de fototerapia para brindar atención de cuidados intermedios a los neonatos que así lo requieran y se cuenta con una incubadora de transporte y ambulancia para que el recién nacido sea transportado al siguiente nivel de atención. El área quirúrgica está compuesta por 2 quirófanos, una pequeña área para recuperación posanestésica, donde se encuentra además otra cuna de calor radiante y una incubadora para estabilización del neonato obtenido por cesárea y, una central de esterilización. Adjunto a lo anterior una sala de partos para 2 pacientes con una tercera cuna de calor radiante para la recepción y reanimación del recién nacido. (HOSPITAL BÁSICO SANGOLQUI-PICHINCHA, 2013).

Servicio de Pediatría.

El servicio de pediatría, brinda atención en consulta externa, con un horario de 08H00 a 17H00, emergencias pediátricas, según lo descrito anteriormente. Para la hospitalización de niños están asignadas 4 camas en una sala independiente, con la finalidad de brindar cuidados intermedios, de patologías agudas que pueden ser resueltas en la institución. En la consulta externa de pediatría, se atienden los niños que fueron referidos del nivel 1 con alguna patología de tipo ambulatoria que requiere evaluación por el pediatra o desde emergencia u hospitalización para controles subsecuentes o cuando el caso lo amerite referir al tercer nivel de atención para consulta

de subespecialidad.

En la consulta de emergencia se reciben niños con patologías que requieren de estabilización o internación dado su estado crítico, referidos desde el nivel I o a libre demanda. Pero también se convierte en una prolongación de la consulta externa en horarios de la noche, fines de semana y feriados, donde no se cuenta con el nivel I de atención.

La responsabilidad del servicio es la atención del neonato, niños, niñas y adolescentes, que son referidos desde el nivel primario de atención, de hospitalización o del servicio de emergencia, dando cumplimiento a las normas de atención a la niñez, AIEPI, guías para la atención oftalmológica para el segundo nivel de atención, para poder dar continuidad a la patología que lo requiere, resolviéndola en la misma institución, para posteriormente contrarreferirla al nivel primario o refiriéndola hacia el tercer nivel, en estos casos es también parte de la atención recibir las contrarreferencias, pero lamentablemente este paso es casi nulo, en muchas ocasiones el paciente retorna al Hospital por su propia cuenta o es enviado en forma verbal, sin el correspondiente formulario.



Gráfico 10. Emergencia del Hospital Básico de Sangolquí

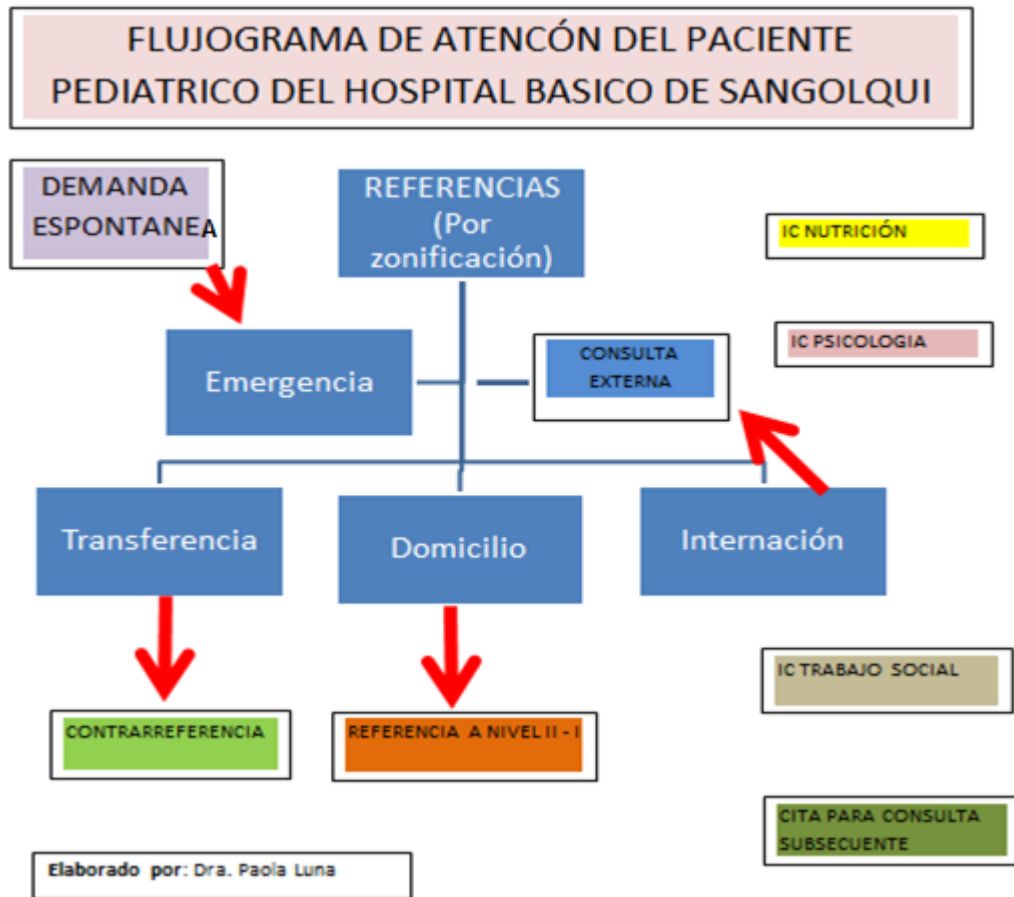


Gráfico 11. Área de emergencias pediátricas



Gráfico 12. Área de atención pediátrica en emergencia.

Gráfico N° 13



Red Vial

El Hospital Sangolquí se encuentra en una vía principal de circulación del Valle de Los Chillos, por la cual transitan vehículos livianos, pesados y buses continuamente. Por ser una de las principales vías de circulación, la Av. Luis Cordero tiene 4 carriles por donde circulan vehículos en ambos sentidos. El acceso al Hospital se lo realiza por vías de primer orden, pavimentadas y señalizadas, propias de un área urbana.

A pesar de que se observa un despunte económico en un minoritario grupo de población, la brecha es enorme frente a la mayoría de gente que se encuentra en condiciones de pobreza y de indigencia sobre todo en las áreas urbano- marginales, rurales y dispersas.

Los servicios de atención del Ministerio de Salud Pública, son demandados en su mayoría, por gente de condición socioeconómica baja. Gran parte de la población sobre todo la dispersa, no tiene acceso a estos servicios de salud, ya que actualmente la asignación de turnos se realiza a través de un contac center y varias personas no tienen facilidades para acceder a un teléfono. Por otro lado la demanda es alta y los turnos resultan en algunas ocasiones tardíos.

2.7.2 Misión de la institución

Según la planificación estratégica institucional para el año 2013, esta institución tiene como misión: sustentar su gestión en una atención de salud integral, dirigida a la población del Cantón Rumiñahui, iniciándose en el nuevo modelo de atención de salud individual, familiar, comunitaria e intercultural, tendientes a la gratuidad progresiva, con una participación y veeduría ciudadana”. (POA, 2013)

2.7.3 Visión de la Institución

“Para el año 2020, el Hospital Básico de Sangolqui, será una institución moderna que garantizará condiciones saludables a la población del cantón Rumiñahui; contará con talentos humanos calificados, eficientes, eficaces,

honestos y motivados, aunando las diferentes fuerzas y sectores de la localidad con una rectoría del Ministerio de Salud Pública, para mejorar las condiciones de vida y del entorno, trabajando en el nuevo modelo de atención, garantizando el derecho a la salud con accesibilidad universal, calidad, equidad y solidaridad” (POA, 2013).

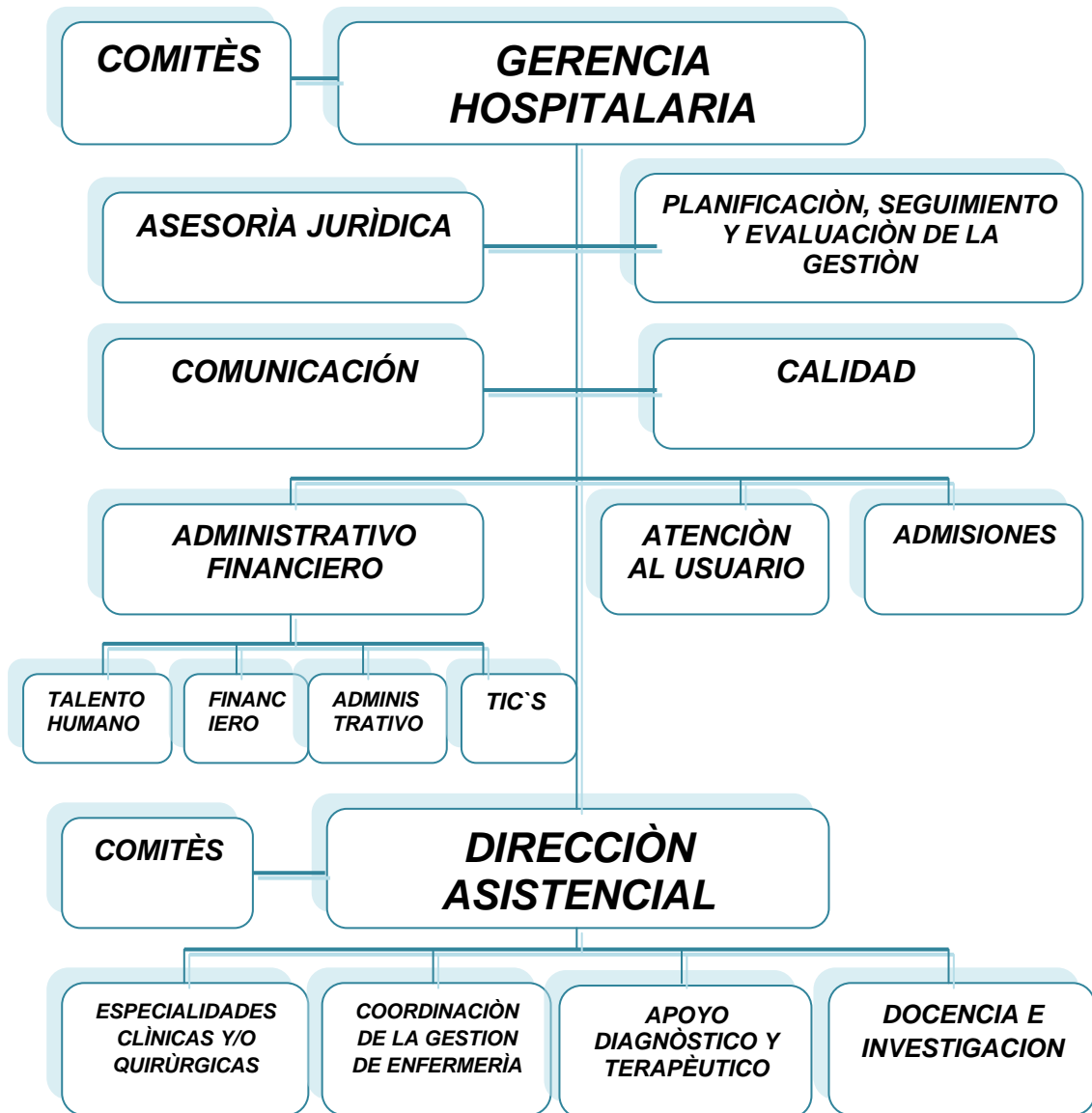
2.7.4 Políticas de la Institución

El Hospital Básico “Sangolquí” tiene por políticas y finalidad impulsar las capacidades y potenciales individuales y colectivos que propicien el mejoramiento de la calidad de vida y salud, así como la superación de las inequidades en armonía con el entorno natural, social, y cultural.

Según el Plan Estratégico Institucional, este Hospital sigue los lineamientos emanados directamente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, los mismos que se enmarcan en la modernización del estado, uso racional y adecuado de los recursos, manejo sustentable de programas y proyectos. El programa actual de atención gratuita e integral a toda la población es uno de los pilares del sustento institucional”.

GRÁFICO No.14

2.7.5 Características de la organización administrativa



Fuente: MSP

Elaboración: Dra. Paola Luna

Tabla No. 2

Principales causas de morbilidad en niños de 1mes a 5 años en el Hospital Básico de Sangolqui de enero - junio 2013

DIAGNOSTICO	TOTAL
J069 - INFECCIÓN AGUDA DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES, NO ESPECIFICADA	315
A09X - DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO	212
J00X - RINOFARINGITIS AGUDA [RESFRIADO COMÚN]	148
E46X - DESNUTRICIÓN PROTEICOALÓRICA, NO ESPECIFICADA	78
J304 - RINITIS ALÉRGICA, NO ESPECIFICADA	75
J029 - FARINGITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	48
R17X - ICTERICIA NO ESPECIFICADA	47
L209 - DERMATITIS ATÓPICA, NO ESPECIFICADA	44
K590 - CONSTIPACIÓN	32
J159 - NEUMONÍA BACTERIANA, NO ESPECIFICADA	29
N309 - CISTITIS, NO ESPECIFICADA	27
J189 - NEUMONÍA, NO ESPECIFICADA	27
P599 - ICTERICIA NEONATAL, NO ESPECIFICADA	26
R509 - FIEBRE, NO ESPECIFICADA	20
J030 - AMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA	18
B829 - PARASITOSIS INTESTINAL, SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	17
J019 - SINUSITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA	17
D509 - ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO SIN OTRA ESPECIFICACIÓN	16
L22X - DERMATITIS DEL PAÑAL	15
N390 - INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS, SITIO NO ESPECIFICADO	14
Otras	755
TOTAL	1980

Fuente: Hospital Básico de Sangolqui

Elaboración: Dra. Paola Luna

2.8 MARCO CONCEPTUAL

El mundo moderno exige cada vez más. Se quiere, se necesita y se desea que los productos y /o servicios sean excelentes; por ello, es muy importante, casi cuestión de supervivencia, que todas las instituciones que prestan servicios de salud se encaminen por la autopista de la calidad.

2.8.1 Calidad:

“La calidad es un compromiso interinstitucional que relaciona tres entes: el Estado, los Proveedores y los Usuarios”. (18)

No hay una definición única de calidad, sino diversas acepciones que pretenden integrar variables, determinantes, indicadores y factores que comprenden principios de organización de procesos, sistemas de trabajo en equipo y evaluación del desempeño, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los clientes. (12)

2.8.1.2 Dimensiones de la Calidad

Existen varias dimensiones en las definiciones anteriores del concepto de calidad que merecen ser consideradas en detalle.

La primera es la **dimensión técnica**, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles a favor del paciente. Es aquella que tradicionalmente han privilegiado los profesionales de la salud, y que depende fundamental pero no exclusivamente de sus cualidades y

capacitación.

La segunda, es la **seguridad**, que se mide en el riesgo que acarrearán los servicios ofrecidos para el paciente. Esta depende de su condición, de la eficacia de la estrategia definida y de la destreza con que se aplique. A partir de un momento dado en la atención de un paciente, los servicios que se añaden traen un aumento mucho mayor de riesgos que de beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. Sobre este particular se hace hincapié en que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

La tercera, es el grado en que el servicio **satisface las necesidades sentidas del usuario**. A este respecto, Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir su privacidad y comodidad. Esta dimensión es parte integral de la calidad de la atención, ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad por parte del paciente y, por ello, en el éxito de la atención y en los beneficios que brinda. La cuarta, y última es el **costo racional de la atención**, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella. Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario o inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podría ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta al acceso y la continuidad. Así, si se

suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

La OPS (2008), resalta tal y como lo hace Donabedian que:

“La satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño, por lo cual es un condicionante fundamental de la calidad; por añadidura, la calidad alcanza distintos grados y puede analizarse desde diferentes ópticas. El profesional o grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben emplearse, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Este evaluará los beneficios de su atención por medio de variables objetivas y subjetivas, como el trato que recibió, el lugar donde fue atendido, la oportunidad, la confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido, y muchos juzgarán también los aspectos técnicos desde su propia perspectiva”. (18)

Este estudio se basó en un marco referencial que sobre calidad de la atención adopta la Maestría en Salud Pública de Pontificia Universidad Católica del Ecuador, la que incluye entre otras, las variables: Integralidad, Integridad y Continuidad. Específicamente se hablará de la continuidad y la Integración.

2.8.2 CONTINUIDAD

“La continuidad de cuidados es un continuum integrado por TRES elementos esenciales: PERSONAS, ENTORNOS E INFORMACIÓN, los cuales, se

disponen de forma jerárquica: PERSONAS: pacientes y cuidadores; INFORMACIÓN: intervenciones cuidadoras/recursos de manejo de la salud...; y, ENTORNOS: hospitales, servicios, unidades, secciones, áreas, centros, domicilios, residencias...” (6)

La discontinuidad aparece en el momento en que se anteponen los entornos a las personas o a la información, es decir, una unidad, centro, departamento, o cualquier otro enclave asistencial, desestima o subordina a otras prioridades (bien por omisión, por duplicidad o por contradicción) la información relativa a los pacientes o cuidadores, incidiendo esta circunstancia de forma negativa y directa sobre ellos. Está suficientemente acreditada la especial repercusión que este hecho tiene sobre grupos particularmente vulnerables de pacientes como son:

- Pacientes crónicos con exacerbaciones frecuentes.
- Ancianos frágiles.
- Pacientes y/o familiares con manejo inefectivo del terapéutico, falta de conocimientos por corta hospitalización, cansancio en el desempeño del rol del cuidador, pacientes con nivel de dependencia/suplencia alto.
- Afrontamiento inadecuado por parte de los cuidadores/pacientes.
- Embarazo, parto, puerperio.

Por tanto, para valorar el grado de continuidad que un centro o institución puede llegar a ofrecer, en primer lugar hay que determinar en qué grado los

entornos y sus estructuras funcionales, jerárquicas o culturales subyugan (consciente o inconscientemente) la información relativa a las personas.

La continuidad puede definirse como: “La medida en la que los servicios se reciben como una sucesión coordinada e ininterrumpida de eventos acordes con las necesidades de la atención de los pacientes. Implica el seguimiento de la historia de un paciente en distintos ámbitos y circunstancias” (9)

2.8.2.1 CONTINUIDAD INTRA-EPISODIO: Cuando ese seguimiento se circunscribe al tiempo de la evolución de una enfermedad

2.8.2.2 CONTINUIDADINTER-EPISODIO: Se refiere a los intervalos entre enfermedades.

2.8.2.3 CONTINUIDADINTER-NIVELES: Es el que emite recomendaciones para la prescripción al paciente ambulatorio, desde cualquiera de los niveles asistenciales, de manera coordinada.

2.8.3 INTEGRACIÓN:

La salud es un todo y es necesario elegir en cada momento el mejor enfoque para incrementarla, mantenerla o recuperarla. Por lo tanto, la atención debe igualmente ser integrada por todos los tipos de atención (curativa, preventiva, promoción, rehabilitación) que deben hacerse idealmente por el mismo personal de salud.

Según Mercenier 1997, hay dos formas de concebir la integración de la atención: en el tiempo o a nivel del personal.

Algunas personas insisten en una integración en el tiempo, es decir, brindar la atención curativa y preventiva en el mismo momento, aprovechando de la consulta curativa como oportunidad para brindar la atención preventiva. En cualquier contacto con el paciente se brinda todas las formas de atención.

Eso requiere un equipo amplio de personal cada uno con una tarea diferente que le fue asignada. Este tipo de integración favorece la especialización del personal, unos siendo responsables para la atención curativa y otros para la atención preventiva.

Implica que se hace la integración en el tiempo a expensas de la polivalencia de los miembros del equipo de salud.

Polivalencia: El servicio debe ser capaz de manejar todos los problemas presentados por la población ya sea en forma directa o refiriendo al nivel especializado. Producir una síntesis de problemas y las soluciones a ser aplicadas.

Otro enfoque es tener un equipo de personal pequeño y poco diversificado realizando todos los tipos de actividades, pero a menudo en otro momento. En efecto, es más importante que el comportamiento de cada miembro del equipo de salud refleje la responsabilidad para los diferentes tipos de atención, de acuerdo a las necesidades y los riesgos del paciente.

En ese caso la población a ser servida por el equipo debe ser pequeña y debe existir un sistema interno de referencias de una actividad a otra. Por

ejemplo, si una mujer se presenta con una neumopatía, es necesario prever, si está embarazada, una vigilancia del embarazo.

Según Moreno, A. et Al (2007):

“Una de las razones específicas de la integración es justamente la prevención, ya que ella no responde a las necesidades percibidas directamente por la población, que no aceptará si no es el resultado de un diálogo. La condición más favorable para ello es la relación de confianza que el individuo mantiene con el personal que lo atiende cuando está enfermo” (17).

2.8.3.1 Grados de integración

Un sistema está integrado cuando todos sus componentes se encuentran interrelacionados de manera tal que la variación de uno de ellos produce variación en todos los demás.

Un sistema puede paulatinamente aumentar su integración haciéndose cada vez más interdependientes sus componentes. Esto se denomina integración progresiva. El fenómeno opuesto es la pérdida en el tiempo de las interrelaciones, lo que se denomina factorización progresiva. El fenómeno se presenta por la especialización de ciertos componentes que pueden convertirse en subsistemas (subconjunto de elementos interrelacionados funcionalmente) casi independientes o por desgaste de ciertos componentes. En igual forma pueden darse los dos fenómenos a la vez.

La integración del sistema es favorecida por la centralización, es decir, por la toma de decisiones por parte del componente directivo de la organización. La descentralización progresiva va afectando la integración y puede llegar a producir la disolución del sistema.

Según la OMS (2008), los servicios de salud integrados son:

“La gestión y entrega de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios preventivos y curativos, de acuerdo a sus necesidades a lo largo del tiempo y a través de los diferentes niveles del sistema de salud” (18).

CAPITULO III: MATERIAL Y METODOS

3.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El 26,0 % de los niños ecuatorianos menores de 5 años tiene desnutrición crónica y de este total, el 6,35 % la tiene extrema. En contraste, la malnutrición general es casi inexistente: sólo el 1,7 % tiene bajo peso-por-talla y el 0,4 % la padece grave. El 2,24 % de los niños tiene desnutrición aguda. Casi todas estas deficiencias en peso-por-edad, a su vez, son el resultado de la desnutrición crónica.

Se tomó como referente al Hospital Básico de Sangolquí, ya que al ser un hospital básico del nivel II de atención, recibe pacientes tanto del área urbana como de la rural a través de referencias hacia la consulta externa y demanda espontánea en el servicio de emergencias.

Durante el primer trimestre del año 2013 se atendieron en la consulta especializada de pediatría un total de 1080 niños de 1 mes a 5 años; siendo que el 23.93% tuvieron un diagnóstico de desnutrición; seguido de 15.85% de EDA; 12.39% de IRAs; 7.62% de anemia; el 5.96% de rinofaringitis; el 3.86% de Infección del tracto urinario; 3.76% de rinitis alérgica; 3.12% dermatitis atópica; y patologías como neumonía, faringitis, rinosinusitis, testículo no descendido, constipación, obesidad, displasia de caderas, dermatitis, laringitis, trauma craneoencefálico, y asma con menores porcentajes.

Llama la atención que durante el año 2012, las consultas por morbilidad del hospital en general, dentro de sus primeras 45 causas no incluye a la desnutrición y solo en el primer trimestre del año 2013 se encontró un 23.93% de atenciones por esta patología.

Se hizo la pregunta qué sucede. No se da importancia y no se registra, es un problema del registro, o en realidad no se presentaron problemas de desnutrición. Entonces representa un gran problema el conocer si se tiene un deficiente registro o realmente el estado nutricional de nuestros pacientes es óptimo. Por otro lado si existe un subregistro, se debe revisar la calidad de atención que recibió el niño que es posible haya sido tomando en consideración su patología motivo de referencia o consulta y no se dio importancia a la de base que representa la desnutrición. Por tanto se plantea el siguiente problema de investigación: Existen diferencias en cuanto a la procedencia de los niños con desnutrición en el Hospital de Sangolquí;

además, ¿cómo responde el servicio de Pediatría de este Hospital cuando un niño es desnutrido?

3.2. OBJETIVOS

3.2.1 Objetivo general:

- Establecer cómo responde el servicio de pediatría del Hospital Básico de Sangolquí a la desnutrición de niños de 1mes a 5 años, que proceden del área urbana y rural durante el periodo de enero-junio/2013.

3.2.1 Específicos:

- Identificar mediante la antropometría a los niños de 1mes a 5 años que reciben atención en el Hospital básico de Sangolquí, durante el periodo de enero a junio del 2013, que presentaron algún grado de desnutrición.
- Determinar la procedencia urbana y rural de los niños desnutridos.
- Establecer la respuesta del servicio de pediatría frente al niño desnutrido.
- Analizar las acciones realizadas por el servicio de pediatría frente a los niños desnutridos, que acudieron por otra morbilidad.

3.3. HIPÓTESIS

3.3.1 Hipótesis Nula

El servicio de pediatría del Hospital de Sangolquí no da una respuesta con integridad y continuidad a los niños que tienen desnutrición que acuden a este servicio por este u otros problemas de salud.

3.3.2 Hipótesis alternativa

El servicio de pediatría del Hospital de Sangolquí da una respuesta con integridad y continuidad a los niños que tienen desnutrición que acuden a este servicio por este u otros problemas de salud.

3.5. METODOLOGIA

3.5.1 Tipo de diseño

La presente investigación se inserta en la Investigación de Sistemas y Servicios de Salud (ISSS), el diseño es descriptivo, transversal retrospectivo, en el que se estudió a niños por un periodo de 6 meses. Se indagó cómo el servicio de pediatría del Hospital Básico de Sangolquí respondió a la desnutrición de niños de 1 mes a 5 años, que proceden del área urbana y rural durante el periodo de enero-junio/2013.

3.5.2 Población y muestra

La población en estudio estuvo compuesta por todos los niños/as de 1 mes a 5 años atendidos en el Hospital básico de Sangolquí, tanto por el servicio de emergencia como de consulta externa y de hospitalización durante el periodo Enero-Junio/2013, de los cuales se escogió a los niños que presentaron problemas de desnutrición, que hayan sido diagnosticados como tal y a los que acudieron por otras patologías y en los cuales su antropometría indicaba desnutrición. En el servicio de consulta externa de pediatría, se proporcionaron 2753 consultas a niños de 1 mes a 5 años, de las cuales 1980 fueron consideradas primeras (se tomó este registro para el análisis de datos) y 773 subsecuentes, por el servicio de emergencia 2211 durante el primer semestre del año 2013.

3.5.3 Métodos e instrumentos de recolección de la información

Para la recolección de la información se utilizó 2 tipos de fuentes:

Primarias: Se calcularon las puntuaciones Z que proceden de la antropometría de los pacientes de 1mes – 5 años que acudieron al hospital, sea por consulta externa o emergencia que se encuentren por debajo de la normalidad y se siguieron durante el periodo de tiempo de la investigación.

Secundarias: Bibliografía, lecturas científicas, y revisión de documentos proporcionados por el departamento de estadística del Área de Salud No. 15-Sangolquí.

Los instrumentos que se van a utilizar son las historias clínicas para el servicio de consulta externa y el formulario 008 para los que acudieron por emergencia.

3.5.4 Recolección de la muestra.

Se recolectaron datos desde enero a junio del 2013. Revisándose 2211 formularios 008 de Emergencia de niños de 1mes a 5 años y 1980 historias clínicas.

3.5.5 Plan de análisis

Los datos fueron procesados tomando en cuenta las variables tal y como se detalla en la operacionalización de variables.

Se realizó una estadística computarizada a través del programa informático SPSS y además Windows Excel y Microsoft Word, para los cuadros, gráficos y análisis respectivamente.

3.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES	DIMENSIÓN	SUDIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	INSTRUMENTO
Desnutrición de niños de 1 mes -5 años	Desequilibrio celular entre el suministro de nutrientes y la energía y la demanda del cuerpo para que puedan garantizar el crecimiento, mantenimiento y funciones específicas			LEVE MODERADA SEVERA	z-score -1 a -1.99 z-score -2 a -2.99 z-score > -3 (Whoanthro. Software del MSP)	Curvas de la OMS para crecimiento
Procedencia	Lugar de donde procede o vive el niño	Área Urbana Área Rural		No de niños: área urbana No de niños: área rural	San Rafael San Sebastián Santa Clara Santa Rosa San Luis El Rancho Cotogchoa Curipungo Rumipamba Gavilanes	Historias Clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí
				Sexo	Masculino. Femenino	

<p>CALIDAD DE ATENCIÓN</p>	<p>La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de las políticas sanitarias, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos</p>	<p>Continuidad</p> <p>La atención de base debe ser continua, no limitarse al momento de la consulta. Supone que el servicio de salud asuma la responsabilidad por el individuo hasta que finalice el episodio de enfermedad o el riesgo, es decir hasta la recuperación total, o hasta que haya desaparecido el riesgo.</p>	<p>CONTINUIDAD INTRAEPISODIO:</p> <p>Es atender al niño su episodio de enfermedad hasta su resolución.</p> <p>Nº de niños que fueron diagnosticados como desnutridos y tuvieron un seguimiento</p> <p>CONTINUIDAD INTER-EPISODIO:</p> <p>Número de casos de desnutrición que tuvieron seguimiento en atenciones subsecuentes</p>		<p>SI</p> <p>NO</p> <p>SI (Fueron vistos por el mismo problema, es decir hubo seguimiento)</p> <p>NO</p>	<p>Historias Clínicas y formularios 008 del Hospital básico de Sangolquí</p>
----------------------------	---	--	--	--	---	--

		<p>Integración La atención debe ser integrada por todos los tipos de atención (curativa, preventiva, promoción, rehabilitación) que deben hacerse idealmente por el mismo personal de salud.</p>		<p>No de niños que fueron a otros servicios dentro del Hospital</p>	<p>Vacunación. IC a Psicología IC a Trabajo social IC a Traumatología</p> <p>Micronutrientes</p> <p>Chis paz</p> <p>Vitamina A</p> <p>Otros</p>	<p>Historias clínicas, formularios 008 y formularios de parte diario.</p>
--	--	--	--	--	---	---

3.6 Aspectos bioéticos

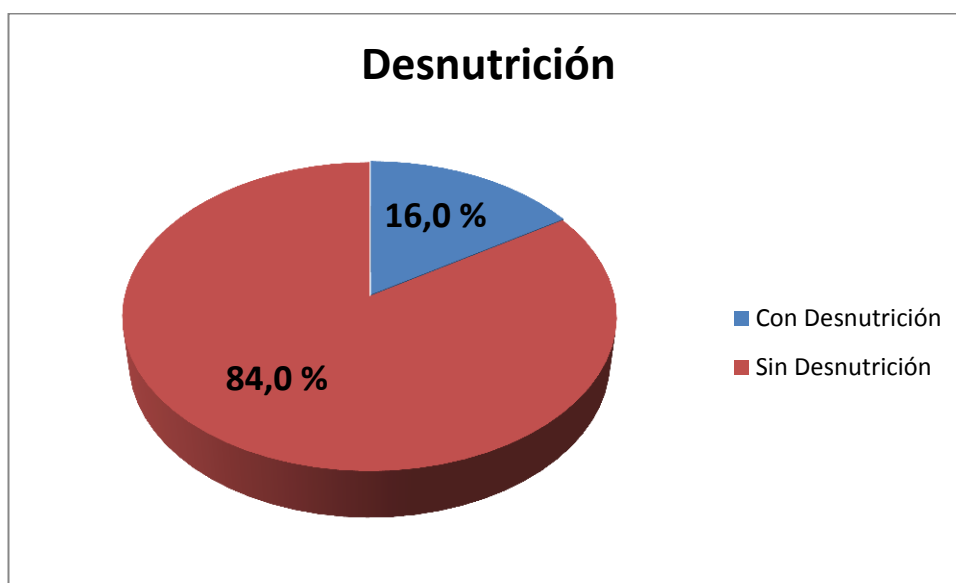
La presente investigación se realizó mediante la recolección de datos a partir de las historias clínicas para consulta externa (anexo 1) y de los formularios 008 de la emergencia (anexo 2), se mantuvo estrictamente la confidencialidad del paciente otorgando desde el inicio un código numérico y se contó con la autorización de las autoridades del hospital.

CAPITULO IV: RESULTADOS

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Gráfico N°15

Desnutrición en el Hospital de Sangolquí



Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

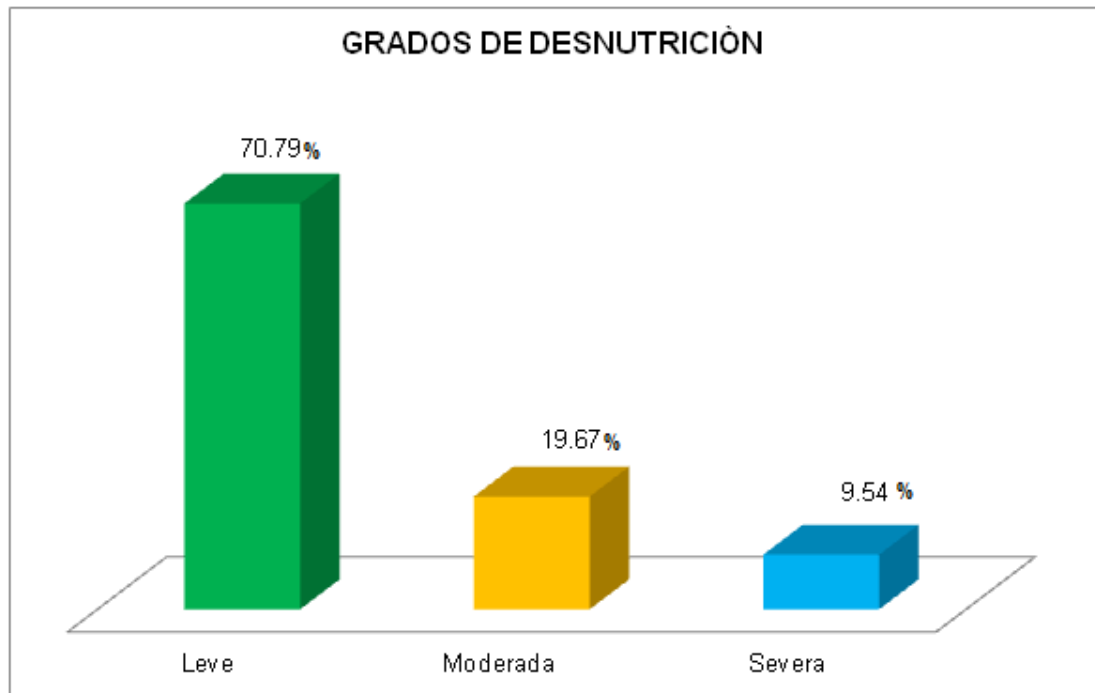
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

De 4191 niños entre 1mes y 5 años atendidos en el Hospital de Sangolquí desde enero a Junio 2013, se diagnosticó con algún grado de desnutrición a 671, que corresponden al 16%.

Gráfico No. 16

Porcentaje de los grados de desnutrición en el Hospital Básico de Sangolquí



Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

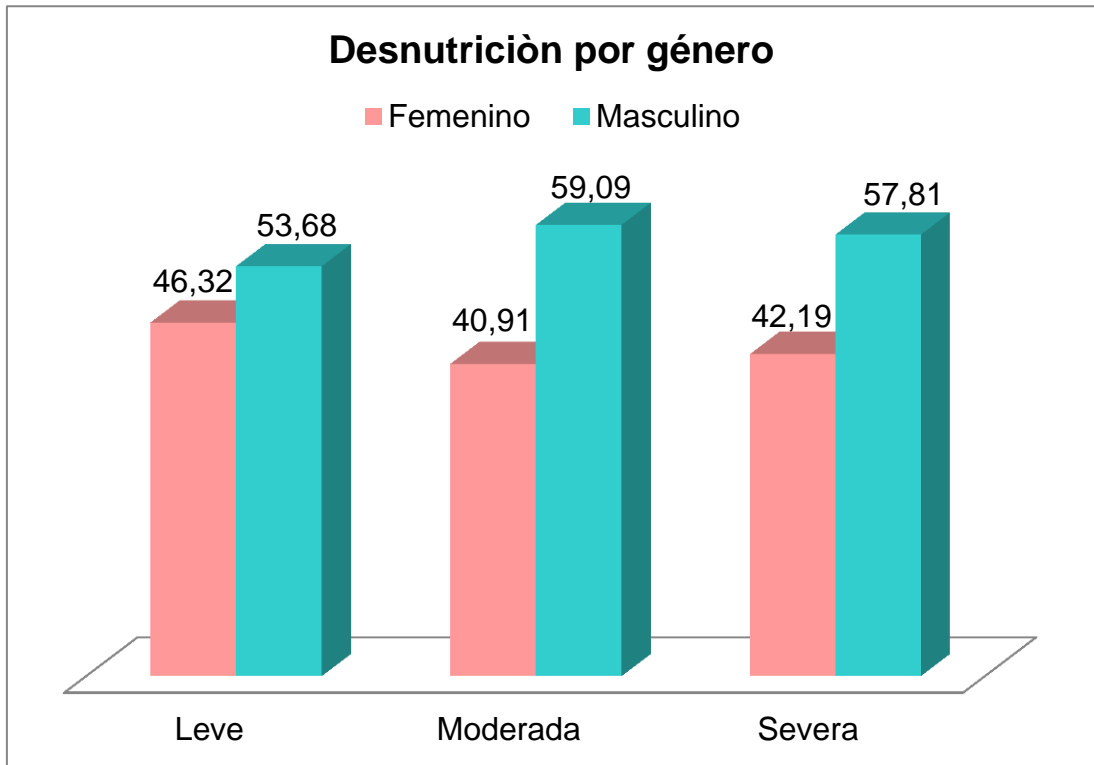
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

En el grupo de niños con desnutrición entre 1 mes y 5 años atendidos en el Hospital de Sangolquí desde enero a Junio 2013, se encontró un mayor porcentaje con desnutrición leve 475 que corresponde al 70,8% y el menor porcentaje corresponde a la desnutrición grave con 9,5%.

Gráfico No. 17.

Distribución de la desnutrición por género



Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

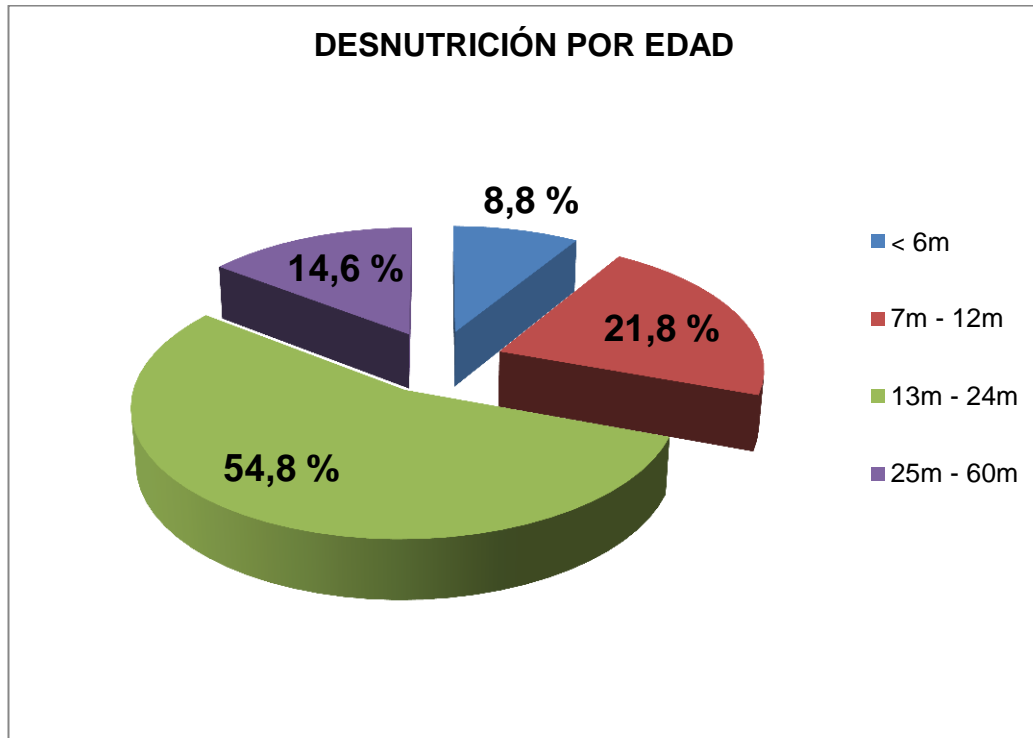
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

Del total de niños desnutridos (671) se observa que 370 son del género masculino lo que corresponde al 55%, sobre los 301 del género femenino que corresponden al 44%.

Gráfico No. 18

Distribución de la desnutrición por la edad en meses



Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

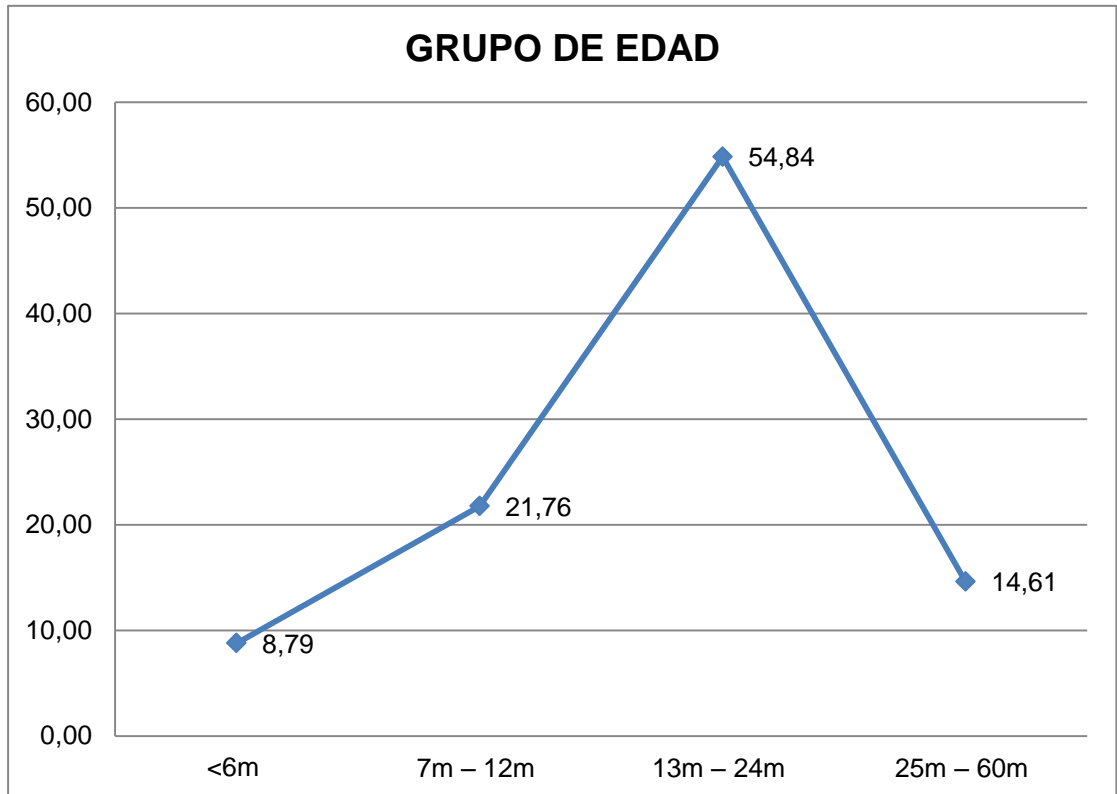
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

El porcentaje de mayor ocurrencia de desnutrición en función a la edad, se observa entre 13 y 24 meses con 54,8%, le sigue el grupo de 7 a 12 meses con 21,8%. Finalmente el grupo minoritario en menores de 6 meses con un 8,8%.

Gráfico No. 19

Comportamiento de la desnutrición por la edad en meses



Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

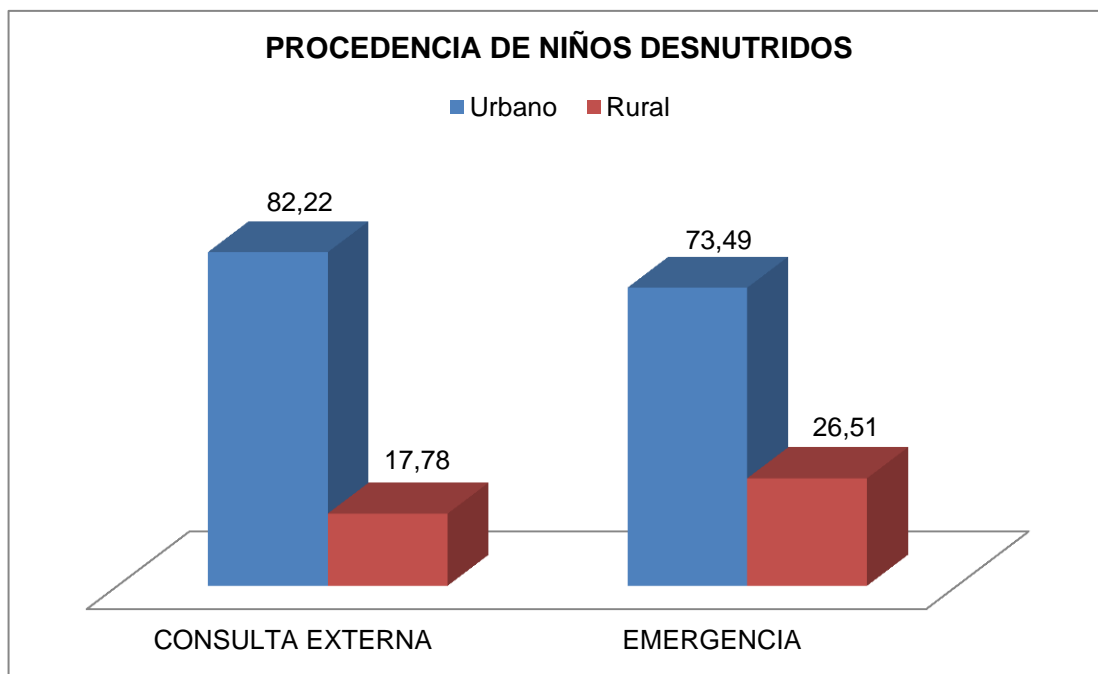
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

Se observa que en los primeros 6 meses de vida la desnutrición es menos frecuente 59, que corresponde a un 8,79%, posteriormente la curva tiende a incrementarse hasta llegar a la edad de 13 a 24 meses donde alcanza su pico con 368 casos que representa el 54,84%. De aquí en adelante la tendencia es hacia abajo con una frecuencia de 98 que representa el 14,61%

Gráfico No. 20

Procedencia de los niños desnutridos



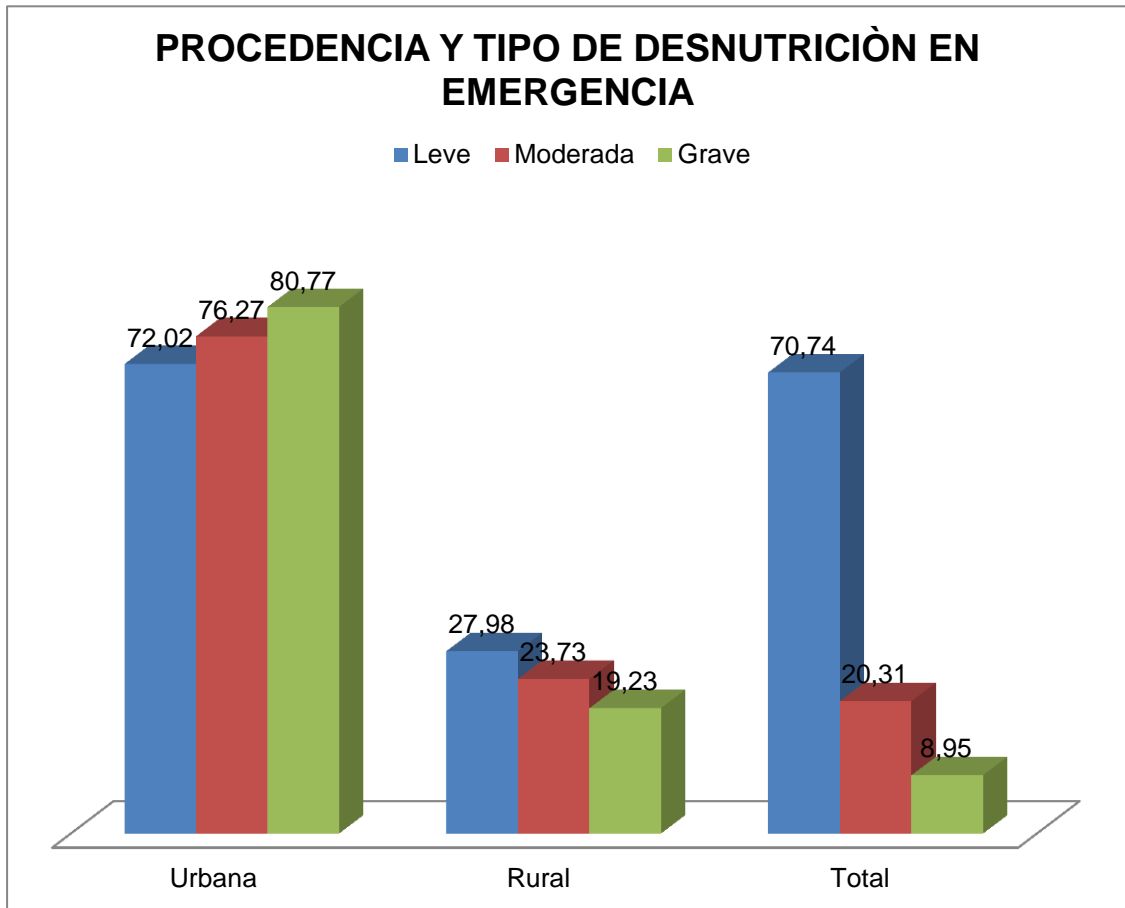
Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

Durante el periodo de enero a junio del 2013, se evidencia que los niños desnutridos proceden en mayor porcentaje del área urbana con un valor de 82.22% para la consulta externa y de 73.49% para la emergencia, dejando al área rural en valores que corresponden al 17.78% para consulta externa y 26.51% para la emergencia, se destaca que la procedencia del área rural predomina un 9% en los pacientes de la emergencia sobre los de la consulta externa.

Gráfico N°21.

Procedencia por grados de desnutrición en Emergencia



Fuente: Formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

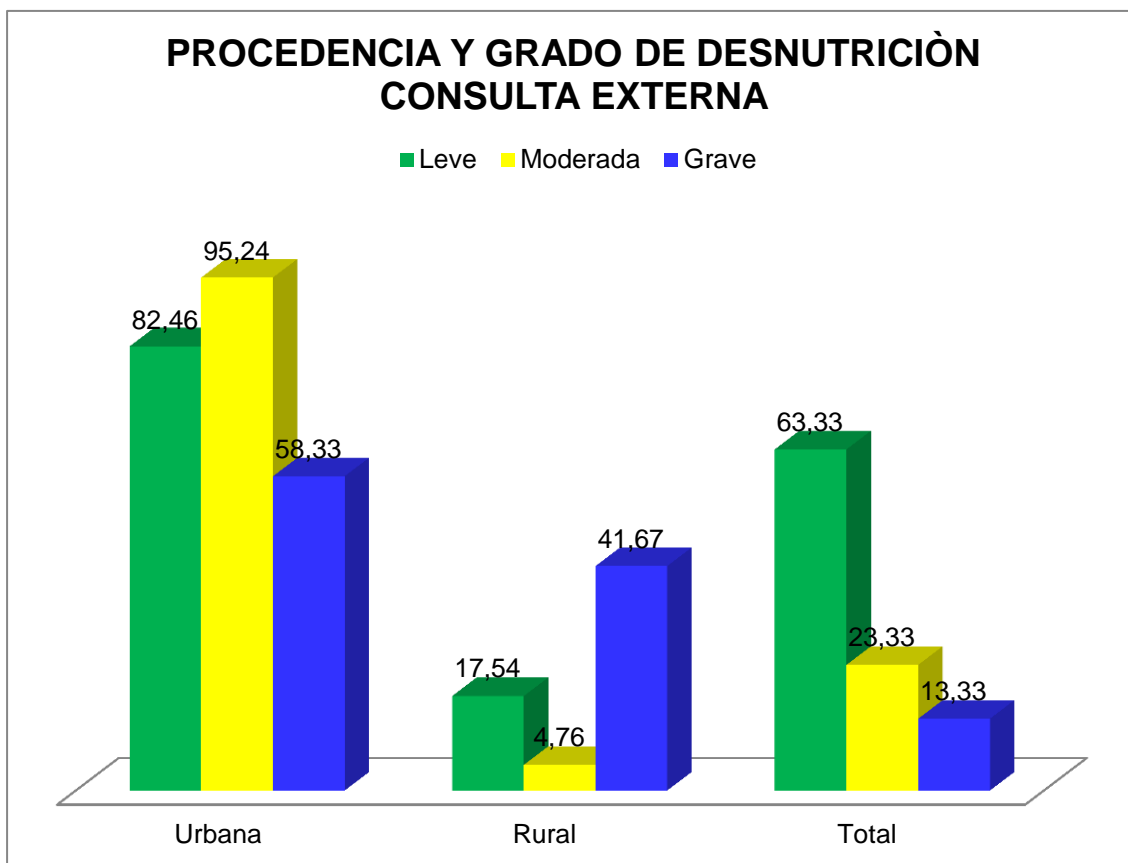
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

El mayor porcentaje de niños desnutridos proceden del área urbana, siendo el 80,77% de los niños con desnutrición severa la mayor proporción del grupo que es atendido en emergencia, le sigue los que tienen desnutrición moderada en un 76,27% y los de desnutrición leve en un 72,02%.

Gráfico No. 22

Procedencia por grados de desnutrición en Consulta Externa



Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

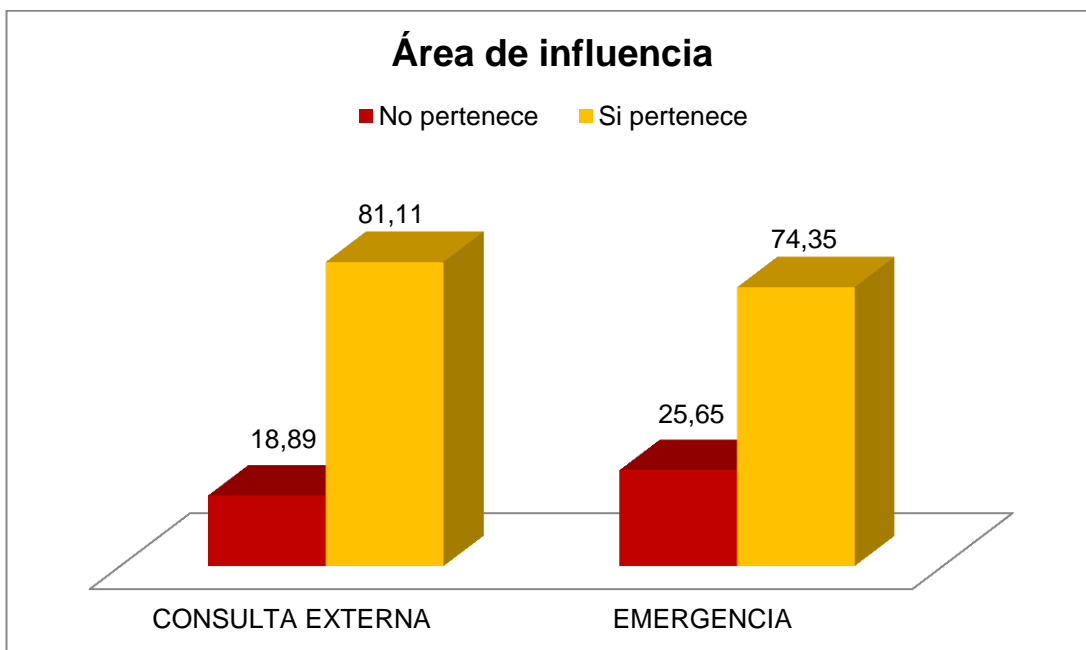
Elaboración: Paola Luna Rodríguez

ANÁLISIS:

Este gráfico nos indica que el mayor porcentaje de niños con desnutrición proceden del área urbana, siendo el porcentaje de niños con desnutrición moderada 95,24% el que se atendió en mayor proporción en esta área y en cuanto al grupo de desnutridos que proceden del área rural, se registra una mayor proporción del grupo de desnutridos severos con un 41,67%.

Gráfico No. 23

Distribución de los niños con desnutrición por área de influencia del Hospital Básico de Sangolquí



Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

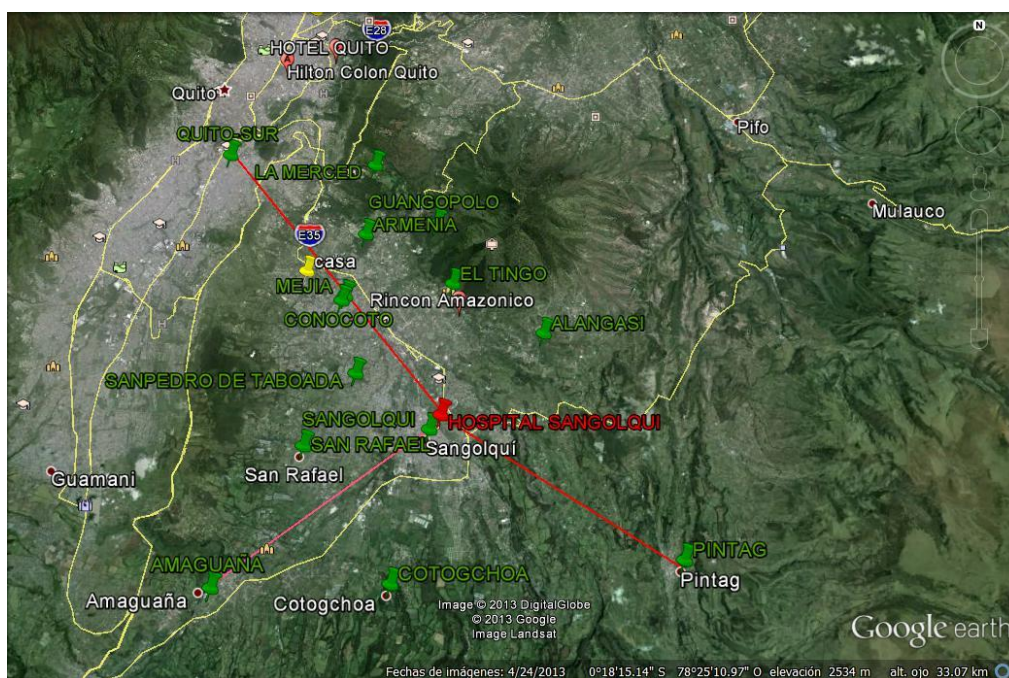
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

De un total 671 niños con desnutrición atendidos en el Hospital Básico de Sangolquí, se observa que el mayor porcentaje, **“si pertenece”** al área de influencia, con un 81.11% para consulta externa y un 74.35% para la emergencia. Se destaca el hecho de que en el grupo que **“no pertenece”** al área de influencia hay una tendencia mayor del grupo de emergencia con un 25.65% sobre los 18.89% del grupo de consulta externa.

Gráfico N°24.

Georreferencia del Hospital Básico de Sangolquí y su relación con los lugares de procedencia



Fuente: Google earth.

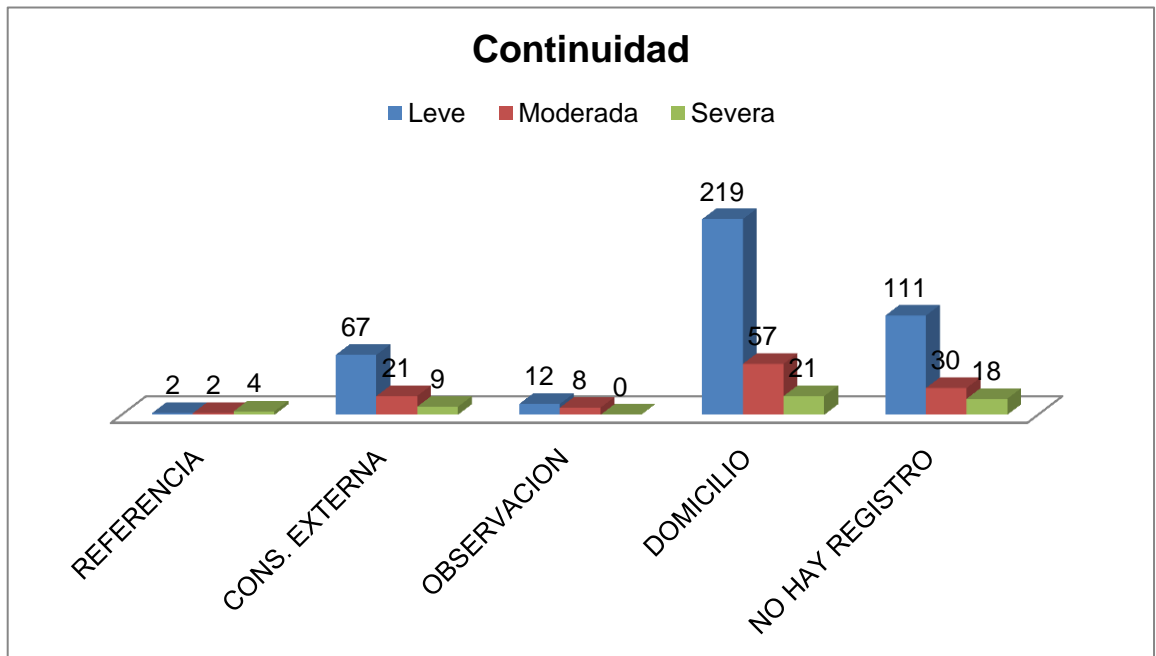
Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS:

En este gráfico se toma como punto de referencia la ubicación del Hospital Básico de Sangolquí y los lugares de procedencia de los niños. Teniendo la población más distante en línea recta 12 Km.

Gráfico No. 25

Continuidad de los niños desnutridos atendidos en emergencia.



Fuente: Formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

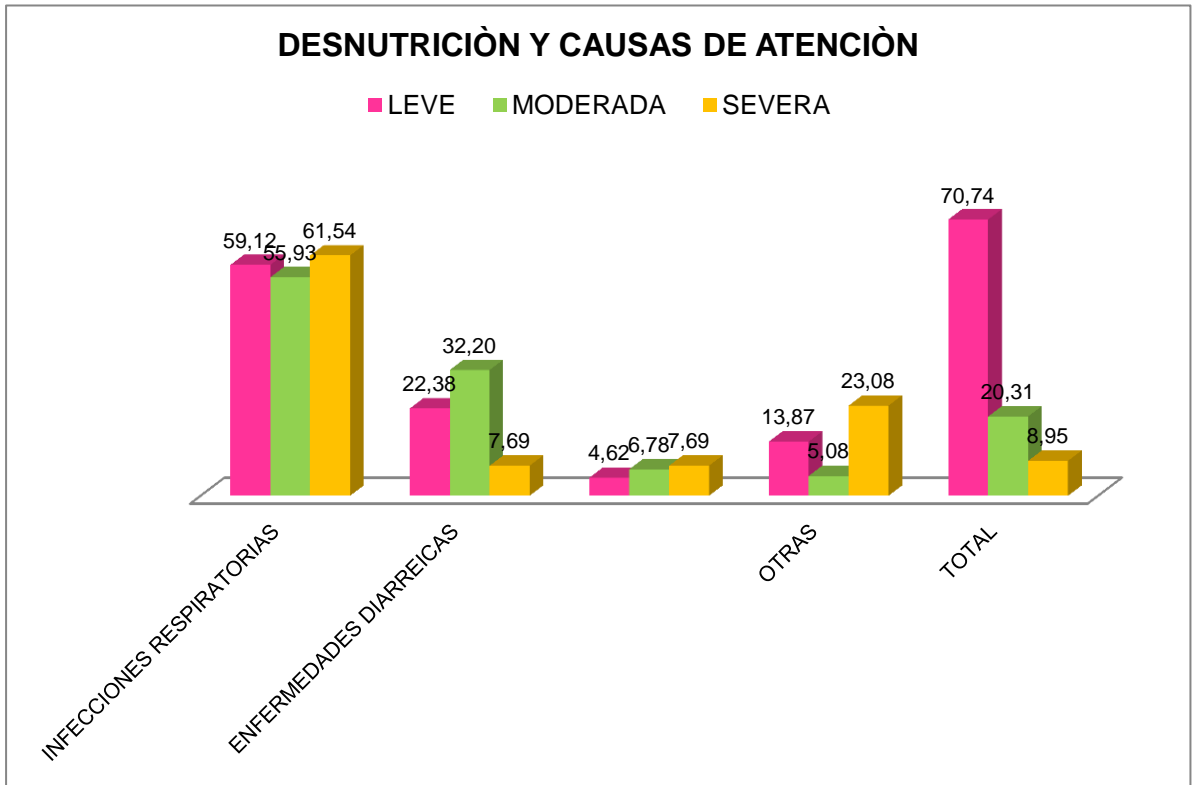
Elaboración: Paola Luna Rodríguez

ANÁLISIS:

Del grupo de 581 niños atendidos en la emergencia, la mayoría son referidos al domicilio, sin considerar el grado de desnutrición 219 con desnutrición leve, 57 con desnutrición moderada y 21 con desnutrición severa, le sigue en frecuencia el grupo de no se conoce el registro; y, finaliza con los que fueron referidos a consulta externa. 2 para desnutrición leve y moderada y finalmente 4 para desnutrición severa.

Gráfico No. 26

Diagnóstico de atención de desnutridos de 1 mes a 5 años atendidos desde Enero a Junio del 2013 en emergencia.



Fuente: Formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

Elaboración: Paola Luna Rodríguez

ANÁLISIS:

De los 581 niños atendidos en el área de emergencia del Hospital de Sangolquí, 341 fueron atendidos con infecciones respiratorias (58,69%); de éstos el 61.53% tuvo desnutrición severa, el 59.12% leve; y, el 55.93% tuvo moderada. Por otro lado, 134 fueron atendidos con enfermedades diarreicas (23,06%); siendo el 32.20% niños desnutrición moderada; y 22.38% con leve; y, el 7.69% severa. Sólo 31 pacientes acudió a la emergencia con eventos traumáticos emergentes, representando el 7.69% de ellos,

predomina el grupo con desnutrición severa con 7,69% y en último lugar los que presentan desnutrición leve con 4,62%.

De este grupo de 581 pacientes atendidos en la emergencia se encontró diagnóstico de desnutrición en 3, uno del grupo de leve y dos del severo.

De los 90 pacientes que se atendieron en consulta externa con desnutrición durante el periodo de enero a junio del 2013, se encuentra el diagnóstico de desnutrición en 40 lo que corresponde al 44.4%, de los cuales se solicitó Interconsulta a Nutrición a 25.

- Se encontró el diagnóstico de Anemia en 15, (16.6%),
- Se proporcionó micronutrientes a 42, lo que representa el 46.6% del grupo.
- Se solicitaron 12 interconsultas a Psicología, 5 a trabajo social.
- Se hospitalizaron 12, por otras causas que no fueron la desnutrición.
- Se contrarrefirieron 3 niños a Conocoto por cambio de domicilio, 2 a Amaguaña, 1 a Carapungo por área de influencia, 2 al nivel I por resolución de patología.
- Se solicitó tercer nivel para 4 pacientes.

Por otro lado se encontró que el número de consultas subsecuentes fueron:

Tabla N°2

Distribución del número de atenciones que recibieron los pacientes desnutridos de 1 mes a 5 años que fueron atendidos desde Enero a Junio del 2013 en la consulta externa.

Número de consultas	Número de pacientes
F	F
1	71
2	2
3	3
4	4
5	2
6	1
7	3
8	1
9	1
13	1
14	1
Total	90

Fuente: Historias clínicas y formularios 008 del Hospital Básico de Sangolquí.

Elaboración: Paola Luna Rodríguez.

ANÁLISIS: De un total de 90 niños, 80 tuvo entre 1 y 4 consultas; y, 10 tuvo de 5 a 14 consultas. De los 80 que recibieron entre 1 y 4 consultas; 71 solo acudió por consulta 1 vez; 4 acudió 4 veces; 3, tres veces; y, 2, dos veces. Del total de 10, que tuvo de 5 y 14 consultas; 3, acudieron 7 veces; 2, cinco veces; y, 1 vino repetidas veces a la consulta.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

El estado nutricional refleja en cada momento si el aporte, absorción y utilización de los nutrientes suministrados en la dieta son apropiados a las necesidades del organismo, esta información adquiere vital importancia al valorar el nivel de salud de una población, ya que una correcta alimentación asegura un crecimiento y desarrollo óptimo tanto a nivel cognitivo, biológico, psicológico y social. Por tal razón una correcta valoración del estado nutricional durante la evaluación clínica, con inclusión de la interacción de los niños en la escuela y el hogar, permiten obtener datos de si la ingesta alimentaria es adecuada y a la vez nos darán una aproximación del momento en el que los niños, presentan una desviación en su peso y talla ya sea por exceso o defecto.

Lo anteriormente expresado dice de la importancia de valorar nutricionalmente a los niños y niñas de 1 mes a 5 años que acudieron a la consulta pediátrica del Hospital Básico de Sangolquí y conocer: 1.-Cuál fue la atención que se dio a un niño que acudió por desnutrición. 2.- Si se dio importancia al estado nutricional de los que fueron por otros motivos de consulta y además el seguimiento que se les proporcionó.

Los problemas nutricionales son en el país un problema de salud pública, tanto la desnutrición como el sobrepeso, que en los últimos años se han incrementado y tienen una clara relación con las condiciones de vida, el

acceso a alimentos y patrones de consumo. En este sentido, de acuerdo a ECV 2006: La desnutrición crónica afectó fundamentalmente a niños y niñas indígenas, a la población que habita en zonas rurales donde hay mayores índices de pobreza. ENSANUT ECU, 2011-2013 actualiza los estudios, DANS 1988 Y ENDEMAIN 2004, encontrándose que el retardo en talla (desnutrición crónica) registra una disminución a lo largo de casi un cuarto de siglo, al pasar de 40.2%, en 1996, a 25.3% en 2012, es decir una disminución absoluta de 15 puntos porcentuales (pp) en 26 años. (22) Ecuador tiene como objetivo erradicar la desnutrición crónica infantil hasta 2017. El propósito es eliminar el 24% actual de desnutrición crónica de niños y niñas menores de 5 años como está planteado en el Plan Nacional del Buen Vivir". La tasa de desnutrición en niños y niñas menores de 5 años disminuyó en un 18%, en los últimos 20 años. Datos informativos del Observatorio de los Derechos de la Niñez y Adolescencia (ODNA) indican que en la década de los ochenta la desnutrición registró un 41% del total de la población infantil, mientras que en 2011 disminuyó al 23% y en 2012 al 22%. Estos datos son congruentes con lo expresado anteriormente en ENSANUT ECU.

Para conseguir esta meta, el Gobierno ecuatoriano implementó la Estrategia Acción Nutrición que implica una respuesta articulada desde los ministerios de Salud; Inclusión Económica y Social; Educación; Agricultura; y Vivienda, con el objetivo de mejorar la situación de salud y nutrición de la población, con énfasis en niños y niñas menores de cinco años.(23)

Uno de los aportes más importantes de este proceso es que se sustenta en una visión de desarrollo que supera el enfoque economicista, concentrador y excluyente, hacia una visión que pone en el centro de la preocupación al ser humano y articula los diferentes ámbitos de la vida a nivel económico, social, político, cultural, ambiental, en función de la generación de oportunidades y potenciación de las capacidades, para el logro de condiciones de bienestar de toda la población. Por otro lado, recupera la planificación como herramienta fundamental para trazar el horizonte y los caminos a seguir para lograr un país capaz de garantizar los derechos de las y los ciudadanos y de las futuras generaciones.

Desde esta perspectiva, la salud es reconocida como un derecho fundamental garantizado por el Estado y se constituye en un eje estratégico para el desarrollo y el logro del Buen Vivir.

La Constitución dispone el cumplimiento del derecho a la salud, a través del ejercicio de otros derechos interdependientes con la finalidad de lograr el buen vivir la vida plena o Sumak Kawsay. En correspondencia con el marco constitucional el Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013, establece las políticas y metas que contribuirán al mejoramiento de la calidad de vida de la población, entendida como el nivel de bienestar, felicidad y satisfacción de necesidades individuales y colectivas.

La mirada social y multidimensional del proceso salud enfermedad definido en el marco legal vigente, redimensiona e imprime necesariamente nuevos

desafíos al sector salud para superar el histórico abandono al que estuvo sujeto. (16)

Para que se puedan cumplir estos objetivos, es de vital importancia considerar el papel que los servicios de atención desempeñan en la promoción, prevención y recuperación de la salud de la población. Papel que será ejercido mediante características inherentes a sus funciones, así como la aplicación de procedimientos que posibiliten una atención integral y que además apliquen procedimientos que favorezcan la resolución de los problemas de salud de la población.

En la presente investigación se evaluó la antropometría de todos los niños de 1 mes a 5 años (4191) que recibieron atención tanto en la Consulta Externa y la Emergencia del Hospital Básico de Sangolquí, durante el periodo de Enero a Junio del 2013. En la consulta externa se tomó el peso y la talla, se excluyó el perímetro cefálico por no encontrarse el dato en los registros de la población. Se tuvo como inconveniente la ausencia de curvas de ganancia de peso y talla en la mayoría de Historias Clínicas, además, no se especificó la manera como fue tomada la talla, ya que en algunos casos se debió tomar la longitud, antes del estudio no se conoce si las balanzas fueron calibradas y además en la preparación de niños los datos fueron tomados por la enfermera de turno. En la emergencia solo fue posible tomar el peso, ya que no hay dato de talla en ninguno de los 2121 formularios 008 revisados. Los datos de ambos grupos se procesaron con el software WHO/anthro (versión 3.2.2, enero de 2011) de la OMS, para

calcular el score Z y se encontraron 671 niños con desnutrición, que corresponde al 16% del total de atenciones. Es decir que por cada 10 pacientes atendidos 2 presentaron algún grado de desnutrición.

De los 671 niños; 475, presentan desnutrición leve 11.40%, score Z entre -1 a -1.99; 132 un grado moderado 3% con score Z entre -2 y -2,99 y finalmente 64 un grado severo 2%; score Z entre -3 y -3,99.

Se continúa la investigación con una muestra de 671 pacientes, resultando que 370 (55%) pertenecen al sexo masculino y 301 al femenino (44%). Relación 1.8 : 1.

Se observa que en los primeros 6 meses de vida la desnutrición es menos frecuente 59 casos, que corresponden a un 8,79%, posteriormente la curva tiende a incrementarse hasta llegar a la edad de 13 a 24 meses donde alcanza su pico con 368 casos que representa el 54,84%. De aquí en adelante la tendencia es hacia abajo con una frecuencia de 98 que representa el 14,61%. Esto podría concordar con la práctica de lactancia materna y luego la ablactación y hábitos alimentarios que se instauran al niño.

Estos datos se correlacionan con los datos de ENSANUT ECU, donde se observa que en los primeros 5 meses de vida, el porcentaje de retardo de talla es bajo (9.5%). A los 6 meses este porcentaje aumenta

dramáticamente (19.9%), con un pico en los 12 a 23 meses de edad (32.6%), a partir del cual comienza a descender. (22).

En la presente investigación solo se establece algún grado de desnutrición con la finalidad de saber qué acciones se realizan para prevenir la desnutrición y para darle el tratamiento que requiere el niño en forma integrada y continua, además el no haber contado con la información sobre la talla de los niños, nos impidió profundizar en este tema.

Se determina que los niños desnutridos proceden en mayor porcentaje del área urbana 82.22% para consulta externa y de 73.49% para emergencia, dejando al área rural en valores que corresponden al 17.78% para consulta externa y 26.51% para la emergencia, es importante destacar el hecho de que durante las noches, fines de semana y feriados la emergencia brinda atención del tipo de la consulta externa, lo que nos puede explicar un 9% adicional de procedencia del área rural de los pacientes de emergencia sobre los de la consulta externa.

De acuerdo a ENSANUT ECU 2011-2013, se observa que del 99.4% de la población a escala nacional tiene acceso a la electricidad, tanto en áreas urbanas (99.5%) como rurales (98.2%), así como en las áreas urbanas y rurales de la Amazonía (99.9% y 97.2% respectivamente) y en Galápagos (99.9%) Con respecto al gas, su uso es generalizado en todo el país, a excepción de la población indígena que lo utiliza en un 86.6%. Con respecto al abastecimiento de agua potable, se evidencia que el 82.3% de la

población a nivel nacional accede a este servicio. Finalmente y de forma general, se observa un bajo nivel de hacinamiento, pues alcanza una tasa del 8% a nivel nacional. El hacinamiento es mayor en el área rural (9.3%), respecto al área urbana (7,5%). (22)

La desnutrición leve es la que predomina en frecuencia en ambos grupos, teniendo que de los 428 pacientes procedentes del área urbana, 296 presentaron desnutrición leve en el área urbana y de los 143 procedentes del sector rural 115 presentaron así mismo desnutrición leve, luego se encuentra una disminución de los valores hasta llegar al grado severo en el área urbana con 42 y en área rural con 10.

A pesar de que no era uno de los objetivos conocer si los niños desnutridos que se atienden en el Hospital Básico de Sangolquí pertenecen o no al área de influencia es importante señalar que se encontró que de los niños atendidos en la consulta externa, el 81.11% **si pertenecen** al área de influencia; mientras que 18.89% **no pertenece**; y de los atendidos en la emergencia, el 74.35% si pertenece al área de influencia; mientras que el 25.65% no pertenece, o sea un porcentaje mayor de pacientes que no pertenecen al área de influencia acuden a recibir atención en la emergencia siendo este el motivo por el cual se realizó la Georreferencia del Hospital Básico de Sangolquí en relación a los lugares de procedencia de los pacientes, encontrándose que el punto más distante se encuentra a 12 Km en línea recta tomando como referencia la ubicación del Hospital, pero dada la irregularidad del terreno y las líneas de transporte público, pacientes de

lugares cercanos como Amaguaña, Pintag, Pifo, Alangasí, La Merced e incluso Conocoto, acuden al Hospital en busca de atención y actualmente de acuerdo al nuevo modelo de atención integral en salud se debe respetar la zonificación y contrarreferir a los pacientes a su respectiva área, que corresponde al SCS de Conocoto (antigua área 24). Nos detuvimos en este punto, ya que consideramos que sería necesario que las autoridades establezcan una mejor zonificación que permita a la población acceder a la atención en menor tiempo, lo que implica una mejor accesibilidad geográfica y lo que permitirá también que los recursos sean optimizados.

Se estableció la respuesta del servicio de pediatría al niño desnutrido atendido en emergencia, obteniéndose que del grupo de 581 niños, la mayoría son referidos **al domicilio**, sin considerar el grado de desnutrición, encontrándose 219 con desnutrición leve, 57 con desnutrición moderada y 21 con desnutrición severa. Le sigue en frecuencia el grupo **no se conoce el registro**, debido a que en el formulario 008 no se especifica, posiblemente por desconocimiento en el correcto llenado de formularios. A continuación los que fueron referidos a **consulta externa tanto del nivel I y II**, siendo 67 con desnutrición leve, 21 con desnutrición moderada y 9 severa. Finalmente se reportan 8 referencias; 2 para desnutrición leve y moderada y 4 para severa. Esta información nos orienta a pensar que la respuesta en la atención se limita únicamente al **motivo de la consulta sin dar importancia a otros parámetros en la atención como es conocer el nivel nutricional**

del niño, aspecto fundamental en una atención pediátrica y que requiere dar continuidad por la consulta externa.

Lo anteriormente expresado se confirma al revisar los 581 formularios 008 y encontrar 3 diagnósticos de desnutrición, el resto presenta causas respiratorias (58,69%), digestivas (23,06), eventos traumáticos emergentes (7,69%) entre otros (4,62%), los tratamientos son administrados asumiendo un adecuado estado nutricional.

De los 581 niños atendidos en la emergencia, se encontró diagnóstico de desnutrición en 3: uno en leve y dos en **grave**.

Se analizó las acciones realizadas por el servicio de pediatría frente a los niños desnutridos, que acudieron por otra morbilidad a la consulta externa, evidenciándose que de los 90 pacientes de la muestra, se encuentra el diagnóstico de desnutrición en 40, lo que corresponde al 44.4%.

Se realizó interconsulta a nutrición a 25 de ellos, con respecto a este aspecto durante el periodo de tiempo que duró la investigación, el Hospital de Sangolquí tuvo la valiosa colaboración de dos internas de nutrición, quienes colaboraron con la evaluación y nutriterapia de los niños que presentaron alteraciones.

Se encuentra diagnóstico de anemia en 15, (16.6%) mediante datos de laboratorio, ya que no se encuentran datos clínicos como la palidez palmar y conjuntival. Esta patología está relacionada frecuentemente con la desnutrición.

Se proporcionó micronutrientes a 42, (46.6%), entre chis paz, vitamina A, gluconato de Zinc y complejo B.

La entrega de chis paz se la realiza en las unidades de salud del MSP, luego de la consulta integral efectuada por los profesionales de salud. En el primer contacto, a partir de los seis meses de edad del menor, se entregará una caja con 30 sobres. Se debe indicar a la madre que debe administrar al niño o niña un sobre por día. Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando el niño o niña asista al control. Este fraccionamiento en las entregas tiene como fin preservar los micronutrientes y realizar el seguimiento al consumo del suplemento. Una vez terminados los sesenta sobres se espera un lapso de 4 meses para prescribir e iniciar un nuevo ciclo de sesenta sobres. La suplementación con chis paz debe realizarse, idealmente a los 6, 12 y 18 meses de edad del niño o niña. (24)

Tabla N° 4

Contenido del sobre de SPRINKLES o CHIPAZ			
1 gramo contiene			
Vitamina A (acetato)	400 ug	ácido fólico	150 mg
Vitamina B1 (tiamina mononitrato)	0,5 mg	Niacina (niacinamide)	6,0 mg
Vitamina B2 (riboflavina)	0,5 mg	Cobre (gluconato de cobre)	0,56 mg
Vitamina B6 (pyridoxina)	0,5 mg	Yodo (yodato de potasio)	90 ug
Vitamina B12 (cianocobalamin)	0,9 ug	Hierro (fumarato ferroso)	10 mg
Vitamina C (ácido ascórbico)	30 mg	Zinc (gluconato de zinc)	4,1 mg
Vitamina D3 (colecalférol)	5 ug	Selenio (selenio sódico)	17 ug
Vitamina E (vitamina E acetato)	5,0 mg	Ingredientes no médicos	Maltodextrina silicón dióxido

Fuente y Elaboración: MIES, Aliméntate Ecuador, MSP, USFQ.

Se solicitaron 12 interconsultas a psicología, dentro de la evaluación pediátrica, se consideró la necesidad de descartar problemas en el entorno del niño, sospechándose negligencia en 2 casos.

Otro de los factores que influyen en la desnutrición es la esfera social, para lo cual se enviaron 5 interconsultas a trabajo social, en los 5 casos se diagnosticó de riesgo social alto, lográndose el trámite de raciones alimenticias en el Patronato Municipal de Rumiñahui.

Se registran además 12 hospitalizaciones por otras causas que no indicaban desnutrición.

Se contrarrefirieron 3 niños a Conocoto por cambio de domicilio, 2 a Amaguaña, 1 a Carapungo por respetar el área de influencia, 2 al nivel I y se solicitó tercer nivel para 4 pacientes, para poder cumplir con la zonificación indicada, dos de los pacientes referidos fueron casos de desnutrición, ambos de grado severo.

Con respecto al número de consultas subsecuentes realizadas a este grupo tenemos que del total de 90 niños, 80 tuvo entre 1 y 4 consultas, llama la atención que 71 acuden solo una ocasión, lo que indica que no se pudo dar continuidad ni integridad en la atención, es decir no se tomaron en cuenta las acciones necesarias para que esos niños mejoren su estado nutricional; 10 pacientes tuvieron de 5 a 14 consultas, lo que puede estar en relación a patologías asociadas.

Dentro de la operacionalización de variables se determinó la continuidad de la atención, esta no debe limitarse al momento de la consulta. Supone que el servicio de salud asuma la responsabilidad por el niño hasta que finalice el episodio de enfermedad o el riesgo, es decir hasta la recuperación total, o hasta que haya desaparecido el riesgo, durante el episodio actual y en episodios subsecuentes, lo que significa que en los casos que hemos descrito anteriormente no se cumplió con esta característica de una buena atención; además se buscaba que la atención sea integrada, es decir que incluya acciones curativas, de prevención, promoción y rehabilitación que deben hacerse idealmente por el mismo personal de salud.

Se esperaba obtener datos acerca de la Vacunación, esto no se pudo alcanzar, posiblemente se preguntó y revisó el carné de vacunas pero no se dejó un registro en la historia clínica. Con respecto a Interconsultas solicitadas, se describió previamente.

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

1.- No se da una respuesta con integridad y continuidad tanto a aquellos que acuden por el problema de la desnutrición, así como a aquellos que buscan atención por otros problemas de salud, pero que tienen también algún grado de desnutrición.

2.- Se identificó a los niños de 1 mes a 5 años que recibieron atención en la Consulta Externa y la Emergencia del Hospital Básico de Sangolquí, durante el periodo de Enero a Junio del 2013 que presentaron algún grado de desnutrición. De un total de 4191 niños atendidos, se encuentran 671 con desnutrición, que corresponde al 16% del total de atenciones (es decir que de cada 100 niños que acuden a consulta 16 tienen algún grado de desnutrición).

3.- De los 671 niños encontrados con desnutrición, 475 presentaron un grado leve (70,79%), 132 un grado moderado (19,67%) y 64 un grado severo (9,54%).

4.-De los 671 pacientes con desnutrición 370 (55%) pertenecen al sexo masculino y 301 al femenino (44%). 1,8:1.

5.- En los primeros 6 meses de vida la desnutrición es menos frecuente 59 casos, que corresponde a un 8,79%, posteriormente la curva tiende a incrementarse hasta llegar al grupo de 13 a 24 meses donde alcanza su pico con 368 casos que representa el 54,84%. De aquí en adelante la tendencia es hacia abajo con una frecuencia de 98 que representa el 14,61%.

6.- Se determinó que los niños desnutridos proceden en mayor porcentaje del área urbana con un valor de 82.22% para la consulta externa y de 73.49% para la emergencia, dejando al área rural en valores que corresponden al 17.78% para consulta externa y 26.51% para la emergencia, se destaca el hecho que en la procedencia del área rural predomina un 9% de los pacientes de emergencia sobre los de la consulta externa.

7.-El 80,77% de los niños con desnutrición severa que proceden del área urbana fueron atendidos en emergencia, mientras que del grupo de desnutridos moderados atendidos en consulta externa, que acuden desde el área urbana, nos encontramos con un 95,24%. En cuanto al área rural se registra una mayor proporción del grupo de desnutridos severos con un 41,67%.

7.- En la consulta externa, el 81.11% **si pertenecen** al área de influencia; mientras que 18.89% **no pertenece**.

8.- De los atendidos en la emergencia, el 74.35% si pertenece al área de influencia; mientras que el 25.65% no pertenece, o sea un porcentaje mayor de pacientes que no pertenecen al área de influencia acuden a recibir atención en la emergencia siendo el motivo por el cual se realizó la

Georreferencia del Hospital Básico de Sangolqui en relación a los lugares de procedencia de los pacientes, encontrándose que el punto más distante se encuentra a 12 Km en línea recta tomando como referencia la ubicación del Hospital.

9.- Se estableció la respuesta del servicio de pediatría a la desnutrición de los niños atendidos en la emergencia, obteniéndose que del grupo de 581 niños, la mayoría 219 fueron referidos al domicilio, sin considerar el grado de desnutrición; le sigue en frecuencia el grupo de no se conoce el registro, ya que en el formulario 008 no se especifica; y, finaliza con los que fueron referidos a consulta externa; 2 para desnutrición leve y moderada y finalmente 4 para desnutrición severa.

11.- De los 581 niños atendidos en la emergencia, se encontró diagnóstico de desnutrición en 3: uno en leve y dos en severa, el resto acudió por otras patologías asociadas.

12.- De un total de 581 niños atendidos en la emergencia, 411 tuvo desnutrición leve. De este total, el 53.28% fue derivado a su domicilio; el 27.01% no se conoce donde fueron; el 16.30% fue derivado a consulta externa; el 2.92% a observación; y, el 0.49% fueron referidos a otras instituciones de salud por otras causas.

13.- Se analizó las acciones realizadas por el servicio de pediatría frente a los niños desnutridos, que acudieron por otra morbilidad a la consulta externa, evidenciándose que de los 90 pacientes que se atendieron en consulta externa con desnutrición durante este periodo, se encuentra el

diagnóstico de desnutrición en 40, lo que corresponde al 44.4%; con Interconsulta a Nutrición, a 25; se encuentra Anemia en 15, 16.6%; se proporcionó micronutrientes a 42, representa el 46.6%; y, se solicitaron 12 interconsultas a Psicología, 5 a trabajo social, se hospitalizaron 12 por otras causas que no indicaban desnutrición.

14.- Se contrarrefirieron 3 niños a Conocoto por cambio de domicilio, 2 a Amaguaña, 1 a Carapungo por respetar el área de influencia, 2 al nivel I y se solicitó tercer nivel para 4 pacientes.

15.- Con respecto al número de consultas realizadas a este grupo tenemos que del total de 90 niños, 80 tuvo entre 1 y 4 consultas, llama la atención que 71 acuden solo una ocasión, lo que indica que no se pudo dar continuidad ni integralidad en la atención; 10 pacientes tuvieron de 5 a 14 consultas, lo que puede estar en relación a patologías asociadas.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- 1.- Crear un protocolo de manejo del niño con desnutrición que incluya todos los aspectos que deben ser atendidos: alimentación, salud y el ambiente, para poder dar una atención integral.
- 2.- Mejorar la estructura de registros para los pacientes pediátricos, que pueda incluir otros aspectos como vacunación, lactancia materna, fecha de ablactación, entre otros.
- 3.- Llenar adecuadamente los registros existentes, dejando constancia del lugar donde se refiere al paciente para sus controles subsecuentes.
- 4.- Tomar las medidas antropométricas completas, que incluya el perímetro cefálico, independientemente de la patología por la que acude el niño a los servicios de atención de salud y tratar de llevar un registro conjuntamente con la madre o cuidadores para establecer alteraciones.
- 5.- Usar la estrategia AIEPI en el servicio de emergencia con el respectivo formulario.
- 6.- Reconsiderar el tiempo que se debe asignar por lo menos en la primera consulta externa que se realiza al niño para no dejar de lado la evaluación de toda la esfera, física, social y mental del paciente pediátrico.

- 7.- Crear manuales amigables para la madre o cuidadores que nos permitan darle una adecuada orientación en el aspecto nutricional, desde lactancia materna hasta la edad adulta.
- 8.- Considerar una mejor zonificación de acuerdo a la accesibilidad geográfica. Esto no es intrínseco para Pediatría, pero ayudaría a una mejor atención al paciente y optimización de recursos.
- 9.- Calibrar periódicamente los equipos que se usan para el peso y talla.
- 10.- Estandarizar el procedimiento de toma de medidas antropométricas.
- 11.- Dar a conocer a las autoridades del Ministerio de Salud Pública los resultados obtenidos en la presente investigación.

BIBLIOGRAFIA

1. Aparicio B. Víctor (2009). Evaluación de servicios de salud mental. 1ª. Edic. Edit. AsocEspNeuropsiquiatria. Pag. 366
2. Banco Mundial. (2007). Insuficiencia Nutricional en Ecuador. Quito
3. Blanco R. Jorge H.y cols. (2005). La integración de los servicios de salud pueden definirse como. 2ª. Edic. Edit. Corporación para Investigaciones Biológicas
4. CEPAR-ENDEMAIN (2013). Encontrado en: http://www.cepar.org.ec/endemain_04/nuevo05/provincia/datosb_p.htm
5. El Nuevo Empresario (2013). Ecuador disminuyó índices de desnutrición infantil. Por: Manuel Guerrero. Edición: lunes 18 de febrero del 2013. Encontrado en: http://www.elnuevoempresario.com/ecuador_199126_ecuador-disminuyo-indices-de-desnutricion-infantil.php
6. Galdeano, Nicolás (2009). Continuidad de cuidados entre atención especializada y atención primaria. Dcto. Original. Encontrado en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf>
7. <http://www.who.int/childgrowth/standards/es/> OMS.
8. Huamán L, V. C. (2005). Estado Nutricional y características del consumo alimentario de la población Aguaruna. Perú: Amazonas.
9. INEC (2005). Encuesta de condiciones de vida.
10. INEC (2010). Censo de Población y Vivienda.

11. INEC. (2008). Encuestas de condiciones de vida. Ecuador.
12. Malagón Londoño, Garantía de Calidad en salud. Colombia 2001
13. Martínez C, M. L. (2007). Manual práctico de Nutrición en Pediatría, Valoración del Estado Nutricional. AEP.
14. Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012). Acuerdo ministerial 0000 1203 MSP. 2012/06/14.
15. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2013) Subsecretaría Nacional de Gobernanza de la Salud Pública. “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud – MAIS”
16. Ministerio de Salud Pública. (2013) “Manual del Modelo de Atención Integral de Salud - MAIS”
17. Moreno A. et Al. (2007). Guías Terapéuticas. Directrices para el desarrollo y la evaluación de guías terapéuticas: elementos y recomendaciones para su diseño y elaboración. MedClin. Pag. 100-110.
18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. OPS/OMS (2008). Sistemas Integrados de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C
19. Silva E, C. A. (2006). Estado Nutricional de los niños en edades comprendidas de 2 a 4 años en la Morena del Municipio de San Carlos. San Carlos: Universidad Rómulo Gallegos.
20. Whoanthro. Sofware del MSP.
21. www.ruminahui.gob.ec/sites/default/files/esia-hospsangolqui.pdf

22. Freire W.B. Ramírez M.J. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del Ecuador. ENSANUT-ECU 2011-2013. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadística y Censos. Quito, Ecuador.
23. <http://www.andes.info.ec/es/no-pierda-sociedad/ecuador-tiene-objetivo-erradicar-desnutricion-cronica-infantil-hasta-2017.html#4253>.
24. http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/NORMAS_PROTOCOLO_S_SUPLEMENTACION_MICRONUTRIENTES.pdf
25. <http://ecuador.nutrinet.org/ecuador/situacion-nutricional/58-las-cifras-de-la-desnutricion-en-ecuador>
26. http://www.who.int/childgrowth/standards/peso_para_edad/es/index.html
27. http://www.elizalde.gov.ar/area_medica/ateneos/tablas%20de%20crecimiento%20ferraro.pdf

Anexo N°2 Ficha de Recolección de datos para niños con desnutrición atendidos de enero a junio del 203 en Emergencia

Nº	NOMBRES Y APELLIDOS	COD	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE ATENCION	PROCEDENCIA	EDAD	PESO	SCORE Z	DIAGNOSTICO	REF	CON EXT	O	DOM	NO HAY REGISTRO
														X	
														x	
														X	
														x	

Elaborado por: Dra. Paola Luna Rodríguez