

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA



EL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD: MONITOREO Y VIGILANCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA ENFERMERA Y LA MADRE. MICRORED LAMBAYEQUE, 2017

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

AUTORAS:

MONTOYA GARCIA OLIVIA VERONICA
BARTUREN QUEVEDO SILENY DEL ROSSIO

Chiclayo, 19 de Junio de 2018

**EL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD:
MONITOREO Y VIGILANCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE
LA ENFERMERA Y LA MADRE. MICRORRED LAMBAYEQUE,
2017**

PRESENTADA POR:

**MONTOYA GARCIA OLIVIA VERONICA
BARTUREN QUEVEDO SILENY DEL ROSSIO**

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Mgtr. Mogollón Torres Flor de María
PRESIDENTE

Lic. Moreno Solano Mirtha Tarcila
SECRETARIO

Lic. Campos Bravo Yrma Lily
ASESOR

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen, por regalarnos cada día la oportunidad de crecer como personas y como profesionales, por ponernos pruebas y a la vez ayudarnos a resolver cada inconveniente, por sus innumerables muestras de amor hacia nosotras y a nuestras familias y a la memoria de nuestros ángeles por interceder desde el cielo.

Olivia y Sileny

A mis padres, Olga y Luis, por darme un ejemplo digno de superación y entrega, motivándome día a día, apoyándome incondicionalmente y enseñándome que con esfuerzo todo se puede lograr. Un especial agradecimiento a mi madre por sus palabras de aliento, por su sacrificio, su lucha constante y por ayudarme a seguir adelante. Todo es por ustedes porque los amo, admiro y valoro.

Olivia Veronica

A mis padres, Vidauro y Nelva, por su apoyo y amor incondicional, por el sacrificio que hacen y porque siempre están motivándome aún en los momentos más difíciles de mi carrera, este logro es por ustedes, porque los amo, admiro y siempre serán mi razón de ser y fortaleza.

Sileny del Rossio

AGRADECIMIENTO

A Dios, por permitirnos cumplir la anhelada meta, y a ti Virgen María, por acompañarnos y cuidarnos en esta etapa de nuestra formación profesional.

A nuestras familias, por motivarnos a continuar aun en los momentos difíciles, por sus consejos y por acompañarnos los momentos importantes de nuestras vidas.

A nuestra asesora Lic. Yrma Lily Campos Bravo, por habernos brindado parte de su tiempo y por su compromiso en el desarrollo de la Tesis. Gracias por su paciencia, sus enseñanzas y las asesorías correspondientes. A la Mgtr. Flor de María Mogollón Torres y Lic. Mirtha Tarcila Moreno Solano, miembros de Jurado, un agradecimiento especial por su tiempo y sus aportes que enriquecieron la investigación.

A los profesionales de enfermería y madres que participaron en la investigación por contribuir a la ciencia enfermera.

Olivia y Sileny

ÍNDICE

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	14
1.1 Antecedentes del problema	14
1.2 Base Teórico- Conceptual.....	16
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO	27
2.1. Tipo de Investigación.....	27
2.2. Abordaje Metodológico	27
2.3. Sujetos de Investigación	31
2.4. Escenario.....	32
2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	33
2.6. Procedimiento	37
2.7. Análisis de Datos	39
2.8 Criterios Éticos.....	40
2.9 Criterios de Rigor Científico.....	41
CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	43
CONSIDERACIONES FINALES	71
RECOMENDACIONES	73
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	75
ANEXOS	81

RESUMEN

El carné de atención integral de salud del niño, es una herramienta utilizada a nivel mundial, la monitorización y vigilancia es esencial para el buen crecimiento y desarrollo; por ello, fue importante identificar, comprender y analizar el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud desde la perspectiva de la enfermera y la madre. Métodos: Estudio cualitativo, abordaje estudio de caso, muestra: 11 enfermeras y 20 madres; el muestreo se realizó por conveniencia y el tamaño se determinó por saturación y redundancia; los datos se recolectaron mediante una guía de entrevista semiestructurada, validada por juicio de expertos y piloto; el análisis de datos fue mediante “análisis de contenido”; se consideró los criterios de rigor científico y éticos. Resultados: cuatro categorías: (1) Monitoreo y Vigilancia de las actividades de atención integral del niño, (2) Educación para un buen monitoreo y vigilancia, (3) Limitaciones del monitoreo y vigilancia, (4) Necesidad de mejorar el carné. Se concluye que las enfermeras aceptan ampliamente la monitorización y vigilancia, pero no apoyan totalmente al mismo, por la alta demanda de niños y el registro de diversos formatos, lo que origina un déficit en la entrega de información a las madres, tanto escrita como verbal, anulando en la mayoría de ellas el compromiso para su seguimiento desde su hogar, identificando al carné como un documento para anotación de vacunas, peso y talla.

PALABRAS CLAVE: monitoreo, vigilancia, perspectiva, crecimiento y desarrollo.

ABSTRACT

The child's comprehensive health care card is a tool used worldwide, monitoring and surveillance is essential for good growth and development; therefore, it was important to identify, understand and analyze the monitoring and surveillance of the comprehensive health care card from the perspective of the nurse and the mother. Methods: Qualitative study, case study approach, sample: 11 nurses and 20 mothers; the sampling was done for convenience and the size was determined by saturation and redundancy; the data were collected through a semi-structured interview guide, validated by expert judgment and pilot; the data analysis was through "content analysis"; the criteria of scientific and ethical rigor were considered. Results: four categories: (1) Monitoring and surveillance of the activities of integral attention of the child, (2) Education for a good monitoring and surveillance, (3) Limitations of monitoring and surveillance, (4) Need to improve the card. It is concluded that nurses widely accept monitoring and surveillance, but do not fully support it, due to the high demand of children and the registration of different formats, which causes a deficit in the delivery of information to mothers, both written and verbal, nullifying in most of them the commitment to follow up from home, identifying the card as a document to record vaccines, weight and height.

KEYWORDS: monitoring, surveillance, perspective, growth and development.

INTRODUCCIÓN

La primera infancia es una de las etapas fundamentales del desarrollo humano. Existe mucha evidencia sobre la trascendencia de la gestación y los primeros tres años para el buen inicio en la vida de toda persona. Buen inicio que se reflejará tanto en el desarrollo individual como en el de la sociedad. Es derecho de todos los niños y niñas alcanzar el máximo de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales en estos primeros años de vida. Lograrlo, repercutirá posteriormente en mejores capacidades para la vida escolar, laboral y familiar. El cumplimiento de este derecho implica el compromiso de todos: Estado, sociedad civil y familias¹.

Al respecto, el Ministerio de Salud (MINSA) ha invertido muchos esfuerzos en las actividades de promoción y seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, especialmente a través del uso del carné de salud infantil², para identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva. Este documento se encuentra en todas las entidades de salud del Perú, para ser distribuidos a la madre, padre y/o cuidador; en el cual se registra información básica para el control de atención integral del niño y la niña, para la vigilancia de inmunizaciones, evaluación del crecimiento y desarrollo psicomotor, administración de micronutrientes y antiparasitarios, consejería nutricional y signos de peligro; permanece en poder de los padres y está a disposición del personal de salud cada vez que el niño concurre a la consulta.

Actualmente, existen investigaciones donde se evidencia que un uso

inadecuado del carné de atención integral de salud trae consecuencias negativas en el crecimiento y desarrollo de un niño. Al respecto Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain², manifiestan que parece existir dos factores que juegan un papel importante: el mal uso y la falta de comprensión de los objetivos del Carné de Salud Integral de Salud por parte del personal; y la falta de explicaciones proporcionadas a las madres por este mismo personal a causa de las limitadas destrezas comunicacionales de éste último.

De igual manera Jiménez y Carrasco³, confirman en su trabajo de investigación que solo el 29.92% conocía el motivo principal de tener el Carnet de Salud Infantil y que más del 90% no sabían interpretar las figuras concernientes a espacio intergenésico, tiempo de lactancia materna, inicio de alimentación complementaria, calendario de vacunación y curva de crecimiento; aunado a esto se suma que al 92% de la población nunca le explicaron para que sirve y como se interpreta el Carnet de Salud Infantil.

Por otro lado Cueva y Damián⁴, sostienen que se encontraron cuatro modelos del carné y una inadecuada identificación del mismo y de sus objetivos por las madres. El estado de conservación fue mayormente de regular a malo. En los casilleros los datos más omitidos fueron: nombre del padre, instrucción, número de la historia, lugar de atención, registros de peso, talla y pautas de desarrollo. En la mayoría no se graficaron las curvas de crecimiento y los datos de vacunas de refuerzo y otro eran anotados en lugares distintos. Las causas atribuidas a la omisión fueron: no se registró, pérdida o retención del carné, falta de control y huelgas. También se evidenció una deficiente acción educativa con las madres, por parte del personal de salud para un adecuado manejo del carné.

En los últimos decenios, se han llegado a conocer mucho mejor las relaciones entre la salud, el crecimiento físico, el desarrollo psicológico y los cuidados que prodigan los padres; combinando intervenciones que se centren en el crecimiento y el desarrollo y que ayuden a los padres a adoptar una actitud

responsable para promover mejor el desarrollo psicológico y el crecimiento físico de los niños. Muchos niños de países en desarrollo no alcanzan a realizar todas sus potencialidades porque sus familias son muy pobres, es decir no cuentan con una nutrición y cuidados adecuados y sus oportunidades de aprender son limitadas. Los servicios de salud, los trabajadores sanitarios y los dispensadores comunitarios pueden desempeñar un papel importante en la promoción del desarrollo de los niños pequeños⁵.

Tal como lo hace notar Hipo y Remache⁶, en su investigación donde refieren que los riesgos de enfermar y morir se asocian principalmente con las condiciones del cuidado infantil, el complemento y refuerzo de los esquemas de vacunación, el consumo de alimentos adecuados, la prevención o tratamiento efectivo de las principales enfermedades del grupo de edad, las infecciones respiratorias, las enfermedades diarreicas agudas, y la prevención de accidentes en el hogar; este riesgo se disminuye con el buen uso del carnet de salud infantil.

Así mismo este autor, señala que el manejo del carné de salud infantil influye en el crecimiento de los niños, porque observó que el 35% de los niños se encontraron con bajo peso y talla para su edad, el 44% tuvo esquema de vacunación incompleta y el 72% de ellos presentaron signos de peligro en general, dentro de los cuales un 35% de niños se encontraron con bajo peso, 2% con desnutrición, 7% con sobrepeso y el 5% con obesidad, además se detectó un 44% de niños que no cumplieron con el esquema de vacunación⁶.

Esta problemática no es ajena a la realidad nacional, ya que en la actualidad no se puede precisar el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud, nutrición y del ambiente físico desfavorable que le rodea desde la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión⁷; pero, si se conoce las estadísticas realizadas por la Encuesta Demográfica de Salud Familiar (ENDES) del 2016, donde se evidencia que la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años ha sido

mínima de 14.8% en el 2015 a 13,1% en 2016; la anemia en niños menores de tres años se ha mantenido, como promedio nacional, la cifra se reduce a 39,9% en zona urbana; sin embargo, en el área rural el problema se agudiza y alcanza el 53,4%; y la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad del recién nacido se ha incrementado mínimamente⁸.

Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el buen crecimiento y desarrollo.

Por otro lado, el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF) en el 2011, encontró que solo el 52% de los niños y niñas menores de 3 años ha recibido todas las vacunas programadas para su edad, lo que implica que un 48% se encuentra vulnerable ante una de las enfermedades inmunoprevenibles; así mismo, solo el 28% de los niños y niñas menores de 36 meses está al día en sus controles de crecimiento y desarrollo. Tanto en la asistencia al control de crecimiento y desarrollo como en la vacunación completa. Mientras tanto, en Lambayeque se observa que un 38.6% de niños menores de 1 año no reciben controles de crecimiento y desarrollo, el 28 % de niños padece desnutrición y 47 % de anemia, lo que afectaría negativamente el desarrollo global que pueda tener el niño, siendo así un factor de riesgo para su posterior desarrollo⁹.

Las investigadoras, durante el desarrollo de las prácticas pre profesionales ejecutadas en diversos hospitales, centros y puestos de salud, observaron el uso de diferentes modelos de carné, además las madres acuden al control de crecimiento y desarrollo de su niño portando un carné deteriorado (roto, manchado y sin protección) o en copia y que al momento de referirse sobre este documento, ellas manifestaron que: *“es el carné de vacunas”, “... que sirve para que anoten las vacunas y que le vayan colocando el peso del niño”*... otras refieren: *“yo perdí el carné original, por eso me dieron una copia”*... otras madres opinan *“las enfermeras no nos explican bien para qué sirve el carné”*.

Se observó también, que en un 80% aproximadamente los datos personales del niño y padres estaban incompletos, no se registra el seguimiento en la curva de crecimiento, ni tampoco se visualiza seguimiento si el niño presentó un problema nutricional, así como también no se registra de manera sistemática los avances del desarrollo psicomotor, la administración de micronutrientes, descarte de anemia y parasitosis.

Durante una visita diagnóstica realizada por las investigadoras a un establecimiento de salud, se observó largas colas de madres con sus niños en espera por ser atendidos y cuando estos eran evaluados, se observa nula educación por parte del profesional a las madres sobre los resultados de la evaluación integral de salud del niño que asiste periódicamente, solo les referían “el niño está bien en su peso y talla y regresen en su próxima cita” y deficiente educación a las madres que asisten por primera vez.

Ante esta realidad, las investigadoras, se han planteado una serie de cuestionamientos: ¿Por qué las madres desconocen la importancia de los registros y de las actividades relacionadas con la promoción del crecimiento y desarrollo a través del carné?, ¿Por qué las madres no saben interpretar las líneas y curvas de crecimiento y las figuras de desarrollo?, incluso algunas de ellas el tipo de vacunas a pesar de la educación que le brinda la enfermera?, ¿Será que la estrategia de la educación es inadecuada y no se concientizan para su buen uso?, o ¿Será que la estructura del carné es muy compleja para el manejo por parte de las madres?, ¿Será que las madres no logran comprender por qué el medio donde se las educa no favorece?.

Toda esta situación, conllevó a plantearse el siguiente problema de investigación: ¿Cómo es el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud del niño desde la perspectiva de la enfermera y la madre, Microred Lambayeque, 2017?, planteándose como objetivo: Identificar, comprender y analizar el monitoreo y vigilancia del carné de atención

integral de salud del niño desde la perspectiva de la enfermera y la madre, Microred Lambayeque, 2017. El objeto de estudio fue: Monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud del niño desde la perspectiva de la enfermera y la madre.

La presente investigación, se justificó porque el carné de atención integral de salud del niño menor de 5 años, es una herramienta de trabajo utilizado a nivel mundial por el equipo de atención primaria para atender la salud de los niños de forma integral, a través de la vigilancia de inmunizaciones, evaluación del crecimiento y desarrollo psicomotor, administración de micronutrientes y antiparasitarios, consejería nutricional e identificación de signos de peligro. La monitorización y vigilancia por parte de las enfermeras con la activa participación de las madres permite realizar actividades de intervención y seguimiento de salud integral del niño o niña.

En este contexto, resulta de singular importancia realizar un correcto monitoreo y vigilancia del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños a través del carné de atención integral de salud involucrando a la madre, con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, prevención oportuna de las enfermedades de la infancia como trastornos del crecimiento y desarrollo y enfermedades infecciosas para su atención oportuna, así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario; ya que de acuerdo a los últimos datos de la ENDES, durante lo que va del año 2016 la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años ha sido mínima y la anemia en niños menores de tres años ha aumentado un 2% enfocándose el porcentaje más alto en la zona rural.

Los resultados del presente trabajo de investigación serán de mucha relevancia, porque ayudará a interpretar y analizar desde la perspectiva de la enfermera y la madre, en qué medida el carné es funcional y apropiado para

realizar el seguimiento de crecimiento y desarrollo del niño, desde el punto de vista técnico y científico.

De igual forma, que este instrumento le sirva a la madre como una verdadera “ayuda memoria” que le permita involucrarse activamente en el seguimiento del crecimiento y desarrollo de su hijo y de esta forma realizar una verdadera función de vigilantes y estimuladores eficaces en el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña.

Esta investigación a nivel local es inédita, por lo tanto, también servirá de referencia para realizar nuevas investigaciones tanto cualitativa como cuantitativas, ya que no se cuenta con muchas investigaciones de esta índole a nivel local y nacional, convirtiéndose en un tema de salud pública relevante por tratarse de un grupo étnico muy vulnerable, cuyas necesidades básicas se ven afectadas poniendo en riesgo su normal crecimiento y desarrollo e interfiriendo en sus potencialidades en las siguientes etapas de vida.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes del problema

Al explorar acerca de los antecedentes del objeto de estudio se hallaron algunas investigaciones que contribuyeron a esclarecer la problemática abordada sobre el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud del menor de 5 años. Por ende, se ha creído conveniente presentar los antecedentes de investigación más relevantes tanto a nivel internacional y nacional, ya que a nivel local no se encontró ningún trabajo.

A nivel internacional se encontraron las siguientes investigaciones:

Lefèvre, Hoerée, Sejas y Suremain², con la investigación titulada “Percepción y uso del Carnet de Salud Infantil (CSI) entre las madres de niños menores de cinco años en Bolivia”, tuvo como propósito estudiar las percepciones que tienen las madres de Bolivia sobre el CSI. Esta investigación proporcionó, además de la apreciación del CSI por parte de las madres, datos complementarios sobre la percepción del crecimiento y del desarrollo del niño menor de cinco años". Como resultado, la investigación indica que la importancia de la curva de crecimiento no solamente puede ser apreciada en sí, sino que debe ser reubicada en el contexto más global del funcionamiento de los servicios primarios.

Hipo y Remache⁶, con la investigación: “Manejo del carnet de salud infantil por las Madres y su influencia en el crecimiento de los niños menores de cinco años en el Centro de Salud Guano periodo Enero-Junio Del 2011”. Es de tipo descriptivo - explicativo cuyo objetivo: Determinar cómo influye el manejo del carnet de salud infantil en el crecimiento de los niños menores de 5 años. Como resultados se obtuvo: que el manejo del carnet de salud infantil si influye en el crecimiento de los niños porque se ha observado que el 35% de

niños se encuentran con bajo peso y talla baja para su edad, el 44% tiene esquema de vacunas incompleto y el 72% de ellos presentan signos de peligro en general.

Jiménez y Carrasco³, con la investigación “Carnet de Salud Infantil, ¿Cuánto saben los padres?”, mencionan que en el Hospital La Paz, durante los meses de mayo-junio de 1994 se realizó una encuesta de conocimientos e interpretación del Carnet de Salud Infantil (CSI) a 391 padres de niños menores de 5 años, procedencia urbano marginal, en su mayoría madres, amas de casa, con niveles de educación bajo y un promedio de 2 hijos. Fue llamativo que solo el 29.92 % conocía el motivo principal de tener el CSI y que más del 90% no sabían interpretar las figuras concernientes a espacio intergenésico, tiempo de lactancia materna, inicio de alimentación complementaria, calendario de vacunación y curva de crecimiento. Estos hallazgos se correlacionan dramáticamente con el hecho de que el 92% de la población nunca la explicaron para que sirve y como se interpreta del CSI. Se concluye señalando algunas posibles causas para esta situación y remarcando la necesidad de corroborar o refutar estos hallazgos con otros trabajos referidos al CSI.

González¹⁰, durante su investigación “Monitorización del crecimiento: propuesta de carnés de salud”, logró establecer una vez más la importancia de la monitorización del crecimiento en los niños menores de 5 años mediante tarjetas o carnés con gráficos de peso para la edad como instrumento útil que, en poder de los padres y utilizados por el equipo de atención primaria, contribuyen a lograr un óptimo crecimiento y estado nutricional de los niños pequeños en las edades de mayor riesgo de enfermedades infecciosas y nutricionales. Se proponen varias opciones de carnés adaptados a nuestras características y se describen los gráficos y sus diferentes partes: datos de identidad, antecedentes perinatales, esquema de inmunizaciones preventivas vigente, orientaciones dietéticas, desarrollo psicomotor y relación de factores de riesgo que requieren medidas especiales. Se enfatiza en la importancia de

la dirección de la curva de peso del niño para la evaluación y toma de decisiones ante desviaciones anormales.

A nivel Nacional:

Cueva y Damián⁴, en la investigación realizada acerca de “Evaluación del manejo del carné de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 5 años en Chimbote” en la que evaluó el manejo del carné de crecimiento y desarrollo en 200 niños de 0 a 5 años en dos zonas de Chimbote. Se encontraron cuatro modelos del carné y una inadecuada identificación del mismo y de sus objetivos por las madres. El estado de conservación fue mayormente de regular a malo. En los casilleros los datos más omitidos fueron: número, nombre del padre, instrucción, número de historia, lugar de atención, registros de peso, talla y pautas del desarrollo. En la mayoría no se graficaron las curvas de crecimiento y los datos de vacunas de refuerzo y otros eran anotados en lugares distintos. Los establecimientos donde más se omitieron los datos fueron el Hospital La Caleta, Posta de Salud, Maternidad de María y el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Las causas atribuidas a la omisión fueron: no se registró, pérdida o retención del carné, falta de control y huelgas. También se evidenció una deficiente acción educativa con las madres por parte del personal de salud para un adecuado manejo del carné. Por último, se plantearon recomendaciones para un nuevo diseño del carné de crecimiento y desarrollo.

1.2 Base Teórico- Conceptual

La investigación se sustentó en los conceptos de Carné de Atención Integral de Salud por Rubin, Vidal, Kolsteren, Pecho y según la Real Academia Española (RAE); monitoreo según la Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño N° 990-2010/MINSA; vigilancia del desarrollo según Figueiras, Neves, Ríos y Benguigui; finalmente el concepto de perspectiva según la Celis J y la Real Academia Española.

Se inició conceptualizando sobre el “carné de atención integral de salud”, para ello se definió el término “Carné”, según la Real Academia Española (RAE) lo define como un documento expedido a favor de una persona, generalmente en forma de tarjeta y provisto de su fotografía, que sirve para acreditar su identidad, su pertenencia a un colectivo o su facultad para realizar una actividad¹¹.

Para los organismos internacionales y nacionales, el monitoreo periódico del crecimiento y desarrollo de los niños a través del carné, se convierte en una de las preocupaciones y tareas de los servicios de salud; con esta convicción la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó y estimuló la utilización de una ficha sencilla que inicialmente fue creada por Morley a partir de sus experiencias en África, por ello Morley, citado por Rubin y Vidal¹², en 1968 crea un instrumento para uso de los responsables del niño, sus transformaciones condujeron al mismo autor a adoptar una actitud crítica frente a las ventajas y posibilidades de su uso por las madres, especialmente aquellas que, siendo iletradas, no tienen posibilidades de interpretar las múltiples líneas y colores de la curva de crecimiento.

Posteriormente, Morley y Elmore, presentaron un nuevo instrumento que solo toma en cuenta la curva construida por la madre y no así el peso en kilos con relación a la edad y talla del niño. A la ficha original, que solo tomaba en cuenta los parámetros peso y edad, se añadió el parámetro talla/edad para poder detectar la desnutrición crónica. Esta ficha, ya más compleja, fue adaptada por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y utilizada en Perú desde la década del 70. En la década del 90 fueron incluyéndose los criterios de desarrollo, alimentación y vacunas, lo que hizo que el manejo de este documento por los responsables del niño fuera aún más complejo¹².

Anteriormente, existía un Carnet solo para vacunas que se entregaba a la madre para que supiera en qué fecha debía volver a vacunar a su hijo. La

integración de esta tarjeta de vacunas y de los aspectos de alimentación y desarrollo en el carnet de salud integral (CSI) lo convirtieron en un instrumento pedagógico del personal de salud para la educación de la madre, además de permitirle el monitoreo del crecimiento y detectar el estado de malnutrición del niño, así mismo Gilman citado por Rubin y Vidal, afirma que el CSI constituye "un buen método para elevar al máximo el nivel de salud del niño". Para los servicios de salud, el CSI representa el instrumento adecuado para realizar con efectividad el monitoreo del crecimiento, detectar precozmente cualquier anormalidad en el crecimiento del niño (peso / talla), registrar los avances en las dimensiones de su desarrollo y tomar las medidas de protección que el niño debe recibir de acuerdo a su edad¹².

Por la sencillez de su formato, el uso de los colores y de sencillos dibujos para la estimulación psicomotriz y del lenguaje, pareciera que la intención seguía siendo la que propuso Morley con su ficha original: fomentar la participación permanente de los responsables en la observación, vigilancia y acción en las etapas del crecimiento y desarrollo de sus hijos. En este sentido, el CSI representaría un intento de dar cierta racionalidad orientadora a la habitual tarea de los responsables. Podríamos decir que el interés primordial seguía siendo que, a través del CSI, madres y cuidadores de cualquier idioma, aun siendo iletrados, pudieran realizar la vigilancia del estado del niño y al mismo tiempo estimular las habilidades correspondientes a su edad. Su sencillez también convierte al CSI en un instrumento de fácil manejo para la tarea del monitoreo y control por parte del personal de salud: "Esta ficha es un instrumento sencillo, práctico y de bajo costo que puede ser utilizado por el personal de salud de todos los niveles"¹².

Para Rubin y Vidal¹², la creación y divulgación de este instrumento de monitoreo y vigilancia adquiere dos funciones: Permitir la ampliación de la cobertura de registro de los niños incluidos en un programa de salud; detectar precozmente las anormalidades en el crecimiento y desarrollo y a nivel de la organización central del sistema de salud, elaborar diagnósticos

periódicos útiles para los planes y políticas nacionales en materia de salud infantil; y lograr la ampliación y profundización del conocimiento de la madre y de los cuidadores acerca de las dimensiones del crecimiento y desarrollo de los niños y hacer su función de vigilantes y estimuladores más eficaz.

Por otro lado, Almeida, Mendes, Sad, Ramos, Fonseca y Peixoto¹³, mencionan que originalmente, la Tarjeta de Salud Infantil (TSI), propuesta en Brasil en 1984, era el monitoreo de las acciones básicas del Ministerio de Salud (MINSA) para la salud infantil. De 1984 a 2003, la TSI, ha sido modificado y revisado, con la adición de los derechos de los niños y algunos hitos del desarrollo infantil. La adopción de la TSI se mencionó explícitamente en 2004 en la Agenda de Compromisos para la Reducción completa de la salud y la mortalidad. En 2005, la TSI adoptó la forma de un folleto y ahora se denomina Registro de salud infantil (RSI). En este folleto, se ha agregado nueva información para familias y profesionales de la salud con el fin de ampliar el conocimiento en el cuidado de los niños y facilitar la comprensión de los aspectos relacionados con su crecimiento y desarrollo.

Por lo expuesto anteriormente, para los servicios de salud infantil en el Perú, el carné de atención integral representa un instrumento pedagógico adecuado para realizar con efectividad el monitoreo y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño y niña; actualmente el Ministerio de salud (MINSA) distribuye de forma gratuita un aproximado de 3, 546, 840 carnés a nivel Nacional⁹ según la población de niños menores de 5 años en los todos los establecimientos de salud públicos y privados del Perú, entregado a la madre o cuidador en el primer control de crecimiento y desarrollo del niño, permitiendo de esta manera realizar un correcto monitoreo y vigilancia a través del carné

Al respecto Gonzales¹⁰, en una de sus investigaciones realizadas en Cuba elaboró varias propuestas de este documento tomando como referencia

aspectos de tarjetas anteriores usadas en el extranjero y en su país, y añadió en su versión de carné del niño de 0 a 5 años una cara interior y otra exterior comprendido de secciones; en la primera sección: Datos de identidad del niño y sus padres, área de salud, dirección y antecedentes perinatales, la segunda sección: Esquema de inmunizaciones preventivas vigente en su país con espacios para anotar su cumplimiento de acuerdo a la edad y grado escolar, tercera sección: Orientaciones sobre la alimentación desde el nacimiento hasta el primer año de vida insistiendo sobre la lactancia materna exclusiva durante los primeros 4-6 meses de edad, cuarta sección: Se señalan 12 factores de riesgo comunes en los primeros años cuya presencia requieren medidas especiales y prioridades en la atención médica. Los programas de atención médica basados en la identificación de factores de riesgo infantil han sido ampliamente utilizados con magníficos resultados.

En la cara interior, las 4 secciones contienen el gráfico con las curvas del peso para la edad ya descritas, se incluyen además algunas figuras para destacar momentos importantes del desarrollo psicomotor: sostiene la cabeza (3 meses); se sienta sin apoyo (6 meses); los primeros pasos (15 meses) y primeras frases (29 meses); en la primera sección (de izquierda a derecha) se habilita espacio para anotar motivos para atención especial, en la segunda sección se informa el percentil de las curvas de referencia con observaciones sobre la dirección de la curva en la cuarta sección, en la tercera sección se incluyen consejos para apoyar la lactancia materna¹⁰.

En Perú, según la Norma Técnica de Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años, el carné es un instrumento de registro y seguimiento; en este documento se encuentran todas las actividades e intervenciones como: la vigilancia de inmunizaciones, evaluación del crecimiento y desarrollo psicomotor, administración de micronutrientes y la administración de la profilaxis antiparasitaria, consejería nutricional e identificación de signos de peligro.

Las investigadoras al hacer la revisión exhaustiva en la Norma Técnica, no encontraron una descripción detallada de lo que contiene cada parte y sección del carné, solo existe la descripción de las actividades que se realiza en el control de crecimiento y desarrollo, es por ello que se precisó describir cada una de las partes que contiene el carné de atención integral de salud del niño y la niña en su versión más actual y a continuación se describe: en la cara externa de derecha a izquierda del carné, en la primera sección se mostraron los datos como: N° de Historia Clínica, N° de Carpeta Familiar, el código de afiliación del Seguro Integral de Salud (SIS), la fecha de nacimiento del niño o la niña, registro del Código Único de Identificación (CUI) y del Documento Nacional de Identidad (DNI) del menor, apellidos y nombres del niño afiliado; nombres, apellidos, DNI del padre y la madre, dirección del domicilio, nombre del establecimiento de salud, programa de apoyo social al que pertenece y la fecha de la próxima cita.

Posteriormente se encuentra el registro de vacunación según el calendario de vacunación vigente en donde se anotarán las fechas de la administración de las vacunas, las primeras vacunas de recién nacido: Tuberculosis (BCG) y Antihepatitis (HvB), la vacuna inactivada contra la polio (IPV) que se administra a los 2 meses (1° dosis), 4 meses (2da dosis) y Antipolio a los 6 meses (3ra dosis), Pentavalente: DPT (difteria, pertusis, tétanos) + la vacuna anti-Haemophilus influenzae tipo b (Hib) + la vacuna contra la Hepatitis B (HvB), la primera dosis se administra a los 2 meses, la segunda dosis a los 4 meses y la tercera a los 6 meses, Neumococo la primera dosis a los 2 meses, la segunda a los 4 meses y la tercera dosis a los 12 meses; Rotavirus comúnmente la primera dosis se administra a los 2 meses y la segunda a los 4 meses; Influenza la primera dosis se administra a los 7 meses, la segunda se puede administrar desde los 8 a 23 meses de edad, y en niños con comorbilidad (Influenza a los 2 y 3 años); Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR) a los 12 meses, Antiamarilica como única dosis a los 15 meses; luego se administraran el primer Refuerzo de DPT se le administra a los 18 meses de edad; 2do. Refuerzo de SPR a los 18 meses y el 1er. Refuerzo de la vacuna

polio oral (APO) a los 18 meses, 2do. Refuerzo DTP (4 años) y el 2do. Refuerzo APO a los 4 años, cada uno ubicado en su respectivo recuadro.

En la segunda sección se observó el gráfico del Test Peruano para evaluar el desarrollo psicomotor teniendo las siguientes características: en la línea horizontal, se ubican las edades de evaluación desde el primer mes hasta los 12 meses, después la edad referida es 15, 18, 21, 24 y 30 meses de edad; en la línea vertical se describen las líneas de comportamiento o actividades a evaluar en el niño: control de cabeza y tronco sentado (A), control de cabeza y tronco rotaciones (B), control de cabeza y tronco en marcha (C), uso del brazo y mano (D), visión (E), audición (F), lenguaje comprensivo (G), lenguaje expresivo (H), comportamiento social (I), alimentación vestido e higiene (J), juego (K), inteligencia y aprendizaje (L); los hitos están ubicados en la coordenada de edad y línea de comportamiento correspondiente, los espacios en blanco, equivalen al hito inmediato anterior.

En la tercera sección se registra el control de crecimiento del niño, indicando la fecha en que ha sido atendido, su edad en meses, peso en Kg, Talla en cm, ganancia de peso y talla (bueno o malo, se debe colorear de verde o rojo respectivamente), el perímetro cefálico en cm, diagnóstico de la evaluación del crecimiento y desarrollo (CRED), estimulación temprana. En otro recuadro se evidencia el registro del descarte y tratamiento de anemia según la edad, en los que se anotará la fecha y tratamiento.

En la cuarta sección se encontró la gráfica de ganancia peso- talla en el niño y niña menor de 5 años, en donde se identificará la tendencia de la curva de peso, buena (flecha hacia arriba), malo (flecha hacia abajo); en otro cuadro se observa una sección para el registro de la administración de multimicronutrientes (MMN) y antiparasitarios, en donde se anotará la fecha y edad, correspondiente al número de entrega.

En la cara interna de izquierda a derecha, en la primera sección existe un recuadro observándose el gráfico peso para la edad del niño o la niña, identificando la tendencia de la ganancia de peso (bueno o malo) según la edad; en otro cuadro superpuesto se registrará los antecedentes perinatales como: la gestación indicando si ha sido llevada de manera normal o con riesgo; el número de controles prenatales (N° CPNs), edad gestacional, si el parto ha sido normal o complicado, también se realiza el registro del peso, talla, perímetro cefálico del niño al nacer, y el APGAR al 1er. minuto y a los 5 primeros minutos.

En la segunda sección se encontró la gráfica talla- edad donde se indicará la tendencia del crecimiento bueno o malo según la edad del menor; todos estos cuadros y gráficos, deben ser completamente llenados por el profesional de enfermería, en cada atención integral del niño; así mismo en la parte inferior de la cara interna a lo largo de todas las secciones internas se observan imágenes sobre la lactancia materna exclusiva desde los 0 a 6 meses, alimentación complementaria y lactancia materna desde los 6 a 11 y de 12 a 36 meses, además de una lista de recomendaciones sobre la alimentación y cuidados del niño.

También se creyó importante conceptualizar el término “Atención Integral de la Salud”, que según el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, lo define como la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad¹⁴.

Todas estas actividades se están poniendo en práctica por parte del personal de enfermería, durante el control de atención integral del niño, realizándose un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos.

Asimismo, ayuda a detectar de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y niño. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros; esta información es consignada en la historia clínica⁷, y también en el carné, utilizándose este último instrumento como un instrumento pedagógico del personal de salud para la educación de la madre y como ayuda memoria para la madre y de esta manera realizar un manera adecuada y oportuna monitoreo y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño o niña detectando de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Otro de los términos que se desarrolló en esta investigación es el “monitoreo”, que según la Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años R. M. – N° 990 - 2010/MINSA, es una actividad que se realiza de manera continua con el objetivo de orientar y reorientar procesos, principalmente aquellos considerados como críticos en los establecimientos de salud y es de responsabilidad del profesional de enfermería en los diferentes niveles, local (Red y Microrred), regional (DIRESA, GERESA o quien haga sus veces a nivel regional) y nacional (DAIS - Etapa de Vida Niño) de acuerdo a su competencia. La actividad de monitoreo permite describir y calificar el cumplimiento y avance de metas físicas, así como de los procesos que aseguren la disponibilidad de los insumos, la ejecución presupuestal y otros según corresponda⁷. La monitorización del carné de atención integral de salud del niño, es el método comúnmente más usado para que el personal de enfermería supervise el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas y se logre identificar los riesgos de desnutrición, anemia, parasitosis y problemas de salud en general y se tomen decisiones para el tratamiento y recuperación.

Para Panpanich y Garner¹⁵, los profesionales de la salud aceptan ampliamente y apoyan firmemente la monitorización del crecimiento, y éste es un componente estándar de los servicios pediátricos de la comunidad en todo el mundo, la monitorización del crecimiento lo definen como el registro regular del peso de un niño, junto con algunas medidas correctivas específicas si el peso es de alguna manera anormal.

De igual manera, se conceptualizó el término “vigilancia”, que comprende todas las actividades relacionadas con la promoción y la detección de problemas de crecimiento y desarrollo en la atención primaria de la salud, siendo un proceso continuo y flexible, que entrega información a los profesionales de salud, a los padres y a otros miembros de la comunidad¹⁶.

Al mismo tiempo, Garner, Panpanich y Logan¹⁷, manifiestan que la vigilancia del crecimiento consiste en mediciones sistemáticas para detectar el crecimiento anormal, combinado con alguna acción cuando se detecta. Su objetivo es mejorar la nutrición, reducir el riesgo de muerte o de una inadecuada nutrición, ayudar a educar a los cuidadores, y conducir a la pronta remisión de las condiciones de manifiesta por trastornos del crecimiento.

A continuación el siguiente término que se desarrolló es “Perspectiva” según la Real Academia Española (RAE) proviene del latín tardío *perspectivus*, y este deriva del latín *perspicere* que significa “mirar a través de”, “observar atentamente”; de la forma femenina, del latín medieval *perspectiva* “óptica”, es un punto de vista desde el cual se considera o se analiza un asunto¹⁸. Al respecto Celis J, conceptualiza este término, como una forma de ver al mundo, un estado mental que altera la percepción de la realidad de cada persona; así mismo manifiesta que todos constituyen perspectivas sobre diferentes aspectos de la vida¹⁹.

En esta investigación se hizo uso de este término para conocer cuál es la visión o punto de vista de las madres y las enfermeras respecto a cómo realizan el monitoreo y vigilancia a través del carné, es decir que se analizó las opiniones de cada una de ellas precisando al detalle las actividades de atención integral de salud durante las evaluaciones de crecimiento y desarrollo, consejería, inmunizaciones, etc. teniendo en cuenta las dos perspectivas para luego analizarlas y de esta manera obtener información respecto al monitoreo y vigilancia.

En conclusión, el buen uso del carné de atención integral de salud, implica realizar de manera integral el control de salud, indicando que este debe ser un proceso continuo que centre su atención en el niño priorizando las actividades de promoción de la salud entre ellos el "monitoreo y vigilancia" del crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, administración de micronutrientes y antiparasitarios, identificación de signos de peligro; ya que las actividades y acciones que se realicen de manera adecuada tiene una gran importancia para que el niño y la niña desarrolle todo su potencial que le permita desarrollarse de manera óptima en las siguientes etapas de vida, además de facilitar la comunicación entre madres y enfermeras y otros profesionales como médico, nutricionista, psicología, respecto al estado de salud del niño facilitando la planeación y ejecución de estrategias que permita una intervención eficaz en beneficio de la salud del niño.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

2.1. Tipo de Investigación

La presente investigación fue de tipo cualitativa, ya que permitió identificar las realidades subjetivas de las enfermeras y madres de niños menores de cinco años respecto al monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud, permitiendo a las investigadoras ampliar sus conocimientos sobre dicha problemática partiendo de las perspectivas de los sujetos de estudio.

2.2. Abordaje Metodológico

La investigación se abordó a través de la metodología estudio de caso, que según Polit²⁰, son investigaciones a profundidad de una sola entidad o de una serie reducida de entidades, así las investigadoras intentaron poder analizar y comprender los fenómenos más importantes respecto al monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud. Este método, fue de gran importancia porque permitió generar una imagen completa en torno al objeto de investigación, considerándolo como una entidad holística, cuyos atributos podemos entender en su totalidad, solamente en el momento en que examinamos todos simultáneamente.

Por ser un estudio de caso se tuvo en cuenta las características planteadas por Menga Ludke y André²¹.

El estudio de caso se caracterizó por “dirigirse al descubrimiento”. Las investigadoras empezaron el estudio con algunos supuestos teóricos iniciales relacionado con el tema, estando atentas a nuevos elementos que surgieron como importantes durante el estudio y que permitieron que este tenga relación con los sujetos de estudio, en este caso con las enfermeras y las madres de niños menores de 5 años. Además, se registró cada dato manifestado por los sujetos de estudio y se analizó dentro del contexto en el que se encuentran, es decir los establecimientos de salud.

Los estudios de caso enfatizan “la interpretación en el contexto”. Un principio básico de este tipo de estudio, señala que, para una comprensión más completa del objeto es preciso tener en cuenta el contexto en que él se sitúa. En este caso, la investigación se realizó en los Centros y Puestos de Salud de la Microred Lambayeque, perteneciente a la Red de Salud Lambayeque de la Gerencia Regional de Salud Lambayeque del MINSA, el cual cuenta con cuatro establecimientos de salud de primer nivel de atención (Toribia Castro Chirinos, San Martín, Sialupe Huamantanga y Muy Finca Punto 09, los cuales cuentan con atención integral del niño menor de 5 años; brindado por el profesional de enfermería.

El estudio de caso también “busca retratar la realidad en forma compleja y profunda”. Para dar cumplimiento a este principio, las investigadoras realizaron un análisis profundo de la situación, lo cual permitió apreciar la riqueza de las manifestaciones brindadas por las enfermeras y las madres y la aplicación de la lista de cotejo que evaluó el carné de Atención Integral, generando una confrontación minuciosa con todo lo anteriormente mencionado en la situación problemática.

Los estudios de caso usan una variedad de fuentes de información; es decir que las investigadoras acudieron a una diversidad de fuentes de información como son los libros, tesis, revistas, artículos que sirvieron para profundizar el análisis de los datos. En un segundo momento, se recolectó la información empleando la entrevista abierta a profundidad dirigida a las enfermeras y madres, así como los datos obtenidos de la aplicación de la lista de cotejo que evaluó el carné; estos datos permitió cruzar la información y profundizar en el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud.

Los estudios de caso “revelan experiencias secundarias pero importantes que permiten generalizaciones naturales”. En este estudio las investigadoras trataron de tomar en cuenta las diversas opiniones de las enfermeras y las

madres acerca del monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud.

Los estudios de caso “procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social”. En este estudio, las enfermeras y las madres describieron sus perspectivas respecto al monitoreo y vigilancia del carné, teniendo cada una de ellas diferentes opiniones que permitió a las investigadoras identificar las divergencias y convergencias de sus opiniones.

Los relatos del estudio de caso “utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de investigación”. En la presente investigación se utilizó un lenguaje sencillo y claro, accesible al lector, considerando de tal modo los signos de puntuación correspondientes y teniendo en cuenta la solidez de la redacción, para que así los futuros lectores puedan comprender mejor lo que se les desea transmitir respecto al monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud.

El objetivo principal del estudio de caso estuvo orientado a identificar, comprender y analizar la perspectiva de la enfermera y la madre y respecto al monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud del niño menor de 5 años; específicamente, se pretendió demostrar tanto las características clave como el valor, el beneficio y la utilidad práctica de esta metodología. A la vez, se dió a conocer con claridad acerca del sujeto de investigación, en este caso las enfermeras y las madres.

Todo Estudio de Caso considera tres fases, que según Nisbet y Watt²² se desarrolla en 3 momentos, una primera abierta o exploratoria; la segunda, sistemática en términos de recolección de datos y la tercera, el análisis e interpretación de datos y la elaboración del informe; estas tres fases, se sobreponen en diferentes momentos de la investigación, siendo difícil

procesar el límite que las separa. A continuación se detalla el desarrollo de cada una.

Fase exploratoria o abierta: el presente estudio de caso partió de algunas interrogantes que las investigadoras se han planteado a partir de la realidad observada en algunos establecimientos de salud durante las prácticas pre-profesionales, se inició con la formulación de preguntas poco delimitadas, para luego ir puliéndolas conforme se va haciendo la revisión de la literatura y consultando sobre la problemática encontrada; lo que permitió definir con precisión que el objeto a investigar es “monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud del niño”.

La Fase de delimitación del estudio: las investigadoras procedieron a recolectar sistemáticamente la información, utilizando la técnica de la entrevista semiestructurada a profundidad, que estará dirigida a las enfermeras y a las madres hasta lograr la saturación de datos y además se confirmó los datos de la entrevista aplicando la lista de cotejo a todos los carné de las madres entrevistadas para determinar desde el punto de vista técnico el monitoreo y vigilancia del carné en los consultorios de atención integral de salud.

La última fase es el análisis sistemático de los discursos y la elaboración del informe; en esta fase surgió la necesidad de reunir la información, seleccionando los datos relevantes, los mismos que se convirtieron en unidad de análisis, utilizando un lenguaje sencillo, de fácil interpretación, para que pueda ser comprendido por cualquier lector, y tornarla disponible, considerando en su redacción el modelo de presentación de trabajos cualitativos, de acuerdo a las normas establecidas por la oficina de investigación de la Escuela de Enfermería de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo (USAT), el mismo que será publicado, de manera total o parcial a través de artículos científicos.

2.3. Sujetos de Investigación

Los sujetos que participaron de esta investigación estuvieron constituidos por 11 enfermeras que laboran en la Microred Lambayeque y 20 madres, las mismas que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

En tal sentido se entrevistó a enfermeras que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Enfermeras que tuvieron como mínimo 6 meses laborando en el consultorio de Atención Integral de Salud de los establecimientos de la Microred Lambayeque. Se excluyeron a las Enfermeras que se encuentren con licencia laboral.

De las enfermeras entrevistadas la edad mínima fue de 25 años y la edad máxima 58 años, siendo la edad promedio 41 años; el 90 % de los profesionales provienen del departamento de Lambayeque y el 10 % de Chiclayo; con respecto al número de capacitaciones, el 90 % no ha tenido capacitaciones en el área de CRED y el 10 % ha tenido una sola capacitación durante el año; el tiempo laboral de las enfermeras, el máximo fue de 26 años y el mínimo de 5 años, el tiempo promedio es de 15 años; el tipo de contrato, el 80 % es nombrada y el 20 % contratado por servicios no personales.

Así mismo, se entrevistó a 20 madres que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: que acudieron al consultorio de Atención Integral de Salud con su niño mayor a 6 meses de edad, que sean mayores de 18 años, que tengan como mínimo grado de instrucción primaria, que se atiendan en los establecimientos de la Microred Lambayeque y que además otorguen su consentimiento informado. Se excluyeron a aquellas madres que tengan capacidades diferentes (sordomudo, disartria y ceguera) que limitaban la técnica de la entrevista, a las madres con hijos que tengan habilidades diferentes como: síndrome de Down, asperger, autismo, y acondroplasia, a la madre que no acude al control y envié un familiar o cuidador.

De las madres entrevistadas, la edad mínima fue 19 años y la edad máxima 39 años, siendo la edad promedio 29 años; respecto al grado de instrucción, el

80 % cuentan con secundaria completa y el 20 % superior completa; su estado civil el 60 % de ellas son casadas y el 40 % convivientes; el 20 % de las madres tienen más de 3 hijos y el 80 % menos de 2 hijos, de ellos menores de 1 año y mayores de 3 años respectivamente; el 100 % profesan la religión católica y son amas de casa, el 90 % vive con sus esposos e hijos y el 10 % con sus padres y hermanos.

La muestra en este estudio cualitativo fue representativa, de tal manera que permitió identificar, comprender y analizar el fenómeno estudiado, es decir cómo se lleva a cabo el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud desde la perspectiva de la enfermera y madre, por ello el diseño muestral no probabilístico fue por conveniencia-pertinencia²³, donde los sujetos fueron seleccionados dada la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos con las investigadoras.

Además fue suficiente, es decir que la cantidad de la información fue la adecuada en calidad y cantidad; por ello uno de los criterios que se tomó en cuenta en este rubro fue la destreza del investigador para entrevistar y la técnica de saturación de datos²⁴, la cual ocurrió cuando los muestreos adicionales ya no proporcionaron nueva información, siendo solo datos redundantes y repetitivos. Así mismo, para proporcionar una visión múltiple y sumamente enriquecedora con el propósito de incrementar la confiabilidad de los resultados y minimizar el sesgo en la investigación, se utilizó la técnica de triangulación de informantes²³, que se recogió a través de las entrevistas realizadas a las enfermeras y madres a quienes se les asignó un código correlativo y la aplicación de una lista de cotejo al carné que portaba las madres el día de la entrevista.

2.4. Escenario

La investigación se realizó en los establecimientos de salud pertenecientes a la Micro Red Lambayeque compuesta por: el Centro de Salud “Toribia Castro Chirinos”, Centro de Salud “San Martín”, Puesto de Salud “Sialupe

Huamantanga” y el Puesto de Salud “Muy Finca Punto 09”, pertenecientes al primer nivel de atención con la categorización de I-4, I-3 y I-1, donde laboran 11, 8, 1 y 1 respectivamente, haciendo un total de 21 enfermeras.

En la Micro Red Lambayeque, se atiende a una población aproximada de 8, 000 niños y niñas menores de 5 años, distribuidos en: Centro de Salud Toribia Castro Chirinos brindan servicios de salud las 24 horas del día, cuenta con los servicios de: admisión, triaje, tópico de medicina, consultorio externo de medicina, odontología, farmacia, psicología, programas del adulto mayor, obstetricia y centro materno, consultorio de atención integral del niño menor de 5 años, nutrición y laboratorio; en el Centro de Salud San Martín, brindan atención las 12 horas (7:30 am – 7:30 pm), con los servicios de: admisión y triaje, tópico y consultorio de medicina, obstetricia, nutrición, consultorio de atención integral del niño, odontología, psicología y farmacia; en los Puestos de Salud de Sialupe Huamantanga y Muy Finca Punto 09, la atención es de 6 horas y cuenta con los siguientes servicios: triaje, tópico, obstetricia, consultorio para la atención integral del niño y farmacia.

Las investigadoras seleccionaron este escenario ya que representan realidades diferentes tanto en lo rural como urbano. La enfermera, quien atiende en cada turno a 12 niños como promedio, tiene la responsabilidad de educar a las madres respecto al monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud.

2.5. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

En la presente investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de recolección de datos: guía de preguntas abiertas para la entrevista semiestructurada y lista de cotejo o check list; para la observación.

La entrevista semiestructurada, consiste en una conversación en la se ejercita el arte de formular preguntas y escuchar respuestas según Ruiz-Olabuénaga citado por Navarrete²³, su principal finalidad es la obtención de

información, diferenciándose en este sentido de la conversación ordinaria, que posee un carácter pragmático. Busca comprender las perspectivas que tienen los entrevistados sobre sus ideas, valores, situaciones que han vivido. Cuanto menos estructurada sea una entrevista mayor será la información obtenida y más complejo será el análisis; en este caso se buscó comprender las perspectivas de las enfermeras y madres respecto al monitoreo y vigilancia del carne de atención integral de salud.

Las investigadoras exploraron el tema mediante preguntas abiertas, que en la entrevista semiestructurada se formularon a partir de una guía que recogió las respuestas sobre el tema relacionado, en este caso sobre el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud. Para la entrevista de ambos sujetos (Enfermeras y madres) se utilizaron una guía con 9 preguntas abiertas para ambos instrumentos, y de esta manera se obtuvo datos respecto al tema de investigación. No obstante, la guía de entrevista no obligó a seguir un orden determinado, sino que se consultó cada vez que fue necesario para evitar que las investigadoras olviden alguna pregunta.

Este instrumento se dividió en 2 partes, la primera contiene datos identificativos o de información general en donde se tomó en cuenta el seudónimo, edad, procedencia, establecimiento de salud, número de capacitaciones, tiempo laboral en el área, tipo de contrato, el cual sirvió como información básica para caracterizar a los sujetos, y en la segunda parte hace referencia a la formulación de las preguntas ajustadas al objetivo y tema a investigar. El desarrollo de la entrevista partió de formular la pregunta norteadora abierta, la cual ayudó a dirigir la entrevista hacia el objetivo, seguida de las preguntas auxiliares, que sirvió como marco de referencia para abordar el tema de manera más profunda cuando las respuestas no estén bien esclarecidas.

Las entrevistas a los profesionales de enfermería se ejecutaron en los ambientes donde se brinda la atención integral del niño menor de 5 años, al finalizar su turno. Previamente se le proporcionó la hoja informativa y se le hizo firmar el consentimiento informado; además se le asignó un código a cada entrevista para facilitar la recolección de datos (La letra E de Enfermera, seguido de las siglas CS o PS de Centro o Puesto de Salud, más las siglas del nombre de dichos establecimientos, además de un número correlativo, ejemplo: E- CS- TCCH 001, E- PS- SM 001). (Anexo 01).

Las entrevistas a las madres, se realizaron en un ambiente tranquilo libre de distractores, es decir en cada Establecimiento de Salud se identificó previamente un lugar con las características antes mencionadas, se entrevistó de 3 a 4 madres por visita en cada establecimiento, teniendo en cuenta el turno más alejado al de la atención de su niño, para asegurar que no pierda su turno. Previamente se dio lectura a la hoja informativa y posteriormente se realizó la firma del consentimiento informado. Es importante recalcar que cada entrevista se codificó de la siguiente manera: la letra M de Madre, seguido de las siglas CS o PS de Centro o Puesto de Salud más las siglas del nombre de los establecimientos de salud, el número correlativo, slash N de niño[a] y edad del mismo en meses, ejemplo: M- CS TCCH 001/N 6m, M- PS SM001/N 6m. (Anexo 02).

Para registrar la información se usó un grabador de voz, y las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 15-45 minutos cada una.

El siguiente instrumento utilizado fue la lista de cotejo o check list, que consistió en un instrumento estructurado en la que se registró la ausencia o presencia de un determinado rasgo, conducta o secuencia de acciones, en el Carné de atención integral de salud, caracterizada por ser dicotómica, es decir, que acepta solo dos alternativas: sí y no²⁵.

Para la construcción de este instrumento fue importante conocer el propósito del mismo, luego se planteó un listado de acciones secuenciales, teniendo en cuenta el orden en que aparecen los comportamientos relacionados con el crecimiento y desarrollo teniendo en cuenta Modelo de Atención Integral vigente. Este instrumento permitió identificar en qué medida se realiza el monitoreo y vigilancia del crecimiento y desarrollo a través del carné desde el punto de vista técnico científico, en el que se constató, en un solo momento, la presencia o ausencia de éstos. La lista de cotejo consta de 23 ítems que evalúa el carné por caras y secciones, para realizar su identificación se codificó de la siguiente manera: siglas LC que corresponde a la palabra lista de cotejo, seguido del número correlativo según la entrevista de la madre, ejemplo: LC-001. (Anexo 03).

El recojo de estos datos se realizó mediante la técnica de observación del carné de crecimiento y desarrollo proporcionado por la madre al finalizar la entrevista. Para llevar a cabo esta actividad se informó a la madre y previo consentimiento de ella, se procedió a aplicar la lista de cotejo o check list; para asegurar la evaluación fidedigna de esta lista se tomó una fotografía al carné.

Estos instrumentos fueron sometidos a revisión por juicio de expertos: enfermeras, profesionales competentes en la temática y la metodología; quienes analizaron dichos instrumentos emitiendo sus sugerencias respectivas, se realizó los reajustes necesarios a cada uno de los instrumentos. Una vez que el proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Medicina, se procedió a realizar la prueba piloto, que consistió en administrar el instrumento a una pequeña muestra con similares características de los sujetos investigados y de su contexto, cuyos resultados se usaron para calcular la confiabilidad y validez del instrumento²³, se aplicaron a dos enfermeras y dos madres adscritas a la

Microred La Victoria y que previamente otorgaron de manera voluntaria su consentimiento informado.

2.6. Procedimiento

Se inscribió el proyecto de investigación en el catálogo de tesis de la Escuela de Enfermería como primer paso, posteriormente se presentó al Comité Metodológico, quienes vertieron las sugerencias del caso; posteriormente se presentó un ejemplar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina para su aprobación. Una vez aprobado el proyecto se procedió a solicitar el permiso respectivo al Gerente de la Red Lambayeque y luego se hizo de conocimiento del permiso al Gerente de la Micro Red Lambayeque.

Una vez obtenidos los permisos respectivos y de haber cumplido con los requisitos que cada establecimiento de salud de la Microred Lambayeque (4 establecimientos) exigió, se procedió hacer las respectivas visitas para entrevistarse con las enfermeras jefes y obtener el permiso de ejecución en consultorio; se visitó posteriormente cada establecimiento en el horario de atención (7:30 a 1:30 pm) para obtener la entrevista con la enfermera a cargo de los consultorios de Atención Integral, y de esta manera se determinó previamente la disponibilidad de tiempo para realizar las entrevistas a cada enfermera.

Una vez pactada la fecha de entrevista se visitó el consultorio de Atención Integral de Salud de cada establecimiento para tener acceso a las historias clínicas de los niños que serían evaluados en consultorio y de esta manera asegurar que las madres cumplan con los criterios de inclusión antes de ser entrevistadas; así mismo se entrevistó a la enfermera al finalizar su turno según su programación. A cada una de ellas se les presentó la hoja informativa y la hoja para la firma del consentimiento informado; previamente a las entrevistas se solicitó al establecimiento la asignación de un ambiente privado y adecuado para desarrollar las entrevistas.

Durante cada entrevista, los primeros minutos fueron utilizados para una presentación personal de tal forma que se genere confianza entre entrevistado y entrevistador. Las entrevistas se iniciaron con la pregunta norteadora y después se plantearon las preguntas auxiliares, buscando la participación activa de las enfermeras y madres por cada establecimiento de salud; la función de la entrevistadora, fue de en todo momento animar a los sujetos a seguir hablando, repreguntando y parafraseando, para profundizar en la comprensión del objeto de estudio. El método de registro fue la grabación de las entrevistas mediante un mp3, que permitió recoger los datos en su totalidad y de manera fidedigna. Antes de finalizar las entrevistas a las madres, se les pidió el carné de su niño para evaluar y aplicar la lista de cotejo.

Se regresó al escenario las veces necesarias hasta completar la muestra de enfermeras y madres, teniendo en cuenta los criterios de saturación y redundancia. La transcripción de las entrevistas, se hizo después de cada una de ellas a fin de mejorar el proceso de recolección de datos de manera inmediata.

Una vez recolectados todos los datos, se procedió al procesamiento de la información obtenida al evaluar 20 carnés de atención integral de salud de los niños con la lista de cotejo se organizó los datos en una base de datos Excel y se analizó de manera porcentual, finalmente la base de datos será eliminada dos años después de culminado el informe de investigación. (Anexo 04).

Las investigadoras declaran haber tenido ciertas dificultades en la recolección de datos, tales como: limitación para acceder a algunas de las enfermeras porque no se les pudo ubicar en su establecimiento y otras se negaron a participar en la investigación; respecto a las madres la principal limitante era la desconfianza para la entrevista y la poca fluidez de palabras, lo que requirió de mayor tiempo para la recogida de datos, lo que inicialmente

estaba propuesto en dos meses, se ejecutó en cinco. Así mismo otra limitante fue la distancia ya que dos de los establecimientos de Salud (Sialupe Huamantanga y Muy Finca Punto 09), que se encuentran a hora y media de la ciudad de Chiclayo.

2.7. Análisis de Datos

El análisis de datos que se utilizó en la presente investigación, fue el análisis temático; el cual parte de datos textuales, trata de descomponer el Corpus en unidades para proceder posteriormente a su agrupamiento en categorías siguiendo el criterio de analogía. Es decir, considerando las similitudes o semejanzas que existieran entre éstas en función a los criterios preestablecidos. El análisis contenido comprende tres etapas²⁶.

La primera etapa denominada Pre análisis; es la etapa de organización del material analizado, acá se diseñó y definieron los ejes del plan que permitió examinar los datos y realizar efectivamente el análisis de contenido. En ésta etapa las investigadoras transcribieron y organizaron las de las madres y las enfermeras, las cuales fueron ordenadas en forma numérica, después se realizaron lectura y re-lectura con la finalidad de seleccionar los datos más relevantes que se sometieron al análisis, logrando la familiarización de las investigadoras con el contenido, permitiendo tener una idea general de los resultados y establecer una posible esquematización de los mismos.

La segunda etapa de Codificación, consistió en realizar una transformación de los “datos brutos” (el material original) a los “datos útiles”. Las operaciones implicadas en ésta etapa fueron la fragmentación del texto, es decir, el establecimiento de unidades de registro, y la categorización de elementos. En ésta etapa se realizó el análisis de las entrevistas a las madres y enfermeras, de las cuales fueron descartados los datos que no fueron de utilidad para la investigación, estableciéndose finalmente las unidades significativas.

Y por último en la tercera etapa, que es la de Categorización; se organizó y clasificó las unidades significativas obtenidas en base a criterios de diferenciación. El criterio fundamental de categorización fue el semántico; es decir, se agrupó las unidades por similitudes en cuanto a su significado. Y finalizando el análisis de datos se agruparon las unidades de significado para dar paso a las categorías, junto con sus respectivas sub-categorías.

En el presente estudio, se hizo uso de la triangulación, que consistió en contrastar y verificar los resultados a partir de diferentes fuentes y perspectivas.

El tipo de triangulación que se utilizó en el presente estudio fue el de informantes y sujetos; que consistió en el recojo de datos proporcionados de las entrevistas²³; datos que proporcionaron las enfermeras a cargo de los consultorios de atención integral de salud y de las madres de niños menores de 5 años que acuden al control en dichos consultorios y además se obtuvieron datos de la lista de cotejo aplicado a cada carné de las madres entrevistadas; todo esto permitió conocer y contrastar los múltiples puntos de vista, lo que ayudó a la aproximación de un entendimiento profundo sobre el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud del niño desde la perspectiva de la enfermera y la madre.

2.8 Criterios Éticos

Durante la investigación se tuvo en cuenta los siguientes principios éticos propuestos por Sgreccia²⁷.

El valor fundamental de la vida: los sujetos de investigación tuvieron derecho a decidir de manera voluntaria si participarían o no en el estudio, fue necesario que las investigadoras den a conocer los riesgos y beneficios que puedan ocurrir, considerándolos siempre y respetándolos como persona en su totalidad de valor, cuidando que no se dañe ni física, ni emocionalmente en ninguna circunstancia.

El Principio de libertad y responsabilidad, Para dar cumplimiento a este principio se estableció como criterio de inclusión, la participación voluntaria de los sujetos (enfermeras y madres), haciendo uso de su libertad de elección, lo que le llevó a la autodeterminación y su participación responsable en el estudio. Este principio también se respetó cuando las enfermeras y madres firmaron el consentimiento informado, para ello se detalló la naturaleza de la investigación, los procedimientos que se utilizaron dando cumplimiento al uso de su derecho a la información; de tal forma que les permitió adoptar decisiones informadas, conscientes y libres antes de iniciar la investigación.

Principio de Sociabilidad y Subsidiaridad: en la presente investigación se procuró extremar los posibles beneficios, minimizando los riesgos hacia los sujetos de investigación, esto quiere decir que en todo momento se respetó su autonomía y no salieron perjudicados de ninguna manera; así mismo los resultados contribuirá a la sociedad y a la disciplina de Enfermería, mediante la difusión de los mismos en la Micro red Lambayeque, Centros y Puestos de salud u otros como: eventos o revistas científicas, con la finalidad de causar reflexión en los lectores frente al objeto de estudio.

2.9 Criterios de Rigor Científico

Para la presente investigación se tomaron en cuenta los criterios propuestos por Guba y Lincoln, citado por Tello²⁸; para asegurar la calidad de la misma.

La Credibilidad: Este criterio se cumplió ya que la investigación estuvo respaldada por una base teórica, así mismo todos los datos que se obtuvieron fueron de los propios sujetos en íntima relación con el objeto de estudio dentro de su propio contexto donde ambos se desenvuelven y desde dos perspectivas (enfermera y madre), de modo que se evidenció las experiencias y fenómenos ocurridos tal y como ellas lo percibieron y para una máxima validez de los datos recolectados se hizo uso de un grabador de voz de tal manera que permita describir de manera detallada y completa las entrevistas; todo esto permitió a las investigadoras obtener de manera

fidedigna datos verídicos así mismo comunicar fielmente el lenguaje, pensamientos, emociones y puntos de vista de los sujetos de estudio sin causar sesgos o desviación de la información.

Además para asegurar la calidad de los resultados del análisis, participaron más de un analista en el proceso en calidad de jurados con amplia experiencia formativa y contextual durante las diversas revisiones tanto como proyecto, pre-informe e informe final, quienes evaluaron todo el proceso a través de una lista de chequeo y dieron sus respectivos aportes y sugerencias.

La Transferibilidad o Aplicabilidad; los resultados del estudio podrán ser transferidos para otros contextos o para el mismo contexto en otra época, y para ello se describió con detalle cada actividad que se realizó, los datos proporcionados por los sujetos de estudio, que servirán para comparar con otras investigaciones y así poder transferir a otras realidades, ya que no se encontraron investigaciones recientes respecto a esta problemática.

Confirmabilidad o Reflexibilidad; Este criterio se cumplió gracias a que se utilizó las guías de entrevista (enfermeras y madres) en el trabajo de campo como instrumento fidedigno para recolectar datos y registrado en un grabador de voz; esto también se logró con la descripción detallada de paso a paso, de cómo fue llevado a cabo todo el proceso investigativo desde la inmersión en el escenario hasta el análisis de los datos incluyendo las situaciones adversas que se pudieron presentar durante la recolección de los mismos consignando información clara y precisa, de manera que pueda ser revisado por otros y les permita entender el sentido de la construcción de la investigación, además que sirva para realizar la generalización naturalística propias de las investigaciones cualitativas; así mismo, el criterio de flexibilidad representó el esfuerzo de las investigadoras no ya por evitar la influencia sobre el objeto de estudio, sino por reconocerlo.

CAPÍTULO III: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Los datos obtenidos se organizaron y clasificaron teniendo en cuenta la similitud y significado de las unidades de análisis extraídas de las entrevistas, que luego se agruparon en categorías y sub-categorías que a continuación se presentan:

I. Monitoreo y Vigilancia de las actividades de atención integral del niño

- Cumplimiento del calendario de vacunación.
- Evaluación y seguimiento de crecimiento y desarrollo
- Registro y administración de los micronutrientes, descarte y tratamiento de anemia.
- Registro y administración de antiparasitario.

II. Educación para un buen monitoreo y vigilancia.

III. Limitaciones del monitoreo y vigilancia a través del carné.

IV. Necesidad de mejorar el carné de atención integral del niño.

I. Monitoreo y Vigilancia de las actividades de la atención integral de salud.

El monitoreo y vigilancia de las actividades de la atención integral de salud del niño menor de 5 años se debe realizar de manera continua de tal manera que permita describir y calificar el cumplimiento de las actividades relacionadas con las vacunas, el control de crecimiento y desarrollo, la administración de micronutrientes, el descarte y tratamiento de anemia y el registro y administración de la profilaxis antiparasitaria.

Al respecto Panpanich y Garner¹⁵ en su investigación refieren que los profesionales de la salud aceptan ampliamente y apoyan firmemente la monitorización del crecimiento, y éste es un componente estándar de los servicios pediátricos de la comunidad en todo el mundo, definiendo a la

monitorización del crecimiento como el registro regular del peso de un niño, junto con algunas medidas correctivas específicas si el peso es de alguna manera anormal.

Mientras que el término Vigilancia del crecimiento, lo define como las mediciones sistemáticas para detectar el crecimiento anormal, combinado con alguna acción cuando se detecta. Su objetivo es mejorar la nutrición, reducir el riesgo de muerte o de una inadecuada nutrición, ayudar a educar a los cuidadores, y conducir a la pronta remisión de las condiciones de manifiesta por trastornos del crecimiento¹⁷. definición que coincide con la que propone Figueiras, Neves, Ríos y Benguigui¹⁶ pero orientada hacia el desarrollo, definiendo que la vigilancia del desarrollo del niño incluye todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de problemas en el desarrollo, durante la Atención Primaria de Salud (APS) de los niños, entendiéndose como APS al primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema nacional de salud, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria²⁹; además los autores agregan que la vigilancia es un proceso continuo y flexible, que incluye la información de profesionales de la salud, padres, maestros, entre otros¹⁶.

Las definiciones antes mencionadas concuerdan con la descrita en la Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años con R. M. – N° 990 - 2010/MINSA⁷, donde se hace referencia que el monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial; es individual, porque cada niño es un ser, con características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno, es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo; es decir, la salud, el desarrollo psicoafectivo y la nutrición del niño, es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad, es periódico, porque se

debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña o niño, es secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos.

Paralelamente se define “atención integral de salud” como las intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, provistas de manera integral, integrada y continua por el establecimiento de salud o la red de salud, con calidad y equidad, teniendo como eje de intervención de la persona, familia y comunidad¹⁴. Por lo que se propone las siguientes subcategorías:

- Cumplimiento del calendario de vacunación.

Según Carhuachin y Córdova³⁰ definen al cumplimiento como la acción y efecto de cumplir con determinado asunto, es decir, la realización de un deber o una obligación, de igual manera refieren que el cumplimiento del calendario de vacunación es la asistencia de acuerdo a la cita programada.

Citando a Silva³¹ manifiesta que el calendario de vacunación es la secuencia cronológica que establece cómo deben administrarse las vacunas sistemáticas en un área geográfica, país o comunidad, con el objetivo de garantizar una protección adecuada de su población frente a las enfermedades para las que se dispone de una vacuna eficaz.

Desde la posición de Ferreira, Miranda, Paiva, Feitosa, Vale y Lameira³² en su investigación refieren que tratar con descuido el calendario básico de vacunación de niños, puede causar diversos agravamientos, que pueden resultar en graves problemas de salud pública. Aumenta el riesgo, tanto de los infantes como de las familias, de adquirir enfermedades

inmunoprevenibles, y torna real el riesgo de que surjan epidemias en la comunidad.

Al respecto la Norma Técnica N°080-MINSA/DGSP V03³³, hace referencia que el esquema nacional de vacunación, es la representación cronológica y secuencial para la administración de las vacunas aprobadas oficialmente para el país, como parte de la política nacional de inmunizaciones.

Respecto a ello las enfermeras manifiestan:

“Cuando llega la mamá al control, reviso el carné, le digo que es un documento de suma importancia para el niño y quién lo debe manejar mejor es ella, a nosotros nos sirve como una evidencia de que está cumpliendo con su calendario de vacunación” E – CS- TCCH- 002.

“Verifico los datos de sus controles en el carné, que sean continuos y sus inmunizaciones conforme al calendario.” E – CS- SM- 002.

Las madres confirman lo expuesto por las enfermeras:

“...debemos realizar un seguimiento a través del carné, para las vacunas y así cumplir con el calendario de vacunación” M- CS- TCCH-003/N11m.

“...Me sirve para ver si va bien en sus vacunas y saber que vacuna le falta” M- CS- TCCH-007/N3a2m.

“...Le ponen las vacunas de acuerdo a su edad y van sellando o apuntando la vacuna que han administrado.....” M- CS- TCCH-006/N9m.

Los datos anteriormente descritos por las madres y las enfermeras respecto al cumplimiento del calendario de vacunación se corrobora con los resultados de la lista de cotejo: El 100% de carnés cuenta con el registro de las vacunas en el casillero de vacunación que se encuentra en la cara externa del carné (primera sección), registrando la fecha del día de la vacunación, ya sea con fecher o bolígrafo.

Tanto los discursos de las enfermeras como de las madres convergen, pues ambas hablan acerca del cumplimiento de las vacunas de manera oportuna y el registro de la misma en el carné, por lo que se concluye que las enfermeras ejecutan correcta y responsablemente la administración de las vacunas y su registro según calendario de vacunación; así mismo, la madre también cumple con responsabilidad al llevar al niño para ser vacunado.

Por otro lado, algunas madres (10/20) refieren que no se les explica sobre las vacunas y que solo se limitan a registrarlas en el carné del niño, mientras que una minoría (5/20) refieren que sí las educan pero lo hacen durante el proceso de vacunación, tal como lo refieren en las siguientes unidades de análisis:

“No me han explicado el calendario de vacunación cuando le colocaban sus vacunas, solo lo registraban aquí (señalando el calendario de vacunación del carné)...” M- CS- TCCH-008/N7m.

“...pregunté para qué sirve la vacuna antipolio, pero no me explicaron usando el carné, solo explican cuando están inyectando y a veces se hacen las que no escuchan cuando pregunto” M- CS- TCCH-001/ N7m.

Fernández³⁴, manifiesta que el profesional de enfermería realiza todo un conjunto de actividades: vacunación, educación, seguimiento y registro del acto vacunal, teniendo a su vez un dialogo con las madres, despejando dudas y temores que puedan presentarse, de esta manera se creará conciencia sobre los beneficios de las vacunas.

De acuerdo a los relatos antes expuestos, existe una escasa educación post vacunal tal como lo refiere La Torre y Rabanal³⁵, quienes evidenciaron que la educación sanitaria impartida no es la más adecuada, ya sea porque es muy esporádicamente y sin una planificación integral o porque muchas veces el personal que la realiza no está suficientemente capacitado para ello, utilizando metodologías inadecuadas; probablemente quienes la ejecutan son estudiantes o son profesionales no identificados con su trabajo. Así mismo Asunción, citado por La Torre y Rabanal³⁵, manifiesta que el conocimiento

sobre las vacunas es generalmente muy bajo; pero, la aceptación muy alta y concluye sobre la necesidad de incrementar la educación sobre vacunas en las consultas.

Por lo tanto, se concluye que el cumplimiento del calendario de vacunación es una actividad importante y muy necesaria que la enfermera realiza para proteger contra enfermedades inmunoprevenibles a los niños menores de 5 años, reflejando que las enfermeras de la Micro Red Lambayeque sí cumplen con las actividades de vacunación, seguimiento y registro del acto vacunal, y que las madres tienen una total aceptación respecto a las vacunas; pero, también se evidencia que existe un cumplimiento parcial de la actividad educativa, pues no tienen un diálogo efectivo con las madres para despejar dudas y temores, lo que implica que no se está creando conciencia sobre los beneficios de las vacunas, reflejando a su vez que es importante mejorar estrategias que permitan afianzar la consejería a las madres.

- Evaluación y seguimiento de crecimiento y desarrollo

Según la Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años con R. M.– N° 990 - 2010/MINSA⁷, refiere que la evaluación tiene como objetivo comparar los objetivos y metas trazadas con los resultados obtenidos y que se realizara con una periodicidad mensual.

El término “crecimiento” y “desarrollo” según la Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años con R. M. – N° 990 - 2010/MINSA⁷, define al crecimiento como el proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia), y desarrollo lo define como el proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en

aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales., son procesos que están regulados por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)³⁶, hace alusión a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla las curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año hasta los seis años de vida. A partir de una investigación realizada en seis países del mundo, pudieron establecerse patrones comunes que sirven para detectar rápidamente y prevenir problemas graves en el crecimiento (desnutrición, sobrepeso y obesidad) de los niños y niñas.

Así mismo, la evaluación y monitoreo del crecimiento se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Para ello utiliza las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia del crecimiento⁷.

Acerca de la evaluación de crecimiento las enfermeras refieren:

“el crecimiento se monitoriza... cómo va la tendencia, si el niño está aumentando de peso, talla o si esta estacionario o si hay una ganancia inadecuada, revisamos el carné...” E – CS- TCCH- 001.

“...primero registro y luego le muestro a la madre y de acuerdo al peso y edad del niño, le digo que debe estar en la parte verde porque es normal, igual la talla, ponemos el punto y registramos en números”. E – CS- TCCH- 005.

Así mismo los relatos de las madres muestran convergencia con los datos manifestados por las enfermeras:

“Si me explicó, cogió el carné y me dijo cuánto pesaba, y que estaba muy bien porque estaba en la línea verde y de la talla que estaba debajo de la línea verde y que le faltaba un poco de talla...” M- CS- TCCH-004/N4a4m.

“...Lo que pesó mi niño lo registró con puntos cerca de la línea verde, me dijo que cuando se acerca a la línea roja está en riesgo, si me explicó (señalando la gráfica de talla-edad).” M- CS- TCCH-008/N7m.

De los relatos de las madres, (11/20) convergen con los relatos de las enfermeras, quienes refieren que sí les explican acerca de las gráficas de crecimiento, mientras que otro grupo de madres (9/20) muestran divergencia con lo expuesto por las enfermeras tal como se observa en las siguientes unidades de análisis:

“La enfermera solo se dedica a graficar, yo le pregunto si está conforme su talla y su peso de mi niño para la edad que tiene, y me dice todo está conforme y señalando la tendencia de la curva de peso para la edad, me dice: “aquí la línea va subiendo y lo ideal es que no esté en la línea roja”, pero ellas no comunican o explican por si solas, lo hacen porque yo les pregunto” M- CS- TCCH-002/N8m.

“....lo de las gráficas (señalando las gráficas de crecimiento) no sé, ni para qué sirven las líneas de colores...nunca me han explicado...” M- CS- TCCH-010/N1a10 m.

A ello se agrega los datos obtenidos con la lista de cotejo, donde se encuentra divergencia entre los datos referidos por las enfermeras y las madres, evidenciando que el 100% de los ítems relacionados con el crecimiento no se encuentran correcta y completamente llenados, respecto a las gráficas del indicador peso- talla no se encuentran correctamente registrados los resultados, ni las tendencias de la curva del peso en un 100%, en la gráfica del indicador peso-edad se obtuvo que el 95% registran los resultados y solo el 5% no registran los resultados y ni unen los puntos correctamente para que se evidencie la tendencia de la curva de la ganancia de peso según la edad del

niño y finalmente en la gráfica del indicador talla-edad se obtuvo que el 90% de los carné se encuentran registrados los resultados de la evaluación y el 10% no se muestran correctamente llenados.

De los datos antes expuestos, la mayoría de enfermeras (9/11) refieren que sí explican a la madre los resultados de la evaluación del crecimiento haciendo uso de las gráficas, es decir explican la tendencia de la curva, si el niño aumentó, esta estacionario o disminuyó su peso y talla, seguidamente refieren que grafican en el carné.

Al respecto, la Norma técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años con R. M.– N° 990 - 2010/MINSA⁷, hace referencia que a través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia. El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño actividad que no se evidencia⁷; tal como lo afirma Hoerée, Sejas y Ardüz³⁷ en su investigación, que un programa de monitoreo del crecimiento se define como la oferta de asesoramiento orientado al aumento del peso de niños menores de cinco años y que la curva peso / edad, incluida en el Carnet de Salud Infantil (CSI), es el instrumento que ayuda a brindar este servicio.

El buen crecimiento infantil también está enfocado en la consejería nutricional para el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño. Al respecto, la Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años con R. M.– N° 990 - 2010/MINSA⁷, refiere que el objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del

crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.

En relación a lo expuesto las enfermeras refieren:

“Se le explica todo lo que es consejería nutricional, para que el niño vaya creciendo de acuerdo a su edad, yo las ilustro a las mamás con el carné explicándole en la parte interna donde están las figuritas de alimentación, después las gráficas de peso, talla” E – CS- SM- 001.

“La consejería que le damos a la madre es para que el niño tenga buen peso y talla y así una buena valoración nutricional...” E – CS- SM- 002.

A ello, se agregan las afirmaciones de las madres:

“Estas graficas no me explica (Señalando la gráfica alimentación por edades), ésta parte me explicaron cuando tuve a mi primer hijo, pero de mis demás hijos no, y me dicen: “ya has tenido tus hijos ya debes saber”...” M- CS- TCCH-007/N3a2 meses.

“En el control anterior la enfermera no me dijo que darle de comer...porque a ella no le corresponde decir eso, sino a la nutricionista...” M- CS- SM-012/N8m.

“...la enfermera me explicó cómo dar de lactar y también sus alimentos a partir de los 6 meses a 7 meses, me dijo qué debería de comer y cómo darle.....” M- CS- SM-014/N4a1 m.

“...Cuando empezó a comer me dieron una hoja informativa, donde decía que era lo que debía de comer según la edad... y me indicaron dar pura lactancia materna, no me explicaron con el carné... pero yo tenía curiosidad y leía el carné en casa...”. M- CS- TCCH-002/N8m.

La mayoría de los discursos vertidos por las enfermeras, (9/11) refieren, que realizan consejería nutricional a la madre haciendo uso del carné según la edad del niño, brindando consejería respecto a la lactancia materna, y alimentación complementaria y solo, (2/11) enfermeras refirieron, que realizaron interconsulta con la nutricionista, por que requirieron una

explicación más específica acerca de la alimentación de su niño. Estos resultados convergen en su mayoría con los de las enfermeras, ya que (14/20) madres refieren, que reciben consejería nutricional y solo (6/20) manifiesta lo contrario; es decir hacen referencia que las enfermeras no realizan la consejería nutricional.

Estos datos también se corroboran con los resultados de la lista de cotejo observando gráficos, imágenes y descripción de recomendaciones, claras, en tamaño adecuado y con letra legible para que la madre lo utilice como una herramienta para recordar la importancia de la lactancia materna, mezclas y cantidades de alimentos. Al respecto Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain² refieren, que con relación a la función educativa, podemos concluir que las actividades educativas han dado prioridad a charlas sobre: los aspectos del crecimiento y desarrollo de los niños: las conductas apropiadas de crianza; y la lactancia exclusiva hasta determinada edad y la dieta balanceada estandarizada (pocas veces adaptada a los recursos alimenticios y económicos locales). Los programas educativos no han incidido en que los responsables descubran en el CSI un instrumento de conocimiento y de "ayuda memoria" de los aspectos que deben observar y estimular durante el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

En conclusión, es de gran importancia el registro y la educación que se brinda a la madre sobre el estado nutricional del niño (registro de peso, talla y tendencias de la ganancia), así como se manifiesta en la investigación de Rubin, Vidal, Kolsteren y Pecho¹², estos autores declaran que la integración de esta tarjeta de vacunas y de los aspectos de alimentación y desarrollo en el CSI, lo convirtieron en un instrumento pedagógico del personal de salud para la educación de la madre; además, de permitirle el monitoreo del crecimiento y detectar el estado de malnutrición del niño, repercutiendo de esta manera en la detección temprana de los problemas de salud del niño y su intervención oportuna; además existe una nula participación de las madres en el monitoreo y vigilancia del crecimiento del niño ya que el uso de la curva

de crecimiento debería facilitar la comunicación entre el personal de salud en este caso la enfermera y los responsables del niño lo que anula el compromiso de la madre o cuidadores en el crecimiento y desarrollo del niño. Así mismo, la investigación de Ruel y Habicht³⁸, muestra que la educación nutricional bien diseñada y el monitoreo del crecimiento pueden tener un impacto significativo en el conocimiento nutricional de la madre.

Como se puede evidenciar, la enfermera en su mayoría sí cumple con brindar consejería nutricional; pero, al evaluar los carnés con la lista de cotejo se encuentra que no existe un espacio para que ella registre la consejería y/o interconsultas solo existe gráficos, imágenes y recomendaciones propias del carné, y éstos se muestran claros, en tamaño adecuado y con letra legible, para que la madre lo utilice como una herramienta de seguimiento para el crecimiento y desarrollo normal de su niño.

Dada la inconsistencia de los resultados observados con lo que refiere la Norma Técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años con R. M. – N° 990 - 2010/MINSA⁷, en relación a la evaluación, registro y seguimiento del crecimiento del niño, se concluye que no hay eficacia en el registro de peso, talla y tendencias de la ganancia del mismo, repercutiendo de esta manera en la detección temprana de los problemas de salud del niño y su intervención oportuna; además, existe una nula participación de las madres en el monitoreo y vigilancia del crecimiento del niño, ya que el uso de la curva de crecimiento debería facilitar la comunicación entre el personal de salud, en esta caso la enfermera y los responsables del niño, lo que anula el compromiso de la madre o cuidadores en el crecimiento y desarrollo del niño.

Respecto a la evaluación del desarrollo según la Norma Técnica⁷, este se debe realizar en cada control, de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la

comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Esta evaluación se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo relacionados con los logros a nivel psicomotriz, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica).

Al respecto las enfermeras refieren:

“El desarrollo del niño lo evaluamos con el test peruano, le explicamos a la madre según la edad del niño y le decimos los ítems que aprueban y desapruban sus hijos, seguidamente lo graficamos en el carné” E – CS-TCCH- 001.

“En el desarrollo le decimos a la madre cuando el niño está con un déficit o cuando no aprueba un ítem la gráfica va para el lado izquierdo o si va para el lado derecho es un adelanto, después de la explicación le damos las pautas que le va enseñar, para que cuando venga el niño el próximo mes apruebe todos los ítems. E – CS- TCCH- 004.

Esta información converge con lo manifestado por las madres:

“El carné me ayuda a ver cómo va desarrollando sus habilidades... si ya puede hablar o no... o como estimular, ya sea viendo un objeto, los colores...”; “...La parte de acá (señalando el grafico de Test Peruano de evaluación)... me doy cuenta lo que realiza según su edad, yo lo he practicado en casa...” M- CS-TCCH-007/ N3a2m.

“...Me explican sobre las habilidades que va adquiriendo de acuerdo a su edad... si está bien le ponen un check...” M- CS- SM-015/ N4a.

“El carné debo leerlo por mi cuenta, cuando me entregaron el carné el primer día lo revisé para ver para que sirve... me enfoque más en las actividades del desarrollo según la edad...es lo único que hemos leído con mi esposo, otras cosas ya no....” M- CS- TCCH-010/N1a10m.

Las respuestas obtenidas de las entrevistas, se corrobora con los resultados de la evaluación del carné con la lista de cotejo, el cual develó que en un 85 % no se encuentran correctamente llenado el Test Peruano para la evaluación

del desarrollo del niño o la niña, observándose también que hay discontinuidad en la evaluación; así mismo, se evaluó la existencia de 2 versiones de carnés, uno con el Test Peruano (14/20) y el otro con el Test Abreviado o pauta breve (6/20) y solo en el 15% de ellos, se encuentra registrado la evaluación del desarrollo psicomotor de manera completa.

Tanto los discursos de las enfermeras, como de las madres convergen, pues ambas hacen referencia acerca de la evaluación del desarrollo psicomotor del niño con el Test Peruano. En conclusión, durante la evaluación del desarrollo, la mayoría de enfermeras, (9/11) refieren evaluarlo con el mencionado Test, es decir explican a las madres cada ítem que el niño debe cumplir de acuerdo a su edad y (2/11) refieren evaluarlo con el Test Abreviado. De igual manera, la mayoría de madres (10/20) refieren, que sí le explican el Test Peruano para la evaluación del desarrollo del niño o la niña durante el control del desarrollo, y (10/20) expresan lo contrario, refiriendo que lee el carné en casa y realiza las actividades según su criterio.

Es de gran importancia el desarrollo psicomotor en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social; en ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general⁷.

-Registro de administración de los micronutrientes, descarte y tratamiento de anemia

La suplementación con micronutrientes según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)³⁹, indica que ha sido identificada como una de las estrategias basadas en la evidencia más prometedoras, eficaces y costo efectivas para abordar la desnutrición. Esta también forma parte de los

principios rectores para la alimentación complementaria del niño amamantado.

Como lo hace notar Junco⁴⁰, en su investigación existen varias estrategias para hacer llegar micronutrientes a la población con el objetivo de reducir las deficiencias, incluyendo la suplementación y fortificación de los alimentos y la diversificación de la dieta. Sin embargo, de estas, no todas son vehículos propicios para suplir las necesidades de los niños pequeños, particularmente las de aquellos niños y niñas que viven en hogares en condición de pobreza. Si bien, existe una gama de productos para la fortificación en el hogar, los multimicronutrientes en polvo (MMN) han sido los más estudiados. Los MMN fueron diseñados como una estrategia alternativa para suministrar hierro a los lactantes y niños pequeños, eliminando así problemas asociados con el uso de gotas o jarabes. Estos se empacan en porciones individuales que contienen una mezcla de los micronutrientes en forma de un polvo seco y se mezcla fácilmente con los alimentos preparados en el hogar.

Así mismo, expone que las pruebas controladas los MMN han generado reducciones en los niveles de anemia comparables a las reducciones observadas al administrar gotas o jarabes de hierro. Estudios de aceptabilidad también han mostrado que los MMN son atractivos por su facilidad de uso y su sabor relativamente insípido. Además, si se utilizan correctamente, los MMN no entran en conflicto con la lactancia materna o con una transición oportuna de la lactancia materna exclusiva para la introducción de alimentos complementarios a los seis meses de edad, según lo recomendado por la OMS. En base a lo anterior, representan una herramienta prometedora para prevenir y controlar las deficiencias de micronutrientes en los niños y niñas pequeños ⁴⁰.

Al respecto, las enfermeras refieren:

“Lo realizamos en la parte posterior del carné verificamos si el niño se

suplementa con micronutrientes, hasta que dosis ha recibido, si está al día o quizá faltó por algún motivo y luego registramos la fecha que le corresponde” E – CS- TCCH- 001.

“Revisamos las fechas de los micronutrientes según la edad del niño y luego registramos, porque ahorita se le está dando más énfasis a lo que es evitar la anemia.” E – CS- TCCH- 003.

“Primero vemos si el niño es menor de 6 meses, debe estar registrado el sulfato ferroso y luego las fechas de micronutrientes en el carné para llevar así un control adecuado...” E – CS- TCCH- 005.

Las madres refieren:

“...ya van dos meses que me dan los micronutrientes, la enfermera me dice que en una cajita vienen 30 sobres, y que mi niño debe consumir un sobre diario, en una o dos cucharadas de puré mezclados aparte y esa mezcla le dé primero, una vez que termine le continúe dando la otra parte que no tiene la mezcla.” M- CS- TCCH-002/N8 m.

“Me dice que debo darle su papilla, fruta, mazamorra y sus micronutrientes que me ha dado...si tiene anemia, que se alimente bien” M- CS- SH-017/ N6m.

“...Solo cuando me dieron los micronutrientes me explicaron con una guía, pero no con el carné, si no con otra guía que era de micronutrientes, me dijeron que tenía que darle cada vez en su almuerzo...” M- CS- TCCH-001/N7 m.

“Me explicó sobre los resultados de los análisis de hemoglobina, me dijo que estaba bien alimentada, que continúe dándole frutas, verduras, higadito de pollo...” M- CS- MP-018/N5a.

A ello, se agrega los datos obtenidos de la evaluación del carné con la lista de cotejo, corroborando los datos referidos por las enfermeras y las madres, se obtuvo que el 95% de las enfermeras registran correctamente el gráfico de administración de micronutrientes (MMN), según la fecha y edad y el 5% lo hace de manera incompleta o incorrecta.

Tanto los discursos de las enfermeras, como de las madres convergen, pues ambas hablan acerca del registro y administración de micronutrientes. Observándose que todas las enfermeras refieren que sí explican a la madre acerca de su uso, las fechas que le corresponden y luego lo registran en el carné. Para las madres (17/20) refieren que sí reciben los micronutrientes

según le corresponda al niño y recibe consejería acerca de la administración de los mismos, (3/20) refieren que no les explican el cuadro de administración de micronutrientes y otras refieren que solo les explican los resultados de los análisis de hemoglobina que se le realizó al niño.

La Directiva Sanitaria que establece la suplementación preventiva con Hierro en las niñas y niños menores de tres años N° 050-MINSA/DGSP-V.01⁴¹, refiere que la suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años es una actividad obligatoria para el personal de los establecimientos de salud. Las DISAS (Dirección de Salud) y DIRESAS (Dirección Regional de Salud) asegurarán las condiciones logísticas para que se brinde dicha atención, especialmente a la población en pobreza y pobreza extrema, así mismo personal de salud responsable de la suplementación preventiva con hierro del niño, debe brindar consejería a la madre o cuidador del niño enfatizando la importancia de prevenir la anemia.

La suplementación preventiva con hierro en las niñas y niños menores de tres años incluirá la administración de hierro, por vía oral, para lo cual el Ministerio de Salud, las Direcciones Regionales de Salud y las Unidades Ejecutoras (en el marco de sus competencias) desarrollarán las acciones que garanticen la disponibilidad del suplemento de hierro en jarabe, en gotas, y/o en polvo (micronutrientes). El personal de salud responsable de la suplementación preventiva con hierro del niño debe realizar el registro de las actividades referidas a la suplementación con hierro como la indicación del suplemento, dosaje de hemoglobina, descarte de anemia, consejería nutricional, visita domiciliaria, entre otras se registrará obligatoriamente⁴¹.

- Registro de administración de antiparasitario.

La parasitosis intestinal en niñas y niños es una morbilidad que se relaciona frecuentemente con las enfermedades diarreicas agudas, anemia por deficiencia de hierro y la desnutrición crónica infantil que, aunque requiere

de mayores revisiones científicas y estudios que respalden su relación causal, es importante considerar lo siguiente: afecta a más de un tercio de la población mundial y las tasas son más elevadas entre niños de 5 a 15 años de edad. De los helmintos intestinales, las uncinarias (*Necator americanus* y *Ancylostoma duodenale*) pueden dañar la mucosa intestinal provocando sangrado y pérdida de hierro y también está asociada con mala absorción e inhibición del apetito⁴².

Al respecto las enfermeras refieren:

“lo del antiparasitario no lo entienden...” E – CS- TCCH- 001.

““le pides el carné a la madre para ver si el niño ha recibido el antiparasitario” E – CS- SH- 001.

Las madres refieren:

“La enfermera me mandó a realizar unos análisis para ver si tenía parásitos...” M- CS- TCCH-004/N4a4m.

“...la pesaron, la tallaron y me dijeron como tiene cinco años le darían antiparasitarios...” M- CS- MP-018/N5a.

Los datos se corroboran con la lista de cotejo, obteniendo que el 90% de los carnés se encuentran registrado la administración de antiparasitarios, según la fecha y edad del niño, por otro lado el 10% de ellos, se encuentran los gráficos completamente en blanco.

Tanto los discursos de las enfermeras, con las madres convergen, puesto que las enfermeras, (4/11) refieren que el carné también es usado para el registro de la administración de antiparasitarios, y (7/11) no hacen referencia a este ítem; por otro lado, (5/20) de las madres hacen referencia a la administración de antiparasitarios como una actividad de enfermería durante el control de crecimiento y desarrollo de su niño, según su edad lo amerite.

La Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años con R. M. – N° 990 - 2010/MINSA⁷, hace referencia que la detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio en todos los establecimientos de salud, para el descarte de parasitosis el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud a todo niño y niña menor de 5 años, para que se realice el examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.

II. Educación para un buen monitoreo y vigilancia.

El carné de atención integral se ha convertido en un instrumento pedagógico del personal de salud para la educación de la madre, además de permitirle el monitoreo del crecimiento y detectar el estado de malnutrición del niño, El carnet de salud infantil (CSI) se constituye así en "un buen método para elevar al máximo el nivel de salud del niño". Para los servicios de salud, el CSI representa el instrumento adecuado para realizar con efectividad el monitoreo del crecimiento, detectar precozmente cualquier anormalidad en el crecimiento del niño (peso / talla), registrar los avances en las dimensiones de su desarrollo y tomar las medidas de protección que el niño debe recibir de acuerdo a su edad¹².

Para Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain², este CSI contiene una curva de crecimiento que indica el peso según la edad e incluye las curvas de referencia del estándar; una sección destinada a dar seguimiento al registro de las vacunas y, cada vez más, a las principales etapas del desarrollo psicomotor del niño (lenguaje, juegos, movilidad, posiciones y comportamientos sociales).

Según Almeida, Mendes, Sad, Ramos, Fonseca y Peixoto³³ la función y el uso de una herramienta de control de salud infantil se han discutido en el contexto de la atención primaria de salud política en las últimas tres décadas

en Brasil. Esta forma de herramienta, características, y contenido ha tenido muchos cambios. Además, sus objetivos y su público objetivo se expandieron en un intento por convertirse en una herramienta efectiva en la promoción de la salud infantil.

Las enfermeras entrevistadas, refieren lo siguiente:

“Se explica a la madre desde un inicio, cuando su niño es recién nacido y se entrega por primera vez el carné, desde ahí se le explica para que va a servir, que es lo que va tener el carné mensualmente, donde va a ir registrado el peso, la talla y cuando el niño ya comienza a consumir los micronutrientes; también sus vacunas y donde se le va anotar sus citas; en lo carnés antiguos encontramos lo que es la estimulación temprana lo que se le debía realizar pero en el actual no solo viene el test peruano y con eso evaluamos al niño” E – CS- TCCH- 003.

“El carné sirve para realizar el monitoreo y vigilancia, lo realizamos en la parte posterior del carné ahí están las fechas de la atención, los datos de peso, talla y perímetro cefálico; igualmente si el niño se suplementa con micronutrientes hasta que dosis ha recibido, también en el desarrollo le explicamos aplicando el test peruano y le graficamos en el carné...” E – CS- TCCH- 001.

Al respecto, las madres refieren:

“Sirve para informarme sobre las vacunas que le van colocando... también para el control de peso y talla...alimentación, y para poder matricularlos en el colegio...” M- CS- TCCH-004/N4a4m.

“...Sé que es un requisito para el colegio y debe cumplirse con el calendario de vacunación” “...con el carné no lo evalúo, lo hago por mi propia voluntad...cuando estoy desocupada trato de leerlo según su edad y observo lo que realiza o no...solo lo tengo en cuenta...pero no lo practico conforme está en el carné...” M- CS- TCCH-003/N11m.

“Solamente me dijeron que en cada consulta tengo que traerlo para que apunte los datos” M- CS- TCCH-005/N8m.

“...no me explicaron el carné, pero sé que es para graficar el peso y la talla para la edad...” M- CS- TCCH-002/N7m.

Tanto los discursos de las enfermeras, como de las madres divergen, pues todas las enfermeras refieren que le explican a la madre el uso del carné cuando se lo entregan por primera vez. Mientras tanto, la mitad de las madres (10/20) refieren que recibieron explicación respecto al uso del carné y entendieron dicha explicación, sin embargo (10/20) refieren que no recibe explicación respecto al carné y que realizan la lectura individualmente en su hogar.

Al respecto, Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain², mencionan que las madres entienden bastante bien los objetivos generales del CSI, tienen más dificultades cuando se trata de los contenidos específicos. En particular, algunas no comprenden bien, es decir en detalle, el sentido de las curvas de crecimiento (desviación en relación al promedio, manera de registrar las medidas de peso y talla). Sin embargo, algunas entienden intuitivamente que con la edad, el niño debe aumentar de peso y que la curva debe subir hacia la derecha.

De acuerdo a que algunas madres no reciben la educación acerca del carné Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain², en su investigación manifiestan acerca de la comunicación que existe entre las madres y el personal de salud en torno al CSI que debe interpretarse en el marco más amplio de las relaciones entre las personas que prestan la asistencia médica y los pacientes, por una parte, y de la forma en la que transcurren las consultas médicas, por otra; es decir, que la comunicación está fuertemente influenciada por el comportamiento de unos y de otros. De manera general, en las dos zonas de estudio la capacidad comunicativa del personal de salud es débil. Además, su actitud hacia las madres es distante y se caracteriza por la indiferencia. Tratándose sobre todo de una comunicación unidireccional, las madres se quejan de forma recurrente de la falta de explicaciones proporcionadas por el personal con relación a la salud de su(s) hijo(s) y casi nunca mencionan el uso del CSI para informarlas de su crecimiento.

Respecto a la conservación de este documento Hipo y Remache⁶, mencionan que la conservación física del carnet y el manejo adecuado de los parámetros de: alimentación, crecimiento, desarrollo ponderal del niño, inmunizaciones y signos de peligro. Actualmente existe poca información sobre la percepción de esta herramienta por parte de los responsables de salud del niño, particularmente por las madres; el manejo de esta herramienta es fundamental desde el hogar porque permite a la madre participar además concientizarse sobre la salud de sus hijos/as. Su importancia radica en la prevención oportuna de enfermedades de la infancia, y con ello planificar actividades que ayuden a mantener la salud del niño en buen estado.

Al respecto Las enfermeras manifiestan:

“le decimos que tiene que cuidarlo, ponerlo en una mica, pero de ahí volvemos a repetir porque a veces la mamá no le da importancia le dan al niño el carné,...ese carné le van a pedir cuando va a ir al jardín y tiene que ir en buenas condiciones porque ellas le van a revisar” E – CS- TCCH- 001.

“Le decimos que el carne es como su DNI que lo guarde en una mica en una bolsita, que lo tienen que mantener porque después en el colegio le van a pedir por eso debe de mantenerlo limpio en buen estado.” E – CS- MFPO9- 001.

Por otro lado, las madres refieren:

“...la enfermera me dijo que guarde bien el carné en una mica, que no se vaya a perder porque ahí llevan el control del bebé...” M- CS- TCCH-001/N 7m.

“...La enfermera me dijo que el carné era como su partida de nacimiento, que debo traerlo en cada control... para sus vacunas y debo cuidarlo y no perderlo...” M- CS- SM-012/N 8m.

“... lo conservo en un sobre y en un armario, para que no se deteriore... lo saco cuando voy a ir al control mensual... tengo que conservarlo hasta que vaya al colegio, porque me lo van a pedir” M- CS- TCCH-002/ N 8m.

“...El guardar el carné es criterio de uno mismo, nadie me ha dicho...” M- CS- SM-015/ N 4a.

A ello, se corroboran los datos develados con la lista de cotejo, con los siguientes ítems del estado de conservación: el 90 % de carnés se encuentran limpios y 10 % se encuentran con manchas; 100 % de carnés es protegido con

mica, folder o archivador, entre otros; el 20 % se muestra rayado, con manchas, borrones o enmendaduras, pegada con cinta scotch, goma, entre otros, y el 20 % están en condiciones óptimas.

Los discursos de las enfermeras, y de las madres convergen, cada vez que ambas hablan acerca de la conservación del carné, todas las enfermeras refieren que le explican a la madre acerca de la importancia de la conservación del carné a las madres porque es como su documento de identidad y le pedirán como requisito para que ingrese al jardín, por tanto deben conservarlo en buenas condiciones. Por otro lado, la mayoría madres (15/20) refieren, que la enfermera le sugirió que conserve el carné en mica y (7/20) madres manifiestan que es responsabilidad de cada una de ellas. Al respecto Hipo y Remache⁶, hacen referencia que el conocimiento sobre el manejo del carnet de salud infantil por la madre puede probablemente permitir la conservación física del carnet infantil, ya que esto permitirá a la madre tener conocimientos sobre los contenidos del mismo y posiblemente pueda evaluar el crecimiento de su niño/a.

Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain², manifiestan que considerando su importancia para el acceso a la atención médica y a la educación, las madres archivan el CSI junto con otros papeles importantes en un sobre (a veces proporcionado por los Centros de Salud) o en un cuaderno y lo guardan en un lugar específico (armario, cajón, bolsa, maleta o archivador). No obstante, estas precauciones no siempre impiden su pérdida ocasional o su destrucción (especialmente por los niños).

III. Limitaciones del monitoreo y vigilancia a través del carné.

Según Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain², existen al menos tres factores que pueden explicar la escasa apropiación del CSI por parte de las madres como instrumento para asegurar el seguimiento del niño. En primer lugar, se puede

mencionar el uso limitado que el personal de salud da al CSI. De hecho, este lo llama el "Carnet, de vacunación". Esta denominación equivocada, que incita a preguntarse en qué medida el personal mismo no entiende los objetivos del CSI, constituye en sí un mensaje incorrecto transmitido a las madres sobre cómo se debe usar el CSI. El segundo factor, es la escasa información proporcionada por el personal de salud a las madres. Se observa que éstas intentan hacer preguntas sobre el crecimiento y el desarrollo del niño a partir del CSI, pero que al hacerlo, como hemos visto, tropiezan con las actitudes y la falta de empatía del personal de salud.

Recordemos que la comunicación entre las madres y el personal de salud en torno al CSI se debe interpretar en el contexto más amplio de las relaciones entre las personas que proporcionan la atención médica y las personas atendidas, por un lado, y del desarrollo de las consultas médicas en general, por el otro. En estas últimas, las destrezas comunicativas y las actitudes del personal de salud frente a los pacientes son particularmente débiles y se caracterizan por la indiferencia. A causa de este "déficit comunicacional generalizado", es difícil saber con seguridad si el CSI puede facilitar o no la comunicación entre los responsables del niño y el personal de salud. Por último, manifiesta que las madres encuentran dificultades para entender y, sobre todo, interpretar la curva de crecimiento y las ilustraciones del desarrollo del niño incluidas en el CSI. Estas dificultades se acentúan cuando las madres tienen un bajo nivel escolar, pero aumentan por la falta de comunicación y de explicaciones proporcionadas por el personal. La actitud de este último, que interpreta la curva y realiza el diagnóstico a solas para comunicarlo luego a las madres de forma lapidaria tampoco les ayuda a poder / querer entender la curva de crecimiento de su(s) hijo(s)².

Por lo expuesto, las enfermeras refieren:

“Deberíamos demorarnos 45 minutos, lamentablemente por la gran demanda no podemos hacer una atención de calidad, tenemos que hacerlo breve porque a veces la mamá están tocando la puerta, para saber si son las siguientes en

ser atendidas, porque a veces vienen de lejos, el carne es un documento de suma importancia porque de ahí parte todo, de acuerdo a eso vemos” E – CS-TCCH- 002.

“Por la demanda de pacientes demora para poder explicarles detalladamente, el carné se le explica brevemente conforme vas haciendo la atención, pero tan minuciosa no puedes ser por la misma demanda de pacientes que hay” E – CS-TCCH- 003.

Las madres manifiestan:

“Hay enfermeras que no tratan bien a las madres, son déspotas, deberían de cambiar su actitud... ya que no todas las mamás entendemos y necesitamos de otra explicación, pero ellas lo toman a mal...para eso están ellas, para que nos atiendan bien...” M- CS- TCCH-006/ N 9m.

“...nunca nos explican, solo se encarga de llenar y entrega el carné... es lo único que hacen... yo he tratado de preguntar, pero me dicen que ya está registrado y tengo que leerlo...expresiones que hacen sentir mal, me han tratado mal en varias ocasiones...pero por el control de mi hijo tengo que venir constantemente...a veces uno trata de preguntar y se enojan...es mejor callar...” M- CS- TCCH-010/ N 1ª1m.

“Deben enfocarse en el carné, para que nos expliquen cada una de las líneas (señalando las gráficas de peso y talla para la edad), además que lo registren...algunas enfermeras no lo toman importancia, se olvidarán o no querrán registrarlo...” M- CS- SM-012/ N 8m.

Por todo lo expuesto anteriormente, tanto los discursos de las enfermeras, como de las madres convergen, pues ambas hablan acerca de las limitaciones respecto al carné, la mayoría de enfermeras (9/11) refieren, que no pueden hacer un correcto control de crecimiento y desarrollo por la gran demanda de pacientes. Por otro lado, la mitad de las madres (10/20), refieren que no reciben un buen trato durante la el control de crecimiento y desarrollo de su niño, no realizan el registro de todos los ítems en el carné, debido muchos factores, uno de ellos, la demanda de pacientes y (9/20) madres no hacen referencia al trato de la enfermera durante el control.

Así mismo cabe resaltar que solo una madre hace referencia a un buen trato durante en la atención del control de crecimiento y desarrollo manifestando lo siguiente:

“...mi niña sí ha tenido una buena atención...porque se centran más en los bebés...te explican...en otros consultorios no se observa eso, en el consultorio de enfermería yo creo que si... estoy conforme...” M- CS- SM-015/ N 4ª.

De acuerdo a ello se agrega la investigación de Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain² en efecto, los datos indicaban que el carnet salud infantil puede potencialmente tener efectos en los comportamientos de las madres (mejora en los cuidados) e incitarlas a dar seguimiento al crecimiento y el desarrollo de su(s) hijo(s). De hecho, las madres no lo rechazaban. Sus quejas apuntaban más bien a su uso por parte del personal (pocos registros) y la falta de explicaciones proporcionadas. Existe claramente una gran demanda por parte de las madres por mayores explicaciones sobre el crecimiento y el desarrollo de su(s) hijo(s). También se debe constatar que, aunque no eran numerosas, algunas madres se servían del CSI para dar seguimiento ellas mismas al crecimiento de su(s) hijo(s).

IV. Necesidad de mejorar el carné de atención integral del niño.

Al respecto Rubín Vidal, Kolsteren y Pecho¹², indica que la propuesta del carné de atención integral de salud del niño menor de cinco años responde a la inquietud de los organismos internacionales y nacionales del sector salud por encontrar un instrumento sencillo, respetando los criterios técnicos y científicos del monitoreo que pueda ser utilizado por los responsables para dar un seguimiento periódico al crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Por ende teniendo en cuenta la inestabilidad e insuficiencias de algunos carnés usados en nuestro país. Es importante la tendencia de la ganancia de peso y crecimiento, es por eso que se propone la adecuación de los gráficos de los carné ya utilizados, con las tablas de valoración antropométricas del niño < 5 años propuestas por el Instituto Nacional de Salud; para promover un

óptimo crecimiento físico y prevenir la desnutrición en los niños menores de 5 años y en otros casos sirva para la toma de decisiones ante desviaciones anormales¹².

Las enfermeras manifiestan:

“yo creo que podrían agregar la vacuna de la mamá que no está y podría ser un rubro pequeño, porque por ejemplo la mamá cuando está embarazada le ponemos vacunas, pero se embaraza nuevamente y le preguntamos si ya recibió la vacuna y dice que no se acuerda, entonces volvemos a poner y estamos administrando muchas dosis a la mamá” E – CS- TCCH- 004.

“En la capacitación dijeron que el carné estaba inspirada en personas americanas, en los percentiles que manejan, creo que deberían adecuarla a la realidad del país y de acuerdo a las tablas del MINSA” E – CS- TCCH- 005.

“Al carné no le falta nada, porque el último carné está más completo es más didáctico.” E – CS- SH- 001.

“Para comprobar utilizamos las tablas de valoración nutricional antropométrica según el MINSA donde evaluamos los indicadores peso/edad, talla/edad, peso/talla, en estas tablas los niños salen normal, a veces cuando salen menos de la línea verde en el carné, en las tablas del MINSA salen normal” E – CS- TCCH- 005.

Las madres refieren:

“El carné debe esté más claro... quizás en los gráficos y en los dibujos un poco más grandes...” M- CS- TCCH-006/N9m.

“...Que mejoren las gráficas y el carné, que especifiquen para que sirve cada gráfico, y así entender las gráficas, que hagan todo lo que especifica en el carné, siempre te entregan y dicen: “vienes a tu control y vacuna”, lo pesan, lo tallan y listo, pero no realizan ese tipo de movimientos psicomotrices al bebé para ver cuál es su evolución, como va avanzando de acuerdo a la edad, sería bueno que lo hagan...” M- CS- SM-013/N 1a.

Tanto los discursos de las enfermeras, como de las madres convergen, pues ambas hablan acerca de la necesidad de mejorar el carné. se obtuvieron resultados que la mayoría (8/11) enfermeras refieren que el carné es didáctico porque cada cierto tiempo realizan cambios en él es por ello que durante el desarrollo de la investigación se evidenciaron cuatro modelos, algunas (3/11) enfermeras manifiestan propuestas como incluir un cuadro para la vacuna de la madre y los percentiles de peso y talla sean acorde a la realidad de Perú

refiriendo que en las tablas del MINSA el niño sale normal mientras en los gráficos presenta alguna alteración. Por otro lado la mitad de las madres (10/20) sugieren que las gráficas de peso y talla aumenten de tamaño, sean más coloridas y letras más legibles; para así mejorar esta herramienta y puedan realizar la vigilancia del crecimiento y desarrollo de su niño y (10/20) de ellas no hacen referencia a esta necesidad.

Estos resultados coinciden con la investigación propuesta por Lefèvre, Hoérée, Sejas y Suremain² encontrando en las respuestas de las madres que algunas quisieran que el CSI cubra el conjunto del esquema de vacunación del niño (incluidos los refuerzos) hasta la adolescencia. Esta preocupación debe ser relacionada con la práctica de revacunar sistemáticamente a los niños cuando ingresan a la escuela. Una madre menciona la inclusión del control dental. También se solicitan mayores explicaciones sobre la alimentación y los aportes en hierro de los diferentes alimentos. Además se sugiere el uso de dibujos. Algunas madres quisieran que ciertas palabras no se escriban en forma abreviada (kilos). Otras recomiendan un mayor uso de los colores (incluido el marcado de la curva de crecimiento del niño), una tapa que se ensucie menos, la plastificación del CSI o un formato más grande.

Además Rubin, Vidal, Kolsteren y Pecho¹² mencionan en su investigación que El Programa de "Control de Crecimiento y Desarrollo" (CRED) representa un satisfactor de las necesidades de supervivencia, protección e identidad de la población infantil, y el CSI expresa el intento de satisfacer tanto estas necesidades como las de los servicios de salud; sin embargo es muy importante tomar en cuenta las sugerencias por parte de las enfermeras y madres, respecto al contenido del carnet, pues ellas son quienes tienen la experiencia respecto a su operatividad.

CONSIDERACIONES FINALES

Las enfermeras aceptan ampliamente la monitorización y vigilancia, pero no apoyan totalmente al mismo, por la alta demanda de niños y el registro de diversos formatos, lo que origina un déficit en la entrega de información a las madres tanto escrita como verbal, anulando en la mayoría de ellas el compromiso para su seguimiento desde su hogar, identificando solo al carné como un documento para anotación de vacunas, peso y talla.

1. El profesional de enfermería durante su desempeño en la atención integral del niño, realiza la monitorización y vigilancia haciendo uso de manera parcial el documento “carné de atención integral de salud” ellas aceptan responsablemente la ejecución de evaluación de manera continua cada una de las actividades como: antropometría, inmunizaciones, administración de micronutrientes y antiparasitarios, estimulación temprana, consejería nutricional; pero existe un déficit de entrega de información, tanto escrita, como verbal haciendo uso del carné.
2. La educación es una actividad primordial para realizar un buen monitoreo y vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño; sin embargo, se evidencia que la enfermera usa el carné como una herramienta de control y no como una oportunidad para realizar la educación respecto a los contenidos en el carné, evidenciándose que no existe un diálogo continuo y flexible; mientras tanto, las madres ven al carne como una herramienta de registro y no como una oportunidad para aprender y ser partícipes del monitoreo y vigilancia desde su hogar, considerando esta situación como un riesgo para el óptimo crecimiento y desarrollo.
3. Las limitaciones que se evidencian respecto a la monitorización y vigilancia del carné en la atención integral del niño por parte de las

enfermeras es que su labor se orienta más hacia la parte técnica y administrativa como: vacunar, pesar y registrar cada actividad, a pesar de que hay muestras de que se tiene voluntad para comunicar y educar, el desempeño de esta se ve restringida por la gran demanda de niños programados en un turno y el llenado de diversos formatos; respecto a las madres se evidencia una limitada comprensión respecto a las curvas de crecimiento, actividades del desarrollo y administración de micronutrientes y antiparasitarios además refieren no recibir buen trato. Además se encontraron cuatro modelos de carné.

4. Siendo el carné una herramienta importante para realizar un buen monitoreo y vigilancia, las enfermeras manifestaron la necesidad de mejorar el carné de atención integral del niño, específicamente en las curvas de peso y talla, aduciendo que éstas sean acorde con la realidad del Perú, por otra parte las madres requieren que los gráficos de peso y talla sean coloridos y grandes para que faciliten su comprensión.

RECOMENDACIONES

A los Directivos de la Gerencia Regional de Salud, considerar los resultados de la presente investigación, con la finalidad de fortalecer los recursos humanos de enfermería capacitando acerca del carné de atención integral de salud como un instrumento pedagógico para la educación de la madre; así como que pueda proveer un presupuesto óptimo para adecuar e implementar el uso de un modelo de carné basado en las necesidades operativas, que permita realizar un buen monitoreo y vigilancia del crecimiento y desarrollo involucrando a la madre como protagonista de esta actividad; asimismo, que se considere y/o reformule ciertos aspectos en la norma técnica respecto a la importancia de realizar la educación a la madre.

A los directivos del Colegio de Enfermeros del Perú, reforzar la capacitación de los profesionales para la ejecución de un buen monitoreo y vigilancia del cuidado enfermero del niño menor de cinco años a través del control de crecimiento y desarrollo, por ser una norma de evaluación en el proceso de certificación.

A los directivos de los distintos establecimientos de salud, que consideren los tiempos de atención en los consultorios de crecimiento y desarrollo según la norma interpuesta por el MINSA, para asegurar que la enfermera realice la educación respectiva de los resultados de la evaluación del niño, haciendo uso del carné de atención integral de salud, por ser uno de los métodos comprobados que eleva al máximo la salud del niño.

A las enfermeras de la Micro Red, reflexionar y fomentar la participación permanente a través de la observación, vigilancia y acción en el cuidado del crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años, así como reforzar la educación a la madre o cuidadores como una estrategia para que se cumpla a cabalidad su función de vigilantes y estimuladoras eficaces en el cuidado del niño.

A las madres de familia concientizarlas, que mantengan el carné de atención integral de salud en condiciones físicas adecuadas (limpio, integro, protegido) porque esto les permite interpretar los parámetros de salud, y

acudir al control de sus niños en las fechas indicadas evitando la discontinuidad del seguimiento en el crecimiento y desarrollo del niño.

A las instituciones formadoras, fomentar el desarrollo de investigaciones en la asignatura de crecimiento y desarrollo del niño sano, a nivel de Pre y Postgrado, a fin de conocer la realidad y necesidades respecto al cuidado de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, para poder establecer o formular posibles soluciones; además de direccionar sus asignaturas dando más énfasis en el cuidado preventivo promocional.

A la comunidad científica realizar estudios, para evaluar las tablas de crecimiento consideradas como patrones de referencia en nuestro país, tratando de asegurar la validez de ellas para la evaluación pondoestatural de nuestros infantes y luego permitir su comprensión en las gráficas del carné de atención integral de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sierra L. Promoción del Crecimiento y desarrollo en la primera infancia: Buenas prácticas y lecciones aprendidas del programa buen inicio [Internet]. Lima: Biblioteca Nacional del Perú; 2011 [Acceso 05 de Abril de 2017]. Disponible en: <https://www.unicef.org/peru/spanish/buen-inicio-crecimiento-desarrollo-en-primera-infancia-unicef.pdf>.
2. Lefèvre P, Hoérée T, Sejas E, Suremain C. Percepción y uso del Carnet de Salud Infantil (CSI) entre las madres de niños menores de cinco años en Bolivia. En: Suremain C, Lefèvre P, Rubín E, Sejas E. Miradas cruzadas en el niño: Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y desarrollo del niño en Bolivia y Perú. Bolivia: Plural editores; 2003. 509p. Disponible en: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-03/010034055.pdf
3. Jimenez R, Carrasco V. Carnet de Salud Infantil [Base de Datos en Internet] Rev. Soc. Boliv.Pediatr; 33(2): 51-5, 1994. [Acceso 05 Abril de 2017]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=157886&indexSearch=ID>
4. Cueva B, Damián J. Evaluación del manejo del carné de crecimiento y desarrollo en niños de 0 a 5 años en Chimbote [Base de Datos en Internet]. [Acceso 05 Abril de 2017]. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=163556&indexSearch=ID>
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente: Desarrollo [Internet]. Suiza: Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente; 2015 [Acceso 06 Abril de 2017]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/child/development/es/
6. Hipo M, Remache V. Manejo del carnet de salud infantil por las madres y su influencia en el crecimiento de los niños menores de cinco años en el centro de salud guano periodo enero-junio del 2011 [Tesis de Licenciatura]. Ecuador: Universidad Nacional de Chimborazo; 2011. [Acceso 05 Abril de 2017]. 136p. Disponible en:

<http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/270/1/UNACH-EC-ENFER-2012-0005.pdf>

7. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años R. M. – N° 990 - 2010/MINSA [Internet]. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de salud de las Personas; 2011 [Acceso 01 Abril de 2017]. Disponible en: http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Encuesta demográfica y de salud familiar 2016 [Internet]. Lima, Agosto de 2017. [Actualizada 2016, Acceso 10 de Mayo de 2017] Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
9. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (Unicef). Estado de la Niñez en el Perú [Internet]. Lima: Depósito Legal de la Biblioteca Nacional del Perú; 2011 [Acceso 12 de abril de 2017]. Disponible en: http://files.unicef.org/peru/spanish/Estado_Ninez_en_Peru.pdf
10. González E. Monitorización del crecimiento: propuesta de carnés de salud. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Abr 09]; 81(4): 110-129. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312009000400012
11. Real Academia Española. [Internet]. Madrid: Diccionario de la Lengua Española; 2014 [Actualizada 2017, Acceso 10 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=7br6WFG>
12. Rubin E, Vidal E, Kolsteren P, Pecho I. El Carnet de Salud Infantil. Tensiones entre monitoreo y vigilancia participativa en Perú. En: Suremain C, Lefèvre P, Rubín E, Sejas E, editores. Miradas cruzadas en el niño. Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y desarrollo del niño en Bolivia y Perú. Bolivia: Plural editores; 2003. 509p. Disponible en: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/divers09-03/010034055.pdf
13. Almeida A, Mendes L, Sad I, Ramos E, Fonseca V, Peixoto M. Use of a monitoring tool for growth and development in Brazilian children – systematic review. Rev. paul. pediatri. [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 May 01]; 34(1): 122-131. Available in: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822016000100122&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rppede.2015.12.002>.

14. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad: Documento técnico [Internet]. Lima: Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas; 2011. [consultado 05 de abril de 2017]. Disponible en: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
15. Panpanich R, Garner P. Growth monitoring in children. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 1999. [cited 2018 May 02]; Issue 4. Art. No.: CD001443. Available in: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001443>
16. Figueiras A, Neves I, Ríos V, Benguigui Y. Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 Años) en el contexto de Aiepi [Internet]. Washington, DC: OPS, 2011. Segunda edición: 2011. [Acceso 10 Junio del 2017]. Disponible en: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/manual-vigilancia-desarrollo-infantil-aiepi-2011.pdf>
17. Garner P, Panpanich R, Logan S. Is routine growth monitoring effective? A systematic review of trials. *Archives of Disease in Childhood*. [Internet]. 2000; [cited 2018 May 02]; 82(3):197-201. Available in: <http://doi.org/10.1136/adc.82.3.197>
18. Real Academia Española. [Internet]. Madrid: Diccionario de la Lengua Española; 2014 [Actualizada 2017, Acceso 10 de Mayo de 2017]. Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=SkENGMm>
19. Celis J. De La Perspectiva, Retrospectiva, Introspectiva y Prospectiva. [Internet]. Colombia: 2016– [Actualizado el 20 de enero de 2017; acceso 04 de mayo 2017]. Disponible en: <http://www.sebascelis.com/de-la-perspectiva-retrospectiva-introspectiva-y-prospectiva/>
20. Polit D. Diseño y métodos de la investigación científica en ciencias de la salud, principio y métodos. 6ta Ed. México: Mc Grawhill; 2003. 725p.
21. Menga L, Marli A. El estudio de caso. Su potencial en educación. Sao paulo; 1998.
22. Nisbet J, Watt J. Estudio de caso. Nottingham: escuela de educación de la universidad de Nottingham, 1998
23. Navarrete M. Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud. Universidad del Valle Cali Colombia; 2011. 170p.

24. Hernández S, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 6 ta ed. México: McGraw-Hill; 2014. 656p.
25. Ruiz Bolívar C. Instrumentos de investigación educativa. Caracas: Fedeupel, 2002. 266p.
26. Bardin L. El análisis de contenido. 3ª ed. Paris: Alcal; 2002.
27. Sgreccia E. Bioética Personalista. En Vida y Ética, publicación del Instituto de Bioética de la Pontificia Universidad Católica de Buenos Aires, 2001.
28. Tello C, Gutiérrez N y otros. Métodos y técnicas de análisis cualitativo. Escuela de Postgrado de Trujillo. Universidad Nacional de Trujillo. Perú; 2009.
29. Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración De Alma Ata [Internet]. URSS: septiembre de 1978. [Acceso: 10 Mayo 2018]. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518&lang=en
30. Carhuachin C y Córdova S. Factores que influyen en el cumplimiento del calendario de vacunación del menor de 1 año - Centro de Salud San Jerónimo 2016. [Tesis de Licenciatura], [Huancayo]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2017. [consultado 10 de Mayo de 2018] 117p. Disponible en:
<http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3964/Carhuachin%20Calixto.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Silva J. Calendario de vacunación infantil. Niño mal vacunado. Vacunas combinadas. *Pediatr Integral*. 2011 [05 de Mayo de 2018]; XV(10): 19p. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/291355460_Gripe_estacional_en_Pediatrica?enrichId=rgreq-cee9e821726ba4f9b39deb8121b333bc-XXX&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI5MTM1NTQ2MDtBUzozMjA3NTM1ODc2ODcoMjVAMTQ1MzQ4NTAyMjg5OA%3D%3D&el=1_x_2&_esc=publicationCoverPdf
32. Ferreira C, Miranda J, De Sousa F, Paiva A, Feitosa D, Vale V, Lameira E. Cumplimiento del calendario de vacunación infantil en una unidad de salud de la familia. [Internet]. *Rev Pan-Amaz Saude*. 2010 [05 de Mayo de 2018]; 1(2):55-60. Disponible en:
http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpas/v1n2/es_v1n2a06.pdf
33. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud que establece el esquema nacional de vacunación – NTS N° 080-MINSADGSP V.03 [Internet].

- Perú; 2013. [fecha de acceso 16 de Mayo de 2018]. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2013/RM510_2013_MINSA.pdf
34. Fernández S. Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres de niños menores de un año en el Centro de Salud “El Progreso” Carabayllo Febrero–2017. [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista; 2017. [consultado 10 de Mayo de 2018] 69p. Disponible en: <http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1398/T-TPLE-Selma%20Briseida%20Fernandez%20Livia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 35. La Torre D, Rabanal K. Conocimientos de las madres sobre vacunas y factores que influyen en el cumplimiento del calendario de vacunación en niños menores de 5 años, atendidos en el establecimiento de salud la Tulpuna - Cajamarca 2012. [Tesis de Licenciatura].Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca.; 2013. [consultado 10 de Mayo de 2018] 140p. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/163/T%20614.47%20L111%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 36. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Evaluación del crecimiento de niños y niñas. Argentina Julio de 2012: [Consultado el 11 de Mayo del 2018] ISBN: 978-92-806-4642-9. Disponible en: http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
 37. Hoerée T, Sejas E, Arduz E. Demanda de servicios de monitoreo del crecimiento, Una investigadén basada en el Carnet de Salud Infantil (Bolivia) En: Suremain C, Lefèvre P, Rubín E, Sejas E, editores. Miradas cruzadas en el niño: Un enfoque interdisciplinario para la salud, el crecimiento y desarrollo del niño en Bolivia y Perú. Bolivia: Plural editores; 2003. 509p. Disponible en: http://horizon.documentation.ird.fr/exl-doc/pleins_textes/diverso9-03/010034055.pdf
 38. Ruel M, Habicht J; Growth Charts Only Marginally Improved Maternal Learning from Nutrition Education and Growth Monitoring in Lesotho, The Journal of Nutrition [Internet]. September 1992 [cited 2018 May 02]; Volume 122, Issue 9, 1, Pages 1772–1780, Available in: <https://academic.oup.com/jn/article-abstract/122/9/1772/4769440?redirectedFrom=fulltext>
 39. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Sistematización de la experiencia peruana sobre suplementación con micronutrientes en los departamentos de: Apurímac, Ayacucho y Huancavelica. [Internet]. Lima: Ministerio de Salud; 2011. [16 de

Mayo de 2018]. Disponible en:
https://www.unicef.org/peru/spanish/SISTEMATIZACION_PILOTO_Multimicronutrientes_MINSA_UNICEF_PMA.pdf

40. Junco J. Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en La reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho. [tesis de magistratura]. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2015. [consultado 10 de Mayo de 2018] 166p. Disponible en:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/6650>

41. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria que Establece la Suplementación Preventiva con Hierro en las Niñas y Niños menores de tres años: documento técnico[Internet].Lima: Sinco Editores SAC, Diciembre 2012 [Consultado el 11 de Mayo del 2018]. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2823.PDF>

42. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia en el País, Periodo 2014 – 2016 [Internet]. Lima; 2014[Consultado el 12 de Mayo del 2018]. 978-612-310-041-4. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2015/nutriwawa/directivas/005_plan_reduccion.pdf



ANEXOS
ANEXO 01

**GUÍA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
DIRIGIDA A LAS ENFERMERAS**

Estamos realizando esta investigación sobre El carné de atención integral de salud: monitoreo y vigilancia desde la perspectiva de la enfermera y madre. Microred Lambayeque – 2017 y está dirigida a ustedes enfermeras encargadas del control de crecimiento y desarrollo, con el objetivo de identificar, analizar y comprender el monitoreo y vigilancia respecto al carné de atención integral de salud. En todo momento durante el desarrollo de la investigación se preservará en secreto la información brindada por las participantes para el cual se asignará un seudónimo.

Investigadoras: Barturen Quevedo Sileny del Rossio y Montoya Garcia Olivia Veronica.

I.- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

Código: _____ Fecha: _____

Edad: _____ Procedencia: _____

Establecimiento de salud: _____

Nº de capacitaciones en el área: _____

Tiempo laboral en el área: _____

Tipo de contrato: _____

II.- DESARROLLO DE ENTREVISTA:

2.1. PREGUNTA ORIENTADORA:

1.- Cuénteme, ¿Cómo Ud. realiza el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud del niño menor de 5 años?

2.2. PREGUNTAS AUXILIARES:

1. Cuénteme, ¿Cómo Ud. realiza la explicación a las madres respecto al uso del carné de atención integral de salud del niño menor de 5 años y en qué momento le pone más énfasis?.

2. Cuénteme, ¿Qué parte del carné de atención integral, Ud. explica después de evaluar al niño (a) en un día de control?.
3. Explíqueme, ¿Cómo evalúa a la madre para verificar si ella comprendió lo que Ud. le explico?
4. Después de atender al niño en su control, ¿Qué indicaciones finales le da Ud. a la madre antes de retirarse?
5. Explíqueme, ¿Qué hace Ud. cuando la madre se olvidó o perdió el carné de atención integral de salud del niño?.
6. Cuénteme, ¿Qué indicaciones le da a la madre para conservar y cuidar el carné de atención integral de salud del niño?. ¿En qué momento Ud. lo hace? ¿las madres cumplen con sus indicaciones?
7. Explíqueme, ¿Qué parte del carné, cree Ud. que no está muy claro?, ¿qué parte le dificulta más entender a la madre cuando Ud. le explica?. ¿Por qué cree que pasa esto?
8. ¿Qué propone Ud. para mejorar este documento? (tamaño, colores, dibujos, tamaño de letra)
9. ¿Algo más que desea agregar sobre el tema?.



ANEXO 02

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LAS MADRES

Estamos realizando esta investigación sobre el uso del carné de vacunas dirigida a ustedes madres que acuden al control de crecimiento y desarrollo de su hijo, con el objetivo de identificar, analizar y comprender el monitoreo y vigilancia respecto al carné de atención integral de salud. En todo momento del desarrollo de la investigación se preservará en secreto la información brindada por las participantes para el cual se asignará un código.

Investigadoras:

Barturen Quevedo Sileny del Rossio y Montoya Garcia Olivia Veronica.

I.- DATOS PERSONALES

Código: _____ Fecha: _____
 Edad: _____
 Grado de instrucción: _____ Procedencia: _____
 Estado civil: _____
 Número de hijos: _____ Número de hijos menores de 5 años: _____
 Religión: _____
 Ocupación: _____
 Con quien vive: _____
 Edad del niño con el que acude al control: _____ N° de control del niño: _____
 Establecimiento de salud: _____

II.- PREGUNTAS

Pregunta Orientadora:

Cuénteme, ¿Para qué le sirve a Ud. el carné de su niño?

Preguntas Auxiliares:

1. Dígame, ¿La enfermera le explicó para que sirve el carné de vacunas?
2. ¿La enfermera le explicó para que sirve cada una de las partes del carné?
Cuénteme (mostrar de guía su carné)
3. Cuénteme lo que hizo la enfermera en el control anterior de su niño?

4. ¿Le explicó los resultados del control de su niño (a) con ayuda del carné antes de salir del consultorio?
5. Después que la enfermera atendió a su niño(a) en su control, ¿Qué le dice la enfermera al final antes de retirarse del consultorio?
6. Explíqueme, ¿Qué pasó cuando alguna vez se olvidó de llevar el carné de vacunas?.
7. Explíqueme, ¿Qué pasó cuando alguna vez perdió el carné de vacunas?. (Sólo responder en caso de pérdida).
8. Cuénteme, ¿Cómo Ud. conserva (guarda, cuida) él carné de vacunas de su hijo?. ¿Alguien le dijo cómo hacerlo?, ¿Cuándo se lo explicó?.
9. ¿Le parece claro el carné de vacunas?, explíqueme en que parte Ud. no lo entiende o no está claro (forma, color, dibujos y tamaño de las letras)

¿Algo más que desea agregar sobre el tema?.

ANEXO 03

**LISTA DE COTEJO PARA EVALUACION DEL CARNÉ
DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO
MENOR DE 5 AÑOS.**

La presente investigación tiene como objetivo de identificar, comprender y analizar y como se realiza el monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud a través de la observación del carné proporcionado por la madre.

Investigadoras:

Barturén Quevedo Sileny del Rossio.

Montoya Garcia Olivia Veronica.

Código:

Establecimiento:

Fecha: / /

Código de la Madre:

Edad del niño:

N. o	EVALUACION DEL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS	Valoración		
		S I	N O	Observaciones
ESTADO DE CONSERVACION DEL CARNÉ				
A.	¿El carné se encuentra del niño se encuentra limpio?			
B.	¿Es protegido con mica, folder o archivador, entre otros?			
C.	¿Se muestra rayado, con manchas, borrones o enmendaduras, pegada con cinta scotch, goma, entre otros?			
CARA EXTERNA DEL CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO (A)				
PRIMERA SECCIÓN CARA EXTERNA				
1.	¿Se muestra claramente el número de la Historia Clínica del niño?			
2.	¿Se evidencia el número de la carpeta familiar?			
3.	¿Se registró claramente el código de afiliación SIS?			
4.	¿Se muestra la fecha de nacimiento del niño?			
5.	¿Se registró el número de DNI del niño?			
6.	¿Están registrados los nombres y apellidos del niño?			
7.	¿Se evidencia los datos completos de la madre con su respectivo número de DNI?			
8.	¿Se muestra los datos completos del padre con su respectivo número de DNI?			
9.	¿El personal de salud anotó la dirección en donde vive el niño junto a su familia?			

10.	¿Se evidencia el nombre del establecimiento al que acude el niño?			
11.	¿Está registrado el tipo de programa de apoyo social al que pertenece?			
12.	¿Se encuentra registrado la fecha de próxima cita?			
13.	¿Se registró de manera clara la administración de las vacunas según calendario de vacunación vigente, con sus respectivas fechas?			
	SEGUNDA SECCIÓN CARA EXTERNA			
14.	¿Se encuentra correctamente llenado el Test Peruano para la evaluación del desarrollo del niño o la niña hasta los 30 meses de edad?			
	TERCERA SECCIÓN CARA EXTERNA			
15.	En el recuadro del control de crecimiento del niño o la niña ¿se encuentra llenado correctamente los ítems que contiene?			
16.	¿Se encuentran registrado correctamente el recuadro de descarte y tratamiento de anemia según edad: la fecha y el tipo de tratamiento que recibe el niño?			
	CUARTA SECCIÓN CARA EXTERNA			
17.	En la gráfica del peso- talla <5 años ¿Se encuentra registrada la tendencia de la curva del peso?			
18.	¿Se encuentra registrada la administración de micronutrientes (MMN), según la fecha y edad?			
19.	¿Se muestra el registro de la administración de antiparasitario según el caso lo amerite?			
CARA INTERNA DEL CARNÉ DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO				
	PRIMERA SECCIÓN CARA INTERNA			
20.	En la gráfica de peso-edad ¿se encuentra registrada la tendencia de la ganancia de peso según la edad del niño?			
21.	¿Se hizo el correcto llenado de los antecedentes perinatales?			
	SEGUNDA SECCIÓN CARA INTERNA			
22.	En la gráfica de talla-edad ¿se encuentra registrada la tendencia del crecimiento del menor?			
23.	¿Se muestra las imágenes claras sobre la alimentación del niño por edades y recomendaciones para la madre?			

Fuente: Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años N° 990-2010.

González E. Monitorización del crecimiento: propuesta de carnés de salud. Rev Cubana Pediatr. Dic, 2009.



Consentimiento para participar en un estudio de investigación - ENFERMERAS-

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Barturén Quevedo Sileny del Rossio
Montoya Garcia Olivia Veronica.

Título: El Carné de Atención Integral de Salud: Monitoreo y Vigilancia desde la perspectiva de la Enfermera y la Madre. Microred Lambayeque, 2017.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “El Carné de Atención Integral de Salud: Monitoreo y Vigilancia desde la perspectiva de la Enfermera y la Madre. Microred Lambayeque, 2017”. Realizaremos este estudio para determinar cuáles y como son las perspectivas de las madres y los profesionales de enfermería respecto al monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un código, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20-30 minutos. La entrevista puede realizarse en el consultorio de atención integral del niño menor de 5 años.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, a la Gerencia de la Microred Lambayeque.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una

revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Usted no obtendrá ningún beneficio al finalizar la entrevista.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información con códigos. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio: Barturén Quevedo Sileny del Rossio,

Montoya Garcia Olivia Veronica, o llamar al tel. 978188081 ó 920159184, las investigadoras.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha



**Consentimiento para participar en un estudio de
investigación
-MADRES-**

Datos informativos:

Institución : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Barturén Quevedo Sileny del Rossio
Montoya Garcia Olivia Veronica.

Título: El Carné de Atención Integral de Salud: Monitoreo y Vigilancia desde la perspectiva de la Enfermera y la Madre. Microred Lambayeque, 2017.

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “El Carné de Atención Integral de Salud: Monitoreo y Vigilancia desde la perspectiva de la Enfermera y la Madre. Microred Lambayeque, 2017”. Realizaremos este estudio para determinar cuáles y como son las perspectivas de las madres y los profesionales de enfermería respecto al monitoreo y vigilancia del carné de atención integral de salud.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se desarrollará los siguientes pasos:

1. Luego de que usted dé su consentimiento, se le realizará algunas preguntas relacionadas con el tema de investigación, el cual será grabada en un grabador de voz, asignándole un código, para proteger su identidad y en un tiempo estimado de 20-30 minutos. La entrevista puede realizarse en el establecimiento de salud o en su domicilio.
2. En seguida se procesará la información de manera confidencial y se emitirá un informe general de los resultados, al Establecimiento de Salud donde acude al control de atención integral de su niño.
3. Finalmente los resultados serán probablemente publicados en una

revista científica.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Usted no obtendrá ningún beneficio al finalizar la entrevista.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento del tema en estudio.

Confidencialidad:

Se guardará su información código. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Los archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar la información de sus entrevistas guardadas en archivos por un periodo de 2 años, con la finalidad de que sirvan como fuente de verificación de nuestra investigación, luego del cual será eliminada.

Autorizo guardar la base de datos: SI NO

Se contará con el permiso del Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, cada vez que se requiera el uso de la información.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor

pregunte al personal del estudio: Barturén Quevedo Sileny del Rossio, Montoya Garcia Olivia Veronica, o llamar al tel. 978188081 ó 920159184, las investigadoras.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, al teléfono 074-606200 anexo 1138.

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin perjuicio alguno hacia mi persona.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:

DNI:

Fecha