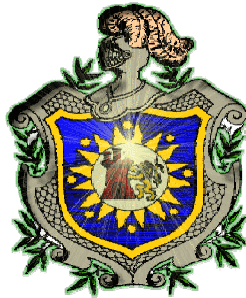


**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNAN – LEÓN
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



**MONOGRAFÍA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MEDICINA Y CIRUGÍA**

**EVALUACION DE LA CALIDAD DE LA VIGILANCIA Y
PROMOCION DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO, EN EL
CENTRO DE SALUD DE CORN ISLAND – RAAS. AÑO 2007**

Autora: Karla Patricia Membreño Martínez

**Tutora: Lic. Fidelina del S. Munguía Hernández
Maestría en Administración de Servicios de salud**

**Asesoría: Dr. Arnoldo Toruño Toruño
Maestría en Salud Pública**

León, 3 de Julio 2007

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

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 grande sueño.

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

A mis padres Patricia Martínez (QDEP), desde los cielos me brinda su bendición y a José Antonio Membreño quién me ha brindado su apoyo incondicional y en las diferentes etapas de mi vida

AGRADECIMIENTO

A los usuarios externos e internos del centro de Ethel Kandler del municipio de Corn Island, gracias por su colaboración para que este estudio fuese posible, esperando que la información que está en este documento contribuya para mejorar la calidad de la atención que reciben.

A mis amigos y maestros Lic. Fidelina del Socorro Murguía Hernández y al Dr. Arnoldo Toruño, por haberme guiado en la realización de esta investigación con sus años de experiencia, quien con su paciencia y jovialidad, hicieron más ameno el proceso de trabajo que requirió el mismo.

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: Ethel Serene Williams, Manuel Alberto Millón Vallejos, Reynaldo Gilberto Montalván Sánchez, Nohemí Matamoros Díaz, Roberto Sujo Brow, Donald Torres, Mario Mendez, Leani Moreno y Marlene Estrada por compartir conmigo momentos de alegrías y momentos difíciles.

Al personal de salud de la unidad Ethel Kandler del municipio de Corn Island por su ayuda y hacerme más fácil mi año de Servicio Social en su comunidad.

OPINION DEL TUTOR

EL estudio de evaluación de la calidad del componente de la VPCD en el Centro de Salud Ethel Kandler, en Marzo del 2007, es un trabajo de Servicio de Salud , representa un esfuerzo de la Br. Karla P. Membreño M. al llevar a cabo una evaluación en el componente de la VPCD y al mismo tiempo coincidir con las aspiraciones de las autoridades de Corn Island y el Departamento de Salud Pública .

Su importancia radica en el empleo de diferentes metodos cualicuantitativos, que permitió dar una revisión de las condiciones de sus recursos, de cómo se estan realizando las actividades destinadas a la evaluación del crecimiento y desarrollo, los conocimientos y el grado de satisfacción que tienen las madres.

Considerando que los resultados muestran una realidad no muy alentadora, relacionada a que la calidad es deficiente en la evaluación de la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo (VPCD), brindando la oportunidad de reflexionar para poder contribuir en la mejoría del servicio, que puede ser posible con la decidida participación de las autoridades y el personal involucrado.

Sin embargo, éste trabajo nos permitió obtener una lección aprendida vinculada al manejo del instrumento de los Informantes Claves, al momento de su aplicación, no basta apegarse a una guía de trabajo sino que es preciso que el investigador dedique mayor esfuerzo para tratar de profundizar y de seleccionar la información requerida.

RESUMEN

Este estudio evalúa la calidad con que se desarrollan las actividades del componente de la VPCD en el Centro de Salud Ethel Kandler, basándose en una combinación de métodos y técnicas cuali-cuantativas, como es: Observación para conocer los recursos disponibles y el proceso de atención; Entrevista a informantes claves para saber sus apreciaciones sobre éstas actividades, Revisión de datos estadísticos para valorar, la cobertura, concentración, vacunación, y niños desnutridos, además Entrevista de salida a 60 madres para valorar su grado de satisfacción con la atención recibida.

El personal tiene insuficiente capacitación para ofrecer una atención integral en la VPCD, con poco tiempo disponible. Falta infantómetro para la evaluación adecuada del crecimiento y, no existen materiales para la evaluación del desarrollo infantil.

Hay regular cumplimiento de las normas por, fallas en evaluación del crecimiento y por falta de valoración de la evaluación del desarrollo infantil.

En cuanto a cobertura es regular, del 61.7% en menores de un año, una concentración de 4.8 controles. La vacunación tiende a elevarse. Las madres están satisfechas con la atención que reciben, algunas se quejan del tiempo de espera y de la falta de sillas.

La calidad de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud, es deficiente. Se recomienda elaborar una propuesta conjunta de capacitación en desarrollo infantil para personal de salud, con autoridades SILAIS - RAAS y Salud Pública de la UNAN León y gestionar los materiales para la evaluación del desarrollo para cumplir con las normas del MINSA.

INDICE

<u>Contenido</u>	<u>Págs.</u>
1. Introducción	6-10
2. Planteamiento del Problema	11
3. Objetivos	12
4. Marco Teórico	13-41
5. Diseño Metodológico	42-46
6. Resultados	47-56
7. Discusión	57-59
8. Conclusiones	60
9. Recomendaciones	61
10. Bibliografías.....	62-63

Anexos:

1. Guía de observación de los recursos.
2. Guía de observación de evaluación del crecimiento.
3. Guía de observación para evaluar estimulación temprana.
4. Guía de observación de los registros de las historias clínicas.
5. Registro de datos estadísticos.
6. Guías de entrevista a informantes claves.
7. Instrumento de entrevista a la salida a madres de menores de dos años.

1. INTRODUCCION

La adecuada vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo es fundamental para que los niños logren un buen aprovechamiento escolar, y obtener un buen estado de salud. En el periodo de la niñez se aprenden muchas cosas importantes, que luego influirán sobre los estilos de vida adulta

La conducta y condición de la familia constituye el principal factor determinante del crecimiento y desarrollo del niño. Allí ocurre la formación de valores, la modelación de la conducta y el establecimiento de lazos afectivos. Parte de las competencias de la familia son la socialización y el apoyo emocional, aunque en el mundo moderno tiende a ser compartida con instituciones. La escuela es otra base fundamental para la integración del niño en su medio social

La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) constituye el eslabón de la integralidad de la atención del niño ya que partiendo de la vigilancia continua de los procesos de crecimiento y desarrollo se logra actuar de manera preventiva en favor de la niñez, a fin de disminuir los riesgos y daños a la salud a través de una serie de acciones expresadas en la norma aprobadas por el Ministerio de Salud (1), su presencia en una comunidad determinada revela la eficacia global de las intervenciones, tanto preventivas como curativas, indicador sensibles de la salud y la nutrición.

Para realizar un mejor control del VPCD, las instituciones han venido desarrollando la evaluación de programas la que se apoya mediante la investigación evaluativa empleando métodos y técnicas cuantitativas y cualitativas, recogen y utilizan información en la que se valora el concepto, diseño, implantación y utilidad de los programas de intervención social. Su propósito fundamental es juzgar el valor de una cosa, siendo lo central cómo evaluar, es decir se puede evaluar sobre la base de opiniones y se valoran los cambios producidos por el programa; a quien a llegado; la

satisfacción que ha generado entre los participantes; el cumplimiento de las actividades programadas; los efectos inmediatos o a largo plazo del programa. En otros contextos investigadores, pediatras de las instituciones han venido realizando investigación sobre el desarrollo guiada por las mismas presiones sociales de mejorar la salud y la vida de los niños.

Sin embargo la pobreza del país es un factor influyente que favorece a que la calidad de atención sea cada vez menos eficiente, señalada en la Encuesta Nicaragüense Demografía en salud (ENDESA, 2001) (2), la reducción de la tasa de mortalidad infantil de 35 por mil nacidos vivos, aún alta y la Desnutrición crónica (3), la que es más alta en algunas regiones del país.

En el municipio de Corn Island existe la necesidad de tener como base la evaluación de del componente VPCD, basado en las orientaciones de la Política de Salud nicaragüense (2001-2015) (4), sobre el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud de modo que garanticen rápida atención buen trato y seguridad de los servicios recibidos, con énfasis en la niñez, priorizando las zonas rurales, respaldado por el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) (2004) (5), que comprenden las acciones y servicios de salud con efectividad comprobada, aceptadas y que generen satisfacción a la población (calidad) y actividades de educación sanitaria a la población.

El Análisis del Sector Salud, en que se fundamenta el Plan Nacional de Salud (2004 - 2015) (3), detectaron problemas en la calidad del servicio a la población, debido a que los servicios de salud se ofertan sin un enfoque de calidad que tome en consideración las necesidades y expectativas de la población usuaria, lo que se expresa en la poca información que se le brinda a la población sobre la oferta de servicios; así como el inadecuado trato que se le brinda a la población como en el diseño de los procesos y flujos con que funcionan los servicio.

Los estudios monográficos que han venido explorando la calidad del componente de crecimiento y desarrollo, se encuentran en diferentes niveles de actuación, permiten

mostrar cómo se desarrolla en las unidades. Puede considerarse como una fortaleza, el que estos esfuerzos inicialmente aportaron más de las actividades de crecimiento, no sucede así en las actividades de evaluación y promoción del desarrollo infantil. El análisis muestra la existencia de diferentes factores que afectan la calidad del componente desde sus condiciones de infraestructura inadecuadas, pocos recursos humanos, escasa capacitación del personal encargado, falta de equipos y materiales, con una mayor deficiencia para valorar el desarrollo y la entrega de poca orientación que hace el personal a las madres sobre éstos aspectos. Todo esto se acompaña de sus resultados que muestran bajas coberturas, limitados conocimientos de las madres para que puedan ayudar al desarrollo temprano de su hijo(a), por sus formas de educarlos.

Al medir lo que estaba ocurriendo en el municipio de Kukra Hill, Acosta L, (2006) (6) los problemas en la calidad del centro de salud, se sustentan con la falta de materiales para evaluar el desarrollo, la poca información que les brindan a las madres a pesar que expresan satisfacción de la atención recibida, siendo que la consulta se realiza en diez minutos. Hay desconocimiento de las madres sobre el desarrollo del niño, así de cómo ellas pueden ayudarles en este proceso, al opinar que el castigo físico es útil en la educación de los mismos. Estos resultados son la evidencia de la necesidad de un mejoramiento de la atención en la unidad de salud estudiada.

Las autoras, Aburto R. y Hernández K. (2005), (7) encontraron en “La Calidad de las Actividades de Evaluación y Estimulación del Desarrollo Infantil”, en el municipio de León, motivadas a mejorar los instrumentos que se habían venido empleando para alcanzar aportes más objetivos, como se muestra en sus resultados, encontraron una pobre disponibilidad de recursos materiales, la dotación de los recursos humanos adecuada a médicos y personal de enfermería, sin la incorporación del psicólogo en las actividades de evaluación, aún cuando las normas del componente lo establecen. Por otra parte, la insuficiente capacitación del personal para realizar una adecuada valoración del desarrollo, sumada a que con frecuencia les realizan las preguntas adecuadas y las actividades apropiadas normadas para cada edad. Según las autoras,

las madres están conscientes de la posibilidad de influir favorablemente sobre el desarrollo de sus hijos pero tienen poca claridad de cómo hacerlo; ejemplo de ello es encontrar un 39.0% que responde a que el castigo físico es necesario para la educación de su hijo.

El punto de partida de los estudios inicia con la motivación e interés de Macklin J. y colaboradores (8) Munguía I. y colaboradores, (9) estudiantes de medicina de León, ambos estudios avanzan a detectar las fallas de la calidad, a pesar de tener instrumentos de trabajo menos focalizados, sus resultados motivaron a una reflexión más seria en las actividades del VPCD, principalmente en la evaluación del desarrollo y actividades de estimulación temprana.

Los elementos señalados anteriormente afectan la calidad de los servicios hacia la población infantil, lo que indica que no ha mejorado según el reporte enunciado anteriormente, de importancia es traer la base jurídica del MINSA (10) y el eje conductor del Plan Nacional de Salud 2004 - 2015 (3) ambos orientan el mejoramiento de la calidad de los servicios que se presta a la población, por lo que el municipio de Corn Island, expresó su interés y apoyó la idea evaluativa del componente.

Siendo que la evaluación implica influir sobre las personas que toman sus decisiones y que tienen consecuencias sobre quienes la realizan (11), con instrumentos apropiados se podrá detectar con más acierto cómo está la calidad, se considera que se hace necesario despertar el interés en las autoridades de salud en el sentido de que no basta con obtener determinados resultados sino que se someta a un proceso de discusión que tenga como beneficio el mejoramiento del servicio a los niños

La calidad de la evaluación de 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.

Existen estrategias de manejo en cuanto a las enfermedades prevenibles por vacunas pero, muchas limitaciones para que éstas se cumplan en un 100%, principalmente en esta región del país (RAAN – RAAS) incluyendo el abordaje, proyección por parte del personal de salud, además éste estudio forma parte de otros esfuerzos para recabar la información el monitoreo de la calidad del programa de VPCD en el centro de salud. Se considera que Los resultados del estudio, además de ser positivo para el centro de salud, va a contribuir a elaborar una propuesta de capacitación en coordinación con el Departamento de Salud Pública de la UNAN – León y autoridades del SILAIS RAAS, sobre la evaluación del desarrollo infantil dirigida al fortalecimiento de los servicios a los niños que redunde en una salud integral, que es un recurso para la vida, compatible con las aspiraciones de la promoción de la salud, que centra sus esfuerzos en la evaluación. En resumen el estudio muestra cada una de las etapas con la que se valora la calidad, que a la par de la dedicación, hace aportes a los servicios a pesar de la distancia para obtener orientaciones al respecto.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cómo es la calidad del componente de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD), en el centro de salud Ethel Kandler del municipio de de Corn Island - RAAS entre Febrero a Marzo 2007?.

3. OBJETIVOS

General:

Valorar la calidad del componente de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en el Centro de Salud Ethel Kandler en el período de Febrero-Marzo 2007.

Específicos:

Se pretende valorar:

1. Los recursos humanos y materiales disponibles para el VPCD.
2. El cumplimiento de las normas de atención del programa.
3. Cobertura del servicio.
4. La mortalidad en los menores de dos años
5. Grado de satisfacción de las madres en relación al servicio de VPCD.

4. MARCO TEÓRICO

6.1 Evaluación de la calidad del programa de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo.

Para abordar el problema que motiva estudiar se ha tomado en cuenta los distintos documentos que orientan en sus lineamientos generales en salud , como es la Política Nacional de Salud (2004-2015) al proponer en su definición que la calidad es el mejoramiento de la capacidad resolutive, de los servicios de salud, de modo que garantice rápida atención, buen trato y seguridad, de los servicios recibidos, haciendo énfasis en los servicios dirigidos a la mujer y a la niñez .Esto se lograra a través del establecimiento de los estándares de calidad de la atención, para los servicios con mayor problema.(4)

Sin embargo para lograr un mejoramiento de los servicios de salud, la Gerencia de la Calidad (2001) (12), propone una cultura de calidad de las instituciones, la que requiere valorar detalladamente, en lo que respecta la Estructura, el Proceso y los Resultados.

Al hacer referencia de la estructura, comprende todos los elementos existentes en el medio que se desarrollara un programa., como por ejemplo se refiere a los recursos humanos, materiales y económicos (Infraestructura). Cuando se abarca el proceso comprende los indicadores de la evaluación, basado en desarrollar múltiples acciones, entre las que se pueden mencionar, la capacidad de modificar conductas negativas, adecuarse a las condiciones del programa o proceso.

Para realizar este propósito, son necesarios algunos indicadores cualitativos como: La calidad de la técnica de planificación, organización, dirección de los sistema de control y evaluación .Sin embargo, la calidad técnica en la prestación de la atención, mediante comparación con procedimientos normalizados: Auditoria de la práctica médica y tiempo que toma la atención para cada una de las personas.

Un programa necesita para su funcionamiento de la evaluación y gestión de información en el tiempo y en la forma adecuada. Martínez F. y col (12), hacen énfasis para la evaluación del programa es evaluar el propio proceso de programación, una técnica clásica, útil para esta fase, es la llamada prueba del acido de la programación, que consiste en someter al programa a un conjunto de preguntas y valorar respuesta, considerándose relevantes ¿Qué queremos conseguir? ¿Qué vamos a hacer (tareas)? ¿Con qué? (recursos) ¿Cómo? (metodología a utilizar, quien lo va hacer y quien se beneficiara) ¿Dónde se va a elaborar? ¿Cuándo se realizara?.

Con respecto a los resultados deben concentrarse en los efectos del programa, así mediante diferentes métodos de investigación cuantitativos (en los que se valora el cuanto). Y cualitativos (en los que se valora el porqué). Se podrán medir los conocimientos las actitudes, las opiniones, las percepciones, su nivel de salud, el grado de apoyo social de las personas, la calidad de la vida, el coste o el grado de participación.

La evaluación del proceso se centra en los aspectos internos del programa y en los aspectos externos o de contexto. Lo importante de la evaluación del programa es para mejorar las deficiencias y debilidades encontradas y de esta manera el personal de salud brinde una mejor atención integral, rápida, buen trato, y seguridad de los servicios recibidos, de esta manera dar respuesta a las necesidades, las cuales deben estar en función de los objetivos de atención de la Institución o en el nivel de atención primaria .(preventiva).(8.3)

6.1.1 La calidad de la atención

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 y/ o la mas conocida; proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar,

después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermeras, administradores con su visión y formación académica (3) siendo este último la regencia obligada al respecto por ser quien más ha investigado y escrito sobre el tema.

Para que exista claridad en la forma de atención, La Política Nacional de Salud (2004 - 2015) (4), asume como calidad, el mejoramiento de la capacidad resolutive 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 al niño(a)..

Se han dedicado esfuerzos para el mejoramiento de los servicios de salud, la Gerencia de la Calidad (2001) (12), propone una cultura de la calidad de las instituciones, la que recomienda igual sentido valorar su Estructura, Proceso y Resultados.

Los principales esfuerzos del Estado, establecidos en el Mejoramiento de la Gerencia de Calidad (2001) (12) 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.

En Nicaragua la Reforma del Sector Salud que analiza en el Modelo de Atención Integral en salud (2003),(5) ha tenido varias etapas, la más reciente en 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.

Con El Modelo de atención integral en salud, (2003) (5), 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.

Se inicia en el periodo 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. Dentro de este período está 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 grupos 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 alimentaría, 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.

Desde Plan Nacional de Desarrollo (2004) (14), consistente con el Modelo de Atención Integral en salud (5); el cual no sólo pretenden 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.

También forma parte el interés de La Ley General de Salud No. 423 y Reglamento), en el Art. 119 y 124, (200 (10), 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 firmas. 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.

6.1.2 La Calidad de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo

Al respecto, La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo tiene como objetivo fundamental la prevención, detección y manejo temprano del crecimiento inadecuado. En este contexto el indicador peso edad es el que se utiliza para determinar la velocidad de crecimiento entre una y otra evaluación en menores de cinco años (1).

6.1.3 Crecimiento normal del niño

Ha sido definido como el proceso de incremento de la masa de un ser vivo, que se produce por el aumento del número de células o de la masa celular (13). Hay una estrecha relación entre la normalidad del crecimiento y el desarrollo y el estado de salud de un niño. Por ésta razón, la evaluación del crecimiento y del desarrollo físico constituye uno de los aspectos más importantes y más característico del examen físico pediátrico. La evaluación se realiza en dos etapas: medición de valores y comparación de los valores observados en una norma.

6.1.4 Medición del crecimiento

Atendiendo las recomendaciones de OPS y las normas de atención (1,14), las variables tradicionales usadas para evaluar el crecimiento físico son el peso, la estatura en los niños mas pequeños, la longitud corporal en posición supina. A estas mediciones básicas suelen agregarse otras que reflejan el crecimiento de segmentos, órganos o tejidos determinados, como la circunferencia craneana, la circunferencia torácica, la circunferencia del brazo. Para una estimación adecuada, las mediciones deben ajustarse a ciertas prácticas comunes y deben ser realizadas de forma rigurosa, valorado a través el: Peso para la edad, talla para la edad, circunferencia craneana para la edad, y perímetro braquial.

Con la medición del peso para la edad de los niños se pretende, tener un conocimiento de cómo está el peso de los niños que llegan al programa del VPCD, donde se disponga debe utilizarse una balanza. Para pesar lactantes y el niño pequeño, 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, Es apropiado pesar al niño(a) sin ropa, de ser esto imposible, 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,

una vez obtenido el peso del niño este es ubicado en las tablas de control de crecimiento y desarrollo que establece el MINSA en los registros para ello diseñados.

La medición de la talla bajo la recomendación de (1,14), deberá realizarse en una superficie vertical rígida con una escala en centímetro fija a ella y una superficie horizontal móvil en ángulo recto como 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 extensible de dos metros.

Muchos instrumentos usados en la práctica carecen de ésta característica y brindan información errónea en las mediciones. Se debe medir al niño descalzo y sin medias ya que estas pueden ocultar un elevamiento ligero de los talones. El sujeto se coloca de pie 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.

La medición de la circunferencia craneana, bajo las orientaciones del MINSA y OPS, (1,14), se realiza utilizando una cinta flexible de acero, debe ser metálica, ya que la de material plástico se deforma con el uso, angosta y de aproximadamente 0.5

centímetros. Si la circunferencia craneana es pequeña y la cinta es ancha, el error de medición se incrementa. Esto se realiza 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 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.

La medición de la circunferencia del brazo, se utiliza una banda o brazaletes braquial. 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.

6.1.5 Valoración de la evaluación del desarrollo.

Para comprender el concepto general del desarrollo, es el proceso por el cual los seres logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de funciones (1,14).

Naranjo, C. (1982) (1,14,15) El desarrollo de los (as) niños (as) se hace evidente a través de un proceso de cambios continuos y progresivos que el o ella presenta desde el momento de su concepción hasta que llega a ser un hombre o mujer. El desarrollo incluye proceso de crecimiento, maduración y aprendizaje

El crecimiento se verifica por el aumento de estatura y peso de todas las partes del cuerpo del niño (a). Además de crecer el cuerpo madura, significando que los órganos

del cuerpo mejoran su manera de trabajar y funcionar, realizando actividades más complejas. Al mismo tiempo que el niño (a) crece y madura, también aprende, adquiriendo conocimientos y su comportamiento cambia a partir de sus propias experiencias, con el fin de adaptarse al ambiente.

Para Naranjo C. (1982) (1,14,15) considera que el desarrollo es un proceso, porque los cambios que el niño (a) presentan se dan uno tras otro, en orden, en etapas sucesivas y de manera simultánea en las distintas conductas: Motora Coordinación, Lenguaje y Social. El desarrollo del niño (a) ocurre en forma secuencial, esto quiere decir que una habilidad ayuda a que surja otra. Es progresivo, siempre se van acumulando funciones primero simples, después complejas. Todas las partes del sistema nervioso actúan en forma coordinada para facilitar el desarrollo, cada área de desarrollo interactúa con las otras para que ocurra una evolución ordenada de las habilidades. La dirección que sigue el desarrollo motor es de arriba abajo, es decir primero controla la cabeza, después el tronco. Va apareciendo del centro del cuerpo hacia afuera, primero controla los hombros y al final la función de los dedos de la mano.

6.1.6 Características de las Conductas del Desarrollo

Para estudiar el desarrollo el investigador debe de comprenderlo como un sistema dinámico, algunos autores pueden dedicar a estudiarlo cronológicamente, otros emplean una descripción detallada del niño(a). En este caso se hace en base a las actividades del lenguaje, motora, coordinación y social.

6.1.6.1 Lenguaje.

Todos los seres humanos se comunican, pero la comunicación, produce alegría y satisfacción y ayuda a resolver problemas, a encontrar respuestas a nuestras dudas, a compartir nuestros sentimientos y necesidades; la comunicación es lo que nos hace verdaderamente humanos. La comunicación no es exclusiva del lenguaje verbal, sino que por medio de gestos, caricias y en definitiva, utilizando todos los sentidos, nos

comunicamos unos con otros. Desde esta perspectiva, el lenguaje es un instrumento de comunicación, y mediante su uso expresamos y comprendemos las ideas y mensajes que transmitimos. La adquisición del lenguaje implica el aprendizaje de un repertorio de sonidos y de palabras, así como la progresiva utilización, de forma cada vez más compleja, de las reglas para su uso. Por todo lo expresado antes se puede decir que esta en un área de aprendizaje muy importante, la cual es denominada instrumental.

El proceso que realiza el niño o niña para adquirir y desarrollar su lenguaje según la etapa en que se encuentre, es sostenido por Naranjo C. (1982), (1,14, 15)

Los niños de cero a seis meses: es un estadio de pre – lenguaje, el bebe llora, grita y el adulto aprende a diferenciar el tipo de gritos y lloros para cubrir las necesidades de la demanda. Se espanta ante sonidos fuertes y súbitos. Se inicia el balbuceo, es decir, “juega”, emitiendo sonidos. Mantiene una actitud de escucha y responde con una sonrisa ante el adulto (comunicación social) el niño sigue desarrollando para pasar a la siguiente etapa.

De seis a los doce meses: es un periodo caracterizado por la atención que presta al lenguaje, respecto a la expresión, el niño (a) responderá a su nombre con sonidos, gritos o exclamaciones y gestos con todo el cuerpo. Empieza a discriminar los sonidos a los que presta atención y a los que no (por ejemplo, estará atento a la voz de la madre aunque escuche otros sonidos, indicando que se avanza en la comprensión). Además inicia la pre – conversación (el niño (a) emite sonidos con diferentes tonos y ritmos, parando cuando interviene el adulto). Las palabras mama, papa, niño (a) son comprendidas y es capaz de emitir sonidos a voluntad.

De los doce a los dieciocho meses: es el estadio denominado como palabra frase, con una sola palabra esta expresando toda una idea; el uso de las frases es de dos palabras, e insta sonidos y ruidos, se llama a si mismo con su nombre y repite el final de las frases que oye. A nivel de expresión, se entiende aproximadamente el 50% de lo que dice, y respecto a la comprensión, es capaz de cumplir órdenes sencillas.

De los dieciocho a los veinticuatro meses: menciona varias palabras con significado (Ej., papa, mama, leche, más), usa palabras para indicar deseo (ej. Quiero pan). Combina con dos o tres palabras para asociar con objetos y utilizarlas para pedir y señalar. Se toca las partes de su cuerpo.

De veinticuatro a los treinta y seis meses: es una etapa caracterizada por la formación de la gramática (normas rigen el lenguaje), utiliza las concordancias de género y número – pelota blanca – y tiempos verbales. Comprende diferentes partes de su cuerpo, tamaños, para que sirven algunas cosas, etc.

6.1.6.2 Motora.

Las actividades que conllevan movimientos en los niños y niñas estimulan el bienestar, la salud y el desarrollo del cuerpo de forma integral, Naranjo C. (1982), (1,14, 15). El movimiento para el bebé, es conocimiento de si mismo en función de las posibilidades de cada niño (a), lo que permite fortalecer la autoestima, establecer relaciones con los que le rodean y tener conciencia de las capacidades y limites de su cuerpo. El movimiento permite: aprender de si mismo, crecer, resolver problemas, integrarse poco a poco al resto de niños (as).

El proceso que realiza el niño o niña para adquirir su desarrollo motor: desde la perspectiva de los niños de cero a los seis meses: boca abajo levanta la cabeza hasta los 45°, sostiene hasta sentarse; mantiene erguida la cabeza; eleva el tronco y la cabeza; se mantiene sentado con leve apoyo. De seis a los ocho meses: se sienta solo con apoyo; puede permanecer de pie si se le sostiene y camina apoyado de los muebles. De los ocho a los doce meses: se sienta solo sin apoyo; gatea y camina apoyado de los muebles; se mantiene de pie apoyado de muebles; da unos pasos solo y luego se cae. De los doce a los dieciocho meses: gatea y camina apoyado en los muebles; camina tomado de la mano; sube escaleras; pateo la pelota; salta en el lugar y lanza la pelota. De los dieciocho a los veinticuatro meses: camina bien solo sin ayuda;

sube escaleras gateando; pateo la pelota; salta en el lugar y lanza la pelota. De veinticuatro a los treinta y seis meses: sube escaleras gateando; sube escalera con ayuda; pateo la pelota; pedaleo el triciclo; salta en el lugar y lanza la pelota.

6.1.6.3 Coordinación

En la coordinación Naranjo C. (1982), (1,14, 15), permite conocer delicadas adaptaciones sensorio – motrices ante objetos y situaciones, la coordinación de movimientos oculares o manuales para alcanzar y manipular objetos, la habilidades para utilizar adecuadamente la motricidad en la solicitud de problemas prácticos.

Este proceso que realiza el niño o niña para alcanzar el desarrollo de su coordinación, en los niños de cero a los seis meses, busca con la mirada la fuente de sonido, sigue con la mirada objetos móviles, aparece la presión voluntaria; mueve la cabeza y ojos en busca de sonido. De seis a los doce meses: intenta la presión de objetos; puede coger objetos uno en cada mano; presión entre el pulgar y la base del dedo índice. De los doce a los dieciocho meses: presión en pinza fina; opone el índice al pulgar; hace torres de dos, tres y cuatro cubos; introduce objetos grandes en otros; introduce objetos pequeños en frascos o botellas. De los dieciocho a los veinticuatro meses: introduce objetos grandes en otros; introduce objetos pequeños en frascos o botellas; construye torres de 2, 3,4 y 5 cubos. De veinticuatro a los treinta y seis meses: copia el círculo; copia la cruz; copia el cuadrado; construye torres de 5 cubos.

6.1.6.4 Social.

En el aspecto social Naranjo, C (1982) (1,14,15), se refiere al aprendizaje progresivo de las normas, valores y costumbres propios del grupo familiar, de la comunidad a la que pertenece y la sociedad en general. Esto le permitirá relacionarse con los demás en forma adecuada necesitando así el apoyo y estímulo en la convivencia con niños (as) y adultos para aprender a compartir, a comunicarse, a ser solidario, a dar y recibir.

El proceso que realiza él o niña para alcanzar su desarrollo social, Naranjo, C (1982) los niños de cero a los seis meses: reconoce a su madre; goza activamente del juego; responde al tono de voz y a los gestos de los demás; mira a la cara cuando esta amamantando; sonrío espontáneamente; atiende con interés el sonido. De seis a los doce meses, se divierten jugando a esconderse; imita gestos; juega a la pelota con otra persona; encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal; juega a palmitas y a tortitas; bebe en taza o vaso con ayuda; es inicialmente tímido con extraños. De los doce a los dieciocho meses: juega solo; se viste con ayuda; se alimenta con cuchara derramando parte del contenido; detiene la acción a la orden “no”. De los dieciocho a los veinticuatro meses: ayuda en tareas sencillas; lava y seca sus manos y cara; juega en paralelo; se viste con ayuda; se alimenta con cuchara derramando parte del contenido. De veinticuatro a los treinta seis meses: se relaciona con desconocidos; ayuda en tareas simples de la casa; comparte juegos; controla esfínteres; lava y seca las manos; se pone alguna ropa.

6.2 Evaluación del desarrollo del niño (a) en los servicios de salud.

Para Fernández, Ballesteros y col., la evaluación de los servicios de salud en la actualidad se ha convertido en una necesidad, no como un proceso sino algo que se adelanta una vez que se proyectan las medidas, lo cual se debe cotejar así mismo (antes y después) o bien contra medidas existentes o deseables, la evaluación es la acción de atribuir valor a una cosa, suele estar requerida a objetos, juicios de valor sobre la estructura, proceso y resultados de los servicios de salud. Es también un proceso que permite determinar en que medida los objetivos de un programa, proyecto o política se han alcanzado. Así también permite decidir si un programa debe seguir siendo implantado, eliminado o debe procederse a realizar ciertas modificaciones. Un programa puede ser considerado como sistemático esfuerzos realizados para lograr objetivos pre-planificados con el fin de mejorar la salud, el conocimiento, actitudes y prácticas de los individuos. Su buen funcionamiento debe presentar las siguientes bases: 1) Problema bien definido al igual que los objetivos y resultados esperados; 2)

Base teórica; 3) Claridad en los propósitos de la evaluación; 4) Claridad en las prioridades de la evaluación.

El propósito de la evaluación es mejorar los servicios de salud, a través de: A) Regiones de asignación y distribución de recursos de manera que se consiga máxima efectividad, eficacia y eficiencia. B) Asegurar que la ejecución este de acuerdo a los principios y normas establecidas, al plan adoptado y a las instrucciones centradas, lo que puede conducir a la revisión de normas y procedimientos.

6.2.1 Evaluación esquemática del desarrollo del niño (a)

La evaluación del desarrollo ha sido de mucho interés por varias disciplina, históricamente se le concedió bastante énfasis a la Prueba selectiva de evaluación del desarrollo de Denver como una prueba de evaluación general que se aplica a niños entre un mes y seis años de edad para identificar su desarrollo anormal; evalúa las destrezas para motricidad gruesa, motricidad fina, desarrollo del lenguaje, y desarrollo social de la personalidad.

La OPS (1994) (1,14) orienta la evaluación del desarrollo y estimulo infantil no es más que la identificación de los logros alcanzados por el niño (a) en cada una de las etapas de su vida desde que nace hasta sus primeros cinco años de vida, siendo de mayor énfasis en los primeros tres, de tal forma que se convierte en la base del desarrollo adecuado del niño (a).

El desarrollo de un proceso complejo y dinámico cuya evaluación se beneficia de observaciones seriadas, constituyendo al denominado diagnóstico evolutivo, es un planteamiento de la OPS (1994). El conocimiento de los patrones de desarrollo implica: 1) Que esperar del niño. 2) Cuando esperarlo. 3) A que edades los diferentes logros del comportamiento evolucionaran a conductas más complejas. Varios autores han elaborado gráficas con las conductas que deben ir adquiriendo el niño en cada edad. Las instituciones se ponen en acuerdo para el empleo de estos instrumentos

(1,5,14,15), comparan las conductas alcanzadas por un niño (a) en un momento determinado con las pautas aceptadas como normales, analizando las cuatro áreas de la conducta Motora, Coordinación, Social y Lenguaje. Desde el nacimiento hasta los cinco años. Para la elaboración de esta grafica la OPS (1994) (14) considero la observación de las conductas habituales que exteriorizan comportamientos de la vida cotidiana de creciente complejidad, empleando preguntas dirigidas a la madre y solicitando al niño (a) que realice acciones sencillas; se puede reconocer rápidamente aspectos importantes del desarrollo normal y detectar alteraciones y problemas. con dibujo geométrico (circulo, cruz, cuadrado) y figuras de animales conocidos (perro, caballo, casa). Antes de su aplicación, es conveniente explicar a los padres que se trata de un instrumento para explorar el desarrollo del niño (a). Durante su ejecución, el niño (a) debe estar tranquilo y cómodo, junto al familiar que lo acompaña. Se debe observar su comportamiento y el de los padres durante la evaluación (1,5).

En la interpretación de los resultados de la prueba se tendrá en cuenta la presencia de los logros (ítems) para la edad (rango de normalidad). La OPS (1994) (14) plantea que se debe ubicar la edad cronológica postnatal en la línea horizontal superior de la pancarta y trazar una línea vertical imaginaria. En cada una se deben buscar los logros (rectángulos) que quedan interceptados y observan si están presentes en el niño (a) aquellos logros que quedan a la izquierda de la línea, ya presentes en el 90% de los niños(as) de esa edad. Es aconsejable en cada conducta comenzar la evaluación para logros que se suponen adquiridos y luego continuar hacia la derecha de la gráfica, hasta donde llega el niño (a). Esto se repite en cuatro conductas lo que incrementa la profundidad de la exploración así como el tiempo de comunicación con el niño (a) y su familia. La línea verticales gruesas del esquema en la escala del tiempo señala los momentos mas oportunos para realizar evaluaciones seriadas del desarrollo (1,5).

Recomienda la OPS (1994) (14), que la ilustración situada debajo de cada rectángulo interpreta el logro y aclara la exploración. En caso de que falte de uno o más logros en las conductas, importa considerar el grado de retardo medido por el tiempo de retraso en la adquisición del mismo, como se comporta con respecto a los ítems y la impresión

del observador. La ausencia de logros que deberían estar presentes para la edad debe llamar la atención, conducir a observaciones más profundas y determinar si existen causas desfavorables para el desarrollo del niño (a). Un retardo dudoso sugiere repetir el examen a la frecuencia que cree conveniente. En caso de que el retardo sea claro en el primer examen o si persisten dudas después de repetir la evaluación al mes, se deberá realizar una consulta especializada con el fin de hacer un diagnóstico más específico y orientar al tratamiento.

6.2.2 Evaluación de la estimulación en los servicios de salud.

Para detectar tempranamente el retraso en el desarrollo de los niños que el componente de VPCD favorezcan una atención médica apropiada, rehabilitación y /o educativa, emplean varios instrumentos que valoran las actividades, que permiten medir las competencia y habilidades en el niño(a).

6.2.2.1 Concepto general sobre la evaluación de la estimulación infantil en los servicios de salud.

Como lo viene señalando Naranjo, C. (1982) (15) enuncia la importancia de la estimulación reconociendo que es un conjunto de acciones tendientes a proporcionar a los niños las experiencias que este necesita desde su nacimiento, para desarrollar al máximo su potencial psicológico; se logra a través de la presencia de personas y objetos en cantidad y oportunidad adecuada, en un contexto de situaciones de variada complejidad, que genere en el niño (a) un cierto grado de interés y actividad necesarias para lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje afectivo.

En el MINSA, la evaluación del niño como el proceso que permite determinar en que medida los objetivos del programa Vigilancia Promoción Crecimiento y desarrollo (VPCD) (1) se han alcanzado en la realización de la actividad que oportuna y acertadamente enriquece al niño (a) en su desarrollo psíquico y físico. Se debe llevar a cabo a través de técnicas formativas y educativas que buscan una comunicación atenta

y afectuosa de manera constante. Tratando con paciencia y continuidad se desarrollen las condiciones motoras, finas y gruesas para que el niño (a) se prepare para un avance gradual, por medio de masajes, balanceo, movimientos y juegos.

6.2.2.2 Métodos y técnicas para evaluar la estimulación infantil

Sobre el estímulo infantil, Naranjo, C. (1982) (15) aclara que las técnicas de aplicación de estimulación temprana informan primero cual es el desarrollo normal o previsto y luego facilita los estímulos que requiere el niño (a) para lograr el grado de desarrollo que necesita, y estar listo para el siguiente. Es interesante aclarar que el recién nacido no es un ser negativo, que no ve, no oye, ni reconoce; desde que nace inicia el reconocimiento del ambiente en que se encuentra y de las personas que lo rodean, el aprendizaje es lento, pero es un esfuerzo sostenido y continuo que los adultos deben facilitar, dicha habilidad no se adquiere en una edad determinada, es consecuencia de los logros de la etapa anterior. La estimulación temprana que se le debe practicar al niño (a) según la edad en que se encuentre.

De cero a tres meses: se requiere que la madre le brinde su contacto y su afecto durante el amamantamiento, el aseo, el baño y la vestimenta. Es necesario cambiar de posición al niño (a) en su cuna, para que esté un rato boca abajo, otro boca arriba y otro de cada lado. Esto se puede iniciar a partir de la tercera semana y el cambio de posición debe hacerse por lo menos cada hora. Es bueno balancearlo de izquierda a derecha y viceversa. Para ejercitar su reflejo de presión, conviene colocar el dedo o cualquier objeto en la palma de la mano del niño (a), así como tocar su mano para provocar su actividad y lograr que abra y cierre. Debe hablársele y cantarle mientras se le da de mamar, se le baña, se le cambia y se le viste.

Expresa Naranjo, C, (1982) (15) es muy favorable se estimule al niño (a) con objetos llamativos, al alcance de su vista. Se puede colocar tiras con pequeñas láminas de colores o retazos de tela o papel, que se muevan, para estimular sus ojos, moviéndole los objetos de un lado a otro. Con respecto a la audición, conviene sonar un objeto

cerca de cada oído para observar reacciones, que pueden ser de conocimientos de ojos, brazos y piernas. Por breves momentos conviene que escuche música de radio o de una cajita de música. Es importante acariciar al niño (a) y darle brevemente masajes, con suavidad por todo el cuerpo.

De tres a seis meses: en este periodo el niño (a) se sienta algunos instantes, con apoyo; sostiene perfectamente la cabeza. Inicia agarrando voluntariamente los objetos que encuentra cerca y tiende la mano cuando se le ofrece algo; trata de ampliar su campo de visión y levanta la cabeza y los hombros si esta boca abajo; se ríe a carcajadas, da gritos de alegría y responde al juego de los adultos; mira sus manos, juega con ellas y se las lleva a la boca; también balbucea, ronronea y hace gorgoritos; al oír un ruido familiar gira su cabeza en busca de lo que lo produce.

Es necesario continuar con los estímulos aconsejados anteriormente y llamar al niño (a) por su nombre; debe colocarse los objetos a su alcance de su mano y que pueda llevárselo sin peligro; es importante que juegue con el niño (a) a las escondidas y fomente que vaya conociendo y explorando su cuerpo; es muy adecuado sonreírle, cantarle y enseñarle las cosas que lo rodean presentándose siempre en una posición cara a cara con el niño(a) y dejarlo que con sus manos se familiarice con el rostro que tiene de frente.

Según Naranjo, C, (1982) (14,15) enuncia ejercicios adecuados para esta edad: mecer al niño (a) en una hamaca; llevarlo (a) cargado (a) mirando hacia atrás un rato y otro hacia delante, estirar suavemente brazos y piernas (en forma de pedaleo); pararlo, sosteniéndolo por debajo de sus brazos, para iniciarlo en el soporte de su propio cuerpo. Debe tenerse presente que a esta edad el niño (a) toma los objetos, entre la palma y los cuatro últimos dedos. Por su tendencia a tomar con las manos lo que tiene debe de alejarse de su alcance cualquier objeto puntiagudo o filoso que lo pueda herir.

De seis a nueve meses: que en esta etapa debe sentarse el niño (a) sobre un tapete o alfombra y en lugar seguro, par evitar caídas, con el fin de que se pueda mover

libremente y pueda ejercitar con amplitud los movimientos de que es capaz. Debe ayudarse al niño (a) a levantarse o desplazarse, de manera que vaya afirmándose en sus habilidades físicas y pueda progresar en sus movimientos tratando que participe lo mas posible en la vida familiar, mediante su traslado y acomodo hacia los lugares donde se reúne la familia.

Para Naranjo, C (1982), (14,15) enuncia que el niño (a) hay que hablarle con palabras simples bien vocalizadas, para que vaya aprendiendo el lenguaje. No debe hablársele como bebe por eso atrasa y atrofia el correcto desarrollo del habla. Jugar con el niño (a) y estimularlo a que gatee con sus manos y rodillas cuando se le baña es importante hacer que salpique en el agua con manos y pies representando así un sano ejercicio se le debe dar objetos de madera para que golpee objetos que no se quiebren. Conviene comprobar si hay algún motivo para que el niño se despierte de noche, ya sea por hambre, dolor, frío, humedad, ruido o enfermedad. Se le debe fomentar el hábito de siesta y sueño. Para ir creando los hábitos de higiene, se debe utilizar la bacinilla cuando se sienta que el niño esta listo para evacuar sus necesidades pero no se le debe forzar.

De nueve a doce meses: en estos meses el niño (a) se mantiene sentado se arrastra y gatea, se levanta solo, camina agarrándose de los muebles, puede dar algunos pasos sostenido por debajo de los brazos. Recoge objetos pequeños mediante el uso del pulgar y del índice; tiene un mayor dominio de flexiones y extensores saca y mete objetos de un recipiente, observa los objetos que tiene en su mano; bebe de una taza o de un vaso con ayuda, coge los alimentos con los dedos e intenta manejar la cuchara. Suspende la actividad cuando se pronuncia su nombre o se le indica "no, no". Es capaz de obedecer órdenes simples; imita un ruido, repite sonidos.

Colabora intensamente en el juego con los adultos; se interesa por explorar el mundo succionando o mordiendo los objetos. Observa reacciones de los padres durante la comida y comienza a mostrar preferencia por algunos alimentos entonces hay que animarlos a comer por si mismo. Además intenta regular la eliminación de la vejiga y del

intestino, realizando dos deposiciones por día; tienen movimientos intestinales si se le pone en el inodoro o bacinilla en el momento adecuado. Dan inicio al adulto para que repita actividades que le han resultado interesantes.

Naranjo, C. (1982) concreta que a los niños (as) es conveniente ayudarlos a caminar, ya sea teniéndole con las manos o colocando en un corral. Es de mucha importancia emitir sonidos para que el niño (a) pueda reproducir como los de los besos largos y ruidosos o el de los chasquidos de la lengua. No se debe olvidar la necesidad de vocalizar claramente el nombre de las cosas y de las personas.

De doce a dieciocho meses: en este periodo ya camina solo (a), exploran la casa y su alrededor; sube escaleras con ayuda o gatea bajándolas; garabatea espontáneamente, pasa las páginas de un libro o revista; agarra los objetos con facilidad y con habilidad de pinza; busca juguetes que no tiene a la vista y repite respuestas a estímulos que ya conoce, hace uso de objetos o personas para lograr sus deseos. Juega solo o cerca de otros, manifiesta preferencia por determinados juguetes, hace movimientos de imitación, indica sus deseos con gestos y mira a los miembros de la familia o a los animales cuando de les nombra. Dice tres o más palabras además de mamá y papá, expresa sus deseos señalando o nombrando el objeto, señala si su ropa está sucia o limpia, comprende ordenes simples.

Coopera para que lo vistan, extiende los brazos y piernas, se quita calcetines y zapatos; llena un recipiente colocando uno o dos cubos. Manifiesta sus celos por medio de gestos de cólera o llanto, así como sus reacciones de rivalidad en el juego con hermanos o niños (a) más grandes. Debe facilitársele al niño (a) su práctica de subir y bajar escaleras con ayuda, se puede proveerlo (a) de papel grande para que haga pinturas con los dedos, también se le debe proporcionar plastilina, crayones gruesos, es posible enseñarle juegos simples para que vaya identificando las partes del cuerpo, abotone su ropa, se le debe facilitar el aprendizaje de los nombres de los alimentos, los utensilios de cocina, los objetos que lo rodean, los juguetes y personas de la familia, hay que continuar sentándole en la bacinilla o inodoro para hacer sus necesidades

orgánicas, prémiele cada vez que avise. Para fomentar el aprendizaje de las comidas, debe darle alimentos que pueda coger con las manos, así como utilizar platos hondos que favorezcan el llenado de la cuchara.

Para Naranjo, C. (1982), el niño (a) en esta edad debe mantenerse alejado de las ventanas y cuidar que los gabinetes estén cerrados, para que no pueda coger frascos y botellas con pastillas o líquidos que no son para él o ella. Si el niño (a) muestra temores nocturnos a la oscuridad, conviene acompañarlo y dale muestra de seguridad. Hay que proveerle de pelotas para que le permita correr y hacer múltiples ejercicios, así también fabricarle juguetes sencillos con ruedas que pueda tirar y empujar.

De dieciocho a veinticuatro meses: en esta edad tira hacia arriba la pelota, brinca en el mismo lugar y puede manejar un triciclo. Imita trazos verticales, construye torres con cuatro o más pedazos de madera. Práctica ejercicios más rudos como dar volteretas, rodar; juega solo, le agradan mucho los cantos; toma en vasos pequeños sin derramar el líquido, introduce cuchara correctamente en la boca y juega con la comida. Asocia dos palabras y enriquece su vocabulario, señala partes de su cuerpo que se le nombra. Usa gestos, manos, brazos y posturas del cuerpo para expresarse como un medio de falta de lenguaje; con frecuencia responde con la palabra no, mostrando resistencia al dormir, comer o bañarse.

Según Naranjo, C. (1982), (14,15), el niño en esta edad comienza a afirmar su individualidad y su deseo de hacer las cosas por sí mismo avisa que necesita defecar y orinar (aunque suceden excepciones); puede quitarse y ponerse ropa sencilla, le agrada mucho que los adultos festejen sus progresos. Es muy útil que el niño (a) tenga un álbum de recortes, al que vaya incorporando las imágenes, cosas y animales. Hay que tener presente que la edad de los 2 años señalan el comienzo de la socialización, por lo que se debe facilitar el juego con otros niños (as) y enseñar el mundo que existe fuera del núcleo familiar.

6.2.3 Normas de Atención Integral a la niñez en el VPCD

La atención integral, busca el cambio de actitud y el ordenamiento de la prestación de servicios, asegurando que distintas actividades lleguen al usuario al mismo tiempo. Para lograr una adecuada organización se establecieron flujogramas de atención y de instrumentos como se establece en el MINSA (1988) (1,5) la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo del niño menor de 5 años.

Para la captación y el seguimiento de este sector de la población se crearon los siguientes instrumentos:

La Historia Clínica, instrumento que permite monitorear de una manera integral una serie de eventos que inciden positiva o negativamente en el crecimiento y desarrollo de cada niño. Consta de dos secciones: una básica y otra de seguimiento, ambas utilizadas desde la primera consulta (1).

En la sección básica contiene en su cara anterior los segmentos de identificación, antecedentes peri natales, familia, vivienda, vacunas, alimentación durante el año de vida y micro nutrientes. En su cara posterior contiene la gráfica de crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años y de dos a cinco años. (1,4). En la sección de seguimiento, está destinada a dar continuidad a las acciones de atención integral. Cada seguimiento registra: fecha de la consulta, edad del niño, antropometría, alimentación, micro nutrientes y vacunación según la edad, en éste caso comprende para menores de dos años, examen físico, clasificación de la situación nutricional asma, infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas agudas, signos de maltrato, uso de antibióticos, espaciamiento de embarazo, observación, diagnóstico y tratamiento, referencia, fecha de próxima cita, nombre y firma de la persona que brindó la atención (4). Mientras que el sistema de advertencia de la historia clínica contiene además casilleros de color gris que señalan factores importantes de riesgo, que sirven para evaluar la conducta a seguir.

Ampliando sobre el papel de las vacunas los menores de dos años, reciben inmunidad que le protegen contra las enfermedades de la infancia explicando algunas generales sobre el antígeno, es decir, los gérmenes, bacterias o virus causante de enfermedades o sus productos (toxinas) [excepto las elaboradas por ingeniería genética], los cuales son desarrollados con procedimientos especiales para que pierdan, su propiedad de enfermar pero conserven su capacidad de producir una respuesta inmunológica. Los excipiente o el líquido en que esta suspendida (excepto las vacunas liofilizadas, en las cuales se dispone del diluyente por separado). Los preservantes, estabilizadores y antibióticos, y otros.

Es importante señalar que la respuesta del organismo a la vacuna depende de varios factores, entre ellos: La calidad y viabilidad de la vacuna, técnica correcta en su administración (oral o inyectable) edad y estado general del individuo que la recibe.

En Nicaragua se tienen vacunas disponibles para prevenir diferentes enfermedades, según las normas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI) (18): BCG, llamada bacilo de Calmette y Guérin, para prevenir formas graves de tuberculosis (milliar y meníngea). Antipoliomielítica oral, conocida también como VPO, para prevenir la poliomielitis. Pentavalente, para prevenir la difteria, tos ferina, tétano, hepatitis B y las meningitis y neumonía causadas por Hib. DPT, para prevenir la difteria, tos ferina y tétano. SRP, conocida como MMR por sus siglas en Inglés, (Mézales, Mumps, Rubéola) o triple viral, para prevenir el sarampión, la rubéola y la paratoditis (paperas o topa). La dt o DT, para prevenir la difteria y el tétano en dosis para adultos y niños, respectivamente. Rotavirus: para prevenir la gripe y las infecciones intestinales.

Las normas del VPCD también indican el empleo de la Tarjeta de atención integral a la niñez, es el instrumento que permite a la familia, por medio de evaluaciones periódicas

interpretar con la orientación adecuada del personal de salud, la tendencia de la curva de crecimiento y los resultados de la evaluación del desarrollo, promoviendo el cumplimiento de una serie de acciones que influyen favorablemente en el crecimiento y desarrollo de cada niño.(4) Contiene datos relevantes de la historia clínica y constituye el documento base de la Atención Integral a la Niñez en el hogar. Esta es la tarjeta que se presentara al personal de salud cada vez que se necesite o se ofrezca atención (1,5). En su cara anterior recoge datos de identificación, antecedentes perinatales, administración de vacunas y micro nutrientes, la gráfica de crecimiento y desarrollo del niño de dos a cinco años de edad, las tendencias del crecimiento, su interpretación y las casillas que registran la fecha, edad, peso y percentil obtenidos en cada una de las consultas. En su cara posterior contiene la gráfica del crecimiento y desarrollo del niño menor de dos años, observándose en su interior algunos hitos del desarrollo y la imagen de una mujer amamantando. La fecha de nacimiento, día, mes, año, y peso al nacer, y las casillas que registran la fecha, edad, peso, y percentil obtenidos en cada una de las consultas, imágenes que promueven la lactancia materna, y cuadro de alimentación durante el primer año de vida.

Para la evaluación del crecimiento, se emplea la tabla de crecimiento peso-edad ha sido elaborada a partir de la recolección sistemática de una gran cantidad de datos de niños y niñas normales, los resultados separados por sexo, agrupados en una medida central y en valores de dispersión alrededor de esa medida central (percentiles) siendo el valor de dispersión inferior, el percentil 3 y el superior el percentil 90; encontrándose dentro de estos límites y el 95% de la población normal indicándonos que niños o niñas de una misma edad pueden tener pesos diferentes y estar dentro del rango de la normalidad.

Con el uso de la Tabla de Crecimiento (peso-edad), se basa en un conocimiento de la edad en meses, el peso en gramos y el sexo de cada niño durante la consulta, se localiza en el cuadro de percentiles según el sexo, la edad en meses cumplidos en dirección vertical y el peso obtenido en dirección horizontal, ubicado en la parte superior de la columna el percentil correspondiente. De acuerdo a los valores obtenidos se

clasifica el estado nutricional, sea sobrepeso, arriba del percentil 97; normal, entre el percentil 97 y el 20; rango de bajo peso, entre el percentil 20 y el 3 y Desnutrido debajo del percentil 3 (1,5).

Las evaluaciones sucesivas permiten la vigilancia individual del crecimiento y su tendencia, comparando el percentil obtenido en la evaluación actual con el percentil de la evaluación anterior se considera crecimiento satisfactorio cuando entre dos evaluaciones el centil obtenido es igual o mayor al centil de la evaluación anterior. El crecimiento es insatisfactorio cuando entre dos evaluaciones el centil obtenido, es menor que el centil de la evaluación anterior (riesgo). Cuando el peso no es ubicado en los valores de peso para la edad del cuadro de percentiles, se localiza dentro de esos valores el peso más próximo al peso obtenido y se utiliza el centil que corresponda a ese peso. En caso de existir la misma diferencia entre el peso inmediato superior y el inferior, se ubica el peso obtenido en el inmediato superior y se utiliza el centil que corresponda a ese peso.(1,5)

La gráfica de crecimiento se construye con los datos de la tabla de crecimiento utilizando en este caso, los percentiles y como medida de dispersión. Por existir un crecimiento más rápido y un mayor riesgo de déficit agudo en el grupo atareo menor de dos años, se requiere una mayor sensibilidad en la toma de las medidas antropométricas.

Tomando en cuenta lo anterior la gráfica se ha dividido en dos secciones, una para menores de dos años y otra para niños de dos a cinco años. La gráfica esta inscrita en un sistema de coordenadas, ubicándose en el eje horizontal la edad en meses, y en el eje vertical el peso en kilogramos, en el lado izquierdo y en libras en el lado derecho. En la gráfica del niño menor de dos años, los espacios entre los meses y los kilos están divididos por una línea que indica la mitad del mes (15 días de edad) y la mitad del kilo (500gr) respectivamente. En su interior se observan dos líneas: la superior corresponde al percentil 97 de los niños y la inferior al percentil 3 de las niñas, estos límites permiten utilizar una misma grafica para niños y niñas; ubicándose entre estos

límites el área de la normalidad, por arriba de la línea superior se ubica el sobrepeso y por debajo de la línea inferior el área de desnutrición.

El uso de la Gráfica de Crecimiento, útil para la evaluación permite por medio de un punto ubicar en la gráfica el estado nutricional del niño en esa evaluación, según el peso alcanzado en relación a la edad y conocer el percentil correspondiente al patrón de referencia. Cuando el punto de convergencia del peso con la edad, se localiza en el área comprendida entre la línea superior (percentil 97) y el percentil 20, la clasificación del estado nutricional será “niño normal”. Si el punto de convergencia del peso con la edad se localiza entre los percentiles 20 y 3 la clasificación del estado nutricional será “rango de bajo peso”. Cuando el punto de convergencia del peso con la edad se localiza por encima de la línea superior de la gráfica (percentil 97) la clasificación del estado nutricional será “niño con sobrepeso”. Cuando el punto de convergencia del peso con la edad está por debajo de la línea inferior de la gráfica (percentil 3) la clasificación del estado nutricional será “desnutrido”.(1,4)

Para las evaluaciones sucesivas, favorecen conocer si un niño tiene crecimiento satisfactorio o insatisfactorio se monitorea por evaluaciones sucesivas, velocidad del crecimiento y análisis del comportamiento. Cada vez que se realiza una evaluación se marca con un punto el lugar que ocupa en la gráfica el peso obtenido en relación a la edad; se unen los puntos por medio de una línea conformando la curva de crecimiento para ese niño. Su tendencia, la relación que guarda con la línea de referencia de la gráfica y el mantenimiento, disminución o aumento del centil, son los parámetros que permiten por medio de una vigilancia estrecha la detección temprana de un crecimiento insatisfactorio.(1,4). A Partir de las mediciones ayudan a reportar el crecimiento satisfactorio, trazado de la curva de crecimiento es ascendente, paralelo a la línea de referencia de la gráfica y el peso se ubica en el percentil superior o en el mismo percentil del peso anterior, “el crecimiento es satisfactorio” y el trazado de la línea se hará en color azul, por el contrario cuando el trazado de la curva tiende a ser descendente separándose de la línea de referencia de la gráfica y el peso se ubica por debajo del centil de la evaluación anterior, el crecimiento es insatisfactorio (riesgo),

independientemente del lugar que ocupe el trazado en la grafica, y se interpreta como desnutrición aguda que deberá corregirse con prontitud,(1,4) exceptuando a los niños que se encuentran en el área de sobrepeso en los cuales un incremento desproporcionado en el peso revela un crecimiento insatisfactorio.

6.2.4 Registro de las consultas

Ocupan el espacio situado en la parte inferior de la hoja donde se ubica la gráfica de crecimiento y desarrollo, cada cuadro consta de cuatro casillas alineadas verticalmente. Para los primeros 12 meses hay un cuadro por cada mes, se localiza en la gráfica el mes de edad del niño al momento de la consulta y utilizamos el cuadro correspondiente, se anota en cada casilla la fecha, edad, peso y percentil obtenido y en la casilla de la fecha del cuadro siguiente se anota con lápiz de grafito la fecha de la próxima consulta. En caso de requerir más de una consulta en el mismo mes, no se utiliza el cuadro siguiente, se realiza el trazado en la gráfica y se anotan los datos solicitados en la hoja de seguimiento. (1,4)

6.2.5 Evaluación del Desarrollo en la unidad de salud

Para evaluar el desarrollo del niño, se utiliza el afiche evaluación esquemática de las conductas del desarrollo hasta los cinco años, elaborado por el centro latinoamericano de perinatología de Montevideo Uruguay. Este instrumento consta de sesenta y cinco ítems, por medio de las cuales se analizan cuatro áreas de la conducta: Motora, coordinación, social y lenguaje, desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. Esta guía muestra las conductas esperadas en niños de término y con bajo riesgo de alteraciones. Ha sido confeccionada para ser utilizada por el personal de salud en todos los niveles de atención. La evaluación se realiza mediante varias etapas las cuales consisten: observación de conductas habituales (alimentarse, vestirse, jugar, etc.); preguntas dirigidas a la madre, y solicitando al niño la realización de acciones sencillas cuando esto es posible (4).

Con el uso del afiche cada logro se representa por un rectángulo con una leyenda interior que lo explica, señala el intervalo de tiempo en que ese logro aparece en niñ@s con bajo riesgo de alteraciones (rango de normalidad); el borde izquierdo representa en tiempo el percentil 25 y el borde derecho el percentil 90.

Para hacer un correcto uso del afiche primero se debe observar las líneas verticales gruesas del esquema en la escala del tiempo ya que esta nos indica los momentos más oportunos para realizar evaluaciones seriadas del desarrollo. Se ubica la edad cronológica en la línea horizontal superior y trazar una vertical imaginaria que pasara por varias figuras. Se busca en cada área de conducta los logros (rectángulos) que quedan interceptados y observar si están presentes en los niños(as). Se verifica si están presentes los logros que quedan a la izquierda de la línea sin ser interceptados por ella. Estos logros ya están presentes en el 90% de los niños(as) de esa edad. La ilustración situada debajo de cada rectángulo interpreta el logro y aclara su exploración. Para los nacidos de pretérmino se requiere emplear la edad postnatal menos las semanas que faltaron para completar cuarenta semanas.(4)

Para la evaluación se debe de disponer del material necesario, se necesita de un afiche, un sonajero, una campanilla, una botella clara de plástico, con una abertura de 1.5 centímetros. En la que entre bien una bolita, 8 cubos de 2.5 centímetros. De lados coloreados, hojas de papel y lápiz, láminas con dibujos de objetos corrientes (perro, caballo, casa, etc.) y figuras geométricas (circulo, cruz, cuadrado).(4).

Al interpretar la información se debe tener en cuenta la presencia de logros para la edad. En caso de faltar uno o más logros en las conductas considerar el grado de retardo. Puede haber falso o verdaderos retardos. Para ello se revisan los siguientes factores: falta de colaboración del niño (o), falta de motivación y tiempo del examinador, interferencias transitorias como separación de los padres, fatiga, miedo, enfermedad, hospitalización, etc.; incapacidad de ejecutar los logros debido a retardo real del desarrollo y por ultimo si existe un retardo dudoso se repetirá la evaluación al mes. Si el

retardo es claro en el primer examen o si persisten dudas después de repetir la evaluación al mes se debe realizar una consulta especializada (4).

6.3 Generalidades sobre la satisfacción de usuarios en la institución de salud.

Para el Ministerio de Salud (2001) (3,12), hay dos tipos de usuarios: 1) Usuarios externos que son las personas que reciben los productos y/o servicios de la institución (clientes). 2) Usuarios internos que corresponden a los empleados o trabajadores de la institución que reciben los productos y servicios de ésta, que los usan en el proceso de atención (prestadores de servicio). Para mejorar la calidad es importante conocer si los usuarios externos están satisfechos con la atención que reciben y la satisfacción que tiene los usuarios internos con la institución. El grado de satisfacción proporciona una información de la prestación de los servicios, útil para mejorar aquellos aspectos que deben ser modificados y difíciles de obtener de otras fuentes. Es una forma de participación de los usuarios quienes expresan mediante opiniones la percepción y valoración de la orientación de los programas y servicios hacia sus necesidades.

Hay diversas acciones que el Ministerio de Salud, (2001) (3,12) recomienda para atender mejor a los usuarios, familiares y acompañarles, pero es necesario conocer las preferencias y expectativas de las personas que acuden, como las que no lo hace. Las medidas que se pueden implementar son: adecuar los horarios de consulta, facilitar el acceso a grupos más desfavorables, incrementar la limpieza de los centros, incorporar la información del sistema de sugerencias y reclamo, contar con salas de espera confortables, mejorar la relación entre usuarios externos e internos (incluyendo la telefonista, el celador, el médico, la enfermera; el director gerente y cualquier otro personal que se relacione con el cliente), así como fortalecer las relaciones interpersonales entre los mismos usuarios internos.

5. DISEÑO METODOLOGICO

7.1 Tipo de estudio:

Consistió en un estudio de Evaluación de Servicios de salud, en base a: observación, entrevista a profundidad a informantes claves, entrevista de salida y revisión documental entre Febrero y Marzo 2007

7.1.1 La Observación valoró:

El grado de adecuación de los recursos materiales disponibles para la evaluación del crecimiento y desarrollo, de la población meta.

El proceso de evaluación del crecimiento y desarrollo que realiza el personal de enfermería, a través de de aplicación de normas del la VPCD y también evaluó el desarrollo en un grupo de niños en la edad de 6 a12 meses.

7.1.2 **La Entrevista a profundidad a informantes claves:** se hizo con el propósito de conocer la opinión de éstos acerca del componente, sus experiencias y de la adecuación de sus recursos

7.1.3 **La Revisión estadística:** Comprendió una revisión de expedientes clínicos, en busca de reporte de datos, de evaluación del crecimiento y desarrollo y también la búsqueda de datos estadísticos para conocer la cobertura alcanzada.

7.1.4 **La Entrevista de salida:** se utilizó con el fin de obtener información sobre las percepciones y grado de satisfacción de las madres en relación al servicio.

7.2 Área de estudio:

El estudio se llevó a cabo en el municipio de Corn Island, ubicado en el sur del país localidad perteneciente a la Región Autónoma Atlántico Sur (RAAS) con una población total de 8,255 habitantes. El centro de salud "Ethel Kandler", está ubicado en el barrio de South End, destinado para atender a nueve barrios. Se caracteriza por ser un centro de salud que brinda los servicios de atención a la población, principalmente relacionada con la atención a la mujer, niño, adolescentes, de inmunización, con disponibilidad de servicios de hospitalización, atención

ambulatoria, servicios de apoyo diagnóstico. pero no cuenta con servicio de especialización pediátrica. Sus recursos humanos lo integran un médico director, una médica en servicio social,. Personal de Enfermería, una licenciada en enfermería y auxiliares de enfermería.

7.3 Universo de estudio:

Comprendió el servicio que brinda el componente de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) del centro de salud Ethel Kandler, a 1,386 niños menores de cinco años inscritos, distribuidos en 400 niños menores de 0 – 2 años que acuden al VPCD.

7.4 Métodos de recolección de la información

7.4.1 La Observación de los materiales

Es el método que se propuso para inspeccionar y contabilizar los recursos disponibles para la evaluación del crecimiento y desarrollo en base a una lista de observación (anexo 1), consultando con el recurso asignado, para revisar las condiciones, estructura, características y cantidad con que cuenta el centro de salud así como los recursos humanos existentes. (Anexo 1) Posteriormente la información se procesó de forma manual, analizando y describiendo las condiciones, limitaciones existentes para el apoyo de la evaluación del crecimiento y desarrollo.

7.4.2 Evaluación de las actividades del crecimiento y desarrollo

Para la observación del proceso de la evaluación del crecimiento y desarrollo que realiza el personal de enfermería, se seleccionaron 20 niños entre 6 -12 meses con el fin de evaluar las actividades principales del crecimiento (anexo 2) y el desarrollo, en lo que corresponde a las actividades de estimulación temprana (anexo 3). La presente guía de evaluación se adaptó de la empleada por Hernández K y Aburto MR. (2005) (7),

en un estudio que evaluó el área motora, de coordinación, social y lenguaje. El observador identificó: “Lo hizo” y “Lo que preguntó”, las conductas del componente.

Para la recolección de los datos la actividad se coordinó tanto con el director del centro de salud como con el recurso responsable del componente. La información obtenida de ambos instrumentos se procesó en el programa de Epiinfo 6.0 y el análisis propuesto se realizó mediante la proporción de las actividades evaluadas a los niños por parte del personal de salud

7.4.3 Revisión documental

Comprendió dos aspectos:

En primer lugar la revisión del registro de los datos en la historia clínica tuvo como objetivo conocer el cumplimiento del registro de los datos en la historia clínica, particularmente los datos básicos como los de seguimiento. Se usó una lista de cotejo (anexo 4), chequeando un total de 20 de ellas, desde Enero hasta Abril en niños menores de dos años, seleccionados del tarjetero activo por método de la lotería, posteriormente se obtuvo el número de expediente y los datos se analizaron valorando la frecuencia de su registro.

En segundo lugar, la obtención de los datos estadísticos, tuvo como finalidad la valoración de logros alcanzados en el componente en relación a informe de cobertura, mortalidad por grupo etáreo, niños en riesgo de desnutrición, cobertura de vacunación del componente etc..(anexo 5).

7.4.4 Entrevista a profundidad a informantes claves:

Se conoció el grado de adecuación de los recursos humanos y la evaluación del crecimiento y desarrollo, realizándose la entrevista en profundidad al director del centro de salud, enfermera responsable y otro personal que ha sido designado en el componente. Para llevarla a cabo, se contó con una guía de trabajo, la que contenía

aspectos relacionados con. el grado con que han sido alcanzados, los objetivos, sobre la estructura, las normas de funcionamiento, recursos e indicadores de la evaluación del crecimiento y desarrollo. (anexo 6), previa coordinación con el personal se llevó a cabo la entrevista, explicándose claramente las situaciones del estudio.

Los datos se transcribieron conservando la opinión expresada por las personas entrevistadas, destacando los aspectos positivos, negativos, las dificultades y el contexto

7.7 Entrevista de salida a madres

Se valoró la percepción y el grado de satisfacción de las madres, entrevistando a 60 madres de los menores de dos años, a la salida del control la VPCD, construyendo un instrumento organizado con los datos de percepción que tiene la madre sobre la atención recibida, valoración de la satisfacción de las madres sobre los servicios recibidos.

El instrumento antes de ser utilizado y aplicado a las madres se le hicieron los ajustes necesarios. La entrevista se realizó a la salida del control del niño, contando con el consentimiento informado de las madres como de las autoridades del centro de salud.

Los datos obtenidos pasaron a ser tabulados por medio del sistema electrónico en una base de datos en el programa epiinfo 6.0. llevando a cabo el análisis por medio del porcentaje, mediana de duración del tiempo de espera y del tiempo de consulta, porcentaje del grado de satisfacción de la madres acerca de los servicios recibidos y frecuencia del patrón de respuesta sobre las observaciones y sugerencias acerca de la atención.

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador
Calidad de la evaluación del crecimiento y desarrollo de los servicios brindados del componente	Calidad: se adquiere en el programa de la atención que el Centro de Salud ofrece de manera integral, rápida, buen trato, proporcionando seguridad a los usuarios externos, así como la satisfacción que han recibido	1. Adecuación de los recursos;	Cantidad de personal de salud que atiende el componente, entre la cantidad de niños que asisten a consulta al día.
		1.1 <u>humanos</u> : esto se refiere al personal encargado de ejecutar el componente.	Frecuencia de la capacitación recibida. Frecuencia de las dificultades encontradas en la ejecución del componente.
		1.2 <u>Recursos materiales</u> : es la cantidad, calidad y adquisición de los recursos disponibles en el Centro de Salud y sus servicios básicos	<ul style="list-style-type: none"> • Infraestructura del local - Instrumentos básicos para llevar a cabo una buena valoración del niño: mesas, pesas, tallímetro, centímetro, tarjetero, cama de revisión, termómetro. - Cantidad de recursos materiales básicos apropiados disponibles y en buen estado, para evaluar el desarrollo del niño (chischil, campanilla, gradas, bancas, cubos de colores, lámpara, lápices de colores, mesa, recipientes grandes y pequeños, pelotas.
		2. Cumplimiento de las normas por parte del personal que da la atención.	Cantidad de niños, a los cuales el personal de salud le realiza la evaluación del crecimiento y desarrollo por edad según las normas. <u>Crecimiento</u> : Interrelación con la persona encargada del niño, Medidas antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico. Realizar examen físico adecuado. Cumplimiento de esquema de vacunación según la edad. y Registro de las actividades.
			<u>Desarrollo</u> : Valoración de las actividades de estimulación temprana en las áreas motora, lenguaje, social y coordinación. Consejería sobre crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y cuidados del niño según edad.
		3. Cobertura del servicio.	Tasa de cobertura en el componente. Tasa de cobertura en vacunación Total de niños en riesgo nutricional. Tasa de Mortalidad Infantil
		4. Grado de satisfacción de la atención recibida, es al participación del usuario con opiniones de la percepción y valoración de la orientación de los programas y servicios hacia sus necesidades	Cantidad de madres satisfechas con la atención recibida por ella y su hijo antes y durante el control. También el grado de satisfacción de madres con la información recibidas por ellas y sus hijos antes y durante el control.

6. RESULTADOS

6.1 Información obtenida mediante la Observación de los recursos humanos y materiales disponibles para la VPCD

6.1.1 Tamaño del local

La VPCD se encuentra ubicado en un local multiuso, compartido con otros programas como el PAI y Morbilidad pediátrica, siendo su tamaño pequeño sus medidas son cinco metros de largo por cuatro metros de ancho y tres y medio de altura.

6.1.2 Infraestructura del local

En general la construcción se observa en buenas condiciones, sus paredes son de láminas de material similar al nicalit, el techo es de nicalit con cielo raso en buen estado, el piso es de ladrillo de cemento.

6.1.3 Servicios básicos

Cuenta con energía eléctrica, sin funcionamiento de la lámpara del cubículo, falta lavamanos y teléfono.

6.1.4 Mobiliario

Existe mobiliario que se comparte con los otros programas; para la VPCD hay una mesa pequeña usada como escritorio, y dos sillas, una para la enfermera y otra para la madre del niño, un tarjetero, con su mesa grande; una mesa para examen físico, en buenas condiciones. Existe además una mesa destinada al PAI y su papelería.

6.1.5 Equipos

Posee dos balanzas, una de pie y una de niños, ambas en buen estado; Termómetro, cinta métrica, estetoscopio de adulto, esfigmomanómetro pediátrico, lámpara de revisión en buen estado. Se carece de infantómetro, estetoscopio pediátrico, otoscopio, oftalmoscopio.

Es importante señalar que la unidad no cuenta con los materiales específicos para la evaluación y estímulo del desarrollo.

6.1 6 Recursos humanos:

Una licenciada en enfermería está encargada de la VPCD. En su ausencia, esta responsabilidad la asumen otras enfermeras.

6.2 Información obtenida mediante la observación de las actividades de la VPCD

6.2.1 Medición del peso

En general, se siguieron los procedimientos indicados para la determinación del peso del niño, pero en una mayoría de los casos se falló en desnudar al niño y quitarle los zapatos (cuadro 1).

Procedimientos	Porcentaje (n=20)
-----------------------	------------------------------

Se aseguró que la balanza estuviera en cero	100
Desnuda y descalza al niño	35
Mantiene al niño sobre balanza, evitando que se agarre	100
Corre las pesas y nivela	100
Efectúa medición y anota resultados	95

Cuadro 1: Porcentaje de consultas de la VPCD en que se cumplieron determinados procedimientos en la determinación del peso de los niños. Corn Island. 2007.

6.2.2 Medición de la talla

Los niños(as) son medidos usando cinta métrica, en lugar de hacerlo mediante un infantómetro, como sería lo indicado. Los niños que ya se sostienen de pie son medidos en ésta posición, a pesar de que la norma dice que todos los niños menores de 2 años, se debe realizar acostada la medición de la talla. Solamente al 30.0% se retira la ropa y los zapatos.

6.2.3 Medición del perímetro cefálico, vacunas y evaluación nutricional

Respecto al perímetro cefálico, vacunación y la evaluación del estado nutricional se esta realizando el procedimiento correspondiente.

6.3 Información de las actividades de evaluación del desarrollo de la VPCD

A los 20 niños observados entre seis y doce meses que llegaron a control, el personal de enfermería no le realizó las actividades correspondientes a la evaluación de las áreas de maduración y estimulación temprana del niño.

6.4 Información obtenida de la observación sobre el registro de las actividades de la VPCD

6.4.1 Registro de datos básicos de la historia clínica

En la gran mayoría de los casos se están registrando adecuadamente los datos básicos requeridos en la captación de los niños (cuadro 2).

Cuadro 2. Porcentaje de expedientes que tenían registrado cada dato requerido en la captación. Corn Island, 2007.

Datos básicos de la captación	Porcentaje (n=20)
Datos de identificación	100
Antecedentes patológicos, familiares; obstétricos y neonatales	90
Datos de la familia	90
Datos de la vivienda	90
Datos de las vacunas	90
Datos de la alimentación durante el año de vida y micro nutrientes	95
Grafica el crecimiento y desarrollo del niño(a)	100

6.4.2 Registro de datos en el seguimiento de la historia clínica.

Existe registro total de los datos correspondientes en el expediente del niño durante la actividades del seguimiento. (cuadro 3).

Cuadro 3. Porcentaje de expedientes que tenían registrado cada dato requerido en el seguimiento. Corn Island, 2007.

Datos de seguimiento	Porcentaje (n=20)
Fecha de la consulta	100
Edad del niño	100
Antropometría	100
Alimentación	100
Micro nutrientes	100
Examen físico	100
Vacunación	100
Clasificación de la situación nutricional	100
Fecha de próxima cita	95
Nombre y firma de la persona que brindó la atención	100
Señalan factores útiles para decidir conducta a seguir	100

Además, se registró en el expediente la presencia o ausencia de determinados datos que comprende el seguimiento.

Cuadro 3. Porcentaje de expedientes que tenían registrado la presencia o ausencia de determinados datos. Corn Island, 2007.

Datos de seguimiento	Porcentaje (n=20)
Padecimientos (Asma, IRA, EDA)	100
Signos de maltrato	100
Uso de antibióticos	100
Espaciamiento de embarazo	100
Observación, diagnóstico y tratamiento	100
Referencia	100

6.4.3 Cobertura y concentración de la VPCD.

De los 287 niños menores de un año que se estima que existen en el Municipio, 177 (61.7%) estaban siendo atendidos en la VPCD. El número total de controles en este grupo de edad fue de 849.6, lo que representa una concentración de 4.8 controles por niño.

El porcentaje de niños menores de un año que recibieron todas las dosis de vacunas antipolio y pentavalente indicadas para este grupo de edad aumentó del año 2005 al año 2006. En el caso de la BCG disminuyó (cuadro 4).

Cuadro 4. Porcentaje de niños menores de un año que recibieron todas las dosis de vacunas contempladas para esta edad. Corn Island, 2005 y 2006

Vacunas	2005 (N=259)	2006 (N=287)
BCG	78.0	66.2
Antipolio	73.0	81.0
Pentavalente	73.0	81.0
Rotavirus	-	10.4

Fuente: Estadísticas del MINSA. 2005 y 2006 PAI.

6.4.5 Mortalidad en menores de dos años

En el año 2005 ocurrieron tres muertes de niños menores de dos, mientras que en el año 2006 fueron dos las muertes en este grupo de edad.

6.5 Información obtenida mediante entrevista a miembros del personal de salud.

En general, el personal de salud valora como **“buena”** la calidad con que se desarrolla la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo (VPCD), debido a que se realiza trabajo en equipo, en que se involucra el director del centro de salud en la solución de problemas. Sin embargo, señalan que los recursos disponibles son insuficientes. En efecto, la Licenciada en enfermería a cargo de la VPCD tiene otras múltiples tareas, que no le permiten suficiente concentración sobre el componente mencionado. También faltan materiales. Al respecto dicen. personal **“... hay falta del personal, faltan recursos materiales para evaluar las actividades del crecimiento”**. Señalaron que sólo cuentan con una cinta métrica, la que está en malas condiciones; las balanzas son recién donadas, y todos los entrevistados coinciden en que no cuentan con materiales para evaluar el desarrollo. En ese mismo sentido, mencionan la falta de medicamentos: **“... se reciben pocos antibióticos, vitaminas y desparasitantes”**. Por otra parte, el local lo consideran pequeño, pero en buenas condiciones.

Respecto a la capacitación del personal, la misma está más orientada a los elementos de Atención Integral de las Enfermedades Prevenibles de la Infancia (AEIPI), principalmente las infecciones respiratorias agudas (IRAS) y enfermedades diarreicas agudas (EDAS), postergando la capacitación en cuanto a crecimiento y desarrollo.

La participación de los brigadistas en las actividades de la VPCD en general es valorada como regular. .

En cuanto a cumplimiento de las normas de la VPCD, los entrevistados refieren que hacen sus mejores esfuerzos, con todo y la escasez de recursos. Particularmente en cuanto a las actividades de desarrollo, insistieron en la falta de materiales: **“no tenemos con qué hacerlo”** Una dificultad identificada por el personal tiene que ver con el hecho de tener una población que migra de manera transitoria.

Respecto a las actividades educativas a la población refiere que es **“buena y se hace en forma continua”**.

En cuanto a la cobertura del componente, consideran que ha mejorado respecto a los años anteriores, y que fruto de ello ha disminuido la mortalidad infantil y tienen pocos desnutridos.

El personal de salud percibe que el interés de las madres por la VPCD es regular; notan un mejoramiento de la asistencia al componente, y que ha aumentado el interés por el cuidado del niño.

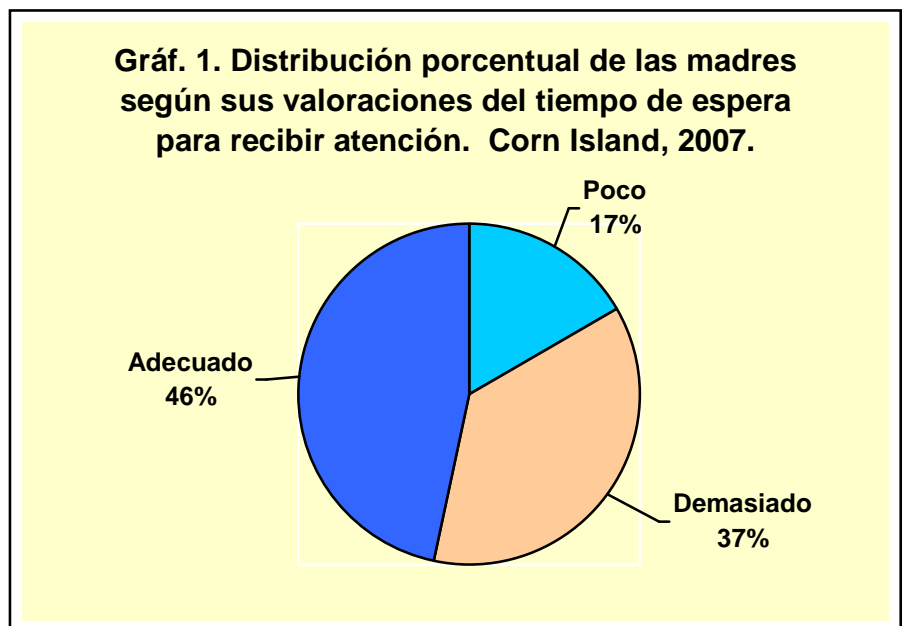
6.6 Información obtenida mediante las entrevistas de salida a las madres

6.6.1 Percepción que tienen la madre sobre la atención que recibe su hijo (a) en la VPCD

En cuanto a quién examinó al niño el 100.0% de las madres respondieron que lo hizo el personal de enfermería; el 98.0% le pareció que eran muy cuidadosas.

6.6.2 Satisfacción que tienen las madres con la atención que le dieron a su hijo(a) en la VPCD

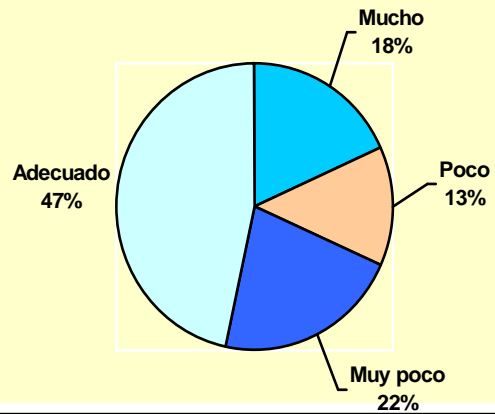
La mediana de tiempo obtenida fue de 30 minutos, que la madre espera para ser atendida en el componente y el 36.7% respondió que es demasiado (Gráf. 1).



La mediana de tiempo que tarda la consulta a la VPCD es de 10 minutos y el 46,7% consideran que es adecuado. (Gráf. 2).

En cuanto a lo que le explicaron sobre cómo evaluar y estimular el desarrollo de su hijo(a) el 98,3% piensa que le explicaron muy bien.

Graf. 2. Distribución porcentual de las madres, según sus valoraciones del tiempo que tarda la consulta de la VPCD, Corn Island, 2007.

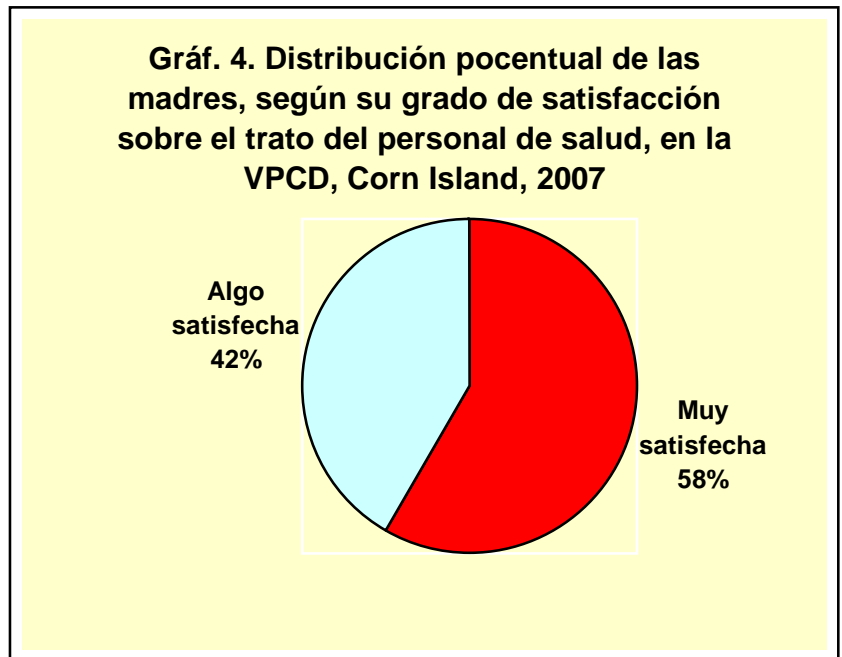


Sobre el grado de satisfacción de las madres respecto a la forma con que atendieron a su hija (o), el 80,0% opinan que están muy satisfechas. (Gráf. 3).

Gráf. 3. Distribución porcentual de las madres, según su grado de satisfacción con la atención recibida en VPCD, Corn Island, 2007



Y en lo que respecta al grado de satisfacción las madres acerca de la forma de cómo atendió el personal, el 58.3% respondieron estar muy satisfechas. (Gráf.. 4).



Entre las recomendaciones de las madres hacia el personal de salud fueron las siguientes:

- Personal que no dieron ninguna recomendación: 23
- Más personal para atender más rápido y mejor: 22
- Más sillas para esperar sentadas mientras son atendidas: 14
- Se le brinde siempre buena atención: 14

A continuación, algunas afirmaciones de las madres:

- *“Más personal para dar mejor atención”*: (14 madres)
- *“Que pongan más sillas para esperar”*: (14 madres)

7. Discusión

7.1 Valoración de la adecuación de los recursos humanos y materiales disponibles para el VPCD.

En Corn Island, el recurso humano asignado a la VPCD, tiene un buen nivel académico; generalmente es una licenciada en enfermería. Sin embargo, su capacitación ha estado poco orientada a la VPCD en sí, y particularmente hacia la evaluación y estímulo del desarrollo infantil, sino que ha estado dirigida principalmente a las normas de AIEPI. El tiempo del que dispone el personal para las actividades de la VPCD es insuficiente, de acuerdo a sus propias valoraciones, y esto tiende a limitar la calidad de la atención.

En cuanto a infraestructura, cuentan con un local pequeño, sin facilidades para el lavado de manos. Aunque cuenta con energía eléctrica, al momento de la observación el bombillo estaba fundido. La falta de materiales específicos para la evaluación y estímulo del desarrollo, como objetos de colores, escaleras, pelotas, lápices, chinchines y otros, limita seriamente esta parte de la VPCD. Una situación muy parecida había sido encontrada por Acosta L. en el municipio Kukra Hill(6), y con menor gravedad, en los centros de salud del Municipio de León (7).

7.2 Valoración del cumplimiento de las normas de la VPCD

El registro de datos básicos y de seguimiento se está cumpliendo, según lo establecido en las normas.

Las fallas en el cumplimiento de las normas para la medición del peso y talla se observan en aproximadamente en dos tercios de los procedimientos. Evidentemente,

los errores en las mediciones pueden afectar la valoración del estado nutricional y del crecimiento.

De la observación realizada a las atenciones a los niños se desprende que prácticamente no se está realizando valoración del desarrollo, ni brindando orientaciones a las madres sobre formas de estimularlo. Esta situación coincide con la encontrada en los dos estudios anteriores, ya citados.

En lo que respecta a otras actividades de la VPCD, se cumplen casi en su totalidad, principalmente la aplicación de vacunas.

7.3 Valoración de la cobertura y concentración de la VPCD.

La cobertura de la VPCD en menores de un año, de 61.7%, puede considerarse sólo como de regular. Por su parte, la concentración de controles en este grupo de edad (4.8 en promedio) fue alta; de hecho, mayor que lo establecido por la norma, que es de 4. El personal con sus opiniones esta sobrevalorando los resultados del componente al expresar que es muy buena.

Y con respecto a los niños en riesgo de desnutrición aunque se detectaron pocos casos en los niños menores de dos años, la impresión es que puede haber falta de detección y seguimiento de los mismos, según ENDESA 2001 (2) reporta que 1 de cada 5 niños menores de cinco años sufre de algún grado de Desnutrición crónica (retardo en crecimiento).

7.4 Valoración de la mortalidad

De acuerdo a la tasa de mortalidad infantil estimada para la RAAS, de 50 por mil nacidos vivos, se podrían esperar unas 14 muertes infantiles anuales en el Municipio de Corn Island. El hecho de que no exista reportada ninguna muerte infantil en los años

2005 y 2006 lo consideramos debido a una falta de registro de las muertes, que casi con seguridad ocurrieron.

7.4 Valoración del grado de satisfacción de las madres en relación al servicio recibido.

En general, las madres están satisfechas con la atención en la VPCD. Perciben que sus niños son atendidos con cuidado, mientras que en el estudio de León (7) una de cada tres madres están insatisfechas siendo mayor en Kukra-Hill (6). Las madres consideran que las explicaciones recibidas son adecuadas, mientras que en León (60%) y Kukra-Hill (62%)(7,6) las madres están insatisfechas de las explicaciones brindadas. En la Isla de Corn Island, el tiempo prolongado de espera fue la queja más frecuente (37% de las mujeres) que es una situación similar a los estudios antes mencionados. Algunas demandan más personal, probablemente para reducir el tiempo de espera, y que exista un mayor número de sillas para ellas y sus hijos.

8. CONCLUSIONES

Se considera deficiente la calidad del componente de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud Ethel Kandler, por cuanto:

- El personal tiene una insuficiente capacitación para ofrecer una atención integral en la VPCD, principalmente en lo relativo a la evaluación y estímulo del desarrollo infantil. Por otra parte, es insuficiente el tiempo disponible para este componente. Se carece de los materiales para realizar la evaluación adecuada del crecimiento y, principalmente, del desarrollo infantil.
- Hay un regular cumplimiento de las normas. Está bien el registro de datos en los expedientes, hay fallas en los procedimientos de medición del peso y la talla, y hay incumplimiento total en lo referido a evaluación y estímulo del desarrollo infantil.
- La cobertura es regular, alcanzando sólo el 61.7% en menores de un año, con una concentración de 4.8. La cobertura en vacunación tiende a elevarse.
- En general, las madres están satisfechas con la atención que reciben, aunque algunas se quejan del tiempo de espera y de falta de sillas en la sala de espera.

Se hace imposible valorar la mortalidad infantil, por el problema del sub-registro encontrado.

9. RECOMENDACIONES

Se les recomienda a las autoridades inmediatas lo siguiente:

- Elaborar una propuesta conjunta de capacitación en desarrollo infantil para el personal de salud del municipio en coordinación de las autoridades de la RAAS y el Departamento de Salud Pública de la UNAN León.
- Hacer las gestiones necesarias para llevar la capacitación al personal encargado de brindar este tipo de servicio, sobre lo importante que es evaluar y promover el desarrollo infantil y así se de un mejor cumplimiento de las normas del MINSA.
- Es prioridad dotar el centro de salud de los recursos materiales y humanos necesarios para evaluar el desarrollo y la estimulación temprana de este, siendo básico enseñar a las madres a realizar actividades acorde a la edad de sus niños. necesidad de conseguir mejores condiciones que brinden comodidad tanto a las madres como a los niños y al personal de salud.
- Realizar evaluaciones periódicas del componente como lo indica la cultura de calidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ministerio de salud Dirección General de Atención Medica. Dirección Materno Infantil. Normas de Control Crecimiento y Desarrollo 1988.
2. INEC. Encuesta Nicaragüense de Demografía en salud. ENDESA. Pág. 24. 2001.
3. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud. Pág. 17. 2004-2015
4. Ministerio de Salud. Política Nacional de salud. 2004-2015. Pág. 25. Managua. 2004.
5. MINSA. Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), Managua. Abril, 2004. Pág.12.Documento preliminar. Abril 2004.
6. Acosta L. Calidad de las Actividades de Evaluación y Promoción del Desarrollo Infantil el centro de salud Kukra-Hill, RAAS. 2006.
7. Aburto R.y Hernández K. Calidad del componente de Evaluación y Promoción del Desarrollo Infantil en los tres Centros de Salud de la ciudad de León 2005.
8. Macklin J. y col. Evaluación del crecimiento y desarrollo en el centro de salud Perla María Norori. Unan León. 2003.
9. Munguía I. y colaboradores. Evaluación del crecimiento y desarrollo en el centro de salud centro Enrique Mántica Berio. Unan León. 2003.
10. MINSA. Ley General de salud No. 423. Artículo 23. Pág. 88. La Gaceta. Diario oficial. AÑO CVI. Managua 17 de Mayo 2002. No 91.
11. Martínez F., Antó J, Castellanos P. Guilli M y col. Salud Pública. Cap. 27 Educación para la Salud. Pág. 513. Mc Graw-Hill. México. 1988.
12. PROSIM- GTZ Gerencia de calidad. Promoviendo una cultura de calidad en las instituciones de salud del primer nivel de atención MINSA Managua – Noviembre 2001.
13. Martínez F, Navarro J.M. Anto. P.L Castellano M.GILI P.Mases.V. Navarro.McGraw-Hill-Interamericana. Salud Pública 1997.

14. Organización Panamericana de la Salud. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Segunda edición. Serie PALTX. Para ejecutores de programas de salud.
15. C. Naranjo. Algunas lecturas y trabajo Sobre Estimulación Temprana. 1981
16. Fernández y Ballesteros Rocío. Evaluación de Programas guía práctica en ámbitos sociales, educativas y de salud. Madrid. España. 1996. Pág. 283.
17. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Salud. Managua, Nicaragua. Sep. 2004.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Guía de Observación para valorar la adecuación de los recursos, materiales, y humanos necesarios para la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en niños menores de 2 años en el Centro de salud Ethel Kandler del municipio de Corn Island - RAAS en marzo del 2007.

Anexo 1

1. Tamaño del local: largo ___ ancho___ altura_____

2. Local

2.1 Es exclusivo para VPCD. SI ___NO___

2.2 Es compartido con otro programa. SI___NO___

2.3 Cuales programas. _____

3. Infraestructura del local:

3.1 Paredes de:

3.1. Concreto___ Madera___ Adobe___ Otros_____

3.1.2 Techo: Tejas ___ Zinc. ___ Paja. ___ Madera. ___

3.1.3 Piso: ladrillo___ Cemento___ Madera___ Tierra___

4. Servicios básicos:

4.1 Energía eléctrica: SI ___ NO___

4.2 Agua potable: SI___ NO___

4.3 Teléfono: SI___ NO___

5. Mobiliario: escritorio ___ silla ___ archivero ___ librero ___ Mesa de revisión ___

Otros___

6. <u>Equipos</u> :	Número	Condición			Observación
		Excelente	Buena	Mala	
Pesas					
Tallímetro					
Termómetro					

Centímetro					
Estetoscopio pediátrico					
Esfingnomanómetro					
Otoscopio					
Oftalmoscopio					

7.Objetos para la evaluación del desarrollo:

Chichiles					
Mesas					
Pelotas					
Escaleras					
Cubos de colores					
Lápices					
Lámpara					

8. Recursos humanos:

8.1 Médicos _____

8.2 Enfermera auxiliar _____

8.3 Enfermera profesional _____

8.4 Otros. _____

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Guía de Observación para valorar las actividades del Crecimiento en el componente de la Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en niños entre seis y doce meses en el Centro de salud Ethel Kandler del municipio de Corn Island - RAAS en marzo del 2007.

Anexo 2

1	Actividades del Crecimiento	Lo hizo	
		SI	NO
	Control de peso		
11	Se asegúrese que la balanza esté nivelada en cero		
12	Desnuda al niño colocándolo sobre la balanza descalzo		
13	Mantiene al niño sobre balanza, evitando que se agarre		
14	Corre las pesas y nivela		
15	Efectúa medición y anota resultados		
2	Control de la talla		
21	Quita los zapatos al niño, dejándolo descalzo		
22	Coloca al niño acostado de espalda sobre el infantómetro (mesa de tallímetro; la cabeza colocando el borde fijo del infantómetro y viendo hacia arriba		
23	Se coloca al lado de la escala métrica, con la mano izquierda presiona las rodillas del niño hasta lograr extensión completa de los miembros inferiores; con la mano derecha ajustala pieza móvil hasta las plantas de los pies del niño		
24	Lee medidas en el ángulo recto que forman los pies del niño en relación a la escala métrica		
25	Anota en la hoja correspondiente		
3	Perímetro cefálico		
31	Coloca la cinta métrica en la circunferencia de la cabeza, por encima de las cejas, encima de las prominencias óseas de los parietales y por detrás del occipucio		
32	Junta el extremo y lee la cifra anotándola en la hoja correspondiente		

4	Vacunas		
41	Se le aplica la vacuna según la edad		
42	Hace anotación de la información		
5	Evaluación nutricional		
51	Grafica los datos de peso/edad		
52	Grafica el peso por sexo		

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Guía de Observación para valorar las actividades de estimulación temprana en la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en niños entre seis y doce meses en el Centro de salud Ethel Kandler del municipio de Corn Island - RAAS en el periodo marzo del 2007.

Anexo 3

No	Actividades de estimulación temprana	Lo hizo	Lo Preguntó
A	Niños de seis a ocho meses	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx
A1	<u>Conducta motora</u>	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx
A11	Se sienta solo con apoyo y sin apoyo		
A12	Puede permanecer de pie si se le sostiene y camina apoyado de los muebles		
A13	Gatea y camina apoyado en muebles		
A2	<u>Conducta de coordinación</u>	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx
A21	Intenta la presión de objetos		
A22	Presión global a mano plena		
A23	Presión entre el pulgar y el meñique		
A3	<u>Conducta social</u>	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx
A31	Sonríe espontáneamente		
A32	Atiende con interés el sonido		
A33	Encuentra objetos que le ocultan bajo el pañal		
A4	<u>Conducta de lenguaje</u>	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx
A41	Emite sonidos		
A42	Utiliza varias sílabas: lalea "dada", ma-má, "ave", Ajo".		
B	Niños de nueve a doce meses	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx
B1	<u>Conducta motora</u>	xxxxxxxxx	xxxxxxxxx
B11	Se sienta solo al apoyo		
B12	Gatea y camina apoyado de los muebles		
B13	Se mantiene de pie apoyado de muebles		

B14	Da unos pasos solo y luego se cae		
B15	Camina tomado de la mano		
B16	Camina bien solo sin ayuda		
B2	<u>Conducta de coordinación</u>	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
B21	Presión global a mano plena		
B22	Presión entre la base del pulgar y el meñique		
B23	Presión entre el pulgar y la base del dedo índice		
B24	Saca y mete objetos en un recipiente		
B25	Presiona en pinza o pone el índice al pulgar		
B3	<u>Conducta social</u>	xxxxxxxxxx	xxxxxxxxxx
B31	Atiende con interés el sonido		
B32	Encuentra objetos que se le ocultan bajo el pañal		
B32	Es inicialmente tímido con extraños	xxxxxxxxxx	
B33	Juega a palmitas y tortitas		
B34	Bebe en taza o vaso con ayuda		
B35	Detiene la acción a la orden "NO"		
B4	<u>Conducta de lenguaje</u>		
B41	Balucea "da-da", "ma-ma"		
B42	Utiliza varias sílabas: lalea "da-da", "ma-má", "ave", "ajo"		
B43	Dadá, Mamá. Pan. Agua, Oso, Chicha		

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Guía de Observación para valorar el registro de las actividades en la historia clínica de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en niños entre seis y doce meses en el Centro de salud Ethel Kandler del municipio de Corn Island - RAAS en marzo del 2007.

Anexo 4

Nombre del niño _____ No de Historia clínica _____

Tipo de consulta: Primera vez _____ Subsecuente _____

No	Acciones de Atención Integral	Lo hicieron	
		SI	NO
1	Registro de datos básicos de la historia clínica:		
11	Datos de identificación		
12	Antecedentes (patológicos familiares; obstétricos y neonatales)		
13	Datos de la familia		
14	Datos de la vivienda		
15	Datos de las vacunas		
15	Datos de la alimentación durante el año de vida y micro nutrientes		
16	Grafica el crecimiento y desarrollo del niño(a)		
2	Registro de los datos de seguimiento en historia clínica:		
21	La fecha de la consulta		
22	Edad del niño,		
23	Antropometría		
24	Alimentación		
25	Micro nutrientes		
26	Examen físico		
27	Vacunación		
28	Clasificación de la situación nutricional		

29	Padecimientos (asma, IRA, EDA)		
210	Signos de maltrato		
211	Uso de antibióticos		
213	Espaciamiento de embarazo		
214	Observación, diagnóstico y tratamiento		
215	Referencia		
216	Fecha de próxima cita		
217	Nombre y firma de la persona que brindó la atención		
218	Señalan factores importantes de riesgo, que sirven para evaluar la conducta a seguir		

Datos estadísticos del VPCD (anexo 5)

Datos Estadísticos	Año 2006
Cobertura del VPCD	
Cobertura de Vacunación	
Mortalidad infantil	
Total de niños en riesgo o desnutridos	

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Entrevista a profundidad para Informantes Claves dirigido a la Evaluación de la calidad del programa de la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en niños menores de 2 años en el Centro de salud Ethel Kandler del municipio de Corn Islán-RAAS en el periodo febrero – marzo del 2007.

Anexo 6

1. En general, **¿cómo valora la calidad con que se desarrolla la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en ésta unidad de salud?** ¿Cuáles son sus fortalezas y sus debilidades? ¿Cómo valora el crecimiento? ¿Cómo valora el desarrollo?
2. **¿Cómo valora los recursos disponibles para la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo (VPCD)?** En cuanto a sus recursos humanos y su capacitación? Sobre la planta física, sobre sus recursos materiales para valorar el crecimiento? ¿Para valorar el desarrollo? ¿En cuanto a medicamentos? ¿Cómo valora el trabajo de los brigadistas?.
3. **¿En qué medida se cumplen las normas del componente?** ¿Cómo valora las actividades que se llevan a cabo para evaluar el crecimiento? ¿Cómo valora las actividades que se realizan en la evaluación del desarrollo? ¿Con qué dificultades se ha encontrado ante el incumplimiento de las normas? ¿Cómo valora las actividades educativas y de capacitación?
4. **¿Cómo valora la cobertura del la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo (VPCD) ?** ¿Cómo valora las cifras _____ reportadas por el centro de salud? ¿Cómo valora las cifras reportadas por el Programa Ampliado de Inmunización (PAI)? etc. . ¿Cómo está la prevalencia de los desnutridos? ¿La mortalidad en la niñez? ¿Los logros alcanzados?
5. **¿Cómo percibe el interés de la población en la Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo el VPCD?.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Entrevista de salida para valorar la percepción y la satisfacción de las madres en la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) en niños entre seis y doce meses en el Centro de salud Ethel Kandler del municipio de Corn Island - RAAS en marzo del 2007.

Anexo 7

A continuación le vamos hacer algunas preguntas sobre cómo se siente con el servicio brindado en este centro, esperando que lo haga sin ninguna preocupación.

1. Percepción que tiene la madre sobre la atención que recibe su hijo(a) en el VPCD.

11 ¿Quién examinó su a hija(o)?

- a) Médico ____ (1)
- b) Personal de enfermería ____ (2)
- c) No sabe ____ (3)

12 ¿Qué tan cuidadosa le pareció la forma como examinaron a (nombre del niño(a)? *Leer opciones*

- a) Muy cuidadosa ____ (1)
- b) Algo cuidadosa ____ (2)
- c) Poco cuidadosa ____ (3)
- d) Nada cuidadosa ____ (4)

2. Satisfacción que tiene la madre con la atención que le dieron a su hijo(a) en el área de VPCD del centro de salud?

A continuación le vamos hacer algunas preguntas sobre cómo se siente con el servicio brindado en este centro, esperando que lo haga sin ninguna preocupación.

21 ¿Cuanto tiempo duró desde que llegó al centro hasta que la atendieron? ____ minutos

22 ¿Cómo considera el tiempo desde que llegó al centro hasta que la atendieron?

- Demasiado.....__ (1)
- Adecuado.....__ (2)
- Poco.....__ (3)

23 ¿Cuanto tiempo duró la atención a su hija(o) durante el control? ____ minutos

24 ¿Cómo considera el tiempo de la atención a su hija(o) durante el control?

- Mucho.....__ (1)
- Adecuado...__ (2)
- Poco.....__ (3)
- Muy Poco...__ (4)

25 ¿Qué tanto le explicaron sobre cómo evaluar y estimular el desarrollo de su hija(o)?

Leer opciones

- Le explicaron muy bien__(1)
- Le explicaron bien__(2)
- Le explicaron poco__(3)
- No le explicaron nada__(4)

26 ¿Qué tan satisfecha está con la forma con que atendieron a su hija (o)? *Leer opciones*

- A. Muy satisfecho__(1)
- B. Algo satisfecho__(2)
- C. Poco satisfecho.....__(3)
- D. Insatisfecho.....__(4)

27 ¿Qué tan satisfecha se siente con la forma en que la atendió el personal a usted?

Leer opciones

- A. Muy satisfecho__(1)
- B. Algo satisfecho__(2)
- C. Poco satisfecho.....__(3)
- D. Insatisfecho.....__(4)

28. ¿Qué recomendaciones le daría al personal del centro de salud en relación a la atención de los niños?

29. ¿Qué recomendaciones le daría al personal del centro de salud en relación a la atención de los niños?