

**COMPARACIÓN DEL ABORDAJE EN LA VALORACION DEL
DESARROLLO MOTOR DEL MENOR DE 0 - 5 AÑOS REALIZADO EN
LOS PRINCIPALES CENTROS DE SALUD DE LAS COMUNAS 6, 10 Y 11 DE SANTIAGO DE
CALI FRENTE A LO ESTABLECIDO
POR LA RESOLUCIÓN 412/00
DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2005**

**LESLIE GAMBOA QUEJADA
JHOANNA PATRICIA PÉREZ PRADO
YAMELITZA SÁNCHEZ GRUESO**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARIA CANO
CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
SANTIAGO DE CALI
2005**

**COMPARACIÓN DEL ABORDAJE EN LA VALORACION DEL
DESARROLLO MOTOR DEL MENOR DE 0 - 5 AÑOS REALIZADO EN
LOS PRINCIPALES CENTROS DE SALUD DE LAS COMUNAS 6, 10 Y 11 DE SANTIAGO DE
CALI FRENTE A LO ESTABLECIDO**

**POR LA RESOLUCIÓN 412/00
DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2005**

**LESLIE GAMBOA QUEJADA
JHOANNA PATRICIA PÉREZ PRADO
YAMELITZA SÁNCHEZ GRUESO**

**Trabajo de aplicación del diplomado como opción para
optar al título de Fisioterapeuta**

**ASESORAS
LUZ DEIBY JIMENEZ
ASESORA TEMATICO**

**RUTH ELIZABETH GUTIERREZ
ASESORA METODOLOGICA**

**FUNDACIÓN UNIVERSITARIA MARIA CANO
CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE FISIOTERAPIA
SANTIAGO DE CALI
2005**

NOTA DE ACEPTACION

PRESIDENTE DEL JURADO

JURADO

JURADO

FECHA _____

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer en primera instancia a Dios por el placer de haber podido culminar este trabajo junto a mis compañeras, a mi familia por la paciencia y el apoyo que me brindaron durante mi carrera y la realización de este trabajo.

A Luz Deiby Jiménez y Ruth Elizabeth Gutiérrez por sus revisiones, recomendaciones y por el valioso apoyo durante toda la realización del presente trabajo.

YAMELITZA SÁNCHEZ GRUESO

Tengo manos y con ellas creo tengo ojos y con ellos veo lo que otros no ven, tengo boca y con ella dejo salir el sonido de mis palabras que alientan, que ayudan, que orientan, que guían, tengo piernas y con ellas quiero llegar lejos para poder ayudar a otros, tengo corazón que me permite guardar todos aquellas personas que dejaron hermosos recuerdos, tengo mente para recordar

aquellos compañeros que sufrieron, que lloraron y que lucharon conmigo, esa mente que me permite recordar a mis excelentes docentes a mis pacientes a mis compañeras que son amigas, a mi familia que gracias a ella estoy donde estoy, a mi padre y madre que son mi orgullo, a mi novio que un día me dijo “ nunca renuncies a tus sueños, los soñadores vuelan y llegan lejos los que no sueñan ni siquiera aprender a volar” Gracias a este gran sueño que Dios y la Virgen Maria me hizo realidad, por que ser fisioterapeuta es mas que rehabilitar es ser un ser único con la capacidad de crear de construir de ayudar a prevenir y promocionar lo que tiene la humanidad, la salud.

JHOANNA PATRICIA PÉREZ PRADO

Le doy gracias a Dios por ofrecerme una Madre y una Hermana para que me acompañaran a construir metas, a anhelar sueños, a luchar por lo que deseo y a no dejarme desfallecer frente adversidades si no por el contrario a encontrar en ellas la fortaleza que necesito para emprender el camino admirando las cosas maravillosas que Dios puso para mi en esta vida.

LESLIE GAMBOA QUEJADA

RAE

Título: Comparación del abordaje en la valoración del desarrollo motor del menor de 0 - 5 años realizado en los principales centros de salud de las Comunas 6, 10 y 11 Santiago de Cali frente a lo establecido por la resolución 412/00 durante el primer cuatrimestre del 2005.

Autoras: LESLIE GAMBOA QUEJADA, JHOANNA PATRICIA PÉREZ PRADO, YAMELITZA SÁNCHEZ GRUESO.

- **Tipo de imprenta:** trabajo realizado en Microsoft Office 2000 (Word, Excel). Letra Arial 12.

- **Nivel de circulación:** Restringida

- **Acceso al documento:** el documento puede encontrarlo en las instalaciones de la Fundación Universitaria Maria Cano. Extensión Cali.

- **Palabras claves:** Crecimiento y desarrollo, promoción, prevención, resolución 412/00, desarrollo motor, valoración.

DESCRIPCIÓN

Este trabajo es un compendio de actividades desarrolladas y llevadas a cabo, teniendo en cuenta la necesidad de un personal con alta calidad humana y buenos conocimientos para llevar a cabo el programa de crecimiento y desarrollo en los menores de 5 años de los centros de salud de las comunas 6, 10 y 11 de Santiago de Cali, permitiendo así que la valoración sea ejecutada de una manera adecuada que ayude a detectar y evitar la aparición de alteraciones que puedan afectar el crecimiento y el desarrollo motor del infante para un mejor futuro a lo largo de su vida, además de buscar la participación fisioterapéutica como pilar fundamental dentro de un equipo de salud para la realización de la valoración del desarrollo motor del menor de 5 años.

CONTENIDO

Este trabajo tiene 9 capítulos, muestra en un principio la importancia de los programas de crecimiento y desarrollo enfatizando en una adecuada valoración de desarrollo motor en los menores de cinco años frente a lo que establecen las normas técnicas de la resolución 412 del año 2000, así como la actitud que maneja el personal dentro de la atención al menor y sus padres. Continuando con una revisión bibliografía sobre los diferentes parámetros que se deben tener en cuenta en la valoración. El documento termina con una descripción de las falencias encontradas ofreciendo recomendaciones, conclusiones y un análisis de los resultados encontrados en la observación, encuesta frente a la resolución.

TIPO DE TRABAJO

Este trabajo fue desarrollado como requisito del diplomado de promoción de la salud y prevención de la enfermedad llevado a cabo en 5 centros de salud de las comunas 6, 10 y 11, por parte de las estudiantes a cargo.

CONCLUSIONES

A través de este trabajo se puede concluir que a pesar de los parámetros del programa de crecimiento y desarrollo están manejados a través de la resolución 412 del 2000 muchos de sus puntos no son cumplidos por que las actividades orientadas a realizar la valoración del menor de 5 años son inapropiadas debido a que se omiten muchas de las medidas elementales para percibir alteraciones y prevenir su aparición, confiando la mayoría de la información a lo suministrado por el acudiente conllevando a que los datos obtenidos no sean confiables, por lo que este problema crea la necesidad de la intervención de diferentes profesionales con la supervisión de un fisioterapeuta ya que es quien conoce del movimiento humano y las características propias del desarrollo motor en las diferentes edades.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
1. PROBLEMA	1
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	3	
1.3. OBJETIVOS	3	
1.3.1. Objetivo general		3
1.3.2. Objetivos específicos		3
1.4. JUSTIFICACIÓN		5
1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	9	
2. MARCOS DE REFERENCIA	11	
2.1. MARCO GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO	11	
2.1.1 Comuna 6		11
2.1.2 Comuna 10	12	
2.1.3 Comuna 11	13	
2.2. MARCO HISTÓRICO	15	
2.3. MARCO LEGAL		18
2.4. MARCO TEÓRICO	22	
2.4.1 Antecedentes bibliográficos	23	
2.4.2 Salud Integral Para La Infancia	23	
2.4.3 Programa de Crecimiento y Desarrollo según Resolución 412 del 2000		26
2.4.3.1 Valoración de Desarrollo	30	
2.4.3.2 Características para la evaluación	31	
2.4.3.3 Importancia del Desarrollo	32	
2.4.3.4 Valoración de Crecimiento	38	
2.4.4 Pasos a tener en cuenta en la valoración del infante	39	
2.4.5 Consideración de la valoración	42	
2.4.6 Características del servicio y del personal	42	
2.4.7 Conducción del examen de desarrollo	44	
2.4.8 Ritmo y orden	47	
3. METODOLOGÍA		49
3.1 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	49	
3.2 UNIVERSO		49
3.2.1 Muestra		50
3.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN		

DE DATOS	50
3.3.1 Observación	50
3.3.2 Encuesta	52
3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS	53
1. ANÁLISIS DE RESULTADOS	54
4.1 ANALISIS DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN	54
4.1.1 Infraestructura y dotación	54
4.1.1.1 Centro de Salud Floralia	54
4.1.1.2 Centro de Salud San Luís	55
4.1.1.3 Centro de Salud Panamericano	56
4.1.1.4 Centro de Salud Cristóbal Colon	56
4.1.1.5 Centro de Salud Luís H Garcés	57
4.1.2 Ambiente de intervención	58
4.1.2.1 Centro de Salud Floralia	58
4.1.2.2 Centro de Salud San Luís	60
4.1.2.3 Centro de Salud Panamericano	62
4.1.2.4 Centro de Salud Cristóbal Colon	63
4.1.2.5 Centro de Salud Luís H Garcés	65
4.1.3 Registro de información	67
4.1.3.1 Centro de Salud Floralia	67
4.1.3.2 Centro de Salud San Luís	68
4.1.3.3 Centro de Salud Panamericano	70
4.1.3.4 Centro de Salud Cristóbal Colon	71
4.1.3.5 Centro de Salud Luís H Garcés	72
4.1.4 Intervención	73
4.1.4.1 Centro de Salud Floralia	73
4.1.4.2 Centro de Salud San Luís	75
4.1.4.3 Centro de Salud Panamericano	78
4.1.4.4 Centro de Salud Cristóbal Colon	81
4.1.4.5 Centro de Salud Luís H Garcés	84
4.2 ANÁLISIS DE LA ENCUESTA	88
4.3 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LA GUÍA DE OBSERVACION ENCUESTA FRENTE A LA NORMA	98

4.3.1 Infraestructura y dotación	98	
4.3.2 Ambiente de intervención	101	
4.3.3 Registro de información		102
4.3.4 Intervención	103	
CONCLUSIONES	108	
RECOMENDACIONES	110	
GLOSARIO	111	
BIBLIOGRAFÍA		114
ANEXOS		119

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
1. Gráfico, Red de Salud del Norte	14
2. Gráfico, Red de salud del Centro	14

LISTA DE TABLAS

No.		Pág.
1.	Interrupciones Centro De Salud Floralia	58
2.	Disposición del personal Centro de Salud Floralia	59
3.	Técnica de Asepsia Centro de Salud Floralia	59
4.	Interrupción Centro De Salud San Luís	60
5.	Disposición del Personal Centro de Salud San Luís	61
6.	Técnica de Asepsia Centro de Salud San Luís	61
7.	Disposición del Personal Centro de Salud Panamericano	62
8.	Técnica de Asepsia Centro de Salud Panamericano	63
9.	Interrupción Centro de Salud Cristóbal Colon	64
10.	Disposición del Personal Centro de Salud Cristóbal Colon	64
11.	Técnica de Asepsia Centro de Salud Cristóbal Colon	65
12.	Interrupción Centro de Salud Luís H Garcés	66
13.	Disposición del Personal Centro de Salud Luís H Garcés	66
14.	Técnica de Asepsia Centro de Salud Luís H Garcés	67
15.	Esquema de Valoración Centro de Salud Floralia	68
16.	Esquema de Valoración Centro de Salud San Luís	69
17.	Esquema de Valoración Centro de Salud Panamericano	70
18.	Esquema de Valoración Centro de Salud Cristóbal Colon	71
19.	Esquema de Valoración Centro de Salud Luís H Garcés	72
20.	Valoración de Crecimiento Centro de Salud Floralia	73
21.	Valoración de Desarrollo Centro de Salud Floralia	74
22.	Signos de Alarma Centro de Salud Floralia	74
23.	Orientación Centro de Salud Floralia	75
24.	Valoración de Crecimiento Centro de Salud San Luís	76
25.	Valoración de Desarrollo Centro de Salud San Luís	76
26.	Signos de Alarma Centro de Salud San Luís	77
27.	Orientación Centro de Salud San Luís	78
28.	Valoración de Crecimiento Centro de Salud Panamericano	79

29.	Valoración de Desarrollo Centro de Salud Panamericano	79
30.	Signos de Alarma Centro de Salud Panamericano	80
31.	Orientación Centro de Salud Panamericano.	81
32.	Valoración de Crecimiento Centro de Salud Cristóbal Colon	82
33.	Valoración de Desarrollo Centro de Salud Cristóbal Colon	82
34.	Signos de Alarma Centro de Salud Cristóbal Colon	83
35.	Orientación Centro de Salud Cristóbal Colon	83
36.	Valoración de Crecimiento Centro de Salud Luís H Garcés	84
37.	Valoración de Desarrollo Centro de Salud Luís H Garcés	85
38.	Signos de Alarma Centro de Salud Luís H Garcés	86
39.	Orientación Centro de Salud Luís H Garcés.	87
40.	Remisión Luís H Garcés	87
41.	Tiempo Laboral.	88
42.	Actualización de temas de Crecimiento y Desarrollo	89
43.	Lugar de Valoración de Crecimiento y Desarrollo	90
44.	Actividades en la atención	91
45.	Conocimiento Previo del Paciente	92
46.	Inasistencia	93
47.	Interrupciones	94
48.	Asepsia	95
49.	Orientación	96
50.	Charlas Educativas	96
51.	Remisión	97
52.	Existencia y Funcionamiento de equipos	100

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
A. Normas Técnicas de la Resolución 412/00	120
B. Rejilla de peso y talla	133

C. Escala Abreviada de Desarrollo	134
D. Guía de observación	138
E. Encuesta	152

INTRODUCCIÓN.

La promoción de la salud, es una estrategia que parte de las condiciones de vida del individuo y su entorno para incentivar la modificación de sus estilos de vida, teniendo en cuenta siempre las condiciones y el medio en el que vive cada individuo y la comunidad. Dentro de esta estrategia la educación e información, la comunicación, la participación comunitaria y el empoderamiento son las principales técnicas utilizadas para lograr actuar sobre los determinantes de salud y crear opciones saludables.

La promoción de la salud se realiza mediante el contacto directo entre el personal de salud y la comunidad; intercambiando conocimientos de tal manera que se sensibilice a la población en relación con la necesidad del cambio. Así mismo, la prevención de la enfermedad busca disminuir los factores de riesgo a los que se ve expuesta la población.

Las estrategias de Promoción y Prevención en los países se han dictado a través de diferentes normas; en Colombia específicamente se han determinado a través de la Resolución 00412 del 2000; dicha norma brinda una serie de elementos destinadas a mejorar el bienestar físico y social de los colombianos, buscando enmarcar una cultura saludable, que se basa en promover la salud y prevenir la enfermedad de la comunidad.

Dado que la Resolución es amplia frente a grupos poblacionales, se decidió realizar el trabajo seleccionando el grupo de menores de cinco años por que es una población vulnerable que necesita de un cuidado y atención óptimos, ya que es una etapa crucial para que alcance un excelente desarrollo y desempeño en el futuro.

El personal que interviene en la evaluación del menor, desde el punto de vista técnico y de conocimiento se convierte en el eje fundamental de las acciones y resultados de dichas evaluaciones. Así mismo, la participación activa de la comunidad y del equipo de salud es prioritaria, como acompañantes efectivos durante el proceso de Crecimiento y Desarrollo del niño, sin olvidar el escenario social, incluyendo el familiar en el que habitan y las limitaciones propias de cada comunidad, familia e infante.

La evaluación del desarrollo se realiza en los centros asistenciales, tanto públicos como privados, pero para el estudio que aquí se presenta, se eligieron las Empresas Sociales del Estado donde se evalúan los menores de un sector de Santiago de Cali, específicamente los Centros de Salud Floralia, San Luís, Panamericano, Cristóbal Colon y Luís H. Garcés con lo planteado en la

Resolución 412 del año 2000.

En este orden de ideas, el proceso se desarrolla en cuatro capítulos, así: El primero presenta la situación que ha sido asumida como problema plantea los objetivos y la justificación, el segundo capítulo hace referencia a las comunas donde se realizó el trabajo, la historia del Programa de Crecimiento y Desarrollo, junto al marco legal pertinente de igual manera se plantea todo lo concerniente al Programa de Crecimiento y Desarrollo. En el tercero se tiene en cuenta los pasos a seguir para llevar a cabo el estudio presentando el tipo de investigación, la población que hace parte del mismo y describiendo las técnicas e instrumentos que se utilizaran para recolectar la información, por último se presenta el análisis de la información obtenida durante el desarrollo de esta investigación.

Finalmente se concluyó que el Programa de Crecimiento y Desarrollo presenta falencias en el abordaje, disposición del personal, en la atención y la valoración de Crecimiento y Desarrollo del menor por falta de capacitación e implementos para la ejecución de estas actividades, incumpliendo de esta forma las normas técnicas de la Resolución 412 del 2000, dificultando así las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad.

El desarrollo del trabajo aplicativo representa un campo de intervención para la fisioterapia, ya que el ente vital de este programa es el movimiento en todos sus esquemas, por tal razón se requiere de una valoración minuciosa que especifique todo lo encontrado, para de esta forma llevar un control de cada uno de los sucesos encontrados en las diferentes etapas del menor, previniendo posibles alteraciones que puedan afectar al infante en su desarrollo físico, intelectual y emocional en su vida cotidiana.

**COMPARACIÓN DEL ABORDAJE EN LA VALORACIÓN DEL DESARROLLO
MOTOR DEL MENOR DE 0 - 5 AÑOS REALIZADO EN LOS PRINCIPALES
CENTROS DE SALUD DE LAS COMUNAS 6, 10 Y 11
DE SANTIAGO DE CALI FRENTE A
LO ESTABLECIDO POR LA RESOLUCIÓN 412/00
DURANTE EL PRIMER CUATRIMESTRE DEL 2005**

1. PROBLEMA

El capítulo que se presenta a continuación ubica el proyecto investigativo a partir de la situación que ha sido asumida como problema, planteando objetivos y justificando su desarrollo.

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desarrollo motor del niño se puede contemplar como un proceso en el que intervienen múltiples factores, tanto genéticos como ambientales, de los cuales a su vez se pueden originar diversas alteraciones que impidan alcanzar las potencialidades del infante. Este desarrollo se sustenta por la maduración de estructuras cerebrales, dado por un conjunto de influencias externas, interacción con los padres, estímulos sensoriales etc.

Para conocer ese desarrollo motor se requiere de una valoración exhaustiva al menor y su entorno en la que se debe tener en cuenta la historia familiar, trastornos desde los primeros meses, signos de alarma, etc., que brinden un

indicio o señal de su situación. Para esto se necesita tener habilidad para realizar una observación integral del proceso de valoración con el propósito de realizar una detección temprana, que, como lo indica la Resolución 412 del año 2000, permite identificar en forma precoz aquellos niños que tengan alteración en su desarrollo motor, de tal manera que puedan ser intervenidos a tiempo, dando posibilidad a que su futuro y su desarrollo se ajusten a los parámetros establecidos como normales.

Generalmente en las instituciones que ofertan los Programas de Crecimiento y Desarrollo se encuentra personal encargado y capacitado para realizar este tipo de valoración, pero, en ocasiones, al abarcar la totalidad de los niños que asisten a dichos programas, sumado a la disposición de tiempo y espacio de la valoración, se dificultan las acciones, lo que lleva a que dicho personal pase inadvertidas las alteraciones del desarrollo motor u omite algunas condiciones básicas de prevención, a partir de las cuales se podría optimizar la atención temprana de los niños que puedan presentar problemas con su desarrollo.

Teniendo en cuenta lo descrito y dada la importancia de los servicios de salud para la atención integral del menor y su familia, se han tomado como puntos relevantes la observación de los Centros de Salud Panamericano, Cristóbal Colon, Floralia, Luís H. Garcés y San Luís vinculando al personal que desempeña funciones de diagnóstico dentro de los Programas de Crecimiento y Desarrollo, con el propósito de que estos mejoren su desempeño en el abordaje de la valoración del menor, en el manejo de los protocolos y acciones de Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cómo se está realizando el abordaje en la valoración del desarrollo motor en los programas de crecimiento y desarrollo ofertados por los centros de salud adscritos a las empresas sociales del estado de las Comunas 6, 10 y 11 en niños menores de cinco años de acuerdo con lo establecido por la Resolución 412/00 en Santiago de Cali?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general

Comparar el abordaje realizado por las personas encargadas de la valoración del desarrollo motor en el Programa de Crecimiento y Desarrollo en niños ubicados en el rango de cero a cinco años en las Empresas Sociales del Estado de las Comunas 6,10 y 11 de Santiago de Cali en relación con lo establecido en la estrategia Salud Integral Para la Infancia, de acuerdo con la Resolución 412 del año 2000.

1.3.2 Objetivos específicos

- Enunciar los procedimientos básicos que deben desarrollarse en la valoración del desarrollo motor en los niños ubicados entre los 0-5 años a partir de la resolución 00412 del año 2000.

- Establecer la forma cómo están, llevando a cabo los procedimientos básicos en cada una de las Empresas Sociales del Estado de las Comunas 6,10 y 11 que hacen parte de este estudio.
- Detectar las principales dificultades que se presentan en los Programas de Crecimiento y Desarrollo en el momento que se realiza la valoración del desarrollo motor, de acuerdo con lo establecido en la Resolución 00412/00 en las Empresas Sociales del Estado de las Comunas 6, 10 y 11 de Santiago de Cali.
- Plantear posibles variaciones en algunos procedimientos realizados por el personal encargado de la valoración del desarrollo motor en las Empresas Sociales del Estado de las Comunas 6,10 y 11 con el propósito de mejorar las funciones preventivas de este programa.

1.4. JUSTIFICACIÓN.

El ser humano adquiere diferentes características que influyen en el desarrollo de sus potencialidades motoras, tanto gruesas como finas, las cuales hacen parte principal en el proceso de crecimiento y desarrollo. Pero el desarrollo adecuado de las características motoras depende del medio que rodea al infante y la importancia de la valoración de cada fase de maduración por la cual atraviesa la población infantil; esto porque el 90% del desarrollo físico, motor y psíquico ocurre durante los primeros años de vida; lo que quiere decir que el ser humano solo tiene una oportunidad de desarrollo y el proceso debe protegerse hasta donde sea posible. Es por esto que en los diversos países se busca la protección de la población infantil ya que es una de las más vulnerables y es una de las más afectadas por diferentes patologías.

En el mundo cada año mueren alrededor de doce millones de niños antes de cumplir los cinco años de edad;¹ más de un 70% de estas muertes ocurre en países en desarrollo y son debidos a enfermedades agudas de las vías respiratorias, enfermedades diarreicas, paludismo, sarampión, desnutrición y con frecuencia a una combinación de las anteriores. “Estas y otras enfermedades como la carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias, trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y niñas dificultando su desarrollo motor, físico e intelectual”²

¹ www.saludcolombia.com/actual/htm/normas/intreyde.htm

² www.saludcolombia.com/actual

En América Latina un 70% de las consultas médicas de menores de cinco años se deben a infecciones respiratorias agudas, diarrea y desnutrición; por otro lado 540.000 niños menores de cinco años mueren cada año, 170.000 de esas muertes fueron por enfermedades transmisibles, que pueden prevenirse a tiempo, como las enfermedades infecciosas y desnutrición.

Durante el 2000 las cifras sobre la situación de la salud de los niños en Colombia (DANE Estadísticas vitales 2000), muestran un serio panorama de defunciones por grupos de edad en donde 1038 *niños menores de cinco años* murieron durante el año 2000 por enfermedades infecciosas intestinales, 801 murieron por deficiencias y anemias nutricionales, 1630 fallecieron por infecciones respiratorias agudas y 8274 niños murieron debido a complicaciones maternas, problemas en el parto y afecciones del neonato.³

Trasladando la situación a la ciudad de Santiago de Cali, “específicamente en el año 2003, se reportaron 506 muertes en niños de 0 a 9 años de las cuales las principales causas fueron trastornos respiratorios, malformaciones cardíacas y enfermedades durante el periodo perinatal”.⁴

De acuerdo con datos estadísticos de las Comunas 6 ,10 y 11 de Santiago de Cali que fueron establecidos por la Oficina de Estadística de la Secretaria de Salud Pública en el año 2004, se indica que en la Comuna 6 la población infantil, es de 19.208 niños (0-5 años); en la Comuna 10 la población infantil asciende a 8.968 y en la Comuna 11 el número de niños llega a 9.079⁵, que corresponde a la

³ www.col.ops-oms.org/prevencion/aiepi

⁴ Secretaria de Salud Municipal de Santiago de Cali. Área de estadística, 2004

⁵ Secretaria de Salud Publica Municipal, programa de Mortalidad, área estadística. 2004.

población de mayor vulnerabilidad para adquirir diferentes patologías y estar en riesgo de muerte, por lo que la situación de salud de la población infantil en estas zonas implica a muchos actores para garantizar una atención oportuna, integral y satisfactoria para el niño.

Teniendo en cuenta que dicha preocupación se ha asumido como política de salubridad en Colombia, se ha entregado la responsabilidad de la prestación del servicio de salud a las Empresas Sociales del Estado, entidades autónomas reconocidas por el Estado en la Ley 100 de 1993, donde se estableció el mecanismo de descentralización a través de la transformación de instituciones prestadoras de servicios (IPS) públicas en Empresas Sociales del Estado (ESE). Estas, en el primer nivel, comprenden las instituciones de cuidado primario como son los centros de salud; Santiago de Cali se cuenta con cinco ESE con varios centros de salud, algunos ubicados en las Comunas 6, 10 y 11,⁶ los cuales ofertan Programas de Crecimiento y Desarrollo bajo el marco de las normas técnicas de la Resolución 412 del 2000, donde se establecen actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, que son acciones encaminadas a informar y educar la población con el fin de dar cumplimiento a las acciones de protección específica y detección temprana.⁷ Además, esta Resolución hace parte vital de la ejecución del Programa de Crecimiento y Desarrollo, ya que implanta la Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.⁸

El Programa de Crecimiento y Desarrollo, prioriza la valoración de las habilidades motrices finas y gruesas del infante, ya que estas siguen un proceso de pautas y calendarios madurativos en el que intervienen diferentes elementos,

⁶ www.colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No4

⁷ www.saludsantander.gov.co/documentos/res_412_2000.pdf

⁸ <http://www.inta.cl/promosalud/conferencias/ottawa.pdf>

relacionados con factores ambientales, hereditarios, alimenticios, estados de salud entre otros, que pueden afectar de forma directa e indirecta los componentes del desarrollo psicomotor, causando trastornos en el desarrollo del menor, reflejando posibles alteraciones si las hay, en las que se ven afectados varios aspectos del desarrollo del niño. De ahí la importancia de intervenir cuanto antes, pues el trastorno puede ir repercutiendo negativamente en otras áreas como la intelectual, emocional y social del menor agravando y comprometiendo el desarrollo del mismo. “Sin maduración física no hay progreso pero sin estimulación externa que favorezca el aprendizaje tampoco es posible dicho proceso”⁹

Uno de los requisitos para realizar un seguimiento adecuado del Programa de Crecimiento y Desarrollo es que la herramienta que se utilice para la valoración sea la adecuada y su manejo sea conocido y aplicado apropiadamente por un personal idóneo y capacitado para realizar la valoración del menor y ofrecer orientación a los acudientes, que son pieza clave en el proceso, más aún, si se tiene en cuenta que a los centros de salud acude población vulnerable con escasos recursos que no tienen opción diferente a las alternativas generadas por el Estado.

Las Empresas Sociales del Estado juegan un papel importante en el manejo del Programa de Crecimiento y Desarrollo al percatarse de las falencias y dificultades que presenta el menor durante su valoración; es por ello que juega un papel relevante en la capacitación social para prevenir posibles alteraciones motrices. Siguiendo este orden de ideas, es de vital importancia resaltar la relación que debe existir entre los encargados del Programa de Crecimiento y Desarrollo y los profesionales de Fisioterapia ya que esto se encargan de preservar la calidad del

⁹ www.cnice.mecd.es/recursos2/e-padres/htm/primer/htm

movimiento, prevenir y/o recuperar posibles alteraciones motoras, con el propósito de optimizar el desarrollo físico del menor. Desde esta perspectiva la actuación del Fisioterapeuta no se limita, al campo de intervención clínica, sino que se proyecta a las actividades de Promoción de la Salud y Prevención de la enfermedad, diseñando, programando, ejecutando y evaluando programas, de impacto social, con lo cual se convierte en el apoyo permanente tanto para el cuerpo medico como para la población infantil y en últimas la sociedad.

1.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Los puntos que sirve como derroteros básicos para abordar la problemática se encuentra en tres situaciones concretas:

- La manera como el personal encargado de crecimiento y desarrollo lleva a cabo la valoración del desarrollo motor del menor de cinco años.
- La disposición del personal al momento de llevar a cabo la valoración.
- Los artículos 1, 6, 7 y 9, de la Resolución 412 del 2000.

Dentro de los aspectos tomados en cuenta en este proyecto encontramos el desarrollo motor (motricidad fina y gruesa) que el niño va alcanzando a medida que adquiere nuevas habilidades y experiencias que le permiten descubrirse a si mismo y al mundo que lo rodea, ya que este es un punto muy importante en el desarrollo de cualquier infante y es una de las etapas mas susceptibles a alteraciones, de allí la importancia que tiene la manera de ejecutar la valoración de la motricidad fina y gruesa, ya que depende de cómo se realice esta que se detecten o no alteraciones que afecten el adecuado desarrollo y comportamiento del menor ante las diferentes sucesos de su vida.

Se busca ver si la valoración que se esta realizando en las Empresas Sociales del Estado cumple con los parámetros necesarios según la Resolución 412 del año 2000 que permita brindar una atención integral y acertada.

Dentro de la Resolución 412 del año 2000 se tendrán en cuenta los artículos 1,6, 7 y 9 que se relacionan con la protección específica y la detección temprana que son claves para la valoración del infante, pues permiten la protección contra los factores de riesgo al mismo tiempo que se detecta en forma oportuna y efectiva la enfermedad para que el infante crezca y se desarrolle con un buen proceso de salud.

La disposición del personal es otro de los puntos tenidos en cuenta ya que la forma de abordar y la calidad humana del personal es muy importante para lograr una adecuada valoración, pues esto se logra por medio de una correcta interacción entre el niño, el personal encargado y la madre que permita obtener datos confiables; además, se puede tratar de ejecutar la valoración de la mejor manera, pero si no se tiene un buen estado de ánimo o ganas de hacer las cosas solo se logrará olvidar el buen manejo.

En el área de crecimiento solo se tendrán en cuenta las medidas antropométricas del menor y datos como maltrato infantil, estado nutricional y signos de alarma.

El Programa de Crecimiento y Desarrollo abarca varios aspectos como son nutrición, lenguaje, vacunación, interacción social entre otros, pero no serán tomados en cuenta dentro de este trabajo porque se busca dar prioridad al desarrollo motor (motricidad fina y gruesa) del menor de cinco años, debido a que es una de las fases mas importantes para su vida y que le va a permitir tener habilidades idóneas para el mañana; por lo que el fisioterapeuta tiene un papel clave tanto en la valoración como en la intervención del menor durante sus diferentes etapas para realizar un seguimiento idóneo que ayude a potencializar sus habilidades motoras gruesas y finas garantizando un diagnóstico y tratamiento oportuno de acuerdo con lo valorado.

2. MARCOS DE REFERENCIA

Teniendo en cuenta que el análisis toma como puntos de estudio los centros de salud adscritos a las Empresas Sociales del Estado ubicadas en las Comunas 6, 10 y 11, a continuación se presenta un marco contextual de cada Comuna.

2.1 MARCO GEOGRÁFICO Y DEMOGRÁFICO

La ciudad de Cali esta conformada por 21 Comunas, todas integradas por diferentes barrios, con sus respectivos Centros de Salud. Destacando la zona nororiental y zona centro por su promedio medio alto de población infantil, por lo que se mencionan las características de las Comunas 6, 10 y 11, resaltando su ubicación, acceso y Centros de Salud encontrados en ellas.

2.1.1 Comuna 6: Se encuentra ubicada en la zona nororiental de Santiago de Cali, esta conformada por once barrios que se han configurado en gran parte a través de procesos de invasión o urbanización clandestina, pero cuya situación ha evolucionado, maneja un nivel socioeconómico medio de estrato 3 y bajo estrato 2 ya que se identifican claramente lugares de extrema pobreza con gran riesgo para la salud debido a que las áreas que ocupan no son aptas para la vivienda como la margen izquierda del río Cauca, la margen derecha del río Cali y zonas de laderas en los cerros del norte de Cali.¹⁰ Pero a pesar de lo anterior se destaca por el nivel vial ya que sus principales corredores urbanos¹¹ son calle 70 y la

¹⁰ Lloreda Cobo Ricardo y colaboradores, agenda ambiental, Comuna 6 , Pág. 2, 1998,

¹¹ Cita aclaratoria: Corredores Urbanos: Son los que conforman la red de la ciudad y por lo tanto son determinantes de la estructura y forma urbana

avenida ciudad de Cali, que pasan bordeando toda la comuna 6. A demás esta conformado por vías secundarias del sector de la carrera 1a con calle 70. Entre los barrios Floraría y Paso del Comercio, se encuentra la Avenida Ciudad de Cali una de las más importantes para esta ciudad.

Actualmente la comuna seis posee 193.547 habitantes de los cuales 19.208 son población infantil encontrándose 9.500 de sexo masculino y 9.708 de sexo femenino¹² que se distribuyen en los once barrios. En esta comuna se hallan dos centros de salud (Centro de Salud Floralia, San Luis) adscritos a la Empresa Social del Estado perteneciente a la Red de Salud del Norte ubicados en los barrios, Floraría y San Luis. (Grafica 1)

2.1.2 Comuna 10: Se encuentra ubicada al sur occidente de Cali, limita al norte con la Comuna 9 y 19, al sur con la Comuna 17 y 19, al oriente con la Comuna 11, al occidente con la Comuna 19, esta Comuna data desde los años 40 teniendo como barrio pionero a Cristóbal Colon fundado el 12 de octubre de 1946. La comuna 10 ocupa un lugar estratégico que conecta el sur con el norte de Cali; cuenta con 18 barrios que ocupan en total 587 manzanas, en estas se encuentran 18.727 predios construidos, 567 lotes y 44 parques o zonas verdes. La gran mayoría de los barrios de la Comuna 10 pertenecen a un estrato socioeconómico medio ubicados en el estrato 3. Esta Comuna se encuentra atravesada por vías importantes para la ciudad, siendo algunas de ellas la Calle 13 (Avenida Pasoancho), Calle 14 (Avenida Cristóbal Colon), Carrera 39 (Avenida Nueva Granada), entre los corredores urbanos cuenta con Autopista Sur y Calle 13 (Avenida Pasoancho).

Actualmente la Comuna posee 115.522 habitantes de los cuales 8.932 son

¹² Secretaría de Salud Pública, Oficina de Estadística, 2004

población infantil dividiéndose en 4617 en sexo masculino y 4315 en sexo femenino ¹³ que se distribuyen en los 18 barrios, dentro de esta comuna se encuentran tres centros de salud adscritos a las Empresa Social del Estado perteneciente a la Red de Salud del Centro, de cuales se tomaron dos Centros de Salud Panamericano y Cristóbal Colon. ¹⁴ (Grafica 2)

2.1.3 Comuna 11: Se encuentra ubicada al oriente de Santiago de Cali, fue fundada en la década de los 40 con el barrio 20 de Julio, en estos momentos esta conformada por 22 barrios. Limita al norte con la Comuna 8, al nororiente con la Comuna 12, al este con las Comunas 13 y 16, al Oeste con la Comuna 10 y al sur con la Comuna 16, cuenta con 22 barrios que ocupa una extensión de 377.86 hectáreas, esta Comuna maneja un estrato socioeconómico medio estrato 3 y bajo estrato 2. Las principales vías que lo rodean son la Autopista Oriental y la transversal secundaria las cuales alojan intensos flujos de transito de vehículos colectivo de alta frecuencia.

Actualmente la Comuna posee una población de 106.659 personas, 9.079, corresponde a la población infantil de los cuales 4.626 pertenecen a la población masculina y 4.453 a la población femenina. Se encuentra en esta comuna una sola Empresa Social del Estado perteneciente a la Red de Salud del Centro que es el Centro de Salud Luis H. Garcés.¹⁵ (Grafica 2)

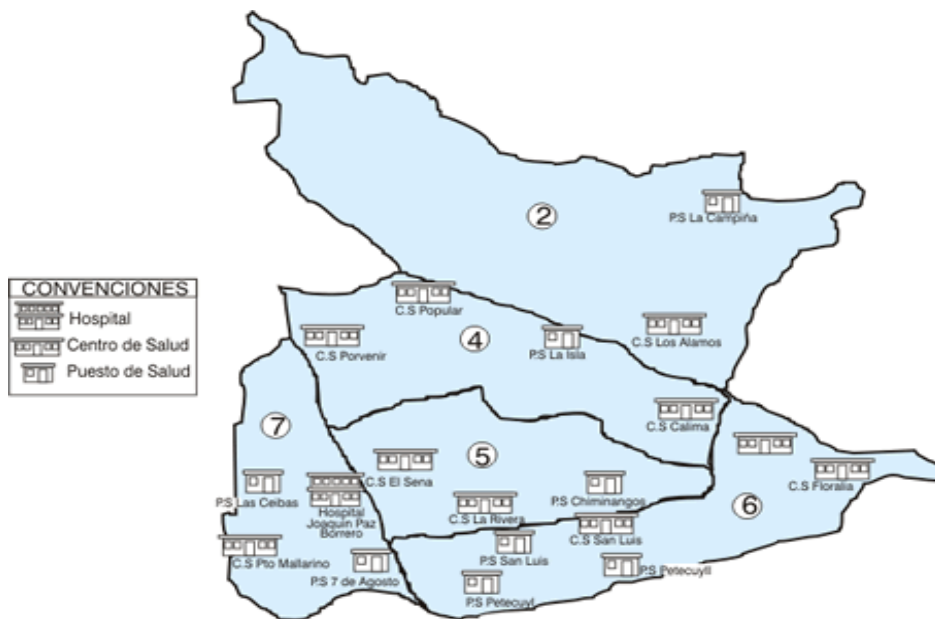
¹⁶GRAFICA 1, RED DE SALUD DEL NORTE

¹³ Ibíd. Secretaría de Salud Pública, Área de Estadística.

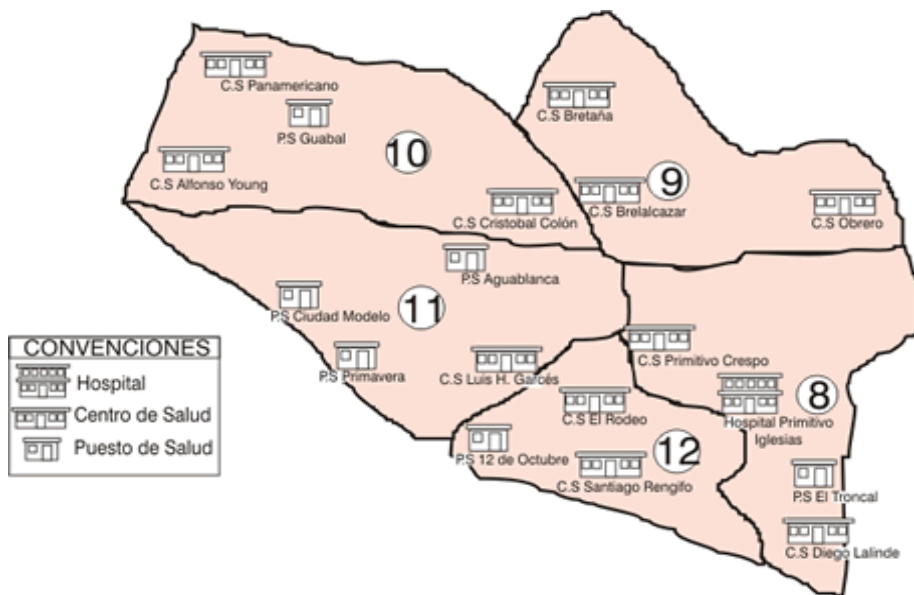
¹⁴ Lloreda Cobo Ricardo y colaboradores, agenda ambiental, comuna 10, Pág. 22,1998,

¹⁵ Lloreda Cobo Ricardo y colaboradores, agenda ambiental, comuna 11, Pág. 23,1998,

¹⁶ www.calisaludable.gov.co



GRAFICA 2, RED DE SALUD DEL CENTRO



2.2 MARCO HISTÓRICO

Desde la antigüedad el hombre ha luchando de la mano con sus creencias para conservar su salud como un bien preciado, estas creencias han pasado de generación en generación y han atravesado por diversas culturas y épocas, se han realizado prácticas preventivas tanto individuales como sociales guiadas por la religión y por el hombre¹⁷, el cual como es el caso de los judíos ha permitido que sean reconocidos como los precursores de la protección de la salud en la población.

Guiadas por sus creencias fue como diversas culturas, entre ellas la griega y la romana, propendían con el cuidado de la mente, el cuerpo y el espíritu. Sin embargo los que mantuvieron una visión saludable y realista fueron los romanos que consideraban que “el hombre en buena salud no puede tener un objeto mejor que dedicarse a numerosas actividades humanas”, sin embargo se debe pensar en que para ser un hombre sano se deben formar y criar niños en ambientes saludables, proporcionándoles un bienestar bio-psico-social, como lo busca la Puericultura que es considerada más el acto de cuidar que el de curar a los niños.

El filósofo Ateneo consagró en un hermoso pasaje lo que sería el ideal de desarrollo en los niños, integrando el desarrollo físico mental y social: “A los niños pequeños que han sufrido falta de alimentos, debe permitírseles vivir confortablemente y jugar... deben dejarlos en paz... darles alimento en moderada cantidad... y a los seis y siete años de edad, niños y niñas deben encargarse a maestros gentiles y humanos”¹⁸

Aunque anteriormente la puericultura se esforzaba más por el cuidado físico del niño, ha mostrado su interés por los problemas endógenos relacionados con la

¹⁷ Restrepo Helena, Promoción de la salud. Pág. 16, 2001

¹⁸ Ibíd., Promoción de la salud. Pág. 17, 2001

vida perinatal y al hacerlo se ha visto la importancia de vigilar desde muy temprano y con criterio preventivo lo psicoemocional y cognoscitivo. Siendo por esta razón considerada en las ultimas dos décadas la era de la prevención y del desarrollo infantil.¹⁹ Sin embargo no basta solo con procurar el conocimiento y la prevención de la enfermedad si no que es necesario establecer prioridades para ofrecer al menor una atención integral que permita tanto la promoción de la salud como la prevención de la enfermedad.

Es por ello que en Colombia ya hace varias décadas se ha venido reorientando el programa Materno Infantil, con el fin de obtener condiciones favorables para generaciones venideras, manteniendo un individuo sano durante toda su vida, evitando así una morbi-mortalidad de la población infantil. Es así como en 1974 se reorganizó el programa de Crecimiento y Desarrollo por parte del ministerio de Salud, orientando la vinculación del programa con el Plan Nacional de Supervivencia y Desarrollo Infantil (Supervivir) desde 1984, de igual manera el Gobierno Nacional impulsó un Sistema de Vigilancia Nutricional (SISVAN), tomando como referencia internacional para la interpretación en las medidas antropométricas del niño, las tablas de la N.C.H.S. (National Center For Health Statistics) de U.S.A., recomendadas por la organización Mundial de la Salud.

Mas tarde en 1978 el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) inicio propuestas para la atención en la infancia basada en la organización y participación ciudadana que culminaron con la creación de los hogares comunitarios de bienestar en 1987. Conjuntamente se presento una propuesta para la atención y por concentración al niño menor de cinco años en el subprograma de crecimiento y desarrollo, la cual fue llevada a la práctica en el Centro de Salud Universitario Pediatría Social de la Universidad de Antioquia.

¹⁹ Leal Quevedo Francisco, el pediatra eficiente. Pág. 36, 1996

Con base a esa experiencia se reformulo la propuesta en 1990 integrando nuevos elementos teórico metodológicos. Desde ese año viene trabajando un grupo Interinstitucional para los programas de Salud del niño en Antioquia en el cual confluyen diferentes instituciones, trabajando en diferentes programas uno de los cuales es el de Atención Integral en Salud al niño menor de siete años. Además se ha venido trabajando con una Escala Abreviada de Desarrollo presentada en 1991 por el Ministerio de Salud para aplicarla en el Territorio Nacional.

En noviembre de 1991, el Ministerio de Salud hoy Ministerio de Protección Social, convocó a una reunión nacional para revisión de normas técnico administrativa del Programa de Crecimiento y Desarrollo, donde Antioquia presentó una propuesta; de este evento surgieron los lineamientos generales concretados en la propuesta Nacional de Salud integral Para la Infancia SIPI., el cual es un programa enfocado hacia la promoción de la salud, que pretende que la comunidad sea una verdadera protagonista en su proceso de autocuidado y el equipo de salud un acompañante activo y respetuoso²⁰.

Este programa se llevo a cabo desde 1991, en 1993 se publican las normas técnicas administrativas de Salud Integral Para La Infancia (S.I.P.I), en ese entonces se atendían dentro del programa menores de diez años a los que se les efectuaba examen físico, evaluación de crecimiento pondoestatural y desarrollo, así como actividades educativas basada en “diálogo de saberes” y orientaciones individuales. Estas actividades debían estar a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales de diversas disciplinas fundamentalmente médicos, enfermeras, nutricionistas, odontólogos, fisioterapeutas entre otros.

²⁰ Giraldo, Blanca S. y colaboradores, Salud Integral Para La Infancia. Pág. 13,14, 1996

En 1993 de la mano de la Ley 100 se establece el plan obligatorio de salud para los menores de un año, que cubrirá la educación, información y fomento de la salud, el fomento de la lactancia materna, la vigilancia de crecimiento y desarrollo y la prevención de enfermedades, convirtiéndose la atención materno infantil en uno de los programas prioritarios contemplados en la política nacional de desarrollo social de 1996. Es así que estaba explícito el compromiso político a través de planes y estrategias para apoyar el desarrollo; así mismo comparte la responsabilidad con otros sectores y la misma comunidad.

A mediados del año 2000 se estableció la Resolución 00412 que busca el cumplimiento de normas de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad de la población más vulnerable (niños menores de diez años), buscando vigilar el cumplimiento de las obligaciones contraídas por los empleadores a los que se refiere la norma.

2.3. MARCO LEGAL

Partiendo de los objetivos planteados para la investigación el marco legal se circunscribe a los artículos 1, 6, 7, y 9 de la Resolución 412 del 2000 y a las normas técnicas en la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo, de acuerdo en lo valorado en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6,10 y 11 de Santiago de Cali.

La salud de la población infantil es un derecho y un deber, como lo determina el principio numero cuatro de la Declaración de los Derechos de los Niños, el cual afirma: “Que el niño debe gozar de los beneficios de seguridad social, teniendo derecho a crecer y a desarrollarse en buena salud, con este fin deberá proporcionarse tanto a él como a su madre cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal.”²¹

Partiendo de lo anterior el Sistema General de Seguridad Social en Salud de nuestro país, brinda el Programa de Crecimiento y Desarrollo a la población infantil que es una de las más vulnerables en el mundo, la cual esta presidida por el Acuerdo 117 de seguridad social en salud, que determina que las entidades promotoras de salud y administradoras del régimen subsidiado deben realizar actividades de prevención y control de la morbi – mortalidad de enfermedades prevenibles y tratables²². El Acuerdo 117 se basa en tres entes principales, estipulados en el artículo 2, los cuales son:

Demanda Inducida: Hace referencia a la acción de organizar, incentivar y orientar a la población hacia la utilización de los servicios de protección específica y detección temprana y la adhesión a los programas de control.

²¹ Meneghello, Julio, *Pediatría Integral, Familia y Comunidad* Pág. 28,29. 1997

²² www.saludtolima.gov.co/noryley/acuer117.htm

Protección específica: Hace referencia a la aplicación de acciones y/o tecnologías que permitan y logren evitar la aparición inicial de la enfermedad mediante la protección frente al riesgo.

Detección temprana. Hace referencia a los procedimientos que identifican en forma oportuna y efectiva la enfermedad. Facilitan su diagnóstico en estados tempranos, el tratamiento oportuno y la reducción de su duración y el daño que causa evitando secuelas, incapacidad y muerte. Con el objetivo de disminuir el riesgo de las enfermedades prevenibles y morir por causas evitables.²³

El acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es un antecedente legal de la Resolución 412 del año 2000, la cual establece actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida con obligatorio cumplimiento adoptando normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica, detección temprana y atención de enfermedades de interés de salud pública.²⁴

De esta forma esta resolución aporta importantes elementos en salud hacia la población infantil ya que busca prevenir por medio de la detección temprana posibles alteraciones en el crecimiento y desarrollo en menores de diez años, como esta estipulado en el artículo 1, 6, 7 y 9; los cuales afirman:

Artículo 1. Mediante la presente Resolución se adoptan las normas técnicas de obligatorio cumplimiento en relación con las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y las guías de atención para el manejo

²³ [Ibíd. saludtolima.gov.co](http://saludtolima.gov.co)

²⁴ www.disaster-info.net/desplazados/legislacion/Resolucion412.pdf.

de las enfermedades de interés en salud pública, a cargo de las Entidades Promotoras de Salud, Entidades Adaptadas y Administradoras del Régimen Subsidiado. Igualmente se establecen los lineamientos para la programación, evaluación y seguimiento de las actividades establecidas en las normas técnicas que deben desarrollar estas entidades. (Anexo A)

Artículo 6. *Protección específica.* Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad.

Artículo 7. *Detección temprana.* Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones que permiten identificar en forma oportuna y efectiva la enfermedad, facilitan su diagnóstico precoz, el tratamiento oportuno, la reducción de su duración y el daño causado, evitando secuelas, incapacidad y muerte.

Artículo 9. *Detección temprana.* Adóptense las normas técnicas contenidas que son parte integrante de la presente resolución, para las actividades, procedimientos e intervenciones establecidas en el Acuerdo 117 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, enunciadas a continuación: Detección temprana de las alteraciones del *Crecimiento y Desarrollo* (*menores de 10 años*); Detección temprana de las alteraciones del desarrollo del joven (10-29 años); Detección temprana de las alteraciones del embarazo; Detección temprana de las alteraciones del Adulto (mayor de 45 años); Detección temprana del cáncer de cuello uterino; Detección temprana del cáncer de seno; Detección temprana de las alteraciones de la agudeza visual.²⁵

De acuerdo con lo anterior se determinan acciones encaminadas a educar a la población, vigilar y controlar enfermedades prevenibles con el tratamiento de

²⁵ www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/Res412_00.htm

estas, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

A nivel de la población infantil esto se pretende lograr por medio del cumplimiento de las normas técnicas para la detección temprana de las alteraciones de crecimiento y desarrollo del menor, que son actividades, procedimientos e intervenciones que conforma las normas básicas las cuales son: Valoración de Crecimiento que involucra talla, peso, perímetro cefálico, la implementación adecuada de la escala abreviada de desarrollo y la complementación de actividades educativas hacia padres, estas actividades deben estar a cargo de un equipo interdisciplinario, involucrado por profesionales de diversas disciplinas en el área de la salud para así responder en las necesidades que se presenta en la población infantil.²⁶

Es importante tener en cuenta que la ley no limita el rol profesional de la salud en las acciones de promoción y prevención, pero tampoco se excluyen, es decir que cada profesional debe asumir una posición. Por lo tanto el Programa de Crecimiento y Desarrollo es un campo importante para el quehacer profesional del fisioterapeuta, ya que se encuentra involucrado directamente con el campo del desarrollo físico y motriz para el movimiento corporal humano, y actividades de promoción de salud y prevención de la enfermedad. De esta forma los profesionales en fisioterapia son un ente vital para el desarrollo y la ejecución adecuada de este programa de acuerdo a lo especificado en la ley, ya que pueden determinar las alteraciones del desarrollo motor, realizar un mecanismos de intervención y educar a los padres o otros entes de la salud sobre el manejo de la población infantil a nivel motriz.

²⁶ www.saludcolombia.com/actual/htmlnormas/ntcreyde.htm

2.4. MARCO TEÓRICO

En este apartado se realizará un acercamiento a los antecedentes de este estudio, a la importancia de la valoración del desarrollo motor de acuerdo con las normas técnicas, y a la forma como se debe realizar el abordaje o conducción de los programas, al menor y su familia.

2.4.1 Antecedentes Bibliográficos: Dentro de los antecedentes que preceden a este trabajo se encuentra El Programa De Crecimiento Y Desarrollo: Otro Factor De Inequidad En El Sistema De Salud, realizado por *Fernando Peñaranda C, Miriam Bastidas* y colaboradores. Que fue una investigación realizada en la Universidad de Antioquia, aprobada en el año 2002, que pretendió identificar cuáles fueron los cambios sufridos tras la implantación de la Ley 100, con sus causas y su impacto para la calidad de las acciones promovida por el programa y por ende, para la promoción de la salud de los niños menores de seis años y sus familias en la ciudad de Medellín. Este estudio concluyó que se han producido importantes cambios en la forma como se administra y se ejecuta el programa, encontró especialmente una gran diferencia de la calidad del servicio entre los programas ofrecidos.²⁷

Otro estudio fue la Evaluación del programa de atención infantil con énfasis en el componente de crecimiento y desarrollo en el menor de 5 años en las 17 instituciones de salud del SILOS "II" en la ciudad de Cali. Realizado por Eusebia Calderón Meneses y Guillermo Martínez en Santiago de Cali en el periodo de marzo a diciembre de 1995 en la Universidad del Valle, que tenía como propósito evaluar el cumplimiento de las normas del programa de atención infantil. Este

²⁷ <http://guajiros.udea.edu.co/revista/vol20-1/08201.pdf>

estudio concluyó una falta de capacitación del personal para orientar diversos componentes de crecimiento y desarrollo en la atención infantil, además de que se realiza una atención separada en los diferentes programas que atienden al niño.²⁸

2.4.2 Salud Integral Para La Infancia. Los niños son seres que cambian y aprenden con una rapidez que muchos envidiamos. En ellos se encierra un potencial infinito. Para lograr sacar provecho de él se requiere de condiciones adecuadas de crianza. Los niños, a diferencia de los adultos, son seres con capacidades por desarrollar que deben ser vistos como una riqueza espiritual, social y material para cualquier sociedad.

Crecimiento y desarrollo es un programa enfocado hacia la población infantil con el propósito de brindarles herramientas para obtener unas mejores condiciones de salud al garantizarles una atención periódica y sistemática, con el propósito de conocer las características normales y anormales de crecimiento y desarrollo que permitan la prevención de enfermedades, su detección y facilite su diagnóstico.²⁹

Es por ello que al penetrar en el mundo del desarrollo físico del niño, se encuentran varios conceptos que deben ser aclarados para la mejor interpretación del tema, por lo que se deben comprender que el desarrollo está determinado conjuntamente por condiciones genéticas y circunstancias ambientales, que están insertas en la cultura del ser humano, haciendo que desde el mismo momento de su nacimiento comience a crecer y desarrollar habilidades de acuerdo con su edad.

El desarrollo, en sí, es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos

²⁸ Escuela de salud pública, Universidad del Valle tesis 174, 1996

²⁹ www.saludcolombia.com/actua/htm/normas/intreide.htm.

niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural y social, los cuales producen cambios complejos de composición y aumento en la facilidad del niño para realizar una función determinada;³⁰ Por ejemplo desarrollo neuromuscular, la adquisición de ciertas coordinaciones o destrezas etc. Otra peculiaridad del desarrollo es el ser continuo y gradual, pues las características humanas no aparecen repentinamente, aunque depende de la etapa de desarrollo en que encuentre el individuo.

Lo descrito conlleva a que rápidamente se observe que el niño ha crecido, que habla y piensa diferente, pues ya no solo tiene una información acumulada sino que comienza a entender la naturaleza y secuencialidad de los cambios que va presentando, para ir creando su propia personalidad e individualidad.³¹ Por otro lado el crecimiento físico del niño es un proceso que se inicia desde el momento de su concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal la cual es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos se ven afectados por factores genéticos y ambientales; es un proceso biológico dinámico común en todos los seres vivos y que requieren de una coordinación compleja de distintas funciones relacionadas entre si para obtener un funcionamiento y tamaño óptimo de cada órgano y aparato, cuya medición constante por breves intervalos de tiempo refleja el estado de desarrollo individual en los aspectos psicosocial, nutricional, cultural, ambiental y de homeostasis orgánica. Así el crecimiento óptimo es un derecho básico de todo ser humano que debe vivir bajo condiciones que le permitan expresar su capacidad genética de crecimiento y desarrollo por tanto: “Ningún niño cuyo crecimiento se encuentra alterado, debe considerarse normal”³²

³⁰ Ibíd. www.saludcolombia.com/actua/htm/normas/intreyde.htm.

³¹ Enciclopedia Encarta 2003

³² Meneghello, Raúl, Crecimiento del niño fundamentos fisiopatológicos Pág. 3, 1997

La vigilancia del crecimiento, que permite aumentar las herramientas clínicas para determinar la normalidad o anormalidad, se realiza por medio de variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico (esta de gran importancia en los dos primeros años de vida postnatal), perímetro torácico, envergadura y segmento inferior. Al nacer, los niños(as) deben pesar en promedio entre 3200 y 3500 gramos, y medir entre 49 y 51 cm.

2.4.3 Programas de Crecimiento y Desarrollo según Resolución 00412/00.

Las pautas normales de crecimiento muestran aceleraciones y periodos de estancamiento por lo que es de esperar la aparición de algunas desviaciones en las graficas percentiles, pero debe prestarse atención a las desviaciones amplias, al igual a las discrepancias importantes entre talla, peso y perímetro cefálico.³³ (Anexo B)

La normalidad de estas variables tanto de crecimiento como del desarrollo conllevan a que el niño tenga una adecuada salud, lo que implica muchos actores y por lo mismo muchas intervenciones para garantizar una atención oportuna, integral y satisfactoria de las necesidades de desarrollo del niño y de su familia, por ende se creo la estrategia de salud integral para la infancia.

El propósito de la salud integral para la infancia es acompañar y estimular al niño en su proceso de crecimiento y desarrollo promoviendo su salud, buscando que los beneficiarios sean niñas y niños menores de diez años afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, permitiendo que adquieran autonomía, creatividad, solidaridad, autoestima y felicidad, teniendo como objetivo principal promover la salud física, mental, emocional y social del niño mediante la

³³ Behrman, Richard E, compendio de pediatría Pág. 23, 24.1991

prevención y detección de alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo facilitando el aprendizaje, la adquisición de una clara identidad y socialización, a través de unos objetivos específicos:

- * Evaluar y estimular el proceso de crecimiento y desarrollo del menor de 10 años de forma integral.
- * Valorar el progreso en las conductas motora gruesa y fina, auditiva de lenguaje y personal social.
- * Potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, y prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.
- * Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del menor, para una intervención oportuna y adecuada.
- * Fortalecer el vínculo afectivo padres – hijo y en general la interacción de la familia con el menor.
- * Promover el autocuidado y control de los factores de riesgo, mediante la educación en salud.
- * Garantizar a los niños menores de 5 años el esquema de inmunización completa de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.
- * Fomentar lactancia materna exclusiva hasta los 4-6 meses y una adecuada alimentación complementaria a partir de esa edad.
- * Vigilar y controlar la buena nutrición de los niños(as).

- * Orientar a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos.
- * Impulsar los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de patologías orales y visuales.
- * Respetar y promover los derechos y deberes del niño.³⁴

Esto se logra con estrategias de captación oportuna de la familia, recién nacidos, promotores de la salud, con el fin de iniciar tempranamente el ingreso a los programa de crecimiento y desarrollo, estimulación prenatal, educación para la salud, complementación alimentaría de la madre, etc. lo cual en lo posible debe estar a cargo de un equipo interdisciplinario capacitado para ejecutar el programa y que pueda lograr que este se extienda hacia hogares comunitarios, guarderías y otros grupos de la comunidad, teniendo en cuenta el dialogo de saberes entre padres, comunidad y equipo de salud, como lo estipula la resolución 00412/00 que rige la Salud Integral Para la Infancia (SIPI) teniendo en cuenta la demanda inducida, protección específica y detención temprana de alteraciones de crecimiento y desarrollo.

Uno de los mecanismos que el gobierno impulso fue la Escala Abreviada de Desarrollo como un instrumento para realizar una valoración global y general de determinadas áreas o procesos del desarrollo. Aunque se han incluido algunos indicadores para detectar casos de alto riesgo de detención o retardo mental y físico, maximizando la posibilidad de que los niños con alteraciones o problemas puedan ser detectados.

³⁴ www.saludcolombia.com/actua/htm/normas/intreyde.htm.

En caso de encontrar problemas de salud se debe iniciar manejo y remitir. Si se remite a un nivel de mayor complejidad, se debe consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.³⁵

El Programa de Crecimiento y Desarrollo es apoyado por un equipo interdisciplinario conformado básicamente por médico, enfermera y otros entes de salud los cuales deben estar debidamente capacitados en Crecimiento y Desarrollo. El control de crecimiento y desarrollo se inicia a partir del primer mes de vida, luego deben realizarse controles en forma grupal e individual, con la periodicidad y dentro de los rangos de edad previstos en el esquema. Teniendo en cuenta la valoración de crecimiento y desarrollo las actividades que se realizan son:

- * Toma de peso, se mide la estatura del niño y se vigila el aumento del peso y de la talla.
- * Realización de examen físico completo.
- * Valoración del desarrollo de acuerdo a la edad: Se observa los movimientos, coordinación, comportamientos y desarrollo de lenguaje del niño.
- * Orientar a los padres para realizar la estimulación adecuada de acuerdo a la edad, incluidos juegos y actividades de recreación.
- * Vacunación teniendo en cuenta la edad y el esquema vigente.

³⁵ [ibid. Saludcolombia.com](http://www.saludcolombia.com)

* Vigilar el correcto desarrollo de la dentición.

Las principales actividades que debe cumplir el personal encargado del programa son:

2.4.3.1 Valoración del desarrollo. El desarrollo del niño se valora mediante la observación e identificación de los logros alcanzados en cada una de las etapas de acuerdo a la edad.

La conducta motora se refiere al desarrollo del movimiento del cuerpo como caminar, correr, agarrar objetos, buscar sonidos con la mirada, dibujar etc.

La conducta de lenguaje es el desarrollo de cualquier forma de comunicación ya sea por medio de gestos, llanto, movimientos posturales, vocalización de palabras, frases u oraciones. Se tiene en cuenta además, la imitación y comprensión de lo que expresan las otras personas y la comunicación escrita.

La conducta psicosocial observa la relación del niño con el medio que lo rodea, como se interrelaciona con las personas, la naturaleza y las cosas.

Cada una de las diferentes áreas o conductas debe ser estimulada diariamente de acuerdo con la edad del niño para que se desarrolle normalmente; En lo posible se debe empezar desde la gestación pero nunca es tarde para iniciar las actividades de estimulación.

La valoración se realiza por medio de la Escala abreviada de desarrollo que consta de cuatro Áreas que son: (anexo C)

* **Motricidad Gruesa:** Maduración neurológica, control de tono y postura, coordinación motriz de cabeza, miembros, tronco.

* **Motricidad Fina:** Capacidad de coordinación de movimientos específicos, coordinación intersensorial: Ojo –mano, control y precisión para la solución de problemas que involucran prehensión fina, cálculo de distancias y seguimiento visual.

* **Audición y Lenguaje:** Evolución y perfeccionamiento del habla y el lenguaje: Orientación auditiva, intención comunicativa, vocalización y articulación de fonemas, formación de palabras, comprensión de vocabulario, uso de frases simples y complejas, nominación, comprensión de instrucciones, expresión espontánea.

* **Personal y Social:** procesos de iniciación y respuesta a la interacción social, dependencia- independencia, expresión de sentimiento y emociones, aprendizaje de pautas de comportamiento relacionadas con el auto cuidado.

Los cuales se evalúan según la edad y las habilidades físicas y cognitivas presentes. Se valora con una puntuación de cero si el niño no ejecuta la actividad a evaluar y uno cuando el niño la ejecuta adecuadamente. Al final de cada área se suman los ítems y el resultado se coloca en la tabla de Parámetros evaluativos que muestran el nivel en que se encuentra el niño (Alerta, Medio, ½ Alto, Alto). Dependiendo del resultado se debe realizar una nota sobre lo evaluado, para permitir una valoración mas completa por el personal competente.

2.4.3.2 Características para la evaluación. El sitio de trabajo debe ser tranquilo, iluminado, ventilado, cómodo, dotado de servicios sanitarios y alejados de las áreas de hospitalización y urgencias si la actividad se realiza en el organismo de salud.

* Preparar y acondicionar el sitio de trabajo con los elementos necesarios para la valoración de los niños(as) de acuerdo a la edad.

* En todos los controles, indicar a las madres y los padres la forma de estimular el desarrollo del niño y las conductas a observar.

2.4.3.3 Importancia del desarrollo. Son muchos y diversos factores que influyen en el desarrollo físico del infante pero lo que nos interesa destacar es la importancia del proceso de desarrollo motor y físico en las diferentes etapas de evolución del niño, al conocer el mundo del desarrollo físico del menor, nos encontramos con varios conceptos que deben ser aclarados; es frecuente que el término “desarrollo, crecimiento y maduración” se conciba como sinónimo y se utilicen indistintamente.

Cuando hablamos de desarrollo nos referimos a un proceso de cambio más complejo de composición y aumento en la facilidad para realizar una función determinada relacionada con la edad del individuo, todas estas sorprendentes variaciones se producen en la conducta motriz del niño que converge en la independencia física, es decir el aprendizaje motor.

Estas características de crecimiento y desarrollo no pueden ubicarse dentro de un rango único y uniforme para todos los infantes, hay grandes diferencias entre sexo y dentro de un mismo sexo pues cada niño cumple con su propio modelo de maduración y desarrollo.

La doctora Hilda Knobloch determino la importancia del principio de la individualidad para la valoración del menor ya que cada infante tiene un proceso de evolución distinta, además planteo cinco formas para el análisis del menor las cuales Son: motricidad Gruesa, motricidad fina, conducta personal y social,

lenguaje y conducta adaptativa.³⁶

Estos factores de valoración son los que conforman la escala abreviada de desarrollo, la cual es un ente vital para prevenir con anticipación cualquier compromiso anormal a nivel motor, adaptativo y de lenguaje.

El desarrollo motor es uno de los puntos en los que se debe enfatizar para determinar el progreso o la limitación del menor de acuerdo a las características de cada edad, por tal razón esta escala abarca desde cero a diez años para registrar los distintos cambios del infante y valorar así los posibles compromisos motores y su desarrollo.

Desde el momento en que nacemos obtenemos ciertas características motoras que son parte vital para nuestra sobrevivencia, por esta razón los recién nacidos a término llegan al mundo con capacidad para responder a estímulos visuales, auditivos, olfatorios, orales y táctiles, todo esto gracias a dos patrones de movimiento los cuales son reflejos primitivos y reacciones posturales. Los reflejos primitivos se establecen a través del tronco cerebral y consisten en respuestas motoras involuntarias que surgen ante los estímulos periféricos adecuados. Estos reflejos están presentes al nacer y desaparecen durante los primeros seis meses de vida. Algunos autores mencionan que el desarrollo motor normal está relacionado con la supresión de estos reflejos. También mencionan que la persistencia o reaparición pueden indicar la existencia de lesiones encefálicas.

Los reflejos primitivos y las reacciones posturales pueden servir para vigilar la evolución del desarrollo normal e identificar los casos de desarrollo problemático. Por lo tanto la persistencia de reflejos primitivos o la ausencia de aparición de las

³⁶ Zapata, Oscar, la psicomotricidad y el niño. Pág. 15 – 22, 1999

reacciones posturales pueden ser signo de problemas del desarrollo al igual que una retraso o una limitación para realizar una actividad motora.³⁷

Por esta razón la escala abreviada de desarrollo exalta la importancia de una buena valoración de acuerdo a los parámetros establecidos por la misma, para así prevenir compromisos motores evitables o ya sea para descubrir e intervenir en posibles compromisos motores a nivel neurológico o estructural.

El área motora, en general, hace referencia al control que se tiene sobre el propio cuerpo. Se divide en dos áreas: por un lado, la motricidad gruesa, que abarca el progresivo control de nuestro cuerpo: el control de la cabeza, el sentarse, el gateo, el ponerse de pie, el caminar, el correr, subir y bajar escaleras, saltar, por otro lado está la motricidad fina, que hace referencia al control manual: sujetar, apretar, alcanzar, tirar, empujar, coger. Todas estas características motoras son las que conforma la escala abreviada de desarrollo. Durante la primera fase de motricidad gruesa en menores de una año se tiene en cuenta el tono muscular, donde prevalece la movilidad y la fuerza que ejecuta el neonato con sus extremidades, si el tono muscular en sus movimientos es anormal ya sea por hipotonía o hipertonia muscular hay que registrarlo y reevaluar al paciente. Durante el primer al cuarto mes, es de gran importancia el control de la región cervical en distintas posiciones ya que el niño tiene la capacidad para levantar y girar la cabeza, como un giro de protección para mantener libre la boca y la nariz cuando se les adopta en posición prona. Los bebés que pasan tiempo en posición decúbito prona suelen desarrollar fuerza muscular extensora, así como rápidamente la capacidad para extender la cabeza y el tronco en contra de la gravedad. Cuando el recién nacido es traccionado de las manos en posición supina para llevarlo a sentado muestra un retraso inicial al levantar la cabeza pero en la maniobra contraria de

³⁷ www.copeson.org.mx/médicos/crecimiento.htm

sentado a decúbito los músculos flexores de cuello pueden ser capaces de contraer y mantener esta contracción durante parte del recorrido del movimiento, en los cuatro primeros meses el lactante desarrolla fuerza en los músculos abdominales y de cuello para poder controlar la cabeza en la línea media. A mediados de los 5 meses, cuando un adulto le coge las manos al bebé para levantarlo a la posición sedente la actividad de los músculos flexores del cuello y de tronco anticipan el movimiento; a los 6 meses el niño levantará espontáneamente la cabeza, sin embargo hay infantes que presentan problemas neuromusculares o neurológicos en el control postural, presentando problemas en el tono muscular, falta de coordinación para la estrategia de movimientos posturales, estos factores limitan el control y el dinamismo de la región cefálica con el resto del cuerpo, dificultando el inicio del rolido.³⁸

A partir de los 6 meses el adelanto de los ajustes posturales en sedestación dependen de la oportunidad de practicarlo. Antes de adquirir la sedestación, el niño usará sus manos para soporte anterior y para compensar los ajustes posturales inmaduros y asegurar la máxima estabilidad.

Como el lactante ya ha ejercitado el soporte de brazos en prono, esta práctica le ayudará a mantener la sedestación inicial, más tarde utilizará las manos lateralmente para equilibrarse, normalmente hacia los 7-9 meses el niño desarrolla suficiente control postural para poder moverse en sedestación sin necesidad de utilizar las manos, tiene la capacidad de extender los brazos y utilizarlos como protección, puede moverse en decúbito prono a sedestación. El desarrollo de la sedestación se considera completo cuando el niño es capaz de mantener la posición de sentado en una silla, en esta posición la base de soporte está comprendida por la región glútea y los miembros inferiores. Desde la

³⁸ Merlo, L. Macias; fisioterapia en pediatría Pág.12-20

sedestación el niño va desarrollando la capacidad de equilibrio para coordinar la transición de una postura a otra. A partir de los 10 meses el menor va desarrollando la capacidad para levantarse de posición sedente a bípedo agarrándose de muebles, o con ayuda de un adulto, por otro lado se inicia la fase de gateo, aunque no todos los niños gatean, pero aquellos que lo hacen desarrollan ajustes posturales en los cuatro miembros. Una vez que el niño ha adquirido la sedestación los brazos le sirve como extensión protectora; de esta forma, trasfiere el peso desde las nalgas a las manos, levanta la pelvis del suelo y rota hacia un lado adoptando la postura simétrica de soporte de manos y rodillas. Los lactantes que gatean desarrollan patrones como paso de cuadrúpeda a semiagachado, postura del oso (apoyo de pies y manos). Los niños que no gatean suelen desplazarse en forma shuffling (arrastrándose sentado).

La bipedestación es la posición favorita para el niño entre 9 y 12 meses, con interés para estar de pie, el niño se esfuerza por propulsar con las rodillas ayudándose con las manos, la actividad de propulsarse implica un trabajo sensorial y propioceptivo importante, antes de que el niño pueda andar solo inicia la marcha lateral para así ajustar su cuerpo y equilibrarlo. Después de conseguir una estabilidad dinámica y estática en posición bípeda lo cual ocurre entre los 13 y 18 meses el niño ya inicia una marcha coordinada y dinámica.

Entre los dos y cuatro años el niño entra a la etapa inicial y elemental de los patrones motores fundamentales los cuales son correr, saltar, arrojar, atajar, patear, estos patrones motores van adquiriendo mayor coordinación y destreza muscular a medida que el sistema nervioso central vaya madurando. Durante esta fase el niño inicia su primer patrón motor que es el correr donde aplica una fuerza de propulsión más fuerte y sin control, solo a los 5 o 6 años adquiere el control del correr es decir la capacidad de empezar, parar, y cambiar de dirección con facilidad.

Con relación al salto es una actividad propia de los 22 meses cuando intenta saltar con los dos pies simultáneamente en el suelo, a lo largo de la infancia aumenta la capacidad de realizar más saltos mucho más largos. La capacidad de saltar con un pie aparece aproximadamente a los dos años y medio pero se perfecciona durante los cuatro años siguientes. La acción de lanzar y atajar una pelota se desarrolla en la infancia, aunque un niño de un año puede lanzar una pelota. A medida que van creciendo los patrones de movimiento van cambiando, la distancia de tiro aumenta y el grado de lanzamiento es mayor. El atajar la pelota se desarrolla a partir de los tres años, pero gradualmente se va ajustando la posición de movimiento y ejecución, para lograr así patrones de movimientos maduros.³⁹

La motricidad fina hace referencia al control manual, los movimientos de los brazos del neonato parecen estar bajo el control de la visión, cuando el niño se fija a un objeto sus brazos se dirigen hacia a él. Alrededor de los tres meses el sistema visual esta desarrollando su binocularidad y el niño mira los objetos y sus manos a medida que se mueve en su campo visual.

La visión asume un importante papel en la manipulación y orientación de la cabeza para acceder al objeto, a los tres y cuatro meses el infante consigue mantener las manos en la línea media, a los cinco meses orientar la mano adecuadamente para alcanzar el objeto, a partir de los seis meses el niño agarra voluntariamente los objetos; tiene poco control de la fuerza y sujeta los objetos con demasiada fuerza o débilmente con poca habilidad para modificar la presión y soltar los objetos de la mano, a los nueve meses golpea la mesa con la cuchara y se lleva a la boca cualquier cosa a su alcance, a los doce meses es capaz de devolver mano a mano un objeto que se le ha pedido.

³⁹ Merlo Macias L., fisioterapia en pediatría, Pág. 12-20, 2002

La primera presión voluntaria la realiza con la mano entera, utilizando principalmente la parte cubital. No cojera los objetos con la parte radial hasta los 7 meses y desarrollara una pinza inmadura de presión aproximadamente a los 9 meses, la pinza fina se iniciara a ejecutar aproximadamente a los 12 meses. Cuando el niño ha desarrollado una presión madura y eficaz su capacidad manipulativa progresa con gran rapidez, permitiéndole realizar actividades de precisión, coordinación, ubicación en el espacio y dirección del movimiento.⁴⁰

Es importante tener en cuenta el desarrollo a nivel motor para detectar el retraso que se puede presentar en las diferentes fases de la evolución a nivel de la motricidad fina y gruesa, ya que en general el desarrollo motor de un niño con retraso mental medio evoluciona de forma similar al de la población normal, pero a menor velocidad. Es importante tener en cuenta que si un niño no recibe la atención temprana su desarrollo motor se puede detener en cualquier fase.

2.4.3.4 Valoración del crecimiento. El crecimiento del niño es evaluado con mediciones periódicas de peso y talla. Esas mediciones se pueden registrar con una grafica (Anexo B) que presenta una columna vertical que corresponde al peso en kilos (1Kg= 2Libras) y una línea horizontal que representa le edad cumplida el niño en meses y en años.

Para anotar el peso del niño se busca primero la edad, en la línea horizontal, hasta encontrar el peso en la columna vertical, indicando la posición con un punto. Se realiza el mismo proceso en las diferentes etapas.

Puntos que se deben tener en cuenta en la evaluación de crecimiento y desarrollo:
Anamnesis.

⁴⁰ *Ibíd.*, Macias Merlo L, fisioterapia en pediatría, Pág. 21-25. 2002

- * Indagar sobre cumplimiento de recomendaciones hechas por el médico o por la enfermera en el control anterior.
- * Indagación sobre comportamiento y estado de salud del niño(a).
- * Revisión del esquema de vacunación.

Examen físico completo por sistemas y toma de signos vitales.

- * Registro y análisis de las curvas de peso y crecimiento.
- * Búsqueda de signos de maltrato infantil.
- * Tamizaje de agudeza visual y auditiva de acuerdo con las normas vigentes.

De acuerdo con el segundo objetivo planteado en el programa de Crecimiento y Desarrollo se debe brindar información y educación a los padres de la siguiente forma:

- * Brindar información, educación y consejería en nutrición, puericultura y otros temas de acuerdo a la edad del niño(a) y a los hallazgos.
- * Enseñanza de la estimulación adecuada.
- * Fomento de factores protectores.
- * Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.
- * Dar cita para el siguiente control.

2.4.4 Pasos a tener en cuenta en la valoración del infante. La planificación de un conjunto de actividades, que incluyen la utilización de una serie de instrumentos y técnicas que pueden ser realizadas durante el periodo de atención, con el objetivo de incrementar el sentimiento de bienestar en el niño y por tanto la adaptación a la situación.

En esta planificación se tiene en cuenta el establecimiento de una evaluación que

consiste en practicar un inventario destinado a registrar cierto número de elementos clínicos que permitirán conocer una alteración o enfermedad y a su vez adaptar el tratamiento o conducta a seguir.

Esta preparación se puede realizar de diferentes maneras y en una gran variedad de situaciones teniendo en cuenta las características del motivo de preparación del programa y del paciente.

Según Slegle y Hudson en 1992 para realizar programas sobre preparación infantil se deben incluir los siguientes componentes:

- * Proporcionar información
- * Estimular la expresión emocional
- * Establecer relaciones de confianza entre el niño y el personal
- * Suministrar información a padres
- * Proporcionar estrategias de afrontamiento al niño y a los padres

Los autores recomiendan tener en cuenta dos fases que son las de preparación y las de intervención.

Durante la primera fase que es la de preparación se recoge información de los niños procedente de los padres y de ellos mismos (nombre, edad, sexo, anteriores enfermedades, número de hermanos, complicaciones durante el parto, rasgos de personalidad, preocupaciones, gustos e intereses, escolaridad, etc.) y se debe proporcionar información tanto del padre como del niño teniendo en cuenta su nivel cognoscitivo. Este interrogatorio inicial debe permitir formar una idea de los medios necesarios para llevar a cabo la evaluación, los cuales son visuales (observación), manual (palpación, movilización) e instrumental (medición de sus magnitudes físicas y de sus variaciones)

La fase de intervención se maneja de acuerdo con algunas técnicas o medios seleccionados según la edad del menor, en la cual se tiene en cuenta primordialmente la inspección de las posibles amenazas de los niños y se les da información a los padres sobre estas.⁴¹

El abordaje que inicia en el momento de la preparación, se empieza cuando el paciente ingresa en compañía de sus padres al programa, observándolo desde como la madre sostiene al niño en sus manos, como desnuda a su hijo, si tiene dificultades para hacerlo; debido a que la conducta de la madre puede ofrecer hallazgos sobre el estado del niño.

De acuerdo con la edad cronológica del menor se debe observar si la madre sostiene al niño desde la pelvis o si necesita también sostener cabeza y tronco, si el niño juega con algún juguete, además se debe valorar la uniformidad y simetría de sus movimientos, teniendo en cuenta el ritmo si es suave, natural y si se realiza de manera bilateral o si debe ser ayudado o asistido por sus acompañantes. De esta misma forma se observa los movimientos anormales como sacudidas, movimientos aislados, intentos de sustituir o si el movimiento es ineficaz. Desde luego la inspección inicial debe incluir revisión local, ampollas, cicatrices, alteraciones del color, alteraciones del tono, abrasiones, y otros signos de patología actual o previa.

Conforme se efectúa la inspección se debe comparar ambos lados, observando estado, contorno general y movimientos, la manera mas simple para descubrir una anormalidad es la comparación bilateral. La inspección visual debe ser igual de cuidadosa y ambas deben terminar cuando se determina su independencia y su movilidad de acuerdo a la edad de desarrollo.

⁴¹ Blanco Palomo Maria Pilar, el niño hospitalizado, Pág. 118- 121, 1995

El establecimiento de cada valoración debe crear relaciones de complementariedad en el seno del equipo terapéutico, en beneficio del paciente. El personal que realiza la evaluación no debe limitarse a poner en evidencia la sintomatología, si no que debe prever sus consecuencias a corto y a largo plazo. La valoración debe repetirse a intervalos que dependen de la edad del paciente y de la evolución de su patología, en caso de presentarse; por eso en el niño los periodos de crecimiento imponen la multiplicación de las evaluaciones, el resultado de estas valoraciones debe ser útil para hacer un diagnóstico de retraso del desarrollo, ya que proporciona una información básica para entender las competencias motrices del niño, su dinámica motriz y juego útil para la exploración del entorno.⁴²

2.4.5 Consideraciones de la valoración. Algunas situaciones se pueden prevenir y controlar a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo.

Por estas razones, es necesario asumir un compromiso social que dé la máxima prioridad a los niños y las niñas, permitiendo un abordaje más equitativo que asigne a la niñez los recursos suficientes para la promoción y fortalecimiento de los factores protectores, la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida.

2.4.6 Características del servicio y del personal. Las actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención a los niños y niñas menores de diez años, las cuales deben tener capacidad resolutive, disponer del talento humano como médicos, fisioterapeutas, enfermeras y otros

⁴² Neiger H. y colaboradores, Kinesioterapia, Pág. 18,

profesionales, debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo; con el fin de brindar atención humanizada y de calidad, que garantice intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas.

Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo brindando a los niños y niñas" y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso.

Idealmente se debe realizar una inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo que debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, pero deben ingresarse a cualquier edad, de acuerdo con un esquema que permita agrupar a los menores según la edad en la que se encuentran para poder realizar una valoración adecuada que permita la detección de diferentes alteraciones en el menor, además de una orientación a los padres o acudientes de una manera rápida y oportuna.

Este conjunto de actividades es realizado por el personal de enfermería, debidamente capacitado para hacer seguimiento del programa de crecimiento y desarrollo y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento. Dichos controles pueden realizarse en forma grupal e individual, con la periodicidad y dentro de los rangos de edad previstos en el esquema.

Además de las actividades anteriormente mencionadas este personal debe preparar y acondicionar el sitio de trabajo con los elementos necesarios para la valoración, estimulando la adaptación de los niños(as) antes de iniciar la evaluación de su desarrollo y estimular la participación del padre y la madre.

En todos los controles se debe indicar a las madres y los padres la forma de estimular el desarrollo del niño y las conductas a observar, a si como registrar inmediatamente la información de lo observado para evitar olvidos o confusiones.

En situaciones donde el niño (a) se encuentre enfermo o su estado emocional sea de miedo o rechazo extremo, no deberá hacerse la valoración de su desarrollo. Es preferible dar una nueva cita dentro de su mismo rango de edad.

También debe Indagar sobre el cumplimiento de recomendaciones hechas por el médico o por la enfermera en el control anterior, sobre el estado de salud del niño(a).

Debe estar pendiente de realizar un examen físico completo por sistemas con toma de signos vitales, búsqueda de signos de maltrato infantil, a su vez que informa y educa a los padres sobre puericultura y otros temas de acuerdo a la edad del niño(a) sus hallazgos y los orienta sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.

El personal de enfermería es el encargado de dar una cita para el siguiente control y en caso de que en el examen se encuentre alguna anormalidad o complicación, esta deberá ser evaluada por el médico para decidir el nivel en que se atienda. Si se remite a un nivel de mayor complejidad, en la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de referencia. Sin embargo la remisión no implica la salida del niño(a) del programa de crecimiento y desarrollo y por lo tanto se le debe programar el siguiente control. ⁴³

2.4.7 Conducción del examen del desarrollo. La conducción del examen del desarrollo en los niños requiere de una técnica especial debido a que no

⁴³ www.saludcolombia.com/actual/htm/normas/intreyde.htm.

solamente debe haber una adecuación a las situaciones sociales de la edad, sino también, que es necesario variar la conducción del examen, adaptándolo a la madurez o inmadurez social del niño.

El primer contacto del examinador con el niño ha de ser en extremo cauteloso en las edades más tiernas, volviéndose, a medida que el niño se hace más grande, cada vez más simple y directo.

A la edad de 15 meses todavía debe considerarse y manejarse el niño más como un infante que como “ambulatorio”, pues en esta edad presenta problemas especiales de manejo. El examinador debe esperar que todo este tranquilo para recibir al niño, debe observar como encuentra al niño amoldándose al entorno. A esta edad el examen se realiza rápidamente. Como la actividad del niño es casi enteramente espontánea, apenas influida por la demostración y prácticamente insensible a instrucciones verbales.

De los 18 a los 24 meses, el examinador debe darle tiempo al niño para que explore y se ajuste a la habitación, si el niño ha llegado llorando es aconsejable esperar a que se haya calmado. El examinador debe cuidar celosamente como se aproxima al menor y a los padres.

Durante la valoración se deben preguntar a los padres algunos puntos neutros y luego sobre los temas de utilidad para orientarse con respecto a la capacidad del niño, se debe tener precaución y disuadir a la madre de cualquier tentativa de hacer al niño conducirse de tal o de cual manera, no debe tampoco realizarse la tentativa de separar al menor de su madre, la entrevista no debe durar más de diez o quince minutos.

Al valorar sus habilidades motrices se debe mostrar el lugar al menor atrayendo su atención sobre los objetos y cosas sin apartarlo de sus padres. Esta invitación no tiene que ser siempre verbal sino que puede ser acercando algunas cosas, la madre puede intentar ayudando al niño por lo que es necesario indicarle que el

papel de ella es el de prestarle apoyo moral mediante su presencia pero no intervenir en el examen.

Las instrucciones verbales que se le den al niño se darán en frases cortas y generalmente repitiéndolas; a los dos años se pueden usar frases breves y sueltas, el examinador siempre debe dirigirse al niño por su nombre o sobre nombre, el tono de la voz, parece a menudo significar algo al niño, y a veces suele responder en forma sorprendente

A los tres años el examen difiere ligeramente del de los niños más pequeños, el examinador puede dirigir directamente al niño una sonrisa y un hola sin exigir respuestas alguna. La duración de la primera entrevista depende, como antes, de la actividad desplegada por el niño en ese lapso. Puede suceder que la aproximación al niño sea admitida, si acepta una invitación verbal se podrá separar un poco de sus padres.

Se debe intentar mantener el interés vivo del niño por los juguetes y de prevenir una retirada hacia la madre, si ocurre se debe permitir que ella entre en el juego, quizás sea necesario interrumpir el juego para buscar a la madre.

A esta edad el niño es examinado sin ninguna dificultad, siempre que el ritmo del examen se adapte a su naturaleza y el examinador no se muestre porfiado. Es de esperar aun en los niños más dóciles una negativa la cual deberá ser respetada y se deberá aceptar una segunda negativa en caso de que esta ocurra. En caso encontrarse con niños muy sobreactivos a esta edad, para controlarlo será necesario que la marcha de una situación a otra sea extremadamente rápida con entusiastas comentarios por parte del examinador y una profusión de alabanzas.

A los cuatro años la aproximación del examinador es más directa que en los casos antes descritos, tras un breve periodo de adecuación y pocas observaciones a manera de introducción, el examinador puede invitarlo a jugar descartando la compañía de la madre. El examinador deberá ser discreto al ofrecerle la mano al niño. Al efectuar una separación de la madre, en lo posible, no se deberá engañar al niño, avergonzarlo, rogarle o forzarlo.

El examinador debe estar atento a signos de alerta del niño, como de tensión o inquietud, quedarse sentado en la mesa o necesitar ir muchas veces al baño por lo que debe pasar de una situación a otra rápidamente.

El niño de cinco años ha perdido gran parte su ingenuidad y el examen es acorde con su madurez, ya no consiste en una situación de juego. Se ha convertido en una serie de tareas agradables impuestas por una especie de maestro. Por lo general ya se ha hablado de su cita por lo que el examinador puede entrar muy rápidamente en contacto con el niño.

No debe ejercerse una indebida insistencia sobre una respuesta determinada o una repetición excesiva del mismo test ante una negativa o fracaso. En casos donde el fracaso de alguna actividad este a la vista deberá dar ánimos y apreciar el esfuerzo ante el menor.

2.4.8. Ritmo y orden. El examen ideal no consiste simplemente en una serie de test aplicados uno tras otro a un niño, especialmente el éxito del examen depende del examinador; cada examinador resuelve sus problemas de manera distinta, pero en general, se puede decir que hay que tratar de evaluar en todos los esquemas al niño, manteniéndolo junto de la madre, evitando realizar una aproximación directa y tratando de no pedirle nada.

Se debe igualmente tratar de descender del nivel del adulto que le pide hacer tal u otra cosa, al del amigo que juega con el en su propio plano. Cuando el niño se halla cansado debemos mostrarnos prudentes y de no insistir. Cuando el se interesa por “algo” el examinador debe mostrarse contento y cuando para él acaba el “algo” para el examinador también.

El ritmo del examen es de primordial importancia y difiere para cada niño y solo puede ser determinado empíricamente, generalmente tras un comienzo lento se vuelve rápido. El examinador debe detenerse muchas veces para realizar el registro esto disipa la atención del niño, no obstante al pasar de una situación a otra se deberá avivar nuevamente la atención del niño.

Es el orden el que mejor estimula, levanta y sostiene el interés todo a lo largo del examen. En ocasiones es alterado con el fin de satisfacer las necesidades del caso, sin embargo, es mejor apartarse de un plan básico que aplicar los test al azar.

Al examinar un niño deseamos descubrir lo que es capaz de hacer y lo que no es capaz de hacer; cómo hace las cosas de que es capaz y cómo intenta hacer aquellas de que no es capaz. El primer requisito es la cooperación del niño, y para contar con ellas debemos ganarnos su confianza y su interés. Las tareas difíciles no tardan en agotar su interés y desalentar su esfuerzo. En general, los exámenes están planeados de tal modo que en una situación o grupo de situaciones dadas, la progresión va de las tareas más simples a las relativamente difíciles, volviendo nuevamente al nivel de capacidad del niño.

Sin embargo el orden es solo un medio para llegar a un fin, y el examinador puede alterar el orden ante la conducta de cualquier niño en particular, si con estas alteraciones se hace posible alcanzar los dos objetivos de unidad y fluidez.⁴⁴

⁴⁴ Gesell Arnold. el niño de 1 a 5 años, pág. 312/324

3. METODOLOGÍA

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se tomó como diseño macro de investigación el cuantitativo con el fin de realizar una comparación objetiva, que permitirá el análisis de la información obtenida.⁴⁵ El tipo de investigación seleccionada es la descriptiva para abordar el tema de estudio, especificar y detallar la forma en la que se está ejecutando actualmente el Programa de Crecimiento y Desarrollo, frente a lo establecido en la Resolución 00412/00 en los diferentes Centros de Salud de la ciudad de Santiago de Cali.

Por este motivo se observará el desempeño del talento humano, los parámetros que se siguen en el momento de la ejecución del programa, las instituciones y las medidas que se toman al encontrar alteraciones en la población infantil.

3.2. UNIVERSO

La población de este trabajo investigativo, esta conformada por cinco personas que hacen parte del personal de enfermería y auxiliares de enfermería que laboran en las Centros de Salud escogidos en esta investigación pertenecientes a la ciudad de Santiago de Cali.

⁴⁵ Lerma Héctor Daniel, Metodología de la Investigación, Pág. 60-61.

EMPRESAS SOCIALES DEL ESTADO	NUMERO DE PERSONAS ENCARGADAS DEL PROGRAMA
1. Centro de salud Floralia	1
2. Centro de salud San Luís	1
3. Centro de salud Panamericano	1
4. Centro de salud Cristóbal Colon	1
5. Centro de salud Luís H. Garcés	1

Fuente: encuesta del manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las Comunas 6,10 y 11 de Santiago de Cali.

3.2.1. Muestra. Se tomarán las áreas o Programas de Crecimiento y Desarrollo en las instituciones de Floralia, San Luís, Panamericano, Cristóbal Colon y Luís H. Garcés ubicados en las Comunas 6, 10 y 11, donde se tendrá en cuenta el personal que realice la valoración.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Las técnicas seleccionadas para recolectar la información fueron la observación y la encuesta.

3.3.1. Observación. La técnica de observación tomada en cuenta en este trabajo es la observación estructurada ya que tiene la ventaja de permitir la recolección de datos que pueden cuantificarse fácilmente, debido a su homogeneidad, y se facilita la certeza de no haber olvidado registrar ninguno de los aspectos principales del problema en estudio. ⁴⁶

⁴⁶ <http://server2.southlink.com.ar/vap/recoleccion%20de%20los%20datos.htm>

Para lograr una adecuada comparación, este trabajo de investigación utiliza como instrumento fundamental la observación para registrar de manera sistemática, válida y confiable el comportamiento de los profesionales de salud encargados de manejar el programa de crecimiento y desarrollo, al momento de ejecutar la valoración del desarrollo motor (fino y grueso) del infante y la orientación de estimulación temprana brindada a los familiares del menor, para que estos se desenvuelvan en cada una de las etapas según sus necesidades y su conocimiento, con el fin de analizar cómo se está llevando a cabo el Programa de Crecimiento y Desarrollo y compararlo con lo que se establece en la Resolución 412 del año 2000 en los cinco centros de salud de las Comunas 6, 10 y 11, se realizó una guía de observación. Dentro de los puntos que se tienen en cuenta en la guía se encuentran:

*Información general: para conocer datos específicos de la persona encargada del programa de crecimiento y desarrollo.

*Características del local: para percibir si la infraestructura del lugar donde se ejecuta el programa es adecuada.

*Recursos y materiales: para percatarse de los equipos con los que se cuenta para llevar a cabo el programa.

*Funcionamiento del programa: para saber si la atención se presta todos los días, si es fácil la ubicación del sitio donde se lleva a cabo el programa y si tienen un esquema que permita la atención del infante de manera ordenada ya sea por edad, por inscripción etc.

*Registro de la información: para conocer en que momento de la valoración se está consignando la información obtenida al examinar al infante.

*Valoración: para establecer si se está empleando o no la escala abreviada del desarrollo y la rejilla de crecimiento y la forma en que lo realizan.

*Interrupciones durante la consulta: para conocer como actúa el personal encargado al ser interrumpido durante su valoración y como continúa con el abordaje.

- *Disposición del personal: para percibir como si la conducta del personal es afable, indiferente y disgustado al tratar al menor.
- *Acercamiento y adaptación del niño: para apreciar como aborda el personal al infante y como le permite a este adecuarse.
- *Relación interpersonal con el acudiente: para ver como se relaciona con el acudiente y lo hace parte de la valoración del menor.
- *Orientaciones: para conocer si esta enseñando a lo padres como pueden potencializar las habilidades de su hijo y como pueden ayudarlo durante las diferentes etapas de acuerdo a su edad.
- *Control de asepsia: para percatarnos de cómo se está manejando la higiene entre la atención de paciente y paciente. (Anexo D)

Este formato se realizó con anterioridad y se aplicó tres veces por cada institución. Se realizaron dos observaciones por una misma persona y la última con un observador diferente, con el propósito de tener diversos puntos de vista. Dichas observaciones se llevaron a cabo durante las jornadas de atención de los diferentes Centros de Salud ya mencionados anteriormente.

3.3.2. Encuesta. El tipo de encuesta tomada en este trabajo es la estructurada. Esta se aplicó al personal responsable del Programa de Crecimiento y Desarrollo, permitiendo establecer el conocimiento del personal frente al manejo del programa y la normatividad que lo rige. Esta encuesta fue aplicada inmediatamente después del periodo de observación, a cada una de las personas encargadas, que fueron observadas atendiendo los Programas de Crecimiento y Desarrollo. La encuesta consta de:

- *Tiempo laborado: Para conocer la experiencia en el manejo del programa.
- * Ejecución de la valoración de crecimiento y desarrollo: Para establecer los parámetros que ejecutan en la valoración de crecimiento y desarrollo de acuerdo con lo establecido en la norma.

*Actualización: Para indagar sobre los conocimientos básicos del Programa de Crecimiento y Desarrollo.

*Condiciones del lugar de trabajo: Para averiguar como el personal encargado del área del Programa de Crecimiento y Desarrollo percibe su entorno donde ejecuta las actividades pertenecientes a este programa.

*Manejo del esquema: El fin es conocer si manejan un orden en el control de cita de los pacientes de acuerdo a la edad.

* Variación del Temperamento: Indagar sobre la disposición del personal encargado del programa durante la atención del menor.

* Información y Recomendaciones a los acudientes: Ahondar sobre la información que brinda el personal encargado al programa de crecimiento y desarrollo a los acompañantes del menor sobre lo encontrado en la valoración.

*Charlas Educativas: El fin es conocer el contenido de las capacitaciones brindadas en el Programa de Crecimiento y Desarrollo.

* Interrupción en la valoración: Establecer que acción ejecuta el encargado al presentar una interrupción durante la valoración del menor.

*Remisiones: Indagar al personal encargado del Programa de Crecimiento y Desarrollo sobre las posibles remisiones al presentarse una alteración física o motora. (Anexo E)

3.4 TÉCNICAS PARA EL ANÁLISIS DE RESULTADOS

Para analizar los datos e información obtenida se utilizó la tabulación manual presentándose por medio de análisis descriptivos que se traslada a cuadros con su respectiva interpretación.

4. ANALISIS DE RESULTADOS

En este análisis se realiza una comparación de la guía de observación y la encuesta aplicada a cada una de las personas asignadas al Programa de Crecimiento y Desarrollo en las Empresas Sociales del Estado, de acuerdo a las Normas Técnicas de la Resolución 412 del año 2000, verificando el cumplimiento de los objetivos enunciados en el proyecto investigativo.

En primer lugar se presenta un análisis por cada uno de los centros de salud adscritos a las Empresas Sociales del Estado siguiendo el orden de la guía de observación, posteriormente se continua con el análisis de la encuesta de manera global en el mismo orden de ideas, finalizando con un análisis comparativo entre estas frente a las normas técnicas de la Resolución 412/00.

4.1 ANÁLISIS GUÍA DE OBSERVACIÓN

4.1.1 Infraestructura y dotación.

4.1.1.2 Centro de Salud Floralia. El personal encargado en este centro de salud es una auxiliar de enfermería que lleva quince años laborando dentro de esta área; actualmente se encuentra manejando tanto el Programa de Crecimiento y Desarrollo, Vacunación y Planificación familiar, atendiendo todo el día durante toda la semana. El Programa de Crecimiento y Desarrollo es ejecutado dentro de un consultorio específico de fácil acceso pero con difícil ubicación porque se encuentra alejado de la entrada del centro. En esta área también se maneja el programa de Vacunación. Aunque cuenta con una sola entrada, el ingreso del personal de la institución no esta restringido al consultorio durante la valoración y en pocas ocasiones se toca para entrar, interrumpiendo el procedimiento.

Su planta física (paredes y pisos) se encuentran en buen estado, tiene una iluminación adecuada, sin embargo el espacio es reducido para la valoración, pero no es ruidoso y goza de una buena ventilación.

Dentro de los materiales más utilizados durante la valoración se encuentra la pesa bebe, la báscula de pie, la camilla, la cinta métrica, el tallímetro, los elementos de estimulación temprana, los formatos de crecimiento y la escala abreviada de desarrollo. Sin embargo, los implementos como Fonendo y termómetro no se encuentran en este sitio.

4.1.1.3 Centro de Salud San Luis. En este centro de salud, el personal encargado es un auxiliar de enfermería que lleva tres años laborando dentro de esta área. Actualmente se atiende todos los días en horas de la mañana. El programa es desarrollado dentro de un consultorio específico de fácil acceso y ubicación, cerca al área de vacunación; tiene dos entradas, una interna que conecta con los consultorios y otra para el ingreso de los pacientes, lo que dificulta la intimidad dentro de la zona de valoración.

Su planta física (paredes y pisos) se encuentra en buen estado, además hay una iluminación adecuada. Sin embargo, aunque el espacio es amplio, tiende a ser limitado por la ubicación de elementos como el escritorio, la báscula de pie que siempre está en el centro de la habitación e interrumpe el paso; por su cercanía a la zona de vacunación en ocasiones es muy ruidosa. Sumado a lo anterior, cuenta con poca ventilación, lo que hace que en ocasiones los niños se vuelvan irritables en el momento de su valoración.

Dentro de los materiales más utilizados durante la valoración se encuentra el Infantómetro, la báscula de pie, la camilla, la cinta métrica, formatos de crecimiento y la escala abreviada de desarrollo.

Implementos como el tallímetro, el fonendo y el termómetro, aunque se encuentran no son usados en la valoración, los elementos de estimulación temprana son pocos y se encuentran en mal estado.

4.1.1.4 Centro de Salud Panamericano. El centro de salud Panamericano consta de un consultorio ubicado en el segundo piso el cual esta destinado para el programa de crecimiento y desarrollo, es de difícil ubicación ya que no hay ninguna señalización que indique dónde se encuentra. Su planta física (pisos y paredes) se halla en buen estado, es apropiado y cuenta con condiciones adecuadas para realizar la valoración como buena ventilación debido a que su localización favorece dos entradas de aire. Igualmente tiene buena iluminación, es espacioso y amplio, permitiendo el fácil acceso y no es ruidosa debido a que está alejada de las otras áreas como son urgencias, vacunación, hospitalización etc.

Cuenta con una pesa bebe en buen estado, con tallímetro, cinta métrica la cual utiliza para medición de perímetros cefálicos en niños menores de cinco años, los elementos de estimulación son suficientes para el volumen de niños atendidos, pero no tienen variedad de acuerdo con las diferentes edades de los menores, el fonendo y el termómetro son utilizados en algunas ocasiones y no tienen infantometro. En cuanto a los formatos de valoración a cada paciente se le llena la escala abreviada y la rejilla de crecimiento mientras se esta realizando la valoración y se consigna en la historia clínica.

4.1.1.5 Centro de Salud Cristóbal Colon. El consultorio asignado para el Programa de Crecimiento y Desarrollo no presenta condiciones apropiadas para la valoración, debido a que la iluminación es deficiente y poco ventilada, pues la única fuente de aire es un ventilador. Su planta física (pisos y paredes) está en buen estado y limpia; cuenta con un buen espacio. Es ruidosa porque el sitio en

donde se encuentra el consultorio es muy transitado y esta cercano al área de vacunación pero alejada de urgencias, laboratorio etc.

Tiene doble entrada, una interna que la comunica con otros consultorios y la externa que es la entrada general, lo que dificulta que sea un sitio tranquilo por las constantes interrupciones. Es de fácil ubicación facilitando su acceso.

Los materiales más utilizados para realizar la valoración son la pesa bebé y el Tallímetro; los demás equipos como la cinta métrica, los elementos de estimulación, el fonendo, termómetro no son tenidos en cuenta durante el control a pesar de su existencia, los formatos son utilizados con cada uno de los infantes valorados y son consignados en la historia clínica correspondiente.

4.1.1.6 Centro de Salud Luis H. Garcés. El Centro de Salud Luis H Garcés cuenta con un consultorio independiente para la ejecución del Programa de Crecimiento y Desarrollo visible, de fácil ubicación, caracterizado por tener buena iluminación. Sin embargo, el espacio donde se realiza la valoración del infante tiende a ser reducido y poco ventilado, no está dotado de servicios sanitarios y está junto al área de vacunación por tal razón esta expuesto al ruido. Se aprecia un buen estado del piso que es en baldosa al igual que las paredes y se observa limpieza en todo el consultorio. Hay un buen funcionamiento de los equipos que utilizan para el examen físico del menor como son la pesa de bebe, báscula de pie, tallímetro, cinta métrica, camilla, fonendo y termómetro, los últimos dos elementos a pesar de estar en buen estado, los utilizan muy poco, los elementos de estimulación temprana se encuentran en mal estado. En relación con los formatos de valoración utilizan la tabla de crecimiento de forma individual, sin embargo manejan un solo formato de escala abreviada de desarrollo que sirve como guía de orientación para describir en la historia clínica el desarrollo del menor, pasando por alto los parámetros normativos de puntaje y de alerta estipulados en la escala abreviada de desarrollo.

4.1.2. AMBIENTE DE INTERVENCIÓN.

4.1.2.1. Centro de Salud Floralia.

a. Interrupciones. Al realizar la observación se encontró que las interrupciones aunque son poco frecuentes se presentan esta vez siendo más por pacientes en busca de información que por el personal propio de la institución, y aunque se atiende al personal propio de la institución se pide en la mayoría de los casos una espera mientras se termina la atención.

En la primera visita se presentaron en horas de la tarde dos interrupciones por parte del personal de la institución que ingreso a entregar carpetas y pedir datos a la auxiliar; en la segunda visita, en horas de la mañana, se presentaron tres interrupciones por parte las personas que solicitaban información de otros programas, y en la tercera visita en horas de la tarde, se presentaron dos interrupciones por el personal y familiar de la auxiliar.

Cuadro 1 Interrupciones En El Centro De Salud Floralia

Fecha	Hora	Interrupciones en la consultas de la mañana								Interrupciones en la consultas de la tarde								Total
		Nº DE NIÑOS								Nº DE NIÑOS								
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
2-3-05	3 PM											2						2
3-3-05	10AM	1	1	1														3
4-3-05	2 PM										2							2
TOTAL																		7

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. Disposición del personal hacia la atención. Durante la valoración del menor, se observa un acercamiento global y ecuánime para con el paciente y su familia, manteniendo una disposición afable que brinda confianza tanto al infante como a los padres.

Cuadro 2 Disposición Del Personal En Floralia

DISPOSICIÓN	HORA	FECHA 03-03-05	FECHA 03-04-05	FECHA 03-07-07
		OBS. 1	OBS. 2	OBS. 3
AFABLE	7-9	X		X
	9-11	X		X
	11-1	X		X
	2-3		X	
	3-4		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

c. Asepsia

En las tres observaciones se organizaron implementos utilizados en la valoración, sin tener en cuenta ninguna técnica de higiene entre paciente y paciente.

Cuadro 3 Técnicas De Asepsia En Floralia

ÍTEM	OBSERVACION					
	OBS.#1		OBS.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ASEPSIA						
a. Lavado de manos		X		X		X
b. Uso de guantes		X		X		X
c. Aseo de colchonetas		X		X		X
d. Limpieza de juguetes		X		X		X
e. Orden de implementos	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

4.1.2.2 Centro de Salud San Luis

a. **Interrupciones.** Al realizar la observación nos dimos cuenta que las interrupciones son continuas, tanto por el personal de la institución que ingresa por una segunda puerta, como de pacientes que tocan o ingresan por la puerta de “entrada” para solicitar información, en ambos casos son atendidos, y en pocas ocasiones se suspende la valoración. Es decir que al mismo tiempo en que se atiende al paciente se atiende a otras personas, lo que facilitaría la presencia de errores o equivocaciones durante la valoración. Las interrupciones en la primera visita fueron seis, por parte del personal de servicios varios, personal de otras áreas y por la misma persona encargada del programa, en la segunda visita se presentaron cuatro interrupciones por pacientes que solicitaban información y en la tercera visita se presentaron tres por parte de los familiares de los menores que se estaban atendiendo y del personal de la institución.

Cuadro 4 Interrupciones En El Centro De Salud San Luís

Fecha	Hora	Interrupciones en la consultas de la mañana								Interrupciones en la consultas de la tarde								Total
		Nº DE NIÑOS								Nº DE NIÑOS								
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
3-3-05	11 AM	2	1	3														6
4-3-05	9 AM	2			2													4
7-3-05	10 AM		1	1		1												3
TOTAL																		13

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. **Disposición del personal hacia la atención.** Durante la valoración al menor el auxiliar de enfermería mantuvo una disposición indiferente a lo largo de todas la evaluaciones, y de igual forma fue la disposición durante la atención a los

familiares del menor, esto ocurrió con diferentes pacientes y en las tres visitas realizadas

Cuadro 5 Disposición Del Personal San Luís

DISPOSICIÓN	HORA	FECHA: 3-2-05	FECHA: 3-03-05	FECHA:3-07-05
		OBSERVACIÓN 1	OBSERVACIÓN 2	OBSERVACIÓN 3
INDIFERENTE	7-9	X	X	X
	9-11	X	X	X
	11-1	X	X	X
	2-3			
	3-4			

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

c. Asepsia. Durante las tres observaciones no se realizó lavado de manos, ni se ordenó la camilla tras la atención de un paciente, además en el transcurso de las valoraciones el personal nunca limpio, ni ordenó los implementos, incluso parte del material que se encuentra sucio fue dañado por un menor, y el evaluador no se percató de este hecho.

Cuadro 6 Técnicas De Asepsia San Luís

ÍTEM	OBSERVACION					
	OBS.#1		OBS.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ASEPSIA						
a. Lavado de manos		X		X		X
b. Uso de guantes		X		X		X
c. Aseo de colchonetas		X		X		X
d. Limpieza de juguetes		X		X		X
e. Orden de implementos		X		X		X
f. Uso de guantes		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

4.1.2.3 Centro de Salud Panamericano

A. Interrupciones. Durante las tres observaciones realizadas no se presentaron interrupciones, esto se debe a que el consultorio se encuentra alejado de las otras áreas de atención y la zona donde está ubicado no es transitada, evitando que otros profesionales o pacientes puedan interrumpir durante la consulta.

b. Disposición del personal hacia la atención. La auxiliar de enfermería encargada del Programa de Crecimiento y Desarrollo, tiene una disposición afable durante la atención, lo que permite al infante una fácil adaptación que, a su vez, facilita la atención del mismo y genera confianza al acudiente que se relaciona e involucra en la valoración del menor.

Cuadro 7 Disposición del Personal del Panamericano

DISPOSICIÓN	HORA	FECHA: 2-28-05	FECHA: 3-1-05	FECHA:3-2-05
		OBSERVACIÓN 1	OBSERVACIÓN 2	OBSERVACIÓN 3
AFABLE	7-9			
	9-11			
	11-1	X	X	X
	2-3	X	X	X
	3-4	X	X	X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

c. Asepsia. Durante las tres observaciones realizadas a la auxiliar de enfermería encargada del programa de crecimiento y desarrollo no realizó ninguna técnica de higiene entre paciente y paciente, lo único que tiene en cuenta es el orden de implementos para que el sitio de atención sea acogedor y se encuentre ordenado.

Cuadro 8 Técnicas De Asepsia Del Panamericano

ÍTEM	OBSERVACION					
	OBS.#1		OBS.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ASEPSIA						
a. Lavado de manos		X		X		X
b. Uso de guantes		X		X		X
c. Aseo de colchonetas		X		X		X
d. Limpieza de juguetes		X		X		X
e. Orden de implementos	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

4.1.2.4 Centro de Salud Cristóbal Colon

a. Interrupciones. Durante las tres observaciones se percibieron constantes interrupciones las cuales se presentan con cada uno de los menores atendidos durante toda la jornada de atención.

En la primera observación se presentaron cinco interrupciones durante la valoración de dos infantes, las cuales fueron en su totalidad por compañeros de trabajo, en la segunda observación se presentaron cuatro interrupciones, tres por personal de la institución y una por un acudiente del menor evaluado, en la tercera observación se dieron cinco interrupciones dos de ellas por familiares y tres por personal de la institución, evidenciándose que la gran mayoría de las interrupciones ocurren por parte del personal, uno de las cosas que facilita esta conducta es la doble entrada que tiene el consultorio que lo une con otros consultorios facilitando que compañeros de trabajo entren y salgan del consultorio continuamente y otro que lo comunica con la parte externa.

Cuadro 9 Interrupciones De Cristóbal Colon

Fecha	Hora	Interrupciones en la consultas de la mañana								Interrupciones en la consultas de la tarde								Total
		Nº DE NIÑOS								Nº DE NIÑOS								
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
1-3-05	9 AM	2	3															5
2-3-05	11 AM		1	1	2													4
3-3-05	2PM									2	1	1	1					5
																		14

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. Disposición del personal hacia la atención.

La enfermera jefe encargada del programa de crecimiento y desarrollo, maneja una disposición indiferente durante la valoración tanto con el menor como con el acudiente que limita que la atención brindada sea eficaz ya que al no relacionarse interpone una barrera que dificulta la confianza por parte del acudiente y su hijo.

Cuadro 10 Disposición del personal de Cristóbal Colon

DISPOSICIÓN	HORA	FECHA: 2-28-05	FECHA: 3-1-05	FECHA:3-2-05
		OBSERVACIÓN 1	OBSERVACIÓN 2	OBSERVACIÓN 3
INDIFERENTE	7-9	X	X	X
	9-11	X	X	X
	11-1	X	X	X
	2-3			
	3-4			

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

- c. **Asepsia.** Durante las tres observaciones realizadas la enfermera jefe encargada del programa de crecimiento y desarrollo no realizo ninguna técnica de higiene entre paciente y paciente, solo tiene presente el orden de implementos para que el espacio de atención sea acogedor y se encuentre ordenado en todo momento.

Cuadro 11 Técnicas De Asepsia De Cristóbal Colon

ÍTEM	OBSERVACION					
	OBS.#1		OBS.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ASEPSIA						
a. Lavado de manos		X		X		X
b. Uso de guantes		X		X		X
c. Aseo de colchonetas		X		X		X
d. Limpieza de juguetes		X		X		X
e. Orden de implementos	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

4.1.2.5 Centro de Salud Luís H. Garcés

a. Interrupción. Como se menciona anteriormente el programa de crecimiento y desarrollo cuenta con un consultorio independiente sin embargo se presentan interrupciones continuas, en la primera visita se presentaron tres interrupciones con diferentes niños, en la segunda visita se presentaron dos interrupciones con el mismo niño y en la ultima visita se presentaron dos interrupciones con distintos niños, todos las interrupciones se produjeron por parte de los compañeros de trabajo, el encargado del programa opto por atender la interrupción suspendiendo la valoración del infante. La causa de la interrupción es debida a que el encargado del programa maneja simultáneamente el programa de vacunación y debe de estar pendiente de la remisión y de la entrega de historias clínicas a los pacientes que debe atender.

Cuadro 12 Interrupciones de Luís H. Garcés

Fecha	Hora	Interrupciones en la consultas de la mañana								Total
		Nº DE NIÑOS								
		1	2	3	4	5	6	7	8	
28-02-05	9:45Am	1		1	1					3
02-03-05	8:00 Am		2							2
03-03-05	10:00A m		1			1				2

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. Disposición del personal hacia la atención.

El programa de crecimiento y desarrollo maneja un horario de servicio menor de cuatro horas con prioridad en la jornada de la mañana, a pesar de que no lleva un control de citas, por lo general se atienden cinco niños a diario, durante esta jornada laboral la persona encargada del programa muestra una disposición afable y comprensiva tanto con el menor como con el acompañante, permite la participación de los padres en el momento de la valoración de crecimiento de acuerdo a lo observado en las tres visitas.

Cuadro 13 Disposición personal de Luís H. Garcés

DISPOSICIÓN	HORA	FECHA: 2-28-05	FECHA: 3-1-05	FECHA:3-2-05
		OBSERVACIÓN 1	OBSERVACIÓN 2	OBSERVACIÓN 3
AFABLE	7-9	X	X	X
	9-11	X	X	X
	11-1	X	X	X
	2-3			
	3-4			

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

c. Asepsia. El control de asepsia entre paciente y paciente es variable de acuerdo a lo observado, durante la primera visita el encargado del programa lavo sus manos antes de atender a el segundo niño sin embargo no continuo con esta actividad hacia los demás pacientes que llegaron a la valoración de la escala abreviada de desarrollo, lo mismo se observo en las dos visitas siguientes. De acuerdo a las tres observaciones la persona encargado del programa no usa guantes, no limpia la camilla luego de atender un paciente, pero si organiza los implementos que utiliza durante la valoración del infante.

Cuadro 14 Técnicas De Asepsia Luís H. Garcés

ÍTEM	OBSERVACION					
	OBS.#1		OBS.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ASEPSIA						
a. Lavado de manos		X		X		X
b. Uso de guantes		X		X		X
c. Aseo de colchonetas		X		X		X
d. Limpieza de juguetes		X		X		X
e. Orden de implementos	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

4.1.3 Registros de información

4.1.3.1. Centro de Salud Floralia

a. Esquema de valoración. El personal explica a los padres cada cuanto debe llevar a su niño a control, de acuerdo con la edad del menor dando así una próxima cita, sin embargo la atención en este centro de salud es por orden de llegada porque aunque se lleva un cuaderno de citas no se conoce con anterioridad las personas que van a asistir a consulta, por lo que los pacientes en ocasiones debe esperar a que se termine la atención en otros programas como los de planificación familiar donde llega más gente; es decir que no hay un esquema o cronograma donde se ubique por grupos de edades, la fecha u hora de atención, si no que se espera que llegue el personal para realizar el registro y la valoración de cada menor.

Cuadro 15 Esquema de valoración Floralia

ITEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESQUEMA						
a. Por edad	X		X		X	
b. Por fecha de inscripción						
c. No tiene						
REGISTRO DE INFORMACION.						
a. Consigna Antes						
b. Consigna Durante	X		X		X	
c. Consigna al Final						
d. No consigna						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. **Registro de información.** La información obtenida fue constantemente consignada durante el proceso de valoración y simultáneamente después de las preguntas realizadas evitando olvidar datos interrogados.

4.1.3.2 Centro de Salud San Luis

a. **Esquema de valoración.**

El orden frente a la atención que se realiza en este centro de salud no está clasificado por grupos de edades en las que se cita a los menores, ni por la fecha en la que se inscribieron en el programa, simplemente se maneja un esquema donde se explica en que edades se puede realizar el control y en que edad se podría hacer un nuevo control dando una nueva cita según la edad del menor, pero no se deja claro la fecha exacta para la cita, porque solo se explica la edad en meses en la que se puede asistir a un nuevo control, dando lugar a que la atención sea por orden de llegada.

Cuadro 16 Esquema De Valoración San Luís

ITEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESQUEMA						
a. Por edad	X		X		X	
b. Por fecha de inscripción						
c. No tiene						
REGISTRO DE INFORMACIÓN.						
a. Consigna Antes						
b. Consigna Durante	X		X		X	
c. Consigna al Final						
d. No consigna						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. Registro de información. Durante las tres visitas que se realizaron en este centro de salud la información se consignaba simultáneamente a las preguntas realizadas a los padres del menor e inmediatamente después de la toma de datos.

4.1.3.3. Centro de Salud Panamericano

a. Esquema de valoración La persona encargada del programa maneja el esquema de acuerdo a períodos o etapas en las que se encuentra cada menor además de realiza una valoración por grupos de edades lo que le permite tener un orden de atención y una secuencia cronológica de citas, además de saber con anterioridad cuantos menores debe valorar durante su jornada de trabajo la cual solo es en horas de la tarde.

Cuadro 17 Esquema de Valoración Panamericano

ITEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESQUEMA						
a. Por edad	X		X		X	
b. Por fecha de inscripción						
c. No tiene						
REGISTRO DE INFORMACIÓN.						
a. Consigna Antes						
b. Consigna Durante	X		X		X	
c. Consigna al Final						
d. No consigna						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

a. Registro de información La información obtenida durante la valoración es consignada en la historia clínica a medida que se va llevando a cabo la misma, para evitar olvidos y garantizar que la información sea confiable, este procedimiento de consignar la información durante la valoración se percibió durante las tres observaciones.

4.1.3.4. Centro de Salud Cristóbal Colon

a. Esquema de Valoración. El programa de crecimiento y desarrollo funciona durante ocho horas diarias y el volumen de niños atendidos varía de acuerdo a los menores que lleguen durante la jornada; en cada control se informa a los padres la fecha de la nueva cita de acuerdo a la edad del menor, pero depende de estos cumplir o no con ella, debido a que no se maneja un esquema de valoración que permita un control de citas e inasistencias y conocer con anticipación los niños que deben ser atendidos, lo que a su vez no facilita el control de citas en forma cronológica.

Cuadro 18 Esquema de Valoración Cristóbal Colon

ITEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESQUEMA						
a. Por edad	X		X		X	
b. Por fecha de inscripción						
c. No tiene						
REGISTRO DE INFORMACIÓN.						
a. Consigna Antes						
b. Consigna Durante	X		X		X	
c. Consigna al Final						
d. No consigna						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. Registro de Información. La información derivada de la valoración del infante es consignada en la historia clínica durante la atención, para impedir olvidos y garantizar que la información sea confiable, este procedimiento de consignar la información se dio en las tres observaciones.

4.1.3.5 Centro de Salud Luís H. Garcés

a. Esquema de Valoración. El esquema de control de citas del programa de crecimiento y desarrollo en el centro de salud se realiza por medio de la atención periódica de acuerdo con la edad del infante, según lo observado durante las tres visitas, pero no se registran inasistencias ni se conoce la cantidad de pacientes que se atenderá durante la jornada debido a que no se lleva un cronograma para la atención.

- b. Registro de información.** El encargado del programa de crecimiento y desarrollo consiga los resultados de los datos valorados durante el proceso de ejecución de los ítems de la escala abreviada de desarrollo.

Cuadro 19 Esquema de valoración Luís H. Garcés

ITEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ESQUEMA						
a. Por edad	X		X		X	
b. Por fecha de inscripción						
c. No tiene						
REGISTRO DE INFORMACIÓN.						
a. Consigna Antes						
b. Consigna Durante	X		X		X	
c. Consigna al Final						
d. No consigna						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

4.1.4 Intervención

4.1.4.1. Centro de Salud Floralia

- a. **Valoración de Crecimiento** Durante la observación en la valoración de crecimiento se tuvieron en cuenta las condiciones de peso, talla y estado nutricional, se preguntaba sobre el comportamiento del estado de salud y se dieron algunas recomendaciones sobre de nutrición independientemente del peso del menor.

Cuadro 20 Valoración De Crecimiento Floralia

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACIÓN DE CRECIMIENTO						
a. Curva de peso	X		X		X	
b. Curva de talla	X		X		X	
c. Perímetro cefálico	X		X		X	
d. Estado nutricional	X		X		X	
e. Próxima cita	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

b. Valoración de Desarrollo. De acuerdo a lo observado en este centro de salud en ocasiones se tienen en cuenta todos los parámetros de la escala abreviada de desarrollo puesto que en la segunda visita se omitió la valoración del desarrollo en niños de siete meses y dos años, donde solo se indago a los padres sobre conductas observadas en sus hijos. Sin embargo se evaluaron conductas motrices en niños de 3 y 5 años valorando tanto la motricidad fina como la gruesa.

Cuadro 21 Valoración De Desarrollo Floralia

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACIÓN DE DESARROLLO						
a. Motricidad gruesa	X			X	X	
b. Motricidad fina	X			X	X	
c. Audición y lenguaje	X			X	X	
d. Personal y social	X			X	X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

c. Observación de Signos de Alarma

Los signos que más se tienen en cuenta son los de maltrato infantil, de característica física (golpe, violación), se exploraba siempre órganos genitales, teniendo en cuenta laceraciones y limpieza.

Cuadro 22 Observación de signos en Floralia

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVA SIGNOS DE ALARMA						
a. Maltrato infantil	X		X		X	
b. Cicatrices		X		X		X
c. Signos de alarma		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

d. Observación de Alteraciones En este centro de salud cuando se encuentra alguna alteración dan remisión medica y su organismo de referencia es el hospital Joaquín Paz Borrero. Sin embargo se han realizado remisiones a estudiantes de fisioterapia que se encuentran realizando practicas dentro de la institución. Cuando encuentra alguna alteración informa a los padres.

e. Orientaciones. Durante las tres visitas en esta institución el personal intento incentivar constantemente a los padres para que estimulen a sus hijos de una manera verbal y clara, además se explico e indago desde el inicio de la valoración conductas motrices de las que deben estar pendientes, puntos de la alimentación del menor y los hallazgos encontrados

Cuadro 23 Orientaciones en Floralia

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ORIENTACIÓN						
a. Verbal	X		X		X	
b. Escrita		X		X		X
c. Otra						
d. No informa						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

4.1.4.2. Centro de Salud San Luis

a. Valoración de Crecimiento. En la valoración de crecimiento la persona encargada del programa tuvo en cuenta la curva de peso y talla pero en ninguna de las tres visitas se tuvo en cuenta el estado nutricional del menor, ni siquiera como una consideración frente al peso que presentaba el menor, además de que tampoco se tomaron los signos vitales.

Cuadro 24 Valoración De Crecimiento San Luís

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACIÓN DE CRECIMIENTO						
a. Curva de peso	X		X		X	
b. Curva de talla	X		X		X	
c. Perímetro cefálico	X		X		X	
d. Estado nutricional		X		X		X
e. Próxima cita	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

b. Valoración de Desarrollo. En este centro de salud se omitieron en todas las visitas los parámetros establecidos en la escala abreviada de desarrollo, dado que solo se les pregunto a los padres el progreso frente a algunas actividades según la edad del menor pero en ningún momento se constato lo que estos afirmaban.

Cuadro 25 Valoración de desarrollo San Luís.

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACION DE DESARROLLO						
a. Motricidad gruesa		X		X		X
b. Motricidad fina		X		X		X
c. Audición y lenguaje		X		X		X
d. Personal y social		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

b. Observación de Signos de Alarma. No se tuvieron en cuenta signos como maltrato infantil, cicatrices o signos de alarma en ninguna de las tres visitas realizadas en esta empresa social del estado.

Cuadro 26 Observación de signos San Luís.

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVA SIGNOS DE ALARMA						
a. Maltrato infantil		X		X		X
b. Cicatrices		X		X		X
c. Signos de alarma		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

d. Observación de Alteraciones. Si en el examen se encuentra alguna anomalía o complicación su organismo de referencia es el hospital Joaquín Paz Borrero. Durante las observaciones realizadas no se presentaron alteraciones en el menor, pero hubo un caso donde la madre tenía tos desde la última consulta con un posible diagnóstico de tuberculosis y no tenía precaución al toser frente al menor y se remitieron al médico para evaluación.

Cuando se presenta algún tipo de alteración referente al crecimiento del menor se informa a los padres, y si el personal considera que lo amerita se remite al médico.

e. Orientaciones. La participación que se le da a los padres en todas las observaciones fue limitada a contestar las preguntas referentes al desarrollo del menor, y no se explican actividades de estimulación adecuada, la persona a cargo tan solo se refiere a los hallazgos encontrados en el crecimiento y a la edad que se debe traer al menor para una próxima cita. No hay interés del personal por explicar cosas que pueden afectar al menor cuando los padres presentan alguna enfermedad.

Cuadro 27 Orientación San Luís.

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ORIENTACION						

a. Verbal	X		X		X	
b. Escrita		X		X		X
c. Otra						
d. No informa						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

4.1.4.3. Centro de Salud Panamericano

a. Valoración de Crecimiento. La auxiliar de enfermería encargada del programa realiza la toma de medidas antropométricas, examina los signos de alteraciones cutáneas en el menor e indaga sobre la alimentación de este, al mismo tiempo que indaga sobre el ambiente familiar para saber los posibles peligros que puede tener el menor de violación, asimismo tiene en cuenta la estimulación temprana según la edad, pero deja a un lado los factores de riesgo de adquirir enfermedades.

Cuadro 28 Valoración De Crecimiento Panamericano.

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACIÓN DE CRECIMIENTO						
a. Curva de peso	X		X		X	
b. Curva de talla	X		X		X	
c. Perímetro cefálico	X		X		X	
d. Estado nutricional	X		X		X	
e. Próxima cita	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

b. Valoración de Desarrollo La persona encargada del programa no realiza la valoración de desarrollo, sino que pregunta al acudiente sobre las habilidades y destrezas motrices del menor y no observa si este lo realiza, confiándose en lo que dice el padre conllevando a que la valoración realizada sea subjetiva y poco confiable.

Cuadro 29 Valoración de desarrollo Panamericano

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACION DE DESARROLLO						
a. Motricidad gruesa		X		X		X
b. Motricidad fina		X		X		X
c. Audición y lenguaje		X		X		X
d. Personal y social		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo.

c. Observación de Signos de Alarma La encargada del programa pide al acudiente que desvista al niño para examinar el estado de su piel, posibles signos de maltrato físico, igualmente examina genitales para ver si hay señales de violación, observa cicatrices y en caso de encontrarlas indaga al acudiente para saber la causa de esta, realizando una buena valoración de signos.

Cuadro 30 Observación de Signos Panamericano

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVA SIGNOS DE ALARMA						
a. Maltrato infantil	X		X		X	
b. Cicatrices	X		X		X	
c. Signos de alarma	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

d. Observación de Alteraciones. Durante las tres observaciones realizadas la persona encargada no atendió a ningún infante con alteraciones del desarrollo por lo que no se requirió de remisión.

La persona encargada no realizo ninguna remisión durante las tres observaciones.

e. Orientaciones. La persona encargada del programa realiza orientación al acudiente sobre lo encontrado durante la valoración, alimentación, cuidados básico del menor enfatizados en higiene y preguntas realizadas por los familiares del infante, dejando a un lado otros temas de gran importancia en el desarrollo del menor de acuerdo a su edad, estas orientaciones se realizan durante toda la valoración y al final se responden preguntas.

Cuadro 31 Orientaciones Panamericano

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ORIENTACIÓN						
a. Verbal	X		X		X	
b. Escrita		X		X		X
c. Otra						
d. No informa						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

4.1.4.4 Centro de Salud Cristóbal Colon

a. Valoración de Crecimiento. La valoración de crecimiento en la primera observación se limitó a la toma de peso y talla, sin tener en cuenta perímetros cefálicos, solo observo fontanelas, presté atención a las cicatrices y alteraciones cutáneas, la madre se encargó de vestir y desvestir al niño, de colocarlo en la pesa y ella solo se limitó a mirar resultados, no realicé ningún tipo de estimulación ni explicó a la madre cómo hacerlo, solo se encasillo en responder preguntas realizadas por el acudiente

Cuadro 32 Valoración De Crecimiento Cristóbal Colon

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACIÓN DE CRECIMIENTO						
a. Curva de peso	X		X		X	
b. Curva de talla	X		X		X	
c. Perímetro cefálico	X		X		X	
d. Estado nutricional		X		X		X
e. Próxima cita	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

a. Valoración de Desarrollo. No se realiza valoración de desarrollo, se le pregunta a la madre lo que está realizando el niño sin observarlo y en ocasiones

se llena el ítems sin preguntar de forma subjetiva pues es lo que el menor debería realizar para su edad, así que se toma por hecho que este lo realiza.

Cuadro 33 Valoración de desarrollo Cristóbal Colon

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACION DE DESARROLLO						
a. Motricidad gruesa		X		X		X
b. Motricidad fina		X		X		X
c. Audición y lenguaje		X		X		X
d. Personal y social		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

c. Observación de Signos. El acudiente desviste al menor, pero en caso de dejar alguna parte del cuerpo cubierta esta es omitida en la valoración, observa el estado de la piel, cicatrices y genitales del niño.

Cuadro 34 Observa signos Cristóbal Colon

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
OBSERVA SIGNOS DE ALARMA						
a. Maltrato infantil		X		X		X
b. Cicatrices		X		X		X
c. Signos de alarma		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

d. Observa Alteraciones. En las tres observaciones realizadas no se atendió ningún niño con presencia de alteraciones, por lo que no se observó ninguna remisión por parte de la persona encargada.

La persona a cargo del programa no efectuó ninguna remisión durante las tres observaciones.

e. Orientaciones. La persona encargada no realiza orientaciones a los acudientes sobre temas de importancia referentes a crecimiento y desarrollo, solo responde preguntas realizadas por los padres, esta conducta se percibió durante las tres observaciones.

Cuadro 35 Orientación Cristóbal Colon.

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ORIENTACIÓN						
a. Verbal	X		X		X	
b. Escrita		X		X		X
c. Otra						
d. No informa						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

4.1.4.5 Centro de Salud Luis H Garcés

a. Valoración de Crecimiento. Partiendo de las tres observaciones el encargado del programa de crecimiento y desarrollo ejecuta la valoración de las medidas antropométricas de forma manual, visual e instrumental como son curva de peso, curva de talla y perímetro cefálico el último punto lo evalúa solo a niños entre cero a dos años no valoran el estado nutricional del menor, sin embargo da cita de control según a la edad del menor, si el niño rechaza la valoración el encargado insiste para terminar la evaluación.

Cuadro 36 Valoración De Crecimiento Luís H Garcés.

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACIÓN DE CRECIMIENTO						
a. Curva de peso	X		X		X	
b. Curva de talla	X		X		X	
c. Perímetro cefálico	X		X		X	
d. Estado nutricional		X		X		X
e. Próxima cita	X		X		X	

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

b. Valoración de Desarrollo. El encargado del programa no conoce con anterioridad la cantidad de niños a atender, asisten alrededor de cinco niños diariamente. En la primera observación asistieron cinco niños que su edad varían entre cero a cuatro años. El auxiliar de enfermería ejecuto la valoración de crecimiento e indago al acompañante sobre las actividades motoras gruesas y finas de la Escala Abreviada de Desarrollo pero no verifco si los menores lo realizaban, lo mismo ocurrió con un menor de dos años, pero al valorar a un menor de cuatro años indago y verifco tres actividades motoras gruesas las cuales fueron equilibrio, agarrar-atajar y saltar, pero no valoro motricidad fina. En la segunda observación el auxiliar de enfermería atendió a cuatro infantes que se encontraban entre las edades de cero a un año, de igual forma el encargado indago a los acompañantes sobre las actividades motoras gruesas y finas de los menores pero no verifco si el menor las realizaba. En la ultima observación se presentaron cuatro menores de los cuales tres se encontraban entre las edades de uno a dos años de igual forma el encargado del programa indagado a la madre sobre las actividades motoras gruesas estipuladas en la escala abreviada de desarrollo de nuevo no verifco si el menor ejecutaba los puntos estipulados en la

escala abreviada, al contrario de un menor de cinco años que valoro todos los puntos de motricidad gruesa, exceptuando la motricidad fina. El mecanismo de valoración más utilizado es manual, dejando a un lado la parte instrumental y visual debido a que los materiales de estimulación temprana se encuentran en mal estado.

Cuadro 37 Valoración de desarrollo Luís H. Garcés

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
VALORACION DE DESARROLLO						
a. Motricidad gruesa		X		X	X	
b. Motricidad fina		X		X		X
c. Audición y lenguaje		X		X		X
d. Personal y social		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

c. Observa Signos de Alarma. De las tres observaciones, solo en la segunda visita el auxiliar de enfermería descubrió a dos niños que oscilaban entre las edades de cero a un año, para observar irritación de la piel alrededor de los genitales, sin embargo en las otras dos visitas no descubrió a los niños para observar posibles signos de maltrato infantil, lesiones personales, cicatrices o signos de alarma como irritación de la piel alrededor de los genitales, erupciones cutáneas, etc.

Cuadro 38 Observación de Signos Luís H Garcés

ÍTEM	OBSERVACION		
	OB.#1	OB.#2	OB.#3

OBSERVA SIGNOS DE ALARMA	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	a. Maltrato infantil		X		X	
b. Cicatrices		X		X		X
c. Signos de alarma		X		X		X

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

d. Orientación. Las orientaciones dadas por el auxiliar de enfermería son de forma verbal, individual y durante la valoración sin embargo estas se limitan a aspectos de talla, peso, vacunación entre otras relacionadas con aspectos de crecimiento, no les explica puntos básicos de estimulación temprana, signos de alarma o retraso psicomotor.

Cuadro 39 Orientación Luís H Garcés.

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
ORIENTACION						
a. Verbal	X		X		X	
b. Escrita		X		X		X
c. Otra						
d. No informa						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

e. Observa Alteraciones. De acuerdo a lo observado en la tercera visita, el auxiliar de enfermería remitió a un menor de forma oportuna frente a una posible alteración respiratoria al médico general, estipulando lo encontrado en la historia clínica del menor.

Cuadro 40 Remisión Luís H Garcés

ÍTEM	OBSERVACION					
	OB.#1		OB.#2		OB.#3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<u>REMISION</u>						
a. Remisión Inmediata					X	
b. No remite						
c. Informa a padres	X		X		X	
d. No informa						

Fuente: Guía de observación efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 a finales de Febrero y primera semana de Marzo

4.2. ANÁLISIS DE LA ENCUESTA.

En este capítulo se presentan los resultados de las encuestas realizadas en los centros de salud escogidos dentro del estudio.

Datos Generales.

1. ¿Hace cuanto tiempo que labora dentro de esta área?

Cuadro 41 Tiempo Laboral

Centros de Salud	Tiempo Laboral		
	Años	Mese	Días
San Luís.	3		
Luís H Garcés.		6	
Cristóbal Colon		8	
Floralia	15		
Panamericano		7	

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

En los Centro de Salud San Luís y Floralia los encargados del Programa de Crecimiento y Desarrollo son los que mas tiempo llevan en el manejo de este programa, al contrario de los Centros de Salud Luís H. Garcés, Cristóbal Colon y Panamericano en donde llevan meses en el manejo del Programa de Crecimiento y Desarrollo. Por lo que se denota la falta de expertísimo en este tipo de programas conllevando a producir posiblemente un manejo técnico y repetitivo que afecta el abordaje y valoración realizados al menor.

2. Datos que tienen en cuenta a la valoración de Crecimiento

Partiendo de los datos obtenidos en la encuesta el 100% del personal encargado del Programa de Crecimiento y Desarrollo afirma valorar la curva de peso, talla, estado nutricional y dar próxima cita.

3. Datos que tiene en cuenta a la valoración de desarrollo.

Partiendo de los datos obtenidos en la encuesta el 100% del personal encargado del Programa de Crecimiento y Desarrollo afirma valorar motricidad gruesa, motricidad fina, audición –lenguaje, personal- social.

4. Cursos de actualización en temas de crecimiento y desarrollo en:

La frecuencia hace referencia al tiempo en cuanto a los Meses, Años o Días de haber recibido la última actualización en los anteriores temas.

El 80% (4 personas) del personal encargado de los programas afirma haber recibido actualización sobre temas de desarrollo motor, solo el 20 %(1 persona) afirma haber recibido actualización en tema de estimulación temprana y retraso psicomotor. (Cuadro 42)

Cuadro 42 Actualización en temas de crecimiento y desarrollo

Centro de Salud	Desarrollo Motor					Estimulación Temprana					Retraso Psicomotor					Ninguno
	Si	No	Frecuencia			Si	No	Frecuencia.			Si	No	Frecuencia.			
			M	A	D			M	A	D			M	A	D	
San Luís.	x			3			X					X				
Luís H Garcés.	X			2		X			2		X			2		
Cristóbal Colon		X					X					X				X
Floralia	X			1			X					X				
Panamericano	X			3			X					X				
Total	4	1				1	4				1	4				

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

5. El personal encargado considera que los implementos utilizados en la valoración de crecimiento y desarrollo funcionan bien, regular o malo.

El 100% del personal asegura que los equipos existentes para la valoración de crecimiento y desarrollo tienen un buen funcionamiento.

6. Lugar donde se realiza la valoración de crecimiento y desarrollo.

¿Cree usted que el sitio en el que se realiza la valoración de motricidad fina y gruesa cumple con las condiciones necesarias para ejecutarlo?

Cuadro 43 Lugar de valoración de crecimiento y desarrollo

Centros de Salud	SI	%	NO	%
------------------	----	---	----	---

San Luís.	X	20		
Luís H Garcés.			X	20
Cristóbal Colon	X	20		
Floralia			X	20
Panamericano	X	20		
TOTAL	4	60	2	40

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

Según lo encuestado el 60 % (3 personas) afirma que el lugar donde realiza la valoración de crecimiento y desarrollo cumple con las condiciones necesarias para la ejecución del Programa de Crecimiento y Desarrollo, sin embargo el 40% (2 personas) que hacen parte del Centro de Salud Luís H Garcés y Floralia afirman no cumplir con las condiciones necesarias para la ejecución de la valoración de crecimiento y desarrollo ya que ellos consideran que el lugar donde realizan la valoración es estrecho y causa incomodidad a los pacientes.

7. Actividades que ejecutan durante la atención de los pacientes.

a. ¿Separa las historias clínicas cronológicamente por edades?

Cuadro 44 Actividades en la atención

Centros de Salud	SI	%	NO	%
San Luís.			X	20
Luís H Garcés.			X	20
Cristóbal Colon			X	20
Floralia	X	20		

Panamericano	X	20		
TOTAL	2	40	3	60

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

Según con lo indagado los encargados del Programa de Crecimiento y Desarrollo aseveran en un 40% (2 personas) que hacen parte del Centro de Salud Panamericano, separan las historias clínicas cronológicamente por edades, comunicándole a los padres para que asistan con sus hijos a la valoración de Crecimiento y Desarrollo. Sin embargo, afirma el encargado del programa del Centro de Salud Floralia que los padres de los menores en su mayoría no asisten al llamado, no obstante un 60 % (3 personas) afirma que no realizan esta actividad ya que las historias clínicas se van pidiendo de acuerdo al paciente que ingresa al control de Crecimiento y Desarrollo.

b. ¿Conoce con anticipación los niños que debe atender durante el día?

Cuadro 45 Conocimiento previo de pacientes

Centros de Salud	SI	%	NO	%
San Luís.			X	20
Luís H Garcés.			X	20
Cristóbal Colon			X	20
Floralia	X	20		
Panamericano	X	20		
TOTAL	2	40	3	60

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

Partiendo de lo encuestado el 40% de los encargados del programa afirma conocer con anticipación los niños que deben atender durante el día ya que los llaman con anterioridad, al contrario de los otros centros de salud que corresponden al 60 % en donde los encargados del programa afirman no conocer los pacientes con anterioridad atendiendo al paciente por orden de llegada.

c. ¿Toma notas de las inasistencias?

Cuadro N 46 Inasistencias

Centros de Salud	SI	%	NO	%
San Luís.			X	20
Luís H Garcés.			X	20
Cristóbal Colon			X	20
Floralía	X	20		
Panamericano	X	20		
TOTAL	2	40	3	60

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

El 40% de los centros de salud reitera tomar nota de las inasistencias ya que llevan un control de citas para el Programa de Crecimiento y Desarrollo. El 60% no toma la inasistencia ya que no llevan un control de continuidad por aparte de la cartilla de crecimiento y desarrollo sobre el control de citas para la valoración del menor.

8. Manejo de la Información.

¿En que momento consigna la información obtenida al realizar la valoración del menor?

El 100% de los encargados del Programa de Crecimiento y Desarrollo aseguran consignar la información obtenida durante la valoración del menor

9. Disposición del personal.

a. ¿Considera que su temperamento varía de acuerdo a la hora de atención?

El 100% de los encargados del Programa de Crecimiento y Desarrollo aseguran que su disposición con el paciente tiende a ser estable y no varía durante su jornada laboral y es igual para todos los pacientes.

b. Si tiene una interrupción en la valoración del niño usted:

Cuadro 47 Interrupción

Centro de salud	Continua valorando Y atiende la interrup.	%	Suspende Valoración Atiende la Interrup.	%	No atiende Interrup.	%
San Luís.	X	20				
Luís H Garcés.	X	20				
Cristóbal Colon	X	20				
Floralia	X	20				
Panamericano					X	20
TOTAL	4	80				

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

El 80 % del personal encuestado afirma atender la interrupción y continuar con la valoración del infante, mientras el 20% restante correspondiente al Centro de salud Panamericano no presenta interrupciones debido a su ubicación dentro de la institución.

C. Durante el lapso de paciente y paciente usted.

El 20 % (1 persona) del personal encargado del programa de crecimiento y desarrollo afirma lavarse las manos entre paciente y paciente, el 80% (4 personas) afirma organizar el lugar de atención después de la valoración del menor.

Cuadro 48 Asepsia

Centro de salud		Lava manos	%	Limpia juguetes	%	Limpia camilla	%	Ordena lugar	%
San Luís.								X	20
Luís Garcés.	H	X	10					X	10
Cristóbal Colon		X	10					X	10
Floralia								X	20
Panamericano								X	20
TOTAL		2	20					5	80

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

10. Orientación

- a. ¿Al realizar la valoración del infante informa al acudiente sobre lo encontrado en el menor?

Cuadro 49 Orientación.

Centros de Salud	de	SI	%		NO	%
San Luís.		X	20			
Luís H Garcés.		X	20			
Cristóbal Colon		X	20			
Floralia		X	20			
Panamericano		X	20			
TOTAL		5	100			

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

El 100% de los encargados del Programa de Crecimiento y Desarrollo aseguran informar al acudiente sobre lo encontrado en el menor.

b. Realiza Charlas educativas a los acudientes de los menores sobre:

Cuadro 50 Charlas Educativas

Centros de salud	Desarrollo motor		Estimulación Temprana		Retraso Psicomotor.		Otras	
	Ind	%	Ind	%	Ind	%	Ind	%
San Luis.							X	20
Luís H Garcés.	X	10	X	10				
Cristóbal Colon			X	20				
Floralia			X	20				
Panamericano			X	20				
TOTAL	1	10	4	70			1	20

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

En el Centro de Salud San Luís que corresponde al 20% (1 persona) el encargado del programa afirma no realizar estas charlas, pero realiza otras capacitaciones como son Lactancia Materna, Nutrición, Accidentes. Un 10 % que corresponde al Centro de Salud Luís H. Garcés afirma realizar charlas de orientación sobre desarrollo motor y el 70% que corresponde al centro de salud Luís H. Garcés, Cristóbal Colon, Floralia y Panamericano que afirma realizar charlas sobre estimulación temprana a los padres que asisten al programa, todas estas orientaciones las realizan de forma individual.

C. ¿Que indicaciones o recomendaciones brinda al acudiente del menor que presenta alguna alteración?

El 100% de las personas encargadas del Programa de Crecimiento y Desarrollo indican al acudiente del menor llevarlo al médico en caso de presentarse alguna alteración que comprometa el esquema de crecimiento y desarrollo.

11. Remisión.

Cuando encuentra un niño con Retraso Psicomotor usted remite:

Cuadro 51 Remisión

Centro de salud	Medico	%	Fisioterapia	%	T.Ocupacional	%	No	%
San Luís.	X	20						
Luís H Garcés.	X	20						
Cristóbal Colon	X	20						
Floralia			X	20				
Panamericano	x	20						
TOTAL	4	80	1	20				

Fuente: Encuesta de manejo de crecimiento y desarrollo realizada en las Empresas Sociales del Estado de las comunas 6, 10 y 11 llevada a cabo en el mes de Marzo. (Anexo B)

El 80% afirma remitir al medico y un 20% de las personas encuestadas remitiría a un fisioterapeuta.

4.3 ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE GUÍA DE OBSERVACIÓN, ENCUESTA FRENTE A LA NORMA.

A continuación se presenta un análisis comparativo entre la observación y la encuesta aplicada según lo estipulado en las normas técnicas de la Resolución 412 del 2000 resaltando las dificultades encontradas en las cinco Empresas Sociales del Estado.

4.3.1 Infraestructura y dotación. Considerando los datos obtenidos en los diferentes centros de salud, los consultorios que no cumplen con los parámetros establecidos son el Luis H Garcés y Floralía debido a que el espacio destinado para la valoración es reducido, imposibilitando realizar actividades concernientes al desarrollo motor. Se encuentran características similares dentro de las instituciones como buena iluminación, ventilación, falta de servicios sanitarios y ruido, el cual se percibe en cuatro centros de salud (Floralía, San Luis, Cristóbal Colon y el Luis H Garcés) debido a su cercanía a la zona de vacunación. La falta de servicios sanitarios y el ruido conllevan al incumplimiento de la norma técnica de la Resolución que establece que el sitio donde se realiza la valoración debe ser tranquilo, ventilado, iluminado cómodo y dotado de servicios sanitarios.

a. Existencia y Funcionamiento de los equipos.

Se perciben dificultades en cuanto a la existencia y calidad de los materiales e implementos; debido a que de los 40 equipos que se esperaban en los cinco centros de salud, se observaron 27 (67.5 %) de los cuales 3 de los implementos se encuentran en mal estado y 13 no existen. (Cuadro 52)

Al llevar a cabo la sumatoria entre los equipos existentes, no existentes y los que se encuentran en mal estado, se afectan los Programas de Crecimiento y

Desarrollo por falta o el mal estado de los materiales requeridos para ejecutar la valoración del infante.

Los implementos más limitados en cuanto a existencia son los infantómetros, termómetros y fonendos, además de elementos de estimulación temprana los cuales son pocos dentro de cada una de las instituciones a excepción del Centro de Salud San Luís en donde no hay materiales para llevar a cabo estimulación temprana. Sin embargo, los encargados del programa consideran que los implementos que utilizan están en buen estado, pero son insuficientes.

Respecto a los formatos de valoración de crecimiento y desarrollo, estos son manejados por todas las instituciones, sin embargo el Centro de Salud Luís H Garcés solo cuenta con un formato de escala abreviada el cual se utiliza como guía de orientación para describir en la historia clínica el desarrollo del menor, pasando por alto los parámetros normativos que dan el puntaje de alerta y la síntesis de la valoración.

Cuadro 52 Existencia y Funcionamiento de los equipos.

Nombre equipo	Existencia				Funcionamiento			
	si	%	no	%	Adecuado	%	No adecuado	%
Pesa bebe	4	10	1	2.5	4	15		
Báscula píe	5	12.5			3	11.1	2	7.4
Infantómetro	1	2.5	4	10	1			
Tallímetro	5	12.5			5	3.7		
Cinta métrica	5	12.5			5	18.5		
Elementos para estimulación temprana	4	10	1	2.5	3	18.5	1	3.7
Otros equipos								
Termómetro	1	2.5	4	10	1	3.7		
Fonendo	2	5	3	7.5	2	7.4		
Total	27	67.5	13	32.5	24	89	3	11

Fuente: Guía de observación, efectuada en las Empresas Sociales del Estado de las Comunas 6,10 y 11 a finales de febrero y primera semana de marzo.

Es fundamental tener en cuenta que la falta de un implemento o material en el Programa de Crecimiento y Desarrollo, afecta la calidad de atención, por lo que se requiere que se tengan todos los implementos para realizar una adecuada

valoración del menor, asegurando una atención oportuna y excelente que permita detectar a tiempo posibles alteraciones o el inicio de estas.

Con este dato se incumple lo estipulado en la Resolución, donde se afirma que se debe preparar y acondicionar el sitio de trabajo con los elementos necesarios para la valoración de los niños (as) de acuerdo a la edad.

4.3.2 Ambiente de intervención

a. Interrupciones. Dentro de la investigación cuatro de las instituciones presentan interrupciones constantes por parte del personal que labora dentro de las mismas, por ciertas condiciones que facilitan que esto se pueda dar, como la doble entrada a los consultorios (San Luís, Cristóbal Colon), las salidas constantes del personal encargado y por parte de pacientes solicitando información concerniente al programa.

El personal afirma atender las interrupciones y continuar con la valoración. Corriendo el riesgo de olvidar o pasar por alto información. Infringiendo la norma que afirma que el sitio debe ser tranquilo.

b. Disposición del personal hacia la atención. El personal que realiza la atención maneja un temperamento estable durante su jornada laboral, donde la gran mayoría tiene una disposición afable, permitiendo que el menor y su acudiente sean parte activa de la valoración, brindándoles confianza y un acercamiento directo, exceptuando los centros de salud Cristóbal Colon y San Luís, donde manejan una disposición indiferente, tanto con el menor como con los acudientes, lo que crea una barrera entre la persona encargada, el acudiente y el menor que no facilita la interacción y que dificulta la valoración del menor por falta de adaptación y en ocasiones por la irritabilidad del niño al sentirse extraño,

colocando en riesgo los datos obtenidos durante la valoración. Sin embargo, el 100% del personal reitera que su temperamento nunca varía durante la jornada de atención.

Considerando lo establecido por las normas técnicas, las personas encargadas del Programa de Crecimiento y Desarrollo deben tener una disposición humanizada para la atención del paciente y adaptar el sitio de trabajo para la valoración propiciando la adaptación y el acercamiento del niño antes de iniciar la misma, planteamiento que no se cumple en la totalidad de los casos debido a que no se interactúa con las personas a evaluar comprometiendo la valoración del infante.

c. Asepsia. Ninguna de las instituciones cumple con las normas de bioseguridad básicas que se requiere en todas las instituciones de salud, para la atención de pacientes como son el lavado de manos y limpieza de implementos entre otras; aunque en la encuesta aseguran realizar el lavado de manos, sin embargo en todos los centros de salud los encargados del programa ordenan los implementos utilizados para llevar a cabo la valoración dato que concuerda con la observación y la encuesta realizadas.

Incumpliendo con las normas técnicas de la Resolución al no limpiar los implementos para un adecuado funcionamiento por que en esta se afirma que se debe preparar y acondicionar el sitio de trabajo con los implementos necesarios para la valoración de los niños (as) de acuerdo a su edad.

4.3.3 Registro.

a. Esquema de valoración. De acuerdo con lo establecido por las normas técnicas de la Resolución este es un parámetro que se cumple debido que se maneja el esquema de crecimiento y desarrollo según la actividad periódica por concentración, explicando a los padres cada cuanto debe llevar a su niño a control

de acuerdo con la edad del menor.

Sin embargo, solo el centro de salud Panamericano tienen un orden de atención y manejo de historias clínicas, permitiendo saber con anticipación cuantos niños van a atender en el día, al contrario de los restantes centros de salud que atienden a la población sin conocer la cantidad de niños que deben atender durante el día por que no se lleva un registro de citas e historias clínicas donde se especifique los niños que van a ser atendidos durante el día.

b. Registro de información. En todos los programas observados la persona encargada registra la información procedente de la valoración y de las preguntas realizadas a familiares simultáneamente. Cumpliendo de esta forma con lo estipulado en la resolución donde afirma que se debe registrar inmediatamente la información de lo observado para evitar olvidos y confusiones, datos que concuerdan con la encuesta pues el 100% asegura consignar la información obtenida de la valoración durante el desenlace de la misma.

4.3.4 Intervención. El personal encargado del manejo de esta área corresponde a cuatro auxiliares de enfermería y una enfermera jefe procedente del Centro de Salud de Cristóbal Colon. Los cuales no han asistidos a capacitaciones sobre temas relacionados con las condiciones básicas de acuerdo a la edad como por ejemplo desarrollo motor, estimulación temprana, retraso psicomotor etc. en mas de dos años, sin embargo en el área de vacunación reciben capacitación mensual, por otro lado el encargado del Centro de Salud Luís H. Garcés afirma haber recibido capacitación sobre maltrato infantil, por lo que se observa mayor énfasis en los temas de vacunación y medidas antropométricas durante la valoración, dejando a un lado puntos importantes dentro de la misma. Igualmente no se realiza una anamnesis completa omitiendo en la mayoría de los casos antecedentes peri y postnatales, enfermedades anteriores e historia familiar que pueden influir en el desarrollo del menor y están ligadas con el comportamiento de este.

Además ninguno cuenta con la supervisión de otro profesional en la ejecución del programa, lo que podría favorecer que se valoraran los contenidos necesarios de acuerdo a la edad del niño de manera apropiada promoviendo la disminución de factores de riesgo en el menor que puedan alterar su crecimiento y desarrollo.

a. Valoración de crecimiento. Según lo observado, esto no se efectúa en ninguno de los centros de salud, ya que se limita a realizar medidas antropométricas y evaluar el peso del infante dejando a un lado el estado nutricional del mismo y otras particularidades sujetas a la valoración de crecimiento como son maltrato infantil, signos de alarma y toma de signos vitales, incumpliendo con lo estipulado en las normas técnicas de la Resolución 412 del 2000, donde se afirma la importancia de la valoración de los puntos ya nombrados, asimismo se debe tener en cuenta que cualquier alteración en el crecimiento afecta a su vez el desarrollo del menor pues son dos procesos que

van de la mano y que no se pueden ver como dos entes diferentes. Sin embargo el 100% asegura realizar la valoración de crecimiento de forma completa teniendo en cuenta los puntos mencionados en la encuesta (Anexo E).

b. Observación de signos. De los cinco centros de salud solo en Floralia, Panamericano y Cristóbal Colon revisan los genitales de los menores para examinar limpieza y posibles signos de violación, pero en el Centro de Salud Luís H Garcés solo se evalúa en niños de cero a dos años, por otro lado el centro de salud San Luís no examinan estos signos, incumpliendo de esta forma con la norma técnica en la que afirma que se debe buscar signos de maltrato infantil en todos sus aspectos.

c. Valoración de desarrollo. De acuerdo a lo observado ninguno de los encargados del programa ejecuta una valoración acorde que permita observar el progreso de las habilidades motrices en cada etapa, ya que se limitan a indagar a los padres sobre las actividades y conductas del infante, sin ser comprobado durante la valoración. Sin embargo, el 100% asegura realizar la valoración de desarrollo motor de forma completa teniendo en cuenta los puntos mencionados en la encuesta (Anexo E). Lo que incumple con las normas técnicas en donde se afirma, que el evaluador debe ejecutar todos los puntos de la escala abreviada de desarrollo de acuerdo a la edad del menor, para poder detectar oportunamente posibles alteraciones que pueden ser intervenidas a tiempo, también se debe recordar que la motricidad gruesa y fina deben evaluarse por igual sin dejar aun lado a alguna de ellas, como ocurre en ocasiones ya que el personal valora algunos puntos de motricidad gruesa como: patear pelota, lanzar pelota, caminar, pero no evalúa motricidad fina conllevando a que la valoración no arroje todos los datos relevantes de acuerdo a la edad del menor.

d. Observación de alteraciones y remisión.

En las cinco instituciones las personas encargadas del Programa de Crecimiento y Desarrollo remiten al infante al médico ante cualquier anomalía que encuentren así no tengan el conocimiento de que se trata la posible alteración que esta manifestando el menor, para que este tome las medidas que sean necesarias. Según la resolución en caso de encontrar un problema de salud, se debe iniciar manejo y remitir al médico, si se encuentra un problema de mayor complejidad en la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos, y la causa de remisión asegurando su atención en el otro organismo de referencia. Esto no implica la salida del niño del Programa de Crecimiento y Desarrollo. En todos los centros de salud manifiestan realizar la remisión médica. En el Centro de Salud Luís H. Garcés se observo la remisión oportuna frente a una posible alteración respiratoria, sin embargo el hecho de que no tengan conocimientos claros sobre las alteraciones que pueden afectar al infante en su proceso de crecimiento y desarrollo conlleva a la omisión de signos lo que a su vez puede hacer que no se realice la remisión requerida.

e. Orientación. El 100% de los encuestados manifiesta brindar información a los acudientes del menor respecto a lo valorado; igualmente afirman orientar a los padres sobre estimulación temprana, desarrollo motor y otras como lactancia materna, nutrición y maltrato infantil, durante la valoración del niño.

Conforme a lo observado los encargados del programa, se limitan a informar sobre parámetros de crecimiento excluyendo los parámetros de desarrollo, lo cual refleja problemas en el ofrecimiento de actividades educativas al acudiente sobre los cuidados del niño de acuerdo a la edad, lo que causa que la población que asiste a los centros de salud anteriormente mencionados en la descripción del ambiente no quede cubierta por acciones de promoción referentes a temas relevantes en el infante y que pueden afectarlo en cada una de sus diferentes etapas de vida.

No se encuentra ninguna conexión entre los meses y años que lleva laborando el personal en el área de Crecimiento y Desarrollo con relación a la orientación que se le ofrece a los padres, aunque era de esperar que las personas que tuvieran mayor antigüedad dentro del programa o las personas nuevas tuvieran un mayor manejo de la promoción en salud y conocimientos importantes que sean pertinentes para el infante y su familia.

De las cinco personas encuestadas tres llevan laborando dentro del programa menos de un año a excepción de las personas que trabajan en los centros de salud San Luís y Floralia que llevan más de tres años.

Es fundamental señalar que las actividades de Promoción de la Salud son un pilar importante dentro del Programa de Crecimiento y Desarrollo, pero ninguna de las instituciones sabe como hacerlo de manera adecuada para evitar que el conocimiento transmitido a los acudientes del menor no sea pertinente.

De acuerdo a las normas técnicas de la Resolución 412 del 2000 se debe motivar la participación y apoyo de los padres en las consultas de crecimiento y desarrollo e indicar la forma de estimular el desarrollo del niño, las conductas a observar y los hallazgos. Pero en los centros de salud la participación que se les da a los padres va limitada a contestar las preguntas referentes al desarrollo del menor, sin tener en cuenta aspectos concernientes a estimulación temprana y la manera de practicarlos con este.

5. CONCLUSIONES

Las conclusiones que se presentan a continuación se realizan de manera general, debido a las similitudes encontradas en los cinco centros de salud adscritas a las Empresas Sociales del Estado. Sin embargo, se especificara algunos puntos de acuerdo a lo encontrado en cada centro de salud.

- En las Empresas Sociales del Estado incluidas en esta investigación falta claridad en los conceptos pertenecientes a las normas técnicas de la Resolución 412 del año 2000, referentes a la valoración de crecimiento y desarrollo, lo que dificulta actividades de protección específica y detección temprana.
- Los Programas de Crecimiento y Desarrollo de las instituciones objeto de este trabajo, cuentan con un recurso humano en salud que presenta falencias durante el abordaje del menor por falta de capacitación, lo que limita la atención y conlleva a una valoración incompleta en todos los aspectos, omitiendo datos de importancia, y basándose en la información de los padres.
- La valoración detecta desequilibrios o alteraciones en el crecimiento y desarrollo del menor permitiendo una intervención oportuna, pero al presentarse la omisión de parámetros y subjetividad en el momento de la valoración, se pueden generar complicaciones en los individuos; estas situaciones se deben entre otros factores a la falta de capacitación del personal y a la ausencia de supervisión por parte de una persona idónea, que pueda ayudar a evitar resultados sesgados o inexactos que disminuyan la calidad en la atención del

programa debido a la mecanización o exclusión de datos durante la valoración, colocando en riesgo el progreso de las habilidades del menor.

- La falta de capacitación del personal encargado de los Programas de Crecimiento y Desarrollo en temas relacionados con el desarrollo del menor limita los contenidos educativos brindados a los acudientes, lo que disminuye la calidad de atención en uno de los programas prioritarios para el gobierno.

6. RECOMENDACIONES

- Se sugiere a los directores de los centros de salud prestar mayor atención a los programas de crecimiento y desarrollo brindando a las personas encargadas de este capacitaciones que puedan mejorar su atención por ejemplo: valoración completa de crecimiento, sin pasar por alto el estado nutricional, manejo adecuado de la Escala Abreviada de Desarrollo, alteraciones motoras, importancia de la estimulación adecuada, teniendo en cuenta que son los temas en que se debe hacer mayor énfasis para el mejoramiento del programa.
- Se recomienda mejorar la organización de los consultorios de los Centros de Salud Luis H. Garcés y San Luis, para así permitir mayor movilidad y espacio facilitando la valoración del menor. De igual forma se sugiere la implementación de equipos y el mantenimiento periódico de estos con el fin de adquirir una mejor valoración del menor.
- En el Programa de Crecimiento y Desarrollo se debe tener en cuenta ciertos factores como: controlar interrupciones por medio de avisos, mantener equipos y materiales limpios, tener un cronograma de citas.
- Es conveniente profundizar en otros aspectos de la Resolución 412 del 2000 para conocimiento y oportunidad laboral de los fisioterapeutas.

GLOSARIO

PROMOCIÓN DE LA SALUD: es proporcionar al pueblo los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, individual o grupal y de ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

DESARROLLO MOTOR: Hace una referencia al proceso de evolución a nivel físico y estructural en el cual se desarrollan y se integran diferentes etapas motrices. Este proceso de cambio esta relacionada con la edad del infante las cuales producen conductas motrices que convergen en la independencia física y al control sobre su cuerpo. El desarrollo motor esta integrado por dos áreas motoras las cuales son: Motricidad Gruesa y Motricidad Fina. La Motricidad Gruesa hace referencia a habilidades motoras globales en las que interviene de forma holista músculos grandes los cuales se involucra en actividades como sentarse, caminar, correr etc. Las capacidades motoras finas/ adaptativas consisten en el uso de los músculos pequeños los cuales intervienen en actividades de precisión y coordinación de movimiento. Estas dos áreas motoras son las que marcan los parámetros esenciales para la evolución del infante.

GUÍAS DE OBSERVACIÓN

Planta Física:

Buen Estado: Hace referencias al estado físico de la estructura del suelo Que no este quebrada, levantada o floja para así evitar accidentes como laceraciones al contacto con esta.

Mal Estado: Hace referencias al estado físico de la estructura del suelo que se encuentre quebrada, levantada o floja que pueden colocaren riesgo a la población siendo susceptibles a laceraciones, contusiones o caídas.

Limpio: Que el suelo donde se ejecuta la valoración del menor se encuentre libre de polvo, papeles y sustancias líquidas.

Sucio: Que el suelo donde se ejecuta la valoración del menor se encuentre polvo, papeles y sustancias líquidas entre otras sustancias que indiquen desaseo.

FUNCIONAMIENTO DE LOS MATERIALES DEL EXAMEN FÍSICO

Funcionamiento Adecuado: Consiste en el funcionamiento del material o instrumento el cual no interrumpa la valoración de crecimiento y desarrollo por fallas técnicas

Funcionamiento Inadecuado: Consiste en mal funcionamiento del materia o instrumento provocando interrupciones en la valoración por fallas técnicas.

DISPOSICIÓN DEL PERSONAL DURANTE LA VALORACIÓN:

Afable: Hace referencia a que el trato de la persona encargada del programa sea de forma agradable, dulce, comprensiva antes, durante y después de la valoración hacia las personas que solicitan este servicio.

Indiferente: Hace referencia a que el trato de la persona encargada del programa sea de forma desinteresada y que no tiene en cuenta la actitud del infante antes, durante y después de la valoración.

Disgustado: Hace referencia a que el trato de la persona encargada del programa no tolere las actitudes como llanto, riza, o juego del infante antes, durante y después de la valoración.

ACERCAMIENTO DEL MENOR.

Simple: Se refiere a la actitud desinteresada por parte de la persona encargada del programa el cual que no invita al juego y la integración del padre dentro de la valoración del infante.

Cautelosa: Se refiere a la actitud de prudencia y respeto de la persona encargada del programa al momento de realizar la valoración.

Espontánea: Se refiere a la actitud de participación, iniciativa e integración de la persona encargada del programa el cual inicia el juego, ejecuta el acercamiento entre padre, hijo y evaluador.

SIGNOS DE ALARMA.

Maltrato infantil: Si la persona encargada de la valoración observa y le da importancia a signos como contusiones, laceraciones, golpes que se pueden presentar en el infante.

Signos de alarma: Si la persona encargada de la valoración tiene en cuenta signos de erupciones, eritema, o comportamientos inadecuados como llanto excesivo, apático e indiferente.

BIBLIOGRAFÍA

- Behrman Richard E. Compendio de pediatría, editorial interamericana Mcgraw Hill, Primera edición, México, 1991. Pág., 23, 24
- Cobo Llorede Ricardo, Bernal León Juanita y colaboradores. Agenda ambiental, Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente Alcaldía de Santiago de Cali, administración de gestión del medio ambiente DAGMA, edición #1 de enero 1998, *Comuna 6* impresión de Papeles y Compañía Limitada. Pág. 2,
- Cobo Llorede Ricardo, Bernal León Juanita y colaboradores. Agenda ambiental, Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente Alcaldía de Santiago de Cali, administración de gestión del medio ambiente DAGMA , edición #1 de enero 1998, *Comuna 10* impresión de Papeles y Compañía Limitada Pág. 22,
- Cobo Llorede Ricardo, Bernal León Juanita y colaboradores. Agenda ambiental, Departamento Administrativo de Gestión del Medio Ambiente Alcaldía de Santiago de Cali, administración de gestión del medio ambiente

DAGMA, edición #1 de enero 1998, *Comuna 11* impresión de Papeles y Compañía Limitada. Pág. 23.

- Escuela de Salud Pública, Universidad del Valle tesis 174, magíster de Salud Pública, 1996.
- Giraldo Gómez Blanca Stella y colaboradores. Salud integral para la infancia SIPI, manual de normas técnicas y administración, tomo 1, segunda edición, editado por Servicio Seccional de Salud de Antioquia, Bogotá, 1996. Pág., 13, 14
- Hernández Sampien y colaboradores. Metodología de la investigación, editorial interamericana Mcgraw Hill, Primera edición, México, 1991.
- Leroy A., Genot C. Y colaboradores. Kinesioterapia, evaluaciones técnicas pasivas y activas, editorial Medica Panamericano, tomo uno, Madrid – España 1996.

- Méndez E. Carlos. Metodología, diseño y desarrollo del proceso de investigación, editorial interamericana Mcgraw Hill, tercera edición, Medellín – Colombia, 2001.
- Meneghello Julio. Pediatría Meneghello, quinta edición tomo 1, editorial Panamericana, Madrid, 1997. Pág.,3 28, 29
- Merlo Macias L, Fagoaga Mata J. Fisioterapia en pediatría, editorial McGraw Hill interamericana, primera edición, España 2002. Pág., 12, 20, 21, 25
- Ordóñez N Sara y colaboradores. Portafolio Guía de la Promoción de la salud en el municipio, ministerios de Salud, editorial Stilo Impresiones Limitada, Bogotá.
- Palomo del Blanco Maria Pilar. El niño hospitalizado, características evaluación y tratamiento, edición Pirámides, Madrid 1995. Pág., 118, 121
- Parra León Ricardo. Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, editorial Cajanal EPS fudesco, Colombia, 1998.

- Pulido Ternera Jairo Hernán y colaboradores. Salud integral para la infancia SIPI, manual de normas técnicas y administrativas, editorial Servicio Seccional de Antioquia.
- Quevedo Leal Francisco. El pediatra Eficiente, quinta edición, editorial Panamericana, Bogotá, 1996. Pág., 36
- Restrepo E. Helena. Promoción de la Salud: como construir vida saludable, editorial Panamericana, Bogotá, 2001 Pág., 16, 17
- www.disaster-info.net/desplazados/legislación/resolucion412.pdf
- www.guajiros.udea.edu.co/revista/vol20-1/08201.pdf
- <http://www.inta.cl/promosalud/conferencias/ottawa.pdf>
- www.mingobierno.gov.co
- www.saludsantander.gov.co/documentos/res-412-2000.pdf
- www.saludtolima.gov.co/noyley/acuer117.htm

ANEXOS

ANEXO A

NORMA TÉCNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LAS ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL MENOR DE 10 AÑOS

(Hace parte de la RESOLUCION NUMERO 00412 DE 2000)

TABLA DE CONTENIDO

1. JUSTIFICACIÓN

2. OBJETIVO

3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1 DEFINICION

3.2 CONCEPTO DE CRECIMIENTO

3.3 CONCEPTO DE DESARROLLO

4. POBLACION OBJETO

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

5.1 OBJETIVOS DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

5.2 IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

5.3 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (89.0.2.01)

5.3.1 Elaboración de la historia clínica

5.3.2 Examen físico completo por sistemas.

5.3.3 Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño(a) (Ver tabla de valoración del desarrollo.

5.4 CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA (CONSULTA DE CONTROL O SEGUIMIENTO DE PROGRAMA POR ENFERMERÍA 89.0.3.05)

5.4.1 Valoración del desarrollo

5.4.2 Valoración del crecimiento

5.4.2.1 Anamnesis.

5.4.2.2 Examen físico completo por sistemas y toma de signos vitales.

5.4.2.3 Información y educación

6. TABLAS DE REFERENCIA PARA LA VALORACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

7. FLUJOGRAMA

8. BIBLIOGRAFIA

1. JUSTIFICACIÓN

El 90% del desarrollo físico y psíquico, ocurre durante los primeros años de vida; esto quiere decir, que el ser humano sólo tiene una oportunidad de desarrollarse y ésta debe protegerse hasta donde sea posible.

Las enfermedades perinatales, las infecciones respiratorias agudas, las diarreas, las enfermedades inmuno - prevenibles, los accidentes y la desnutrición, son la causa de más de 50.000 muertes en Colombia. Éstas y otras enfermedades y problemas como la carencia afectiva, el retardo mental, las enfermedades bucales, las alergias y trastornos visuales y auditivos, impiden el bienestar de los niños y de las niñas y dificultan su desarrollo. Las mencionadas situaciones se pueden prevenir y controlar a través de la vigilancia y el acompañamiento adecuado del proceso de crecimiento y desarrollo.

Por estas razones, es necesario asumir un compromiso social que dé la máxima prioridad a los niños y las niñas, que permita un abordaje más equitativo, le asigne a la niñez los recursos suficientes para la promoción y fortalecimiento de los factores protectores, la prevención y control de los factores de riesgo, para lograr así, el mejoramiento de su salud, bienestar y calidad de vida.

«Los niños son seres únicos e irrepetibles, gestores de su permanente proceso de crecimiento y desarrollo y los adultos, tenemos el compromiso ineludible de acompañarlos con inteligencia y amor en este proceso: El Niño Sano»

2. OBJETIVO

Disminuir las tasa de morbilidad y mortalidad por causas evitables mediante la prevención e identificación oportuna de los problemas que afectan a los niños y niñas menores de diez años.

Ofrecer educación individual y orientación a los padres y madres sobre los cuidados y la trascendencia de la salud integral para potenciar sus posibilidades.

3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES

3.1 DEFINICION

Se entiende la Atención para la detección temprana de las alteraciones del crecimiento y desarrollo de los niños y las niñas menores de diez años, como el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a esta población, mediante las cuales se garantizan su atención periódica y sistemática, con el propósito de detectar oportunamente la enfermedad, facilitar su diagnóstico y tratamiento, reducir la duración de la enfermedad, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

3.2 CONCEPTO DE CRECIMIENTO

Es un proceso que se inicia desde el momento de la concepción del ser humano y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia.

Consiste en un aumento progresivo de la masa corporal dado tanto por el incremento en el número de células como en su tamaño; es inseparable del desarrollo y por lo tanto ambos están afectados por factores genéticos y ambientales.

Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico (esta de gran importancia en los dos primeros años de vida postnatal), perímetro torácico, envergadura y segmento inferior. Al nacer, los niños(as) deben pesar en promedio entre 3200 y 3500 gramos, y medir entre 49 y 51 cm.

3.3 CONCEPTO DE DESARROLLO

El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano; es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, ético, sexual, ecológico, cultural y social.

Para la evaluación del desarrollo se han diseñado varios instrumentos, entre los cuales el más usado en Colombia es la Escala Abreviada de Desarrollo, como se verá más adelante.

4. POBLACION OBJETO

Los beneficiarios de esta norma técnica son todos los niños y niñas afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado, desde su nacimiento, hasta los diez años.

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención a los niños y niñas menores de diez años, las cuales deben tener capacidad resolutivas, disponer del talento humano como médicos y enfermeras debidamente capacitados en el tema del crecimiento y desarrollo; con el fin de brindar atención humanizada y de calidad, que garantice intervenciones eficientes, oportunas y adecuadas.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas normas implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar la protección y el mantenimiento de la salud de los niños y niñas menores de diez años.

Se deben hacer intervenciones en edades claves del crecimiento y desarrollo; brindar a los niños, a las niñas y a sus familias, además de la atención profesional eficiente, apoyo psicológico, consejería y trato amable, prudente y respetuoso.

Idealmente la inscripción para la valoración del crecimiento y desarrollo debe hacerse desde el nacimiento e iniciarse desde el primer mes de vida, pero deben ingresarse a cualquier edad, de acuerdo con el siguiente esquema:

TABLA 1. ESQUEMA DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y Desarrollo

ACTIVIDAD PERIODICIDAD CONCENTRACIÓN

Identificación e inscripción temprana Al nacimiento o primer mes de vida 1

Consulta médica 1ª vez Desde el primer mes de vida 1

Consulta de seguimiento < de 1 año: 1-3m; 4-6m; 7-9m; 4 al año por enfermera 10-12m.

De 1 año: 13-16m; 17-20; 21-24m. 3 al año

De 2 a 4 años: 25-30m; 31-36m; 4 veces
37-48m; 49-60m.

De 5 a 7 años: 61-66m; 67-72m; 4 veces
73-78m; 79-84m.

De 8 a 9 años: Cada año 3 veces

5.1 OBJETIVOS DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

- Evaluar el proceso de crecimiento y desarrollo del y la menor de 10 años en forma integral.
- Valorar el progreso en las conductas motora gruesa y fina, auditiva y del lenguaje y personal social.
- Potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, y prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermar y morir en esta etapa de la vida.
- Detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a), para una intervención oportuna y adecuada.

- Promover el vínculo afectivo padres, madres hijos e hijas y prevenir el maltrato.
- Promover el autocuidado, los factores protectores y el control de los factores de riesgo a través de la educación en salud.
- Garantizar a la población menor de 10 años el esquema completo de vacunación, de acuerdo con las normas técnicas establecidas en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) del Ministerio de Salud.
- Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y con alimentación complementaria adecuada hasta los 2 años.
- Vigilar y controlar la buena nutrición de los niños(as).
- Orientar a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos(as).
- Impulsar los componentes de salud oral y visual, para mantener a la población infantil libre de patologías orales y visuales.
- Respetar y promover los derechos de los niños(as).

5.2 IDENTIFICACIÓN E INSCRIPCIÓN TEMPRANA DE LOS NIÑOS Y LAS NIÑAS

- La identificación e inscripción de los niños y niñas debe hacerse antes de la salida del organismo de salud donde ocurra su nacimiento.
- Se debe motivar la participación y apoyo del padre y la madre en las consultas de crecimiento y desarrollo,

- Informar a los participantes sobre cada uno de los procedimientos a realizar en un lenguaje sencillo y apropiado.
- Si el niño no se inscribe en el periodo neonatal inmediato, debe hacerlo en cualquier momento hasta los nueve años (lactante menor, lactante mayor, preescolar o escolar).

5.3 CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL (89.0.2.01)

Es el conjunto de actividades mediante las cuales el médico general, debidamente capacitado en crecimiento y desarrollo, evalúa el estado de salud y los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales de esta población, para detectar precozmente circunstancias o patologías que puedan alterar su desarrollo y salud, y orienta por primera vez a los padres o cuidadores de los niños(as) en el proceso de crecimiento y desarrollo.

En la consulta, el médico debe realizar las siguientes acciones:

5.3.1 Elaboración de la historia clínica

- Datos completos de identificación.
- Anamnesis sobre antecedentes perinatales:
 - Embarazo deseado.
 - Patologías de embarazo, parto o puerperio.
 - Lugar de nacimiento.
 - Edad gestacional.

- APGAR.
- Medidas antropométricas al nacer.
- Patologías del recién nacido.
- Alimentación: Lactancia materna exclusiva, mixta, complementaria.
- Antecedentes familiares.
- Número y estado de hermanos(as): vivos y muertos antes de 5 años.
- Patologías familiares.
- Revisión de resultados de exámenes paraclínicos: Tamizaje hipotiroidismo, hemoclasificación y serología de la madre en el momento del parto.
- Revisión del estado de vacunación de acuerdo con el esquema vigente
- Valoración de riesgos psicosociales.
- Brindar educación a la familia con base en la edad del niño(a) y los hallazgos.
- Citar para el siguiente control con la enfermera.

5.3.2 Examen físico completo por sistemas.

- Revisión órganos de los sentidos (Especial énfasis en Visión y Audición).
- Valoración de peso, talla, perímetros y estado nutricional.
- Diligenciamiento y análisis de curvas de peso y talla de acuerdo al género.
- Toma de signos vitales.

5.3.3 Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño(a) (Ver tabla de valoración del desarrollo).

En caso de encontrar problemas de salud iniciar manejo y remitir. Si se remite a un nivel de mayor complejidad, en la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.

La remisión no implica la salida del niño(a) del programa de crecimiento y desarrollo y por lo tanto se le debe programar el siguiente control.

5.4 CONSULTA DE CONTROL POR ENFERMERA (Consulta de control o seguimiento de programa por enfermería 89.0.3.05)

Es el conjunto de actividades realizadas por enfermera, debidamente capacitada en Crecimiento y Desarrollo, a los niños y niñas valorados por el médico en la primera consulta, para hacer seguimiento a su crecimiento y desarrollo y detectar oportunamente las complicaciones que puedan aparecer en cualquier momento.

Los controles por enfermera pueden realizarse en forma grupal e individual, con la periodicidad y dentro de los rangos de edad previstos en el esquema.

5.4.1 Valoración del desarrollo

Para la realización de las actividades debe tenerse en cuenta:

- El sitio de trabajo debe ser tranquilo, iluminado, ventilado, cómodo, dotado de servicios sanitarios y alejados de las áreas de hospitalización y urgencias si la actividad se realiza en el organismo de salud.

- Preparar y acondicionar el sitio de trabajo con los elementos necesarios para la valoración de los niños(as) de acuerdo a la edad.
- Propiciar la adaptación de los niños(as) antes de iniciar la evaluación de su desarrollo y estimular la participación del padre y la madre.
- Valoración del desarrollo de acuerdo con la edad del niño(a)
- En todos los controles, indicar a las madres y los padres la forma de estimular el desarrollo del niño y las conductas a observar.
- Registrar inmediatamente la información de lo observado para evitar olvidos o confusiones.
- En caso de que el niño(a) se encuentre enfermo o su estado emocional sea de miedo o rechazo extremos, no deberá hacerse la valoración de su desarrollo. Es preferible dar una nueva cita dentro de su mismo rango de edad.

5.4.2 Valoración del crecimiento

Esta se hace en forma individual y contempla las siguientes actividades:

5.4.2.1 Anamnesis.

- Indagar sobre cumplimiento de recomendaciones hechas por el médico o por la enfermera en el control anterior.
- Indagación sobre comportamiento y estado de salud del niño(a).
- Revisión del esquema de vacunación.

5.4.2.2 Examen físico completo por sistemas y toma de signos vitales.

- Registro y análisis de las curvas de peso y crecimiento.
- Búsqueda de signos de maltrato infantil.
- Tamizaje de agudeza visual y auditiva de acuerdo con las normas vigentes.

5.4.2.3 Información y educación

- Brindar información, educación y consejería en nutrición, puericultura y otros temas de acuerdo a la edad del niño(a) y a los hallazgos.
- Enseñanza de la estimulación adecuada.
- Fomento de factores protectores.
- Orientación sobre signos de alarma por los que debe consultar oportunamente.
- Dar cita para el siguiente control.

Si en el examen se encuentra alguna anormalidad o complicación, deberá ser evaluada por el médico para decidir el nivel en que se atienda. Si se remite a un nivel de mayor complejidad, en la nota de referencia se deben consignar todos los datos de la historia clínica, los resultados de los exámenes paraclínicos y la causa de la remisión, asegurando su atención en el otro organismo de referencia.

La remisión no implica la salida del niño(a) del programa de crecimiento y desarrollo y por lo tanto se le debe programar el siguiente control.

6. TABLAS DE REFERENCIA PARA LA VALORACIÓN DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

7. FLUJOGRAMA

8. BIBLIOGRAFIA

1. El Niño Sano. Grupo de Pediatría Social. Universidad de Antioquia. Medellín, Junio 1998.
2. Salud Integral para la Infancia (SIPI). Guía para la Salud y Prevención de la Salud Oral. Tomo III. Grupo Científico. ISS. (Editado por el Servicio Seccional de Salud de Antioquia). Medellín, 1996.
3. Salud Integral para la Infancia (SIPI). Manual de normas Técnicas y Administrativas. Grupo Interinstitucional de Programas de Salud del Niño en Antioquia. Tomos I y II. Medellín, 1996.
4. Salud Integral para la Infancia (SIPI). Manual de normas Técnicas y Administrativas para el niño y la niña en edad escolar. Grupo Interinstitucional de Programas de Salud del Niño en Antioquia. Medellín, 1996.

ANEXO D

GUÍA DE OBSERVACIÓN

Esta guía de observación incluye aspectos de actitud y de desempeño de la población encargada del Programa de Crecimiento y Desarrollo y características físicas de las Empresas Sociales del Estado de las Comunas 6, 10 y 11 de Santiago de Cali.

INFORMACIÓN GENERAL

1. Nombre de la institución de salud _____

2. Dirección _____

3. Comuna _____

4. Cargo de la persona observada: _____

5. Horario de servicio en Control de Crecimiento y Desarrollo:

a). Una jornada de 4 horas: _____

b). Menor de 4 horas: _____

c). De 4 – 8 horas: _____

d). Jornada de 8 horas: _____

5 Número de niños para evaluar por jornada por cada evaluador

Jornada	# de evaluador	# de niños
Mañana		
Tarde		

7. CARACTERÍSTICAS DEL LOCAL

a. Existe un espacio específico para realizar la valoración de crecimiento y desarrollo del infante Sí. No.

8. Existe condiciones de intimidad para la atención del infante

Si No

9. PLANTA FÍSICA

a. PISOS.

TIPO	ESTADO		ASEO	
	BUEN ESTADO	MAL ESTADO	LIMPIO	SUCIO
Baldosa				
Cerámica				

b. ZONA DE EVALUACIÓN.

Ventilada		Espaciosa		Iluminada		Ruidosa	
SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

10. RECURSOS Y MATERIALES.

a. Cuadro de equipo para examen físico:

EQUIPO	Existencia	
	SI	NO
Pesa bebe		
Báscula píce		
Infantómetro		
Tallímetro		

Cinta métrica		
Elementos para estimulación temprana		
Termómetro		
Fonendo		
Tabla de crecimiento		
Escala abreviada del desarrollo		

b). FUNCIONAMIENTO DE MATERIALES PARA EXAMEN FÍSICO

Fecha	Equipo	Funcionamiento	
		Adecuado	Inadecuado

11. FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA

a. La atención del programa de crecimiento y desarrollo se presta :

- todos los días _____
- 3 veces la semana _____
- 2 veces la semana _____
- 1 vez a la semana _____

b. La Ubicación del espacio físico donde se ejecuta el programa de crecimiento y desarrollo se encuentra:

Visible _____ Oculta _____ Fácil Ubicación _____
 Difícil Ubicación _____

c. Esquema de manejo para la valoración del menor

ESQUEMA	Fecha	Fecha	Fecha
----------------	-------	-------	-------

	Observación1	Observación2	Observación3
Por edad			
Por fecha de inscripción			
No tiene			

12. Supervisión

a) Hay supervisión por parte de un profesional en salud para quien realiza la valoración del programa de crecimiento y desarrollo: Sí. No.

b) Si su respuesta es positiva marque con una X, el profesional en salud encargado:

Enfermera Jefe ____

Fisioterapeuta ____

Enfermera ____

Medico ____

Auxiliar de enfermería ____

Otra: _____

13. VARIABLES A OBSERVAR

A. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN OBTENIDA DE LA VALORACIÓN DEL MENOR

Consigna de la información obtenida en la observación del niño	Fecha	Fecha:	Fecha:
	Observación 1	Observación 2	Observación3
Consigna antes			
Consigna durante			

Consigna al final			
No consigna			

B. VALORACIÓN

Escriba si o no, de acuerdo con lo observado:

a. Valoración de crecimiento:

TIPO DE VALORACIÓN RESPUESTA	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	SI	NO	SI	NO	Si	NO
Curva de peso						
Curva de talla						
Estado nutricional						
Próxima cita						
Tiempo empleado						

b. Valoración de desarrollo respecto a la EAD

TIPO DE VALORACIÓN RESPUESTA	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	Si	No	SI	NO	Si	NO
Motricidad gruesa						
Motricidad fina						
Audición y lenguaje						
Personal y social						
Tiempo empleado						

C. MANEJO DE LA VALORACIÓN MOTORA

En la valoración de motricidad gruesa el encargado tiene en cuenta los siguientes ítems de acuerdo con las edades:

ACTIVIDAD 0-1 año RESPUESTA	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Manejo De Cabeza						
Transición de posiciones						
Adaptación de posiciones						
Gateo						
Se sostiene en bípedo						

ACTIVIDAD 1-2 años	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Camina solo						
Patea						
Lanza objetos						
Salta						

ACTIVIDAD 3-5 años	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Equilibrio						
Agarra y ataja						
Camina correctamente						
Corre						
Alterna los pies						

En la valoración de motricidad fina el encargado tiene en cuenta los siguientes ítems de acuerdo con las edades:

ACTIVIDAD 0-1 años	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Seguimiento visual						
Exploración corporal						
Agarre de objetos						
Búsqueda de objetos						
Intercambio de objetos de un lado a otro						
ACTIVIDAD 1-2 años	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Copia línea horizontal y vertical						
Pasa hojas de libros						
Ensarta más de 2 objetos						
Tapa cajas						
Realiza torres						
Hace figura humana rudimentaria						

ACTIVIDAD 3-5 años	Fecha		Fecha:		Fecha:	
	Observación 1		Observación 2		Observación 3	

	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Realiza trazos verticales y horizontales						
Realiza figura humana						
Separa objetos grandes y pequeños						
Agrupación de color y forma						
Reconstruye escalera de 10 cubos						

14. INTERRUPCIONES DURANTE LAS CONSULTAS

Fecha	Hora	Interrupciones en la consultas de la mañana								Interrupciones en la consultas de la tarde								Total	
		Nº DE NIÑOS								Nº DE NIÑOS									
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8		

Principales motivos de interrupción:

Llama telefónica: ____

Salidas continuas ____

Visita de otra compañera de trabajo: ____ Otras ____

15. DISPOSICIÓN DEL PERSONAL DURANTE LA VALORACIÓN

DISPOSICIÓN	HORA	FECHA		FECHA
		OBSERVACIÓN 1	OBSERVACIÓN 2	OBSERVACIÓN 3
AFABLE	7-9			
	9-11			
	11-1			
	2-3			
	3-4			
INDIFERENTE	7-9			
	9-11			
	11-1			
	2-3			
	3-4			
DISGUSTADO	7-9			
	9-11			
	11-1			
	2-3			
	3-4			

A. INDAGA SOBRE

PREGUNTAS	FECHA		FECHA		FECHA	
	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO

# De hermanos						
Condición del parto						
Enfermedades anteriores						
Escolaridad						

Otras:

B. EL ACERCAMIENTO AL MENOR ES

CARACTERÍSTICA	FECHA		FECHA		FECHA	
	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
SIMPLE						
DIRECTA						
CAUTELOSA						
ESPONTÁNEA						

C. DE QUE MODO PERMITE LA ADAPTACIÓN DEL NIÑO

ADAPTACIÓN	FECHA		FECHA		FECHA	
	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Reconocimiento del lugar						
Inicia juego						
Permite colaboración de la madre						
Establece empatía						
Ninguna						

D. RELACIÓN INTERPERSONAL CON EL ACUDIENTE DEL MENOR:

RELACION	FECHA	FECHA	FECHA
	OBSERVACION 1	OBSERVACION 2	OBSERVACION 3
Buena			
Mala			
Regular			
No se relaciona			

16. ORIENTACIÓN

a. Las orientaciones son individuales: SI ___ NO___ .Grupales: SI ___ NO___

b. La orientación es:

MODO	FECHA	FECHA	FECHA
	OBSERVACIÓN 1	OBSERVACIÓN 2	OBSERVACIÓN 3
Verbal			
Escrita			
Otra			
No informa			

c. Momento en que realiza la orientación

MOMENTO	FECHA	FECHA	FECHA
	OBSERVACION 1	OBSERVACION 2	OBSERVACION 3
Al inicio			
Durante			
Al final			
No lo realiza			

d. Durante la atención incluye actividades como

RELACIÓN	FECHA		FECHA		FECHA	
	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Confianza al niño						
Enseñanza de estimulación adecuada						
Participación padres						

e. Mecanismos de evaluación

EVALUACIÓN	FECHA		FECHA		FECHA	
	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
Manual						
Visual						
Instrumental						

f. Observa signos

	FECHA	FECHA	FECHA

SIGNOS	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Maltrato infantil						
Cicatrices						
Signos de alarma						

g. Si el niño rechaza la evaluación

La persona encargada de valoración	FECHA OBSERVACIÓN 1		FECHA OBSERVACIÓN 2		FECHA OBSERVACIÓN 3	
Da nueva cita						
Insiste						
Remite al medico						
Ninguna						

h. Cuando encuentra alguna alteración

La persona encargada de valoración	FECHA OBSERVACIÓN 1		FECHA OBSERVACIÓN 2		FECHA OBSERVACIÓN 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Remisión inmediatamente						
No remite						
Informa a padres						
No informa						

17. CONTROL DE ASEPSIA EN EL ÁREA DEL PROGRAMA PACIENTE Y PACIENTE

Escriba si o no de acuerdo con lo observado

ACTIVIDAD	FECHA		FECHA		FECHA	
	OBSERVACIÓN 1		OBSERVACIÓN 2		OBSERVACIÓN 3	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Lavado de manos						
Uso de guantes						
Aseo de colchoneta						
Limpieza de juguetes						
Orden de implementos						

ANEXO E

ENCUESTA DE MANEJO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Nombre _____ Edad _____

Ocupación _____ Sexo _____ Cargo _____

Fecha: _____ Sitio _____

1. ¿Hace cuanto tiempo que labora dentro de esta área?

Años _____ Meses _____ Días _____

2. Número de horas diarias de trabajo: _____

Marque con una X las opciones que considera correctas

3. Al realizar la valoración de crecimiento tiene en cuenta:

- a. Curva de peso _____
- b. Curva de talla _____
- c. Estado nutricional _____
- d. Próxima cita _____
- e. Ninguna de las anteriores _____

4. Al realizar la valoración de desarrollo tiene en cuenta:

- a. Motricidad gruesa _____
- b. Motricidad fina _____
- c. Audición y lenguaje _____
- d. Personal y social _____
- e. Ninguna _____

4. En los últimos tres años ustedes ha asistido a cursos de actualización en

Tema

Frecuencia

Desarrollo Motor _____ Menos de 1 Año__ Entre 1-2 Años__ Mas de 3 años__

Estimulación Temprana__ Menos de 1 Año__ Entre 1-2 Años__ Mas de 3 años __

Retraso Psicomotor. __ Menos de 1 Año__ Entre 1-2 Años__ Mas de 3 años __

Ninguna de las Anteriores _____

Otras Cuales _____

6. ¿Considera que los equipos existentes funcionan?

Bien _____ Regular _____ Mal _____

7. Cuales son los equipos que más utiliza para la ejecutar la valoración del menor.

- | | |
|---|-------------------------------|
| a. Pesa bebe _____ | g. Termómetro _____ |
| b. Báscula pie _____ | h. Fonendoscopio _____ |
| c. Infantómetro _____ | FORMATOS |
| d. Tallímetro _____ | i. Tabla de crecimiento _____ |
| e. Cinta métrica _____ | j. Escala abreviada del |
| f. Elementos para estimulación temprana _____ | desarrollo _____ |

Otro cual _____

8. ¿Cree usted que el sitio en el que realiza la valoración de Motricidad fina y gruesa cumple con las condiciones necesarias para ejecutarlo?

Si _____ No _____

Por que _____

9. Cuando atiende población infantil usted:

a. Separa las historias cronológicamente por edades Si _____ No _____

Por que _____

b. Conoce con anticipación cuantos niños debe atender durante en el día

Si _____ No _____ Por que _____

c. Toma nota de las inasistencias Si _____ No _____

Por que _____

10. ¿En que momento consigna la información obtenida al realizar la valoración del menor?

Al inicio _____ durante _____ al final _____

11. ¿Considera que su temperamento varia de acuerdo a la hora de atención?

En ocasiones _____ Nunca _____

Siempre _____

12. ¿Al realizar la valoración informa al acudiente sobre lo encontrado en el menor?

Si _____ No _____ Por que _____

13. Realiza charlas educativas sobre:

Charlas	De manera		
Desarrollo Motor. ____	Individual ____	Grupal ____	Edad ____
Estimulación Temprana. ____	Individual ____	Grupal ____	Edad ____
Retraso Psicomotor. ____	Individual ____	Grupal ____	Edad ____

14. ¿Qué indicaciones o recomendaciones brinda al acudiente del menor que presenta alguna alteración?

- a. Llevarlo al medico para realizar examen _____
- b. Esperar un tiempo determinado para ver evolución _____
- c. Realizar actividades de estimulación temprana _____
- d. No entrega recomendaciones. _____

15. Si tiene una interrupción en la valoración del niño usted:

- a. Continúa atendiendo y atiende la interrupción _____
- b. Suspende la valoración y atiende la interrupción _____
- c. Ignora la interrupción _____

16. Durante el lapso entre paciente y paciente usted.

- a. Se Lava las manos _____ c. Limpia los juguetes _____
- b. Realiza aseo de colchoneta _____ d. Ordena los implementos _____

17. Sabe usted si en la institución hay personal capacitado y encargado de manejar el menor que presente retraso psicomotor?

Si ___ No ___ ¿Que especialidades? _____

No sabe _____

18. Cuando encuentra un niño con retraso psicomotor usted

- a. Lo remite al medico _____
- b. Lo remite al fisioterapeuta _____
- c. Lo remite al terapeuta ocupacional _____
- d. No remite. _____

Firma _____

Gracias por la atención prestada

