

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**TRABAJO MONOGRÁFICO
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO**

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS USUARIOS ASISTENTES AL PROGRAMA, DE LA VIGILANCIA Y PROMOCIÓN DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (VPCD), EN EL CENTRO DE SALUD RAYMUNDO GARCIA DEL MUNICIPIO DE SOMOTILLO, EN EL PERIODO AGOSTO – SEPTIEMBRE DEL 2006

TUTOR

Dr. Ángel Torres
Pediatra - Neonatólogo

AUTOR

Br. Manuel Alberto Millón Vallejos.

León, Nicaragua 2007

¡A la libertad por la universidad!

ÍNDICE

| <u>CONTENIDO</u> | <u>Págs.</u> |
|---|---------------------|
| Introducción | 1 - 2 |
| Justificación | 3 |
| Planteamiento del Problema..... | 4 |
| Objetivos | 5 |
| Marco Teórico | 6-32 |
| Diseño Metodológico | 33-34 |
| Operacionalización de las variables | 35-37 |
| Resultados..... | 38-43 |
| Discusión..... | 44-46 |
| Conclusiones..... | 47-48 |
| Recomendaciones..... | 49 |
| Referencias Bibliográficas | 50-51 |
| Anexos..... | 52 |

OPINION DEL TUTOR

El estudio de la “Evaluación de la Calidad de Atención de los usuarios asistentes al programa, de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD), en el centro de salud Raymundo García del municipio de Somotillo, en el periodo agosto – septiembre del 2006” es un trabajo de Servicios de Salud, representa un esfuerzo del joven Br. Manuel Alberto Millón Vallejos, al llevar a cabo una evaluación en el desarrollo del VPCD y al mismo tiempo coincidir con las aspiraciones de las autoridades y del Departamento de Salud Pública.

Su importancia radica en el empleo de diferentes métodos cuali-cuantitativos, permite dar una visión de las condiciones de sus recursos, de cómo se están realizando las actividades destinadas a la evaluación de la calidad del programa de la VPCD, los conocimientos, las prácticas de las madres y de su grado de satisfacción.

Considerando que sus resultados muestran una realidad poco alentadora, existe la oportunidad de reflexionar, para reorientar el servicio, que puede ser posible con la decidida participación de las autoridades y el personal involucrado.

Una lección aprendida es la relacionada con la aplicación de los instrumentos de evaluación, cuando se quiere explorar la importancia que le dan a las conductas de parte de las madres, conviene el uso de otras formas de evaluación.

Dr. Ángel Torres.

DEDICATORIA

Este estudio es dedicado a Dios, hacedor de todas las cosas, por haberme dado la suficiente sabiduría y entendimiento para cumplir uno de mis más grandes sueños.

A mi familia, que a pesar de las dificultades me apoyó incondicionalmente deseándome de todo corazón sea un profesional de éxitos.

A mis dos padres Manuel Millón que desde los cielos me brinda bendición y Omar Toledo me da su apoyo incondicional y esta conmigo en todo momento de mi vida .

A las Hnas. Mercedarias de la Ciudad de El Viejo, que con su corazón bondadoso me ayudaron a seguir adelante para culminar un sueño anhelado.

AGRADECIMIENTO

A los usuarios externos del centro de salud Raymundo García del municipio de Somotillo gracias por su colaboración para que este estudio fuese posible, espero que la información que está en este documento sirva para mejorar la calidad de la atención que reciben.

A nuestros amigos y maestros Dr. Ángel Torres, por haberme guiado en la realización de esta investigación con sus años de experiencia, paciencia y jovialidad.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua UNAN León por haberme albergado y darme la oportunidad de estar en sus prestigiosas aulas de clases.

A mis mejores amigos: Reynaldo Gilberto Montalbán Sánchez y Karla Patricia Membreño Martínez por compartir conmigo momentos de alegrías y algunos momentos difíciles.

Al personal de salud de la unidad Raymundo García del municipio de somotillo por su ayuda y hacerme más fácil mi año de Servicio Social en su comunidad.

RESUMEN

Autor: Manuel Alberto Millón Vallejos. Evaluación de la calidad de atención de los usuarios asistentes al programa, de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo (VPCD), en el centro de salud Raymundo García del municipio de Somotillo, en el periodo agosto – septiembre del 2006

Palabras claves: Calidad, Vigilancia, Promoción, Crecimiento, Desarrollo, Evaluación, Actitudes, Prácticas y Satisfacción de las madres.

El estudio tenía como finalidad evaluar la calidad de atención de los usuarios asistentes al programa de la VPCD en el centro de salud Raymundo García del municipio de Somotillo.

Se basó en una combinación de métodos y técnicas cuali–cuantitativas: observación, para conocer los recursos disponibles y el proceso de atención; encuestas a tutoras de niños asistentes a la VPCD, para saber sus apreciaciones sobre la calidad de atención, de las cuales participaron en este estudio 86 madres tutoras.

Se encontró que los recursos humanos están capacitados para desarrollar apropiadamente las actividades de la VPCD. No se dispone de materiales para realizar con propiedad todas las actividades que tiene el programa. Así mismo, las madres están recibiendo orientaciones sobre las actividades que emplea la VPCD.

Si bien la mayoría de las madres están conscientes de que pueden influir favorablemente sobre el desarrollo de sus niños mediante el trato que les brinden, conocen poco sobre actividades que pueden hacer con tal fin.

Las madres se sienten satisfechas con la atención recibida, aunque al final de las entrevistas, algunas recomendaban mejor atención.

INTRODUCCIÓN

La vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo (VPCD) se ha identificado como fundamental para dar seguimiento no solo al estado de salud de los niños, sino a la identificación de las alteraciones que puedan afectarlos a fin de proporcionar oportunamente las correcciones. En el entorno de un país es un excelente criterio para determinar el equilibrio entre las dimensiones sociales y económicas del desarrollo del mismo.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo es el eje de alrededor del cual se ordenan todas las acciones de salud infantil. De modo que también podría decirse que el crecimiento y desarrollo de los niños de una comunidad determinada revela la eficacia global de las intervenciones, tanto preventivas como curativas.

El crecimiento y desarrollo son indicadores sensibles de la salud y la nutrición de una población. Muchos estudios han demostrado que hay una relación entre el pobre crecimiento de los niños y la mortalidad infantil. (1,2)

Se han observado en niños menores de cinco años que en los grupos poblacionales en los que registran menor talla y peso, les corresponde mayor mortalidad infantil. Mucho antes de hacerse evidente los signos de mal nutrición, se pueden detectar, a través del control, donde el proceso de crecimiento es lento, se ha detenido. Las desviaciones encontradas en su medición implica la presencia de agentes agresores que, de acuerdo a su persistencia e intensidad, limita el desarrollo de esa potencia, por tal motivo la VPCD se identifica como un indicador directo y positivo de la salud integral.

Por peso se entiende el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento del número y tamaño de células que conforman los órganos, tejidos y sistemas del cuerpo humano.

El crecimiento somático es el resultado de equilibrio entre los nutrientes que se ingresen al organismo, su adecuada utilización y la excreción de los productos de desechos. Su manifestación es el aumento proporcional del peso y la talla para la edad determinada. Ante una agresión aguda por ejemplo una infección, lo primero que se identifica es la caída de peso, si la agresión persiste y se forma crónica se manifestará en la interrupción del ritmo de crecimiento de la talla. (1,2)

Por el desarrollo se entiende el proceso por el que los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones. Esta capacidad de maduración se expresa a través de la aparición de nuevas funciones como sentarse, caminar bien etc. De algunos eventos como la aparición de la menstruación en las niñas, aparición de un diente etc.

El inadecuado equilibrio en la interacción del individuo con el medio físico y social trae retraso en el potencial de desarrollo; si los tiempos del desarrollo tienen variaciones normales de maduración, así hay niños que caminan a los 10 meses, otros a los 16, cada niño tiene una velocidad de desarrollo que le es procreada.

En síntesis el desarrollo es un proceso dinámico de interacción sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales que generan nuevas conductas y comportamientos a través de la interrelación de los individuos con el medio. (1,2)

El programa de la VPCD en el país es la mejor forma de influir positivamente de la plena utilización de la potenciabilidad de cada niño nicaragüense y de brindar correctivos oportunos a los factores negativos, que en el país se manifiestan por tasa elevadas de mortalidad infantil (64 por mil nacidos vivos), alta incidencia de infecciones diarreicas y respiratorias, desnutrición aguda y crónica, retraso en el desarrollo, etc.

Este programa, como eje y columna vertebral de la atención al niño, nos permitirá desarrollar las acciones que en forma integral promueven la salud y bienestar del niño nicaragüense. (1,2)

En estudios anteriores desarrollados en el municipio de León por estudiantes de medicina de la UNAN – León, muestran debilidades en la calidad con que están desarrollando las actividades de la VPCD de los niños. En efecto se encuentra escasez de recursos materiales; los recursos humanos asignados a esta actividad eran insuficientes y había un deficiente cumplimiento de las normas, a estos problemas se agregaban dificultades con los ambientes, tiempo de espera prolongados y quejas del trato brindado por el personal. (3)

JUSTIFICACIÓN

La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo del niño constituye el pilar fundamental para la prevención de las enfermedades prevenibles por vacunas y el monitoreo del desarrollo psicomotor de la niñez contribuyendo a mejorar la condición de vida de nuestros niños.

En nuestro país existen estrategias de manejo en cuanto a las enfermedades prevenibles por vacunas pero, existen muchas limitaciones para que estas se cumplan en un 100%, incluyendo el abordaje, proyección por parte del personal de salud, además no existen estudios con énfasis en el monitoreo de la calidad del programa en nuestro centro de salud.

Por tal razón consideramos de importancia el desarrollo del presente estudio, así de esta forma contribuir a mejorar las deficiencias y conocer las limitaciones que el programa presenta, esto a través de los usuarios.

Por tal razón con este estudio pretendo contribuir en la ampliación de información existente en el MINSA acerca de las causas de inasistencia y de esta forma intervenir en esto, para mejorar la cobertura y garantizar la accesibilidad al programa, al igual que es importante para el desarrollo socioeconómico del país lograr que la niñez desarrolle todo su potencial y una adecuada promoción del desarrollo infantil a través de una adecuada conducta familiar, a su vez promovida por los centros de salud podría ser de utilidad, para tal fin se decidió profundizar en este estudio sobre la calidad con que se están desarrollando las actividades de evaluación y promoción del desarrollo infantil en las unidades de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Cómo es la calidad de atención de los usuarios asistentes al programa de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) , del centro de salud Raymundo García del municipio de Somotillo, en el período de agosto – septiembre del 2006 ?

OBJETIVOS

General:

- Valorar la calidad de atención de los usuarios asistentes al Sub-programa de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y desarrollo (VPCD), del programa AIMNA en el centro de salud Raymundo García en el período de agosto – septiembre del 2006.

Específicos:

- 1- Valorar el grado de satisfacción del usuario externo con la atención recibida en la VPCD.
- 2- Valorar las aplicaciones de las normas de atención por parte del usuario asistente a la VPCD.
- 3- Analizar el resultado alcanzado por el componente y su cobertura

MARCO TEORICO

1- INTRODUCCION

1- Calidad de la evaluación de las actividades del programa de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y desarrollo.

En lo referente al sector salud se han difundido varias definiciones, entre las más relevantes:

Es el desempeño apropiado de las intervenciones que se saben son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tiene la capacidad de producir un impacto, sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición (M.I Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS – 1988) o la mas conocida; Proporcionar al paciente el máximo y mas completo bienestar, después de haber considerado el balance de las ganancias y perdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplica (médicos, enfermeras, administradores) con su somovisión y formación académica (Dr. Adevis Donabedian -1984) siendo este último la regencia obligada al respecto por ser quien mas ha investigado y escrito cobre el tema

Ante los cambios implementados en el sector salud por las políticas neoliberales de la globalización se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud para competir en el libre mercad, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes de las instituciones de salud y garantizar su lealtad con la institución y por ende la supervivencia de la misma.

Calidad de la evaluación del componente (VPCD) se expresa en tres dimensiones:

- 1- La técnica científica
- 2- La administrativa
- 3- La humana

Calidad se define, en la dimensión técnica científica, como la aplicación de ciencia y tecnología médica de manera que se maximicen sus beneficios a la salud sin aumentar sus

riesgos. La dimensión técnica está determinada por el estado de la ciencia médica y la tecnología en un momento dado. Esta es la frontera tecnológica, en esta el usuario tiene poca capacidad y posibilidad de evaluar y calificar, por lo cual presupone que la institución como mínimo garantiza estos aspectos y son las entidades de control y las agremiaciones científicas las llamadas a verificar que los profesionales y las instituciones de salud cumplan con parámetros mínimos que garanticen a la sociedad servicios seguros y con un mínimo de estándares.

Calidad en la dimensión administrativa; referida a las relaciones prestadores consumidores que se relacionan con los procesos de atención que dispone la organización y se hace especial énfasis en la dimensión humana.

Calidad en la dimensión humana está referida a la medida en que hay conformidad con los valores, las normas, las expectativas y las aspiraciones de los proveedores y los usuarios. La conformidad es buena, además, en la medida que el proceso interpersonal contribuye al fracaso o al éxito de la atención técnica; contribuye al balance entre beneficios y riesgos que resultan de esa atención. Otro lado, la dimensión interpersonal es manejada por normas que se derivan de principios éticos, valores y reglas que rigen las relaciones interpersonales en general. Utilizando las categorías descritas anteriormente en relación a los tipos de evaluación, la calidad del proceso se refiere al comportamiento normativo de acuerdo a cada dimensión. La evaluación de calidad en términos de estructura se usa como medida indirecta de calidad en el sentido que aumenta o disminuye la probabilidad de buen desempeño. Finalmente, el resultado es otra medida indirecta en la determinación de calidad; se usa como el cambio en el estado actual y futuro de salud que puede atribuirse a la atención. La dimensión humana tradicionalmente es desconocida y poco tratada cuando se habla de calidad siendo la parte fundamental de la atención en salud y que la razón de ser del servicio de salud es el ser humano como un todo biosicosocial. En los últimos años ha existido un boom de las teorías de la calidad en la administración en los servicios de salud y se han idolatrizado diferentes teorías administrativas como la tabla de salvación de las organizaciones hospitalarias antes la implementación de reformas en el sector, la globalización de la economía y la exigencia de calidad en los servicios de salud. Con la

implementación de estas modas administrativas solo se han logrado cambios puntuales que de por sí no se sostienen en el tiempo, ni profundizan sobre los verdaderos aspectos de la calidad en la atención en salud, convirtiéndose en intentos parciales y desintegrados que obedecen más a satisfacer el ego gerencial que a una genuina transformación institucional en búsqueda de la calidad de servicios.

Generalmente, la mayoría de las acciones de las personas que trabajan en salud, especialmente en pediatría, están dirigidas a la prevención, diagnóstico y al tratamiento de patologías y muy pocas a la promoción y estímulo de la salud de los niños, quizás porque se desconoce que las manifestaciones conductuales son un adecuado indicador de salud y que su estimulación permite desarrollar, expresar e ir modelando al individuo a través de su proceso vital. La Política Nacional de Salud (2004 - 2015), asume como calidad, el mejoramiento de la capacidad resolutoria de los servicios de salud de modo que garantice rápida atención, buen trato y seguridad de los servicios recibidos haciendo énfasis en los dirigidos a la mujer y niñez. Esto se logrará a través del establecimiento de estándares de calidad de la atención para los servicios con mayor agudeza en los servicios antes mencionados. Los investigadores de administración estudiosos de la calidad Freeman E. y col. (1006) enuncian la importancia de la calidad reconociendo en Juran J., que la Calidad es la capacidad que tiene un servicio para satisfacer las verdaderas necesidades del cliente.

Para el mejoramiento de los servicios de salud la Gerencia de la Calidad (2001), propone una cultura de la calidad de las instituciones, la que requiere valorar su Estructura, Proceso y Resultados. Se entiende por estructura todos los elementos existentes en el ecosistema con que va a funcionar el programa entre ellos: recursos humanos (médicos, enfermeras, odontólogos, otros, por habitantes). Los económicos referidos al (presupuesto anual por habitantes). Infraestructura (unidades de salud por habitantes).

En los Indicadores de la evaluación, según Toruño, A y Munguía F. (2003) ,la evaluación del proceso esta basado en la realización de muchas acciones, las cuales se puede considerar ver informes, capacidad de modificar conductas negativas, aprender el comportamiento que conforma el programa o proceso al que pertenecemos, saber en que grado se están llevando a cabo acciones planificadas, comprende el rendimiento (consultas por médico, número de consultas atendidas, divididas entre el número de horas - médico programadas para esta actividad), el porcentaje en que se alcanza una meta de actividades.

1.1 Formas de evaluación de los servicios

La forma de evaluación de los servicios de salud principalmente la del programa de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo del niño se realiza de dos maneras: La evaluación cuantitativa con indicadores que realiza la descripción de indicadores, cobertura y resultados y la evaluación cualitativa resume e interpreta la manera en la que el personal de salud brinda la atención al usuario externo.

A- Evaluación cuantitativa con Indicadores

Los instrumentos que realiza la evaluación son los indicadores. Un indicador es una variable que se puede medir, la descripción de la realidad a través de indicadores y su cambio con el tiempo es un trabajo muy importante y satisfactorio para el médico que trabaja con poblaciones.

La cobertura que no es más que el porcentaje de la población que recibe un determinado servicio el cual es obtenido a través de encuestas; la Equidad: equiparación de oportunidades de recibir servicios de salud, en una realidad en marcadas diferencias de acceso a los mismos y la concentración referido al promedio de determinadas actividades de salud por persona captada. Además son necesarios algunos indicadores cualitativos como la calidad de la planificación, la organización, dirección y sistema de control y evaluación. La calidad técnica de la prestación en la atención, es mediante comparación con los procedimientos normalizados; auditorios de la práctica médica y tiempo que toma la atención de las personas.

En relación a los Resultados estos se caracterizan por la efectividad de los cambios de salud en las personas, o factores determinantes del estado de la salud (conocimientos de la población) y su eficiencia esta determinada en la proporción que existe entre beneficios y costos de servicio.

De acuerdo a los requerimientos necesarios para evaluar programas es preciso saber si los recursos encargados de preservar la salud de los(as) niños(as) están verdaderamente realizando los métodos y técnicas adecuados para la evaluación del programa de la VPCD y en que medida cumplen con los objetivos del mismo.

B- Evaluación cualitativa

En la evaluación cualitativa los indicadores resumen en forma muy concisa los cambios de los servicios de salud que se han experimentado o las repercusiones en el programa; no obstante la elaboración de los indicadores necesita tiempo y dedicación; la interpretación depende hasta cierto grado, del conocimiento de los expertos por lo que es importante utilizar los métodos cualitativos de la evaluación: observación participante, discusión en grupos, estudios de casos individuales.

La importancia de la evaluación del programa es que el personal de salud brinde una atención integral, rápida, buen trato y seguridad de los servicios recibidos haciendo énfasis en los dirigidos a la mujer y niñez, también una atención de calidad a los usuarios externos (clientes) dándoles respuesta a sus necesidades las cuales deben estar en función de los objetivos de atención de la institución o bien en nivel atención primaria/preventiva.

C- Calidad de la atención a la población

En Nicaragua la Reforma del Sector Salud que analiza en el Modelo de Atención Integral en salud (2003), ha tenido varias etapas, la más reciente (1991) dio inicio con la conformación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), con el objetivo de consolidar el proceso democrático y de participación de la sociedad civil en la gestión de los servicios, mejorando la eficiencia tanto en la gestión de los recursos del Estado, como Calidad y la oportunidad de los servicios públicos para la población nicaragüense.

Los principales esfuerzos del Estado, establecidos en el Mejoramiento de la Gerencia de Calidad (2001) están orientados a mejorar la calidad de los beneficios en el sector social y especialmente en educación y salud. El análisis de situación de salud actual indica problemas de eficiencia, equidad en el acceso, financiamiento y de calidad, en un entorno donde las necesidades son crecientes y los recursos son cada vez más limitados. Sobre la base de la legislación vigente y el Plan Nacional de Desarrollo, se esta elaborando y consultando el modelo de Atención; el cual no sólo pretende ampliar la cobertura de los servicios de salud, reordenar, racionalizar el uso de los servicios de salud, y físicos con que cuenta el sector salud, sino que busca mejorar la equidad, la calidad, eficiencia y eficacia, así como incrementar la satisfacción de sus usuarios y proveedores en el sector.

La Ley General de Salud No. 423 y Reglamento (2002), en el Art. 119 y 124, mandata un sistema de garantía de Calidad, el que esta integrado por el conjunto de normas y acciones dirigidas a promover la calidad en la gestión y provisión de servicios de salud, a fin de

lograr el máximo beneficio del usuario al menor costo y menor riesgo; este sistema estará compuesto por: 1) Habilidad de establecimientos. 2) Acreditación de establecimientos. 3) Auditorias de la calidad de la atención médica. 4) Regulación del ejercicio profesional. 5) Tribunales bioéticos. Por tanto la calidad significaría el cumplimiento de las normas técnicas y la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios con soluciones técnicamente óptimas; por lo que mejorarla implica implantar un proceso de búsqueda de los medios que modifiquen la calidad técnica de la atención y aumente la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios.

La OPS/OMS proponen como definición en el Mejoramiento la Gerencia de la Calidad (2001), en las instituciones de salud lo siguiente:

- 1) Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos e internos.
- 2) Impacto positivo en la salud del usuario externo.
- 3) Un mínimo de riesgo para los usuarios internos y externos.
- 4) Un alto nivel de excelencia profesional del personal.
- 5) Uso eficiente de los recursos de la institución.

El Mejoramiento de la Gerencia de Calidad (2001), en las instituciones de salud enuncia que la Calidad se considera como características relacionadas con el desempeño de la atención médica:

- 1) La eficacia del procedimiento o tratamiento con relación a la condición del usuario: hasta que grado se logra alcanzar el resultado deseado de la atención.
- 2) La disponibilidad de una prueba, procedimiento o servicio para el usuario que lo necesite: hasta que grado la atención está disponible para satisfacer las necesidades sentidas.
- 3) La puntualidad con que una prueba, tratamiento, procedimiento o servicio necesario es proporcionado al usuario, lo que significa en que grado la atención se proporciona en el momento más beneficioso o en el que es absolutamente necesario.
- 4) La seguridad del usuario a quien se proporciona el servicio: hasta que grado se reduce el riesgo de una atención.
- 5) La eficiencia con la que se proporcionan los servicios la relación entre los resultados de una atención y los recursos utilizados para brindarla.

6) El respeto y el cuidado con el que se brindan los servicios referido al grado de participación de los usuarios en las decisiones sobre su atención, la sensibilidad y respeto hacia las necesidades, expectativas y diferencias individuales, por parte de los prestadores del servicio.

El Modelo de atención integral en salud, (2003), la provisión de los servicios dirigida a los grupos vulnerables, se propone atender a la niñez que abarca el grupo que inicia desde que un ser humano es concebido y abarca a los individuos hasta antes de cumplir los 10 años de edad.

El embrionario y fetal comprende la atención o cuidado de los(as) niñas en este período se realizan a través de los controles prenatales a sus madres. El neonatal o de recién nacido: comienza en nacimiento y termina en 28 días completos desde el nacimiento. Dentro de este período esta el neonatal temprano que comprende hasta los 7 días completo después del nacimiento. El post neonatal que cursa desde los 29 días hasta antes de cursar el primer año, son los niños llamados cero años. Post natal los lactantes menores, son los niños menores de un año.

Los preescolares comprenden a los(as) niños de 1 a 4 años, es muy importante para el desarrollo sano y el crecimiento adecuado de los mismos. Los lactantes mayores pertenecen a este grupo y son los niños de 2 a 3 años, es durante los primeros dos años de vida en que el peligro de desnutrición crónica afecta más al ser humano, es en este período donde hay que proteger de mejor manera el capital intelectual de los niños(as) evitándole las secuelas irreversibles que deja la desnutrición.

El niño escolar que comprende a los niños(as) de 7 a 9 años. El énfasis de la atención en este grupo poblacional se debe dirigir a la vigilancia del control del crecimiento y desarrollo del niño(a), la vigilancia alimentaria, la detección precoz y el tratamiento oportuno a enfermedades prevalente y atención a la niñez en circunstancias difíciles.

Se debe tener en cuenta que es la niñez en el periodo que se aprenden y consolidan muchos de los estilos de vida que serán reproducidos en la vida adulta y que serán determinantes en la situación de salud y enfermedad de cada persona y además que es el principal vehículo de dicha formación en la familia, teniendo como apoyo importante a la escuela.

Los derechos fundamentales de los usuarios según el Mejoramiento de Gerencia de Calidad (2002), son de vital importancia por lo que se hace necesario tenerlos presentes y de esta manera saber en que medida se están cumpliendo:

A) Respeto y Dignidad que trata del derecho a recibir un trato respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia.

B) Identidad, derecho a saber la calificación profesional de los individuos que le estén brindando servicio.

C) Seguridad personal, el derecho a esperar una seguridad razonable en la medida que las intervenciones preventivas, curativas, de rehabilitación y las del servicio lo permitan.

D) Comunicación, derecho de salud para que se realice en el idioma predominante de la comunidad.

E) Información referida que sea completa y actualizada de las actividades de atención, promoción y prevención, para poder así decidir sobre su participación voluntaria.

F) Consentimiento, es el derecho a participar, razonablemente informado en las decisiones relacionadas al cuidado de la salud. Por lo que siempre debe darse una explicación clara y concreta de los procedimientos, los riesgos y las posibilidades de eficacia o falta de un tratamiento preventivo, curativo o de rehabilitación.

El lema de múltiples campañas de los grupos de derechos humanos en este mundo convulsionado y afectado por múltiples guerras es "Humanizamos la guerra" y desafortunadamente es el mismo "Hay que humanizar la atención en salud" que día a día esgrimen los grupos de defensores de los derechos de los usuarios de los servicios de salud, en un servicio por naturaleza propia debería ser humanizado. Maimónides afirmó " EL bienestar del alma sólo puede obtenerse cuando se ha garantizado la del cuerpo ". Hay un papel fundamental que debe cumplir el médico y el personal de salud cual es el del conocimiento del paciente, de sus aspectos biológicos, familiares, psicosociales y espirituales y del acompañamiento, apoyo y soporte al paciente enfermo y a su familia, sin olvidárenos que están sufriendo física, moral y psicológicamente y por lo tanto esperan un trato cordial, comprensivo solidario, compasivo y respetuoso del sufrimiento que lo hagan sentir que se encuentre entre amigos preocupados por su bienestar y no que se sienta como un objeto de un negocio, una mercancía o peor aun un capital económico al que hay que exprimir y sacarle el mayor provecho.

La característica fundamental del niño es la de un individuo en crecimiento. Este proceso es visualizado por la madre quien lo comprueba y compara en cada momento de la vida diaria.

Sin embargo ella reconoce, generalmente la necesidad de un control para corroborar que el proceso se realice en forma normal; De ahí que su pregunta: ¿ Crece mi hijo normalmente ¿, es seguramente la mas escuchada en todo lugar en donde se atienden niños y revela la preocupación de las madres por sus hijos.

Esta pregunta requiere una respuesta precisa que debe ser dada según el nivel que se efectúa la consulta, ya sea por el médico, la enfermera o el integrante del equipo de salud a cargo de la entrevista, teniendo en cuenta que el niño debe crecer con ciertos parámetros para ser considerado normal.

El registro del peso y la talla constituye el método mas apropiado a nivel de atención primaria para detectar desviaciones del crecimiento, a la vez que permite realizar un diagnóstico del estado nutricional.

2- TÉCNICA E INSTRUMENTOS A USARCE PARA EL REGISTRO ANTROPOMÉTRICO

El personal encargado debe estar bien adiestrad. Es conveniente constatar periódicamente que las mediciones se efectúan en forma correcta. Además del peso y la talla, se incluyen otras medidas que también reflejan el proceso de crecimiento y que en algunas ocasiones puede usarse como medida alternativa (por ejemplo. Perímetro cefálico, perímetro máximo del brazo.)

2.1 Peso

Instrumento: donde se disponga debe utilizarse una balanza. Para pesar lactantes y el niños pequeños se utiliza la balanza de lactantes con graduaciones cada 10 gramos. Para niños mayores debe usarse una balanza de pie con graduaciones cada 100 gramos.

Las balanzas de resorte (tipo salter) se utilizan en muchas comunidades. Es un instrumento recomendado, con graduaciones cada 100 gramos. Además es fácilmente transportable.

Técnica:

Debe pesarse al niño sin ropa, de esto imposible, debe descontarse posteriormente el peso de la prenda usada, se coloca al niño sobre la balanza y se efectúa la lectura hasta los 10 y 100 gramos completos, según la balanza que se use.

2.2 Longitud Corporal (Acostado)

Debe medirse en esta posición hasta los 24 meses de edad, a partir de esta edad se medirá la estatura o talla (altura corporal en posición de pie)

Instrumento: Cualquiera sea el instrumento usado, debe reunir las siguientes condiciones :

- 1- Una superficie horizontal dura (puede ser una mesa de madera común u otro material adecuado)
- 2- Una regla o cinta de metal graduada en centímetros y milímetros a lo largo de la mesa o superficie horizontal. A los fines prácticos es mejor que la cinta métrica graduada se encuentre fija en la mesa.
- 3- Una superficie vertical fija en un extremo de la mesa y de la cinta métrica (coincidiendo con el cero de la escala) en ángulo recto con el plano horizontal.

Técnica: Es conveniente que la medición sea efectuada con ayuda de la madre.

El niño se apoya acostado sobre la superficie horizontal. El ayudante mantiene la cabeza en contacto con el extremo cefálico de dicha superficie, contra el plano vertical fijo.

La persona encargada de efectuar la medición extiende las piernas del niño, apoyando una mano sobre las rodillas y manteniendo los pies en ángulo recto, desliza la superficie vertical móvil hasta hacer contacto con los talones del niño, efectuando entonces la lectura correspondiente.

2.3 Estatura o talla (altura corporal en posición de pie)

Instrumento: Deberá consistir en una superficie vertical rígida con una escala en centímetro fija a ella y una superficie horizontal móvil en ángulo recto con la anterior. El plano móvil se desliza libremente hacia arriba y abajo. El plano inferior fijo está dado por el suelo o cualquier plano de apoyo sobre el, que sea coincidente con el cero de la escala de medición.

Se puede utilizar como superficie vertical una pared, que deberá estar en escuadra (plano vertical estricto en ángulo recto con el plano horizontal). Se fija sobre la pared una cinta inextensible de dos metros.

Muchos instrumentos usados en la práctica carecen de esta característica y brindan información errónea en las mediciones.

Técnica: Se debe medir al niño descalzo y sin medias ya que estas pueden ocultar un elevamiento ligero de los talones. El sujeto se para de manera tal que sus talones, glúteos y cabeza estén en contacto con la superficie vertical. Puede ser necesario que un asistente (la madre) sostenga los talones en contacto con el piso especialmente cuando se trata de medir niños pequeños. Los talones permanecen juntos y los hombros relajados para evitar desviaciones en la columna. La cabeza debe sostenerse de forma que el borde inferior de la órbita coincida con el meato del conducto auditivo externo en el plano horizontal.

Las manos deben estar sueltas y relajadas, se desliza entonces la superficie horizontal hacia abajo a lo largo del plano vertical y en contacto con este, hasta que contacte con la cabeza del sujeto. Se le pide que haga una inspiración profunda relajando los hombros y estirándose, tratando de alcanzar la mayor altura posible. En dicho momento se realiza la lectura correspondiente de la escala.

2.4 Circunferencia craneana

Instrumento: cinta flexible de acero, la cinta debe ser metálica, ya que la de material plástico se deforma con el uso, debe así mismo ser angosta y de aproximadamente 0.5 cm . Si la circunferencia craneana es pequeña y la cinta es ancha, el error de medición se incrementa.

Técnica: manteniendo la cabeza fija, se medirá la circunferencia máxima colocando la cinta con firmeza alrededor del hueso frontal en su punto mas prominente (protuberancia) , rodeando con la cinta la cabeza al mismo nivel por cada lado y aplicándola sobre la prominencia occipital externa en el dorso.

2.5 Circunferencia del brazo

Instrumento: Banda o brazaletes braquial.

Técnica: El brazo izquierdo cuelga relajado, en posición natural del cuerpo, se flexiona el codo en ángulo recto.

En esta posición la superficie lateral del brazo debe mantenerse en una línea horizontal, a la altura del punto medio de una línea vertical que une el ángulo acromial y la punta del olécranon.

Se endereza entonces el codo, se pasa la cinta horizontalmente alrededor del brazo a nivel de la marca, en contacto con la piel en toda la circunferencia pero sin comprimirla

3- ERRORES EN EL REGISTRO DE LAS MEDICIONES

Aún contando con el material necesario y el personal adiestrado adecuadamente, queda un margen para incurrir en algunos errores durante el registro de las medidas antropométricas.

Ellos dependen:

- a) Del sujeto: Para el registro de cada medida se requiere que el niño adopte una actitud y una posición determinada. Si es inquieto y se mueve constantemente en la balanza y no mantiene la posición de pie adecuada, las mediciones de peso y estatura se hacen sumamente dificultosas introduciendo factores de error importante. Lo mismo ocurre si el niño permanece vestido durante el registro del peso.
- b) Del instrumento: El control de la exactitud del registro por parte del instrumento que se usa es de suma importancia. Es necesario calibrar las balanzas con cierta frecuencia. Las cintas métricas deberán ser metálicas inextensibles. En el caso de usar un instrumento para medir la talla en el que se simplemente se apoya la cinta en la pared, debe controlarse la verticalidad de esta con una plomada. Un ángulo de inclinación de la pared de dos grados, resta alrededor de 3 cm a la estatura.
- c) Del observador: Es un hecho comprobado que si uno o varios observadores toman una medición antropométrica (por ejemplo la estatura) varias veces en el mismo niño, no todas las mediciones arrojaran exactamente el mismo resultado. Cuanto menor sea esa variación, mayor será la confiabilidad de cada lectura individual.

4- ¿ QUIÉN SE BENEFICIA CON LA EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO DEL NIÑO ?

Los beneficios de la evaluación del crecimiento del niño pueden analizarse en término individuales, de la familia, el trabajador de salud, los servicios de salud y los países.

4.1 Beneficios para el niño: La ficha de evaluación del crecimiento provee información sobre:

- 4- La tendencia de la curva del crecimiento en relación con un patrón de referencia
- 5- La utilización de servicios para los cuidados preventivos (por ejemplo inmunizaciones)

- 6- El uso de servicios de salud.
- 7- La provisión de tratamientos.
- 8- Los antecedentes familiares.

Se obtiene así un cuadro integral que permite la visualización y cuidados adecuados y una atención especializada a aquellos niños que presentan problemas específicos. La ficha también puede utilizarse para la identificación de aquellos niños en situación de riesgo, de manera tal que pueda llevarse a cabo un esfuerzo extra.

4.2 Beneficios para la familia, especialmente para la madre

La ficha del crecimiento pretende ser una herramienta educativa para ayudar a la familia comprender cómo la dieta y las medidas preventivas de salud afectan la salud del niño, así como motivarlas para introducir modificaciones en la alimentación y cambio si fuera necesario. También sirve como un método para reasegurar a la madre que sus niños gozan de buena salud y que están bien cuidados. El énfasis que se ponga en la ficha de crecimiento que es llevada por la madre, subraya su función protagónica en el cuidado de sus hijos.

4.3 Beneficios para el trabajador de salud

La ficha de crecimiento provee una guía para:

- 9- Diferenciar un crecimiento normal de uno anormal.
- 10- Determinar que niño se encuentra en situación de riesgo.
- 11- Identificar que niños requieren cuidados rutinarios y cuáles requieren cuidados especiales.
- 12- Tomar medidas preventivas y determinar el momento oportuno para su aplicación (por ejemplo inmunizaciones).

La ficha del crecimiento muestra al trabajador de salud los resultados de las interacciones complejas entre el crecimiento y la lactancia materna, dieta, enfermedad, intervalo intergenésico, inmunizaciones etc. Además estas fichas son particularmente útiles cuando los trabajadores de salud realizan las visitas domiciliarias.

4.4 Beneficios para la comunidad

La ficha de crecimiento provee una herramienta para evaluar el estado de salud de la comunidad, facilitando su comprensión y posibilitando que cada uno de los integrantes de la comunidad participen en las decisiones e intervenciones apropiadas.

4.5 Beneficios para los servicios de salud

En un nivel mas amplio, la ficha de crecimiento puede proveer datos confiables para evaluar intervenciones específicas a nivel de la comunidad o de la región. Su análisis puede también proveer indicadores para la realización de diagnósticos a nivel comunitario, por ejemplo el grado de desnutrición en la población infantil.

Estos análisis permitirán determinar a la población de niños de cada comunidad que se encuentran en riesgo y cuales pueden ser ayudados, de manera que permita la orientación racional de los recursos, que en general, tiene carácter limitado.

4.6 Beneficios para un país o región

La ejecución de programas de intervención tendientes a favorecer el crecimiento de una población se traduce en el mejoramiento de las condiciones debidas y desarrollo de la región o país. Este hecho puede ser imitado por regiones o países vecinos proporcionando beneficios a mayores grupos poblacionales (efecto de demostración).

5- DESARROLLO

5.1 Concepto

El niño es un individuo en proceso de crecimiento y desarrollo. Desde que nace, no es un ser pasivo impulsivo a la acción tan solo por estímulos del exterior. Por el contrario, es activo y su comportamiento está organizado; siente y se expresa de diferentes maneras de acuerdo con su edad y sus características individuales.

El niño está dotado de potencialidades que le permiten desarrollar una vida psíquica. Esta se inicia con el cuerpo en función de instrumentos de sentir y actuar que le aporta datos del mundo y de si mismo. En su interacción con el medio, a través de su diálogo corporal con los otros, en donde se articulan las palabras y los afectos, transponiendo el orden biológico psíquico. Se articula de sí mismo, la voluntad de ser.

Al comienzo, el lactante carece de la capacidad de diferenciarse de quienes lo rodean y sus procesos psíquicos son elementales. La maduración biológica es una posibilidad potencial desde el punto de vista de la diferenciación y no puede llevarse a cabo sino en el seno de una relación interpersonal. Es a través de la interacción dinámica, entre organismos y medios del niño con su madre, que se produce el leve proceso de individualización de diferenciación completa.

En este sentido, el desarrollo es un proceso expansivo. A medida que el niño madura va conformando nuevas conductas que generan nuevos comportamientos a través de la interacción personal y con el medio, en concordancia con sus posibilidades de realización.

El desarrollo fue un término referido al crecimiento físico observable a través del tamaño o la estructura de un organismo. Aplicado a la ciencias de la conducta, el desarrollo implica procesos vinculados temporalmente, con cambios progresivo del funcionamiento adaptativo.

Tradicionalmente, dos posiciones han tratado de prevalecer en la interpretación de los procesos de desarrollo. Una acentúa los aspectos genéticos o constitucionales y otra pone énfasis en los aspectos ambientales, considerando al desarrollo como una forma especial de aprendizaje. Sin embargo actualmente se interpreta el desarrollo como el resultado de efectos combinados de la naturaleza, el ambiente y la actividad personal del individuo. Se caracteriza así el desarrollo como un proceso de organización sucesiva de las génesis del organismo en relación con el ambiente.

El desarrollo denota una integración de los cambios constitucionales y aprendidos que conforman la personalidad del individuo. Cambio implica una transición de un estado a otro, mientras que el desarrollo se refiere a los elementos dinámicos y unidireccionales del cambio; por consiguiente, el desarrollo es un proceso y el cambio un producto. El primero tiene lugar dentro de sistemas que se definen por sus estructuras dinámicas.

Aunque pueda parecer contradictorio, el desarrollo se basa tanto en el cambio previsible, por etapas definidas.

Cada etapa del proceso evolutivo presenta comportamientos dominantes que le dan forma propia, pero no son estáticas sino tendientes a transformarse en la siguiente hasta alcanzar la forma definitiva de equilibrio y madurez.

La aceptación de una regularidad rítmica en los procesos normales abre el camino al examen de los trastornos del desarrollo. Es decir, que el desarrollo anormal es imprevisible porque varían el ritmo y la intensidad previstos en la evolución normal.

Si bien el desarrollo normal es integral y armonioso, cada fase o cada función puede aparecer en tiempos distintos. Lo que un niño logra en un mes, otro lo realiza en un día. Esto se debe a la influencia compleja de diferentes factores.

Piaget describió cuatro factores que afectan el desarrollo:

- 1- Factores hereditarios

- 2- Factores de acción del ambiente físico
- 3- Factores de acción del ambiente social
- 4- Factores de equilibrio que gobiernan particularmente las interacciones de los tres anteriores y favorecen la adaptación del individuo.

Este actor señaló, además, la necesidad de establecer un lenguaje común para entender las distintas teorías sobre el desarrollo. Si bien no hay ninguna teoría suficientemente explicativa de los distintos aspectos del desarrollo, ya que parten de bases empíricas diferentes y de perspectivas diversas (como la evolución cognoscitiva o afectiva del aprendizaje o de la sexualidad), podemos destacar coincidencias respecto a este concepto, a saber:

- a. El desarrollo es un proceso integral, dinámico y continuo.
- b. Ordenado en sucesión de etapas o fases no arbitrarias o accidentales. Los cambios son previsibles.
- c. Cada fase es un soporte de la estructura posterior.
- d. Cada etapa se caracteriza por una organización basada en los niveles anteriores, pero cualitativamente original respecto a ellas.
- e. No hay una correlación recta entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica, ya que el ritmo e intensidad de las funciones son propias de cada individuo. En consecuencia, pueden apreciarse aceleraciones o retrocesos en los diferentes aspectos del desarrollo.
- f. Ni los factores genéticos ni los ambientales son absolutamente determinantes, pues tendrían relativa influencia según el aspecto del desarrollo y la edad del niño.
- g. Las direcciones del desarrollo son céfalo-caudal; próximo-distal y de actividades globales a las específicas.

Podemos definir entonces, el desarrollo como un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales en compleja interacción, cuyas constelaciones estructurales se modifican en un constante palpitar vital.

5.2 Desarrollo y humanización del niño

El grupo familiar constituye la trama básica del desarrollo. En él se va produciendo la humanización del niño, es decir, la adquisición de conciencia de “sí mismo” y del “otro”, proceso que demanda tiempo y responde a profundas causas culturales.

En este complejo proceso intervienen dos factores esenciales:

- 1- Las tendencias propias del niño.

2- Las vivencias que recoge de su ambiente, en relación con sus padres y educadores.

Idealmente, es en el transcurrir diario que los padres realizan sus “funciones” de modo natural y espontáneo: ocupándose del cuidado del hijo, en las horas de la alimentación, del baño, en los juegos y paseos. En esas ocasiones se establecen los intercambios de afectos como físicos y sociales entre los padres e hijo.

Es en la relación entre la madre y el hijo donde ambos encuentran goce y felicidad. Tanto el bebé como su madre desean estar juntos en un diálogo corporal donde se conjugan afectos y palabras. Las demandas del niño provocan una respuesta de la madre que, a su vez, lo incita a formular otra demanda o a repetir la misma con matices más ricos, que le permiten a ella comprenderlo mejor. De esta manera se establece el vínculo madre-hijo por medio de un auténtico diálogo en el cual ambos se encuentran placer y satisfacción.

En la madre quien se ocupa del cuidado del hogar: el dormitorio del hijo, de su ropa, juguetes, es decir, de todos aquellos objetos que rodean al niño y representan para él una prolongación de la madre fuera de su cuerpo.

Las actitudes de la madre deben permitir gradualmente al niño transferir su relación a las demás personas. Dichas ampliaciones progresiva se verá favorecida si el ambiente familiar se muestra como algo idéntico y a la vez diferente de lo que es el cuerpo de su madre.

El grupo familiar se constituye, entonces, como una “placenta extrauterina” que satisface las necesidades del niño tanto biológica como de afectos y estímulo.

Como la relación padres-hijos es normal, la acción vital estimulante procede de sus propias actividades efectivas y de las riquezas de sus contenidos expresivos. Por ello, los padres son los agentes estimuladores naturales. Si el desarrollo del niño se ve perturbado, ya sea, por conflictos de los padres, separación del vínculo madre-hijo, por trastornos madurativos del niño o por carencias del medio ambiente, se debe entonces actuar con tratamientos o técnicas acordes con la problemática particular el menor, en un marco de referencia que contemple o favorezca las relaciones adultos-niños implícitas en todo auténtico diálogo.

5.3 Evaluación del desarrollo.

La identificación de los logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo constituye la base de su evaluación. Con sentido práctico, se ha sistematizado el desarrollo en etapas claves, a fin de que el personal del equipo de salud pueda efectuar fácilmente esta evaluación.

Alcanzar un logro en una conducta determinada significa que se ha cumplido anteriormente una serie de etapas en las cuales se apoya esta nueva adquisición. Se ha tomado como límite el de riesgo el de percentil 90, es decir, a las edades en que los diferentes logros están presentes en el 90% de los niños. La falta de determinado logro significa la posibilidad de riesgo elevado de retraso y no diagnóstico de éste.

La detección precoz de alteraciones del desarrollo permite intentar un tratamiento adecuado. La pérdida de esta oportunidad frecuentemente única y breve, hace más difícil compensar este déficit que ha de influir como un elemento negativo en el potencial futuro de ese niño y sus probabilidades.

5.4 Criterios para evaluar el desarrollo durante los primeros años de vida.

Para fin didáctico se han considerado cuatro áreas de la conducta tomando como referencia cinco edades diferentes para determinar etapas, describiéndose de la siguiente manera:

- a. Desde 3-6 meses de edad.
- b. Desde 9-12 meses de edad.
- c. Desde 18-24 meses de edad.
- d. Tercer año de edad.
- e. Cuatro años de edad.

Cada etapa integra un módulo compuesto por los siguientes elementos:

- a. Definición de la edad del niño a evaluar.
- b. Área de conducta a evaluar (social, lenguaje, coordinación, conducta motora).
- c. Objetivos generales en cada una de las áreas del módulo correspondiente.
- d. Descripción gráfica y textual de las conductas esperadas del niño en cada una de las etapas analizadas.
- e. Información dirigida a los padres con el fin de orientarlos sobre aspectos fundamentales de cada etapa y hacia actividades a realizar con sus padres.

6 – DETECCIÓN DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO.

Ante un niño con problemas de crecimiento, es conveniente seguir un esquema de análisis que permita dilucidar las alteraciones que presente ese proceso. Es importante diagnosticar tempranamente las patologías más comunes que alteran el crecimiento del niño y las conductas a seguir frente a ellos.

Con fines didácticos los problemas del crecimiento pueden clasificarse siguiendo dos criterios:

- Según el momento de aparición: tomando como referencia el nacimiento se dividen en: prenatales y postnatales.
- Según el sentido de la desviación de la alteración, se dividen en: déficit del crecimiento y exceso del crecimiento.

6.1 tipos mas frecuentes de alteraciones del crecimiento

6.1.1 De comienzo prenatal.

A) Déficit del crecimiento prenatal (RCIU): es una alteración del crecimiento considerada en todos los niños que nacen con menos de 2500 gramos en los cuales de los dos tercios de estos tienen RCIU.

Clásicamente se distinguen dos tipos: los armónicos que presentan reducción de todas sus medidas (perímetro cefálico, talla y peso) y los disarmónicos en los cuales lo que disminuye solamente el peso.

Esta diferencia tiene importancia en lo que respecta a las posibilidades de recuperación de la vida postnatal, ya que los disarmónicos tienen mayor probabilidad de recuperar el déficit de peso que presentan al nacer durante los meses subsiguientes a diferencia de los armónicos.

B) Exceso del crecimiento postnatal: Se pueden distinguir dos grandes grupos de causas:

- Hijos de madres diabéticas: el exceso del crecimiento fetal se produce debido al exceso de insulina que el feto segrega frente al alto aporte de glucosa materna que atraviesa la placenta y eleva la glucosa fetal estimulando de esta forma el crecimiento del producto. El control adecuado de la diabetes materna durante el embarazo disminuye estos efectos perjudiciales sobre el producto.

El cuadro clínico es característico tratándose de un niño de estatura y peso elevado con abundante grasa subcutánea, facies pletóricas, redonda con cierto grado de hirsutismo, con un peso arriba del percentil 90, aumentando la morbilidad en este grupo de recién nacido al igual que el riesgo de malformaciones congénitas.

Presentan dos tipos de complicaciones: hiperbilirrubinemia neonatal (ictericia), y alteraciones metabólicas (hipoglucemia con convulsiones).

- Síndrome malformativos congénitos: son pocos frecuentes pero que requieren conocimiento del personal de salud lo cuales es importante intervenir tempranamente por un servicio especializado.

6.1.2 De comienzo postnatal

A) Déficit del crecimiento postnatal.

- Desnutrición: es el problema de salud mas frecuente en nuestra región y por la tanto la causa mas importante del retardo del crecimiento. Existen dos tipos:

1. Desnutrición primaria: síndrome de déficit nutricional por la falta de alimentos.
2. Desnutrición secundaria: debido a enfermedades que alteran el estado nutricional del niño.

Ambos tipos pueden coexistir repercutiendo sobre el estado nutricional del niño. La problemática de la nutrición debe analizarse desde distintos ángulos a saber:

- Según el grado de déficit: cuanto mas grave sea el deterioro del estado nutricional, mayor será la deficiencia ponderal en comparación con los valores de referencia para la misma edad del niño. Es así que la desnutrición puede clasificarse en grados (escala de Gómez) o según criterios normatizados para el uso de gráficos.

Clasificación de Gómez

| Grados | % de Déficit de peso (en relación P50) |
|--------|--|
| I | 11-24 |
| II | 25-40 |
| III | Más de 40 (o edema) |

- Según el medio en que vive el niño:
 - Desnutrición rural: características de personas que viven en extrema pobreza alejadas de los centros de desarrollo. Afecta generalmente a niños mayores de 1 año porque hasta esa edad prevalece la lactancia natural que le garantice un crecimiento normal.
 - Desnutrición urbana : características de comunidades en formación mas o menos recientes, producto de migraciones, que se asientan en regiones marginales de las grandes ciudades. Afecta a niños de todas las edades, pero sobre todo en los menores de un año porque en estos medios se suspende tempranamente el pecho materno y la alimentación artificial es insuficiente.
- Según la etapa de vida o el momento de aparición:
 - Desnutrición prenatal: aparece antes del nacimiento y es consecuencia del déficit de la provisión de nutriente para el crecimiento fetal.

- Desnutrición postnatal: es la mas frecuente y su momento de aparición tiene relación con el momento del abandono del la lactancia materna.
- Según el tipo de carencia global:
 - Marasmo : debido a un déficit global de alimentos, hay una carencia de energía (calorías) y proteínas, además del resto de los nutrientes. Afecta a todas las edades, particularmente al menor de un año y es frecuente en el tipo de desnutrición urbana.
 - Kwashiorkor: se debe fundamentalmente al déficit de proteína. Se observa después del primer año de vida generalmente.
- Según la composición corporal: pueden distinguirse:
 - Emaciación: son niños que tienen un déficit de peso significativo en relación a la talla. Si bien tienen una reducción de su masa magra, el déficit de grasa subcutánea es muy notable, de mayor magnitud. La rehabilitación nutricional provoca en ellos un rápido crecimiento de peso en pocas semanas. Estos niños tienen un alto riesgo de enfermar o morir, por lo que constituye un grupo altamente prioritario en el programa de asistencia nutricional.
 - Acortamiento: si bien tienen un déficit de peso para su edad, tienen también un déficit equivalente de talla, de tal manera que su relación peso talla es normal. Su crecimiento depende de la situación nutricional en que se encuentre: Es normal (P/T normal), en cuyo caso el déficit de talla del niño debe considerarse como una secuela o tiene retardo en el crecimiento, en cuyo caso debe interpretarse que esta sufriendo carencia nutricionales actuales.
- Según el tiempo de evolución: en la infancia, toda enfermedad aguda de cierta duración repercute en cierto grado sobre el estado nutricional del niño y por ende sobre su crecimiento.

La desnutrición crónica compromete en mayor medida el proceso del crecimiento. Las secuelas que presenta no solo tienen manifestaciones sobre el proceso del crecimiento, sino también sobre el desarrollo, ya que la desnutrición crónica en los primeros años de vida repercute sobre el proceso de aprendizaje durante la edad escolar.

- Según el grado de expresión:
 - Retardo del crecimiento: Es el primer signo objetivo de desnutrición. La mejor forma de detectarlo es siguiendo periódicamente la curva de peso del niño en un gráfico adecuado.

- Cambios en la conducta: Al carecer de estímulo nutricional, el niño debe de orientar la utilización de los escasos alimentos que recibe en el mantenimiento de su organismo. El niño puede presentar falta de sonrisa, presencia de llanto débil, disminución de la actividad física, mirada sin expresividad y falta de interés en el juego

- Criterios de atención del niño: la detección del paciente desnutrido determina la necesidad en poner en marcha una serie de medidas operativa tendiente a revertir el cuadro. No obstante como elemento de orientación, se considera que los niños con desnutrición leve deben ser atendido en el centro de salud; en cambio, aquellos con desnutrición moderada o grave necesitan atención mas especializada.

La rehabilitación nutricional no se refiere al simple proceso de entrega de alimentos, sino que implica una actividad de compromiso de equipo de salud tendiente al enfoque integral del niño para revertir el cuadro de desnutrición y evitar la reiteración del mismo.

6.1.3 Exceso del crecimiento postnatal:

Obesidad: La obesidad en la infancia implica un alto riesgo de presentar en la adultez un problema de riesgos vasculares, por lo que el riesgo de muerte es mayor en estos individuos. Además en la niñez y la adolescencia, es una limitante que interfiere en el desarrollo psicosocial. El diagnóstico es sencillo basándose en la observación del niño con exceso de peso y grasa subcutánea. Las gráficas de relación peso talla o la evaluación del espesor del pliegue cutáneo, permite evaluar con mayor precisión el exceso de grasa.

La obesidad puede ser primaria o secundaria. La obesidad secundaria se debe a enfermedades hormonales o metabólicas y siempre va acompañada de un retardo del crecimiento en la talla. En la obesidad primaria, en cambio, el crecimiento de la talla es normal o alto. En la inmensa mayoría en los niños la obesidad es de causa primaria.

Con respecto al tratamiento, debe explicársele a los padres que ser obeso no es un sinónimo de ser sano y que la sobre alimentación no garantiza mejor salud. Si los padres del niño son obesos o tienen antecedentes de enfermedad cardiovascular, la necesidad que el niño requiere de una dieta estricta es mayor.

7- DETECCIÓN TEMPRANA DE ALTERACIONES DEL DESARROLLO

Evaluar las desviaciones del desarrollo es un proceso complejo donde entran en juego por un lado la maduración alcanzada en una determinada función a una edad dada, y por otro la subjetividad

del que efectúa la medida, así como los patrones que la sociedad o especialistas hallan tomado como normales.

Para sentido práctico se pueden clasificar estas alteraciones de la siguiente manera:

7.1 Niños con lesiones motoras o sensoriales: riesgo comprobado.

- Parálisis cerebral: se entiende por tal al grupo de afecciones que se manifiestan por trastornos motores serios asociados o no a retardo mental o epilepsia. Para los niños que nacen con bajo peso la frecuencia es mayor. La diplegia espástica es la forma clínica mas frecuente en este grupo de niño, de ahí la importancia de explorar tono, postura, fuerza y reflejo.

La etiología no es clara, pero se asocia a falta de oxigenación adecuada en la etapa perinatal o sufrimiento fetal crónico. Finalmente cabe destacar la crioatetosis asociado preferentemente a una hiperbilirrubinemia persistente donde la lesión es de los núcleos grises de la base.

- Problemas sensoriales: Se destacan los defectos visuales y auditivos. Puede haber una pérdida total o parcial de ambas, es importante prestar atención a la visión ya que puede pasar desapercibido hasta edades muy tardías, estas pueden ser responsable de pseudo retardos y/o problemas en el aprendizaje escolar.

- Convulsiones y epilepsia: El diagnóstico de estas alteraciones debe hacerse sobre la base de la historia clínica y el examen del paciente. En todos los casos se debe buscar antecedentes genéticos así como factores prenatales, perinatales o postnatales y evaluar las manifestaciones neurológicas asociadas para finalmente elaborar un posible diagnóstico.

7.2 Niños con alto riesgo en el desarrollo.

El alto riesgo significa una mayor posibilidad de padecer un trastorno de desarrollo que la población normal. Es un grupo heterogéneo por la diversidad de noxas que pueden agredir al sistema nervioso central y dejar secuelas mas o menos importantes. A los efectos de facilitar comprensión, lo separaremos en tres grupos:

- **Alto riesgo biológico:** Son aquellos que tienen antecedentes genéticos, perinatales, postnatales, que saben que pueden asociarse con alteraciones del desarrollo, pero que pueden ser niños normales (lo cual ocurre en la mayoría de los casos). Un sector muy importante de este grupo está constituido por los niños de pretérminos y los de bajo peso para la edad, así como los que requirieron terapia neonatal intensiva. En los dos primeros casos frecuentemente se asocia un factor social muy importante. Otro grupo está constituido por aquellos niños que presentan cualquier tipo de defecto físico, especialmente si son visibles: defectos ortopédicos, secuelas de

traumatismos, quemaduras, alteraciones severas de la dentadura y otros. Estas situaciones producen en la mayoría de las veces una serie de limitaciones, con la consiguiente falta de experiencia, al mismo tiempo que generan en un medio actitudes que pueden ser muy variadas (rechazo o protección). Es necesario manejar adecuadamente estas situaciones para evitar efectos negativos en el desarrollo de estos niños.

- Con alto riesgo social y ambiental: Esto implica la consideración de un medio ambiente que ejerce una desventajosa influencia negativa en el desarrollo del niño. Todas las investigaciones tanto clínicas como experimentales señalan la influencia negativa de la desnutrición, las infecciones crónicas, la carencia de experiencias sensoriales y afectivas sobre el sistema nervioso, fundamentalmente cuando actúan en las primeras épocas de la vida. Estas situaciones se detectan generalmente en la edad escolar, deben ser captados mucho antes para asegurar la eficacia de la rehabilitación e incluso evitar su aparición. El conocimiento por parte de los familiares, de la evolución esperada del crecimiento y desarrollo del niño y de los probables factores que lo pueden modificar, son elementos importantes que ayudan no solo a evitar las enfermedades, sino a mejorar la comunicación con el niño y a promover la salud. El personal de salud debe crear un interés continuo por las necesidades y cuidados del niño, evitando en todo momento que se sientan sustituido o reprimido, sino al contrario apoyado permanentemente. La dependencia del niño respecto de su familia en los primeros años de vida y la necesidad de un cuidado y el cuidado familiar que estimule su aprendizaje, obliga a ampliar nuestros conceptos, dirigiendo las acciones no solo hacia el medio social, sino fundamentalmente al medio familiar. La carencia de este medio determina la aparición del síndrome de deprivación, cuya máxima expresión es el abandono.

- Asociación de ambos:

El niño persigue la oportunidad de:

- 1- Sostener una relación directa, cuerpo a cuerpo, con el adulto para identificarse e incorporarse a modelos conductuales.
- 2- Desarrollar sus afectos hacia los objetos adecuados de su medio familiar.
- 3- Sentir que es importante para las personas que lo rodean.
- 4- Recibir estímulos apropiados que movilizan sus potencialidades innatas de adaptación al ambiente.

5- Recibir que los objetos de su amor, como las fuentes de su estimulación, sea permanente y estable, especialmente los primeros años de vida.

7.3 Estimulación temprana: Se define como estimulación temprana al conjunto de acciones, que en calidad y oportunidad adecuada, tienden a proporcionarles al niño experiencias necesarias en los primeros años de vida para desarrollar su capacidad potencial.

Se debe crear en la madre y en el ambiente familiar la expectativa y la sensibilización que promuevan la participación de todos los cuidados del crecimiento y el desarrollo del niño. Estas orientaciones deben coordinarse con los centros periféricos. Junto a ellos, la comunidad podrá discutir sus contenidos y las verdaderas necesidades del niño para cada edad. También se deberá informarles de los accidentes que le pueden ocurrir en esos períodos, su vigilancia y promoción.

Es necesario que las familias se reúnan y dialoguen entre sí para que el equipo de salud pueda conocer cuales son los verdaderos problemas, creencias e incluso el nivel global del conocimiento.

7.4 Oportunidad del tratamiento:

Estimulación temprana

Como se dijo previamente, las acciones de vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo abarca la totalidad de los niños y son responsabilidades de todos los niveles de decisión, políticos, equipos de salud, comunidad y familia. Las acciones.

Cuando existen elementos lesivos, es frecuente que la relación madre y la familia con el niño se encuentren distorsionadas (angustia, sobreprotección). La intervención debe basarse en la comunicación entre la madre y el médico acerca del problema y en su actuación concertada, para crear un soporte clínico para la resolución de los problemas del niño. En la relación entre ambos, se destacan las secuencias de actividades que tienden a aumentar su interacción con el niño, (aceptación de uno y del otro). El soporte clínico consiste en la transferencia de actividades de la madre, proveyéndole de técnicas y prácticas que permiten una mejor habilidad del niño.

Mediante la evaluación de las características del desarrollo del niño, la relación con el grupo familiar y las posibilidades del ambiente, se establecería el plan educacional para este niño y esa familia en ese medio.

8- PROGRAMA DE CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

8.1- Enfoque general.

La preparación y ejecución de un programa de crecimiento y desarrollo en la atención primaria en salud deben integrarse con el programa global materno-infantil vigente en el área programática. El control del crecimiento y desarrollo no es un subprograma de alguna actividad especializada agregada al programa materno infantil, sino que constituye el eje alrededor del cual se integra una visión dinámica y evolutiva del niño. Todas las acciones de atención primaria materno infantil deben ordenarse con el objetivo central de promover un C y D normales. Así podemos concebir el programa de crecimiento y desarrollo como compuesto por tres tipos de acciones principales:

- 1- Acciones (o factores) que promueven crecimiento y desarrollo normales.
- 2- Acciones (o factores) que perturban crecimiento y desarrollo normales
- 3- Vigilancia del crecimiento y desarrollo.

8.2- Formulación del programa

8.2.1 Formulación de un equipo de trabajo y documentación del programa

El crecimiento y desarrollo es una disciplina transversal que motiva y compromete todas las especialidades. Sobre estas bases, es altamente conveniente que el programa de crecimiento y desarrollo sea preparado por un equipo multidisciplinario a nivel central, compuesto como mínimo, por estos profesionales:

- Un experto en crecimiento físico del niño
- Un experto en desarrollo psicomotor
- Un experto en atención pediátrica primaria
- Un documento básico de carácter conceptual y normativo, con los fundamentos científicos, técnicos y sanitarios en los que se basa el programa.
- Un documento operativo de carácter práctico, que describa en forma sencilla y clara las acciones a cumplir en los centros de asistencia, en cada visita del paciente al centro asistencial (o en cada visita al paciente en caso de entrevistas o controles domiciliarios). Debe contener instrucciones sobre normas y técnicas antropométricas y de evaluación de la maduración psicomotriz, tablas normales de referencias, criterios de riesgo y derivación, así como materiales y forma de registro de la información de crecimiento y desarrollo obtenida en cada entrevista.

8.2.2 Fijación de objetivos.

Además de los objetivos generales y de cobertura inherentes a todo programa materno infantil, deben definirse objetivos específicos para el programa de crecimiento y desarrollo. Estos

objetivos pueden ser más o menos amplios, dependiendo estos de las capacidades de recursos del programa de atención primaria materno infantil vigente. No obstante, definiremos aquí objetivos mínimos que deben ser cumplidos en todos los casos y otros que pueden ser facultativos y opcionales.

- Grupo etéreo cubierto por el programa.
- Evaluación del crecimiento físico.
- Periodicidad de los controles.
- Al nacimiento: es importante aquí evaluar su peso al nacer, indicador de crecimiento feta, así como su maduración de su sistema nervioso central durante la vida prenatal. Se cumplen aquí todas las acciones vinculadas con la alimentación a pecho, recomendaciones sobre estimulación y cuidados generales, incluyendo el plan de seguimiento.

8.2.3 Evaluación del programa

Debemos distinguir aquí dos tipos de evaluaciones:

- 1- La evaluación del cumplimiento de las normas
- 2- La evaluación del crecimiento y desarrollo global de la población infantil bajo cobertura.

8.2.4 Formación del personal

Es importante que el personal cumpla tres tipos de funciones:

- 1- Funciones de evaluación y derivación.
- 2- Funciones de diagnóstico y tratamiento.
- 3- Funciones de evaluación del programa: El personal encargado debe cumplir estas funciones, debe ser capaz de llevar a cabo los cálculos y computaciones específicas.

DISEÑO METODOLÒGICO

Tipo de estudio: Evaluación de Servicios de Salud.

Área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en el municipio Somotillo departamento de Chinandega ubicado en el norte del país perteneciente a la región de occidente con una población total de 36,766 habitantes.

El centro de salud “Raymundo García” clasificado tipo “A” ubicado a dos kilómetros carretera a cinco pinos, cuenta con 25 camas, servicios de atención ambulatoria, apoyo diagnóstico e internamiento de pacientes, atiende prioritariamente a la madre y al niño menor de cinco años y otros servicios de especialización pediátrica, ginecoobstétrica y Medicina familiar, este centro como consulta externa atiende como responsable la comunidad del Carlos Fonseca que cuenta con 13 comunidades, siendo la población de este de 8791 habitantes, siendo los menores de cinco años de 1538 niños inscritos en el componente de Vigilancia y Prevención del Crecimiento y Desarrollo (VPCD).

1. Entrevistas de salida

1.1 Universo: Madres y/o tutores de menores de 0 – 5 años que acuden al programa de la VPCD del centro de salud Raymundo García , en el período de Agosto – Septiembre del 2006.

1.2 Muestra: Tutores y/o responsables de los niños que asisten al programa de la VPCD del centro de salud en el período de Agosto – Septiembre del 2006.

1.3 Fuente: Se entrevistaron a un determinado número de tutores y/o responsables de los niños que llevaron a estos a la VPCD en el período de agosto – septiembre del 2006.

Fuente de información directa, primaria, mediante encuesta individual.

1.4 Instrumento: Se elaboró una encuesta con preguntas abiertas y cerradas dirigidas a los usuarios que espontáneamente asistieron al programa de la VPCD.

2. Observación: Para determinar la disponibilidad de materiales para el diagnóstico del crecimiento y desarrollo y para la estimulación precoz.

Observación directa para valorar: El grado de adecuación de los recursos materiales disponibles para la evaluación de calidad de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y desarrollo.

2.1 Procedimiento de recolección de la información: A todos los tutores y/o responsables que asistieron con sus hijos al componente de la VPCD se les realizó un formulario estandarizado. (Ver anexo)

La recolección de datos se coordinó con el director del Centro de Salud, jefa de enfermería y responsables del programa para contar con la autorización y con el consentimiento informado de los tutores(as) expresándole la confidencialidad de los datos y de la utilidad social de los mismos.

3. Revisión Documental: Análisis de las estadísticas del programa, para valorar sus aspectos cuantitativos (cobertura, concentración)

Plan de Análisis: Los datos obtenidos se procesaron utilizando el programa de EPI- INFO versión 6.04.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLE

| VARIABLE | CONCEPTO | CATEGORÍA |
|-------------------------|--|--|
| Tiempo de espera | Espacio transcurrido de la llegada del paciente hasta el momento que es atendido por el médico. | < de 1 hora 1 – 2 horas > de 2 horas |
| Calidad de atención | Alto grado de satisfacción por parte de los usuarios externos e internos. | Mala Buena Regular Muy Buena Excelente |
| Brindan información | Personal capacitado para proporcionar los datos necesarios del componente. | Si No |
| Medidas antropométricas | Valores absolutos que regulan el crecimiento morfológico determinado de los niños. | Peso Talla PC PA PT |
| Asistencia a la VPCD | Es la presencia del niño al puesto de salud en el día y hora programada según la tarjeta de control incluyendo los que llegan fuera de agenda. | Si No |

| | | |
|---------------------|--|---|
| Tiempo de control | Espacio transcurrido desde que es recibido el paciente hasta el momento que realiza la última evaluación durante el día. | < de 5 minutos 5 a 15 minutos 15-30 minutos |
| Vigilancia | Seguimiento en las distintas etapas del crecimiento y desarrollo del niño. | Si No |
| Promoción | Evitar y/o prevenir las enfermedades propias de la niñez. | Promueven No promueven |
| Crecimiento | Aumento de tamaño de un ser vivo o cualquiera de sus partes durante el proceso de desarrollo. | Satisfactorio Insatisfactorio |
| Desarrollo | Acción y efecto de la progresión natural desde la fase anterior, inferior o embrionaria a una fase posterior, mas compleja o adulta | Adecuado Inadecuado |
| Recursos materiales | Son los equipos y herramientas utilizados para la realización de las mediciones antropométricas | Buen estado Mal estado |
| Cobertura | Capacidad del sistema para atender a toda la población que requiere el servicio de salud expresando la relación que existe entre el número de asistentes que acuden actualmente y los que deberían acudir a los servicios. | Asiste a las citas Si No A veces |
| Satisfacción | Grado en la manera de que los | Lo atienden |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| | usuarios valoran la atención recibida en los servicios de salud por medio de lo que ven y sienten. | Bien Mal Excelente |
|--|--|--------------------------|

RESULTADOS

Resultados de la observación realizada a los recursos materiales y local

Valoración de la infraestructura del local

El cubículo donde se desarrolla el servicio de la VPCD es pequeño, pero está en buenas condiciones. Cuenta con buenas paredes, piso de ladrillo, techo de zinc, ventanas de vidrio y cedazo. Tiene adecuada iluminación y ventilación. Se tiene el problema de que no cuenta con servicios sanitarios, existe un lavamanos dentro del cubículo, tiene escritorio, mesa para valorar a los niños. Solamente cuenta con dos sillas en un estado de precariedad.

Valoración de los materiales del componente de la VPCD

Este servicio no cuenta con materiales para una buena valoración del programa de la VPCD, solamente cuenta con un centímetro, una pesa de adulto y un tallímetro, dentro de lo cual la demanda de la población en el área de pediatría es alta por tal razón no se da una buena atención. Solamente se cuenta con recursos obsoletos y limitados, que no se le da respuesta a la población en el seguimiento de una buena atención en el área de la VPCD, por lo que se considera que el área de la VPCD no cuenta con el equipamiento necesario para llevar a cabo un buen seguimiento de la VPCD.

Valoración de los recursos humanos

Sólo existe una enfermera profesional para la atención de este servicio y una pediatra, siendo esta la encargada del paciente pediátrico hospitalizado. Siendo que recibe diariamente un promedio de 20 niños, y que además participa en la atención de la morbilidad general, por lo que el tiempo de estos se vuelve insuficiente para asegurar calidad en el programa de la VPCD.

Valoración de la adecuación de los recursos humanos

En relación a la adecuación de los recursos disponibles, las personas entrevistadas coinciden en asegurar que los recursos humanos disponibles a este servicio son insuficientes aunque están capacitados:

Encuesta realizada a la población asistente a la VPCD

¿Cómo es la atención por parte del personal?

Cuadro 1

| VARIABLES | n=86 | PORCENTJAE |
|------------------|-------------|-------------------|
| Buena | 56 | 65.1 |
| Mala | 1 | 1.1 |
| Regular | 17 | 19.7 |
| Muy Buena | 6 | 6.9 |
| Excelente | 6 | 6.9 |
| Total | 86 | 100 |

Es muy llamativo que en general las madres se sientan satisfecha con la atención recibida, aunque recomendaban mejor atención en la consulta, de 86 tutoras encuestadas el 65.1% reflejan buena atención y un 19.7% atención regular.

¿Qué le parece el tiempo que usted tiene que estar en el centro de salud para que le atiendan a su niño.

Cuadro 2

| VARIABLES | n=86 | PORCENTAJE |
|--|-------------|-------------------|
| Demasiado tiempo | 38 | 44.1 |
| Mas tiempo de lo necesario, pero no demasiado | 23 | 26.7 |
| Razonable | 25 | 29 |
| Total | 86 | 100 |

El 44.1% refieren que esperan demasiado tiempo para ser atendidos, aunque un 29% reflejan que el tiempo es razonable, todo esto por la demanda en el área pediátrica y de la morbilidad general, siendo 26.7% un tiempo prudente.

¿Cuándo le brinda información el personal de salud de su niño como lo hace?

Cuadro3

| VARIBLES | PLATICAS N=86 | CHARLAS N=86 | OPORTUNIDAD DE HACERLES PREGUNTAS N=86 | NINGUNA DE LAS ANTERIORES N=86 |
|-----------------|--------------------------|-------------------------|---|---|
| Si | 6 / 6.9% | 76 / 88.3% | 81 / 94.1% | 0 / 0 |
| No | 80 / 93% | 10 / 11.6 | 5 / 5.8% | 86 / 100% |
| Total | 86 / 100% | 86 / 100% | 86 / 100% | 86 / 100% |

Según se refleja en las encuestas a través de la madres tutoras en un 88.3% reciben orientaciones a través de charlas educativas, dándoseles la oportunidad de realizarles preguntas al personal médico y de enfermería, aunque en sus recomendaciones reflejan que se de también orientaciones a través de pláticas.

¿Le explican de manera clara y comprensible en ¿

Cuadro 4

| Variabes | CHARLAS n=86 | PLATICAS n=86 |
|-----------------|---------------------|----------------------|
| Si | 70 / 81.3% | 14 / 16.2% |
| No | 16 / 18.6% | 72 / 83.7% |
| Total | 86 / 100% | 86 / 100% |

De 86 tutoras encuestadas, un 81.3% refieren que las charlas son claras y comprensibles, adaptándoseles a su nivel de escolaridad, aunque en un 14% se hace a través de las pláticas, cierta parte de la población refieren que les gustaría la consejería a través de las pláticas.

¿Les contestan sus preguntas?

Cuadro 5

| Variabes | n=86 | Porcentaje |
|-----------------|-------------|-------------------|
| Si | 80 | 93 |
| No | 6 | 6.9 |

| | | |
|-------|----|-----|
| Total | 86 | 100 |
|-------|----|-----|

Un 93% refieren que las preguntas que se les realizan al personal de la VPCD le contestan sus preguntas de forma clara y comprensible, quedando estos satisfechos.

¿Lo hacen de buena manera?

Cuadro 6

| Variables | n= 86 | Porcentaje |
|-----------|-------|------------|
| Si | 84 | 97.6 |
| No | 2 | 2.3 |
| Total | | |

Un 97.6% refieren que las preguntas que se le realizan al personal de la VPCD les contestan sus preguntas de forma clara y comprensible, aunque es poco tiempo el que le dedican para la atención.

¿Cuándo examinan a su niño que le realizan?

Cuadro 7

| Variables | Si n=86 / 100% | No n=86 / 100% | Total |
|-------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| Lo Pesan | 86 / 100% | 0 / 0% | 86 / 100% |
| Le miden su tamaño | 84 / 97.6% | 2 / 2.3% | 86 / 100% |
| Le miden el tamaño de la cabeza | 72 / 83.7% | 14 / 16.2% | 86 / 100% |
| Le preguntan si el niño juega | 70 / 81.3% | 16 / 18.6% | 86 / 100% |
| Le preguntan si el niño juega solo | 72 / 83.7% | 14 / 16.2% | 86 / 100% |
| Le preguntan si el niño camina solo | 72 / 83.7% | 14 / 16.2% | 86 100% |
| Le preguntan si el | 62 / 72% | 24 / 27.9% | 86 100% |

| | | | |
|--------------------------|--|--|--|
| niño responde al llamado | | | |
|--------------------------|--|--|--|

Según parámetros establecidos por la VPCD en el seguimiento de un niño de 0 – 5 año, refieren el 86% (promedio de suma de todos los parámetros) se realiza una serie de preguntas como pesar, tallar, PC, si el niño juega solo, y si el niño responde al llamado y 14% refieren que no se les realiza ninguna pregunta.

¿Al cuánto tiempo le dan la cita?

Cuadro 8

| VARIABLES | n=86 | Porcentaje |
|------------------|-------------|-------------------|
| A la semana | 0 | 0 |
| A los 15 días | 0 | 0 |
| Al mes | 20 | 23.2 |
| A los dos meses | 64 | 74.4 |
| A los tres meses | 2 | 2.3 |
| Total | 86 | 100 |

Según las madres encuestadas refieren que el seguimiento de los niños se hace a los dos meses dependiendo de la edad en 74.4%, con un 23.2% al mes refieren algunas y un 2.3% a los tres meses, por lo refieren que es muy largo el período de seguimiento de los niños, es las recomendaciones lo detallan.

¿Le parece adecuado el lugar y las condiciones que brinda el Centro de salud?

Cuadro 9

| VARIABLES | n=86 | Porcentaje |
|------------------|-------------|-------------------|
| Si | 16 | 18.6 |
| No | 70 | 81.3 |
| Total | 86 | 100 |

En 81.3% la población no está de acuerdo en el lugar donde se ubica el centro de salud, ya que se encuentra fuera del casco urbano lo que le dificulta a la población asistir a dicho programa, a la vez refieren que el cubículo en donde se desarrolla la misma no es adecuada ya que es pequeño y que a veces se hace el control en el pasillo, solamente en un 18.6% está de acuerdo y es el personal que está cerca del centro de salud.

¿Asiste usted a las citas de la VPCD?

Cuadro 10

| Variables | n=86 | Porcentaje |
|-----------|------|------------|
| Si | 29 | 33.7 |
| No | 20 | 23.2 |
| A veces | 37 | 43 |
| Total | 86 | |

De 86 madres tutoras encuestadas el 33.7% acuden a las citas de la VPCD con un 43% que acude a veces y un 23.2% que no acude del total, he aquí en donde la cobertura de dicho programa es baja y se hace hincapié para realizar estrategias con las autoridades correspondientes en la contratación de nuevos recursos.

10 ¿Qué recomendaciones haría usted para mejorar las condiciones del puesto de salud y el servicio?

Entre las recomendaciones de los encuestados para mejorar el servicio y el puesto de salud se cuentan:

- Capacitar al personal de salud y más personal para realizar con más tiempo el control de la VPCD y/o seguimiento.
- Equipar con materiales necesarios para la evaluación integral del niño.
- Hacer llamativo el componente VPCD, y su divulgación por el MINSA.
- Mejorar las relaciones interpersonales.
- Realizar campañas educativas con los asistentes a la VPCD y mejorar la atención.

DISCUSIÓN

Valoración del grado de adecuación de los recursos humanos y materiales disponibles para la atención del programa de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)

La enfermera asignada al VPCD tiene poco tiempo disponible para este componente, pues también debe de asistir a los médicos en la consulta de morbilidad. Tanto ella como el médico de especialización pediátrica tienen preparación para realizar con propiedad la atención de los niños que acuden a la VPCD. El local donde se atiende a los niños y el centro de salud tienen problemas en el abastecimiento de materiales para llevar a cabo una buena VPCD, hacen falta pesa, tallímetro y centímetro y personal capacitado, aunque el centro cuenta con área de especialización que a la vez es la encargada de hospitalización pediátrica y la alta morbilidad general esto hace difícil el desarrollo del programa. El local donde se atienden los niños, y el centro de salud en su totalidad, tienen problemas en el abastecimiento de agua, de planta eléctrica y de facilidades sanitarias, sobre todo en el horario de mayor afluencia de pacientes.

El hallazgo de escasez de materiales para este tipo de atención, y la insuficiente preparación de personal, ha sido reportado a las autoridades correspondientes, pero parece que el problema es más acentuado en los pueblos del norte en donde es claro la alta tasa de escasez económica.

En base a todo lo expuesto anteriormente, se puede decir que en este centro de salud las condiciones son adversas para la calidad de la atención., por falta de personal y de enfermeras capacitadas para tal fin, ya que a veces en esta área se coloca a personal técnico quirúrgico que no responden a la atención adecuada.

Valoración del proceso que realiza el personal médico y de enfermería en la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD).

De la información proporcionada por las madres en la encuesta se puede deducir que el personal de salud, está realizando las preguntas orientadas a conocer el grado de desarrollo del niño, cumpliendo las actividades de la VPCD con tal fin.

Las orientaciones a las madres sobre la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo se realizan a través de las charlas educativas, según lo que reportan las madres, quienes señalan en sus recomendaciones la necesidad de recibir más orientaciones.

De acuerdo a lo expresado en los párrafos anteriores, y si se da a crédito a lo que reportan las madres, en el centro de salud de Somotillo prácticamente esta abandonada la relación médico paciente. La situación al respecto será de franca desventaja en relación a lo que se hace en los centros de salud de León, con todo y las marcadas debilidades que se observan en esta ciudad.

También se debe deducir que la cobertura de atención, que se reporta adecuada en caso de niños de 0 – 5 años, en la realidad esta limitada, ya que la asistencia de seguimiento a la VPCD es del 33.7%, no por la atención sino por la falta de equipamiento y de personal altamente capacitado.

Grado en que las madres están aprendiendo y aplicando las actividades de VPCD

Los resultados del estudio revelan que las madres encuestadas están concientes que el aprendizaje de los niños depende en buena medida de la forma como son tratados, y no sólo de su carga hereditaria. Igual consideración hacen en relación al carácter y modo de comportarse de los niños.

Conocer el grado de satisfacción de las madres con la atención recibida.

Es muy llamativo que, en general, las madres se sienten satisfechas con la atención recibida, aunque al final de las entrevistas, algunas recomendaban mejor atención y más tiempo en la atención. Sobre la consulta, hay que tomar en cuenta que el tiempo que dura es diez minutos, siendo que lo establecido por las normas es de 15 minutos para cada niño. Se encontraron serias dificultades objetivas en el servicio examinado, esto puede tener dos importantes implicaciones. La primera es que al evaluar la calidad de los servicios no se debe de confiar demasiado en el grado de satisfacción de los usuarios. En este caso particular, posiblemente las madres estaban satisfechas con la evaluación del crecimiento del niño, y con las otras actividades que le

realizaron. Evidentemente, no tienen en sus expectativas - por falta de conocimientos – el examen del desarrollo que deberían haberle practicado. Otra implicación es que los cuestionarios con preguntas estructuradas no estén dando suficiente oportunidad a las mujeres para explorar sus sentimientos. Parece que conviene complementarla con métodos cualitativos, como se ha realizado en algunos estudios.

CONCLUSIONES

Las actividades del programa de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo del niño son prácticamente existentes precarias en el centro de salud Raymundo García del municipio de Somotillo, con sus limitaciones en personal, materiales y en el ámbito de la atención.

Diferentes factores determinan esta situación. En primer lugar, faltan los recursos materiales para realizar la valoración completa de la VPCD. Los recursos humanos no están bien preparados para este fin, además de que tienen poco tiempo disponible, pues deben realizar múltiples actividades.

Derivado de estas condiciones, en los controles al niño no se están haciendo, o se hacen con muy poca frecuencia, las preguntas y actividades para evaluar el desarrollo del niño. Agregado a lo anterior, las madres están recibiendo escasas orientaciones sobre procedimientos que pueden emplear para estimular el desarrollo del niño. El grado en que las madres están aprendiendo sobre las actividades es mínimo ya que el conocimiento a través de las charlas se les hace de poco conocimiento y no se les da orientaciones durante la consulta general del control, esto pone de manifiesto el que las madres no practiquen con sus niños por carecer de conocimientos.

Aunque las madres, en general, muestran satisfacción con la atención recibida, seguramente la misma está relacionada con el examen del crecimiento que le realizan al niño, y por los otros servicios que se le brindan durante el control, aunque refieren en sus recomendaciones mejor atención.

En cuanto el cumplimiento de las normas, existen muchas debilidades, derivadas de la insuficiente disposición de materiales y de la poca preparación de los recursos humanos y de nuevos recursos.

Hay divergencias de las opiniones de los responsables sobre el alcance del cumplimiento de las normas, por un lado al tener conciencia de que la cobertura es satisfactoria, siendo esta escasa la cual se revela en las encuestas en el seguimiento de los pacientes asistentes a la VPCD por otro lado se explican las razones de la inasistencia al control del VPCD, solamente se atiende a una

parte de la población de niños principalmente del área urbana del municipio. Un problema que puede estar influenciando es el tipo de trabajo de los padres o tutores de los menores, principalmente de la madre al tener que realizar trabajo en le campo. Otros por lejanía de las comunidades y las dificultades del transporte del municipio.

También las madres detectan que para que los niños tengan una evaluación apropiada es necesario hacer que el personal se prepare más, tenga los materiales necesarios, sean creativos y el MINSA promueva la existencia del componente de la VPCD.

RECOMENDACIONES

Siendo que las actividades del programa de la VPCD del niño son prácticamente poco existentes, las autoridades del Centro de Salud Raymundo García y el SILAIS-Chinandega deben de revisar lo que quieren y pueden hacer al respecto.

El punto de partida puede ser motivar al personal del centro de salud, o de los puestos de salud de del municipio de Somotillo y todo Chinandega si la situación es generalizada, sobre la importancia de promover las actividades de la VPCD del niño y la motivación, sería proporcionarles una adecuada capacitación.

Se hace indispensable dotar al centro de salud de los materiales necesarios para evaluar con calidad el programa de la VPCD. Es esencial lograr que la familia aprenda a realizar actividades apropiadas en este sentido, para mejorar el servicio.

Son deseables gestiones para el mejoramiento de los servicios y realizar actividades con el MINSA para aumentar las coberturas del programa y disminuir la inasistencias de las madres con sus niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Segunda edición. Serie PALTX. Para ejecutores de programas de salud.
2. MINSA. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), Managua. Abril, 2003. p 3, 10, 11, 18, 19.
3. UNAN – León. Evaluación de la calidad de los usuarios externos asistentes al programa de la VPCD en el centro de salud de los lechecuarios – Acosta Carlos Lenín 2002.
4. [http//www](http://www). Calidad de Servicios de salud – M.I. Roemer y C. Montoya
5. Ministerio de Salud. Ley General de salud. Op cit No 91.
6. Ministerio de salud, Política Nacional de Salud, Nicaragua. 2004 – 2015. p. 8, 17, 25, 32.
7. Ministerio de salud. Plan Nacional de Salud. Managua, Nicaragua. Sept. 2004.
8. Gerencia de calidad. Promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención MINSA Managua – Noviembre 2001.
9. PROSIM- GTZ Promoviendo una Cultura de Calidad en las Sedes Silais.2004
10. Metodología de la investigación Roberto Hernández Sampieri - Carlos Fernández Collado - PilarBautista Lucio. 3ra. Edición 2003 McGraw Hill.
11. Introducción a la Investigación Científica. José N. Nativí Nicolau 1ra edición 2003

12. Introducción a la Metodología de la Investigación Científica. Julio Piura López –4ta. Edición 2000.
13. Publicaciones Técnicas Mediterráneo - Meneghello R. Julio - Pediatría/ 5ta. Edición – Chile 1998.
14. Calidad de las actividades de evaluación y promoción del desarrollo en el centro de salud Kukra Hill. Dr. Lenín José Acosta 2006.

ANEXOS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS USUARIOS ASISTENTES AL PROGRAMA, DE LA VIGILANCIA Y PROMOCION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO (VPCD) EN EL CENTRO DE SALUD RAYMUNDO GARCIA DEL MUNICIPIO DE SOMOTILLO EN EL PERIODO DE AGOSTO - SEPTIEMBRE DEL 2006.

FICHA DIRIGIDA AL PERSONAL USUARIO DEL VPCD.

Ficha No. _____

Nombre: _____ Fecha _____

1- ¿Cómo es la atención por parte del personal?

Buena _____

Mala _____

Regular _____

Muy buena _____

Excelente _____

2- ¿Qué le parece el tiempo que usted tiene que estar en el centro de salud para que le atiendan a su niño?

Demasiado tiempo _____

Más tiempo de lo necesario, pero no demasiado _____

Razonable _____

3- ¿Cuando le brinda información el personal de salud de su niño cómo lo hace?

Pláticas Si _____ No _____

Charlas Si___ No___

Le da oportunidad de hacerles preguntas Si___ No___

Ninguna de las anteriores Si___ No___

4- ¿Le explican de manera clara y comprensible en?

Las pláticas Si___ No___

Las charlas Si___ No___

5- ¿Les contestan sus preguntas?

Si___ No___

6- ¿Lo hacen de buena manera?

Si___

No___

7- ¿Cuando examinan a su niño que le realizan?

Lo pesan Si___ No___

Le miden su tamaño Si___ No___

Le miden el tamaño de la cabeza Si___ No___

Le preguntan si el niño juega Si___ No___

Le preguntan si el niño se sienta solo Si___ No___

Le preguntan si el niño camina solo Si___ No___

Le preguntan si el niño responde al llamado Si___ No___

8- ¿Al cuánto tiempo le dan la cita?

A la semana___

A los 15 días___

Al mes___

A los dos meses___

A los tres meses___

9- ¿Le parece adecuado el lugar y las condiciones que brinda el puesto de salud?

Si___

No___

10- ¿Asiste usted a las citas de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD)?

Si___ No___ A veces___

11- ¿Qué recomendaciones haría para mejorar las condiciones del puesto de salud?