

*Artículo de revisión***Una nueva iniciativa en la Atención al lactante**

* Doris Maribel Rivera Medina, ** Myrna Vásquez de Cruz

Resumen

El interés del presente trabajo, se centra en evaluar el impacto de la ejecución del modelo de atención integral ambulatoria de asistencia personalizada y/o grupal brindada a niños menores de 2 años y sus padres y encontrar la relación existente entre dichas atenciones y el crecimiento y desarrollo de niños participantes.

El estudio cuali cuantitativo, de tipo descriptivo; que recabó la información a través de 2 instrumentos, uno para la revisión de expedientes y una encuesta de opinión para madres; el análisis estadístico incluyó estadísticas descriptivas: medidas de tendencia central y de dispersión, estadísticas inferenciales: de correlación, kruskal Wallis.

La ejecución del modelo inició el 25 de Agosto del 2003 y se denomina **Servicio de Atención Integral al Lactante (SAIL)**, integrado por un equipo multidisciplinario que ofrece cuidados holísticos de crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, valoración nutricional, consejería, educación en salud, aplicación de vacunas, atención por morbilidad e inhaloterapia, beneficiando a **4,645** niños de Tegucigalpa.

Los **resultados** revelan significancia entre atención brindada y grado de satisfacción de las madres ($p < .005$). En general hay trato gentil, amable de parte del personal; los servicios de estimulación temprana brindada por enfermeras les satisface porque no se los ofrecen en ningún otro lugar, les ayudan a conocer como crecen

sus hijos y realizar actividades con ellos para hacerlos mas aventajados. La consulta por pediatras es otra área de su preferencia refieren es completa, personalizada, los evalúan bien y les dan orientaciones precisas. Los resultados se ven en sus hijos ya que son mas listos a como fueron sus otros hijos que no fueron estimulados, son más exploradores, tienen mas habilidades y destrezas según lo muestra la valoración del desarrollo normal en el 99% de los niños. Finalmente se encontró significancia entre las acciones de la madre para estimular a sus hijos y el efecto de las puntuaciones en las diferentes áreas del desarrollo con Denver II, a mayor estimulación mayores tareas alcanzadas por los niños ($p < .05$).

Palabras claves: Modelo, crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, cuidado integral, criterios de calidad de la atención.

Introducción

La evaluación de la estrategia denominada Servicio de Atención Integral al Lactante (SAIL), que pertenece a la Organización para el Desarrollo y la Investigación en Honduras (ODISH) se hace necesaria después de tres años de ejecución del mismo.

Este estudio trata de describir el quehacer diario y los efectos producidos en los lactantes que se benefician del SAIL; determinando factores influyentes en el proceso de atención en

* Infectóloga Pediatra, Investigadora Principal ODISH (Organización para el Desarrollo y la Investigación-Salud en Honduras) Infectóloga Pediatra IHSS, Tegucigalpa, Honduras.

** Licenciada en Enfermería Master en Pediatría, Sub investigadora ODISH, Coordinadora del Post Grado de Enfermería UNAH. Tegucigalpa, Honduras.

salud, mediante la descripción de los servicios ofertados, señalándose asimismo la interrelación entre el tipo de atenciones brindadas y aspectos como escolaridad, profesión u oficio de madres de lactantes, causas de consulta por morbilidad, coberturas alcanzadas, opinión de la población en cuanto a calidad de atención, visualizando así el papel desempeñado por los trabajadores de salud, especialmente del personal de enfermería y concluyendo con la identificación de la problemática social, biológica, de morbilidad de sujetos incluidos en el estudio.

Se describe el perfil de atención a usuarios de SAIL de la población menor de un año y los efectos de los servicios de atención brindados a los beneficiarios durante el tiempo que dura el estudio, asimismo la problemática de salud, así como el desarrollo del proyecto que ha sido visualizado por la población beneficiada.

Aunque el marco de discurso son los cuidados enfermeros, estos se dan en un contexto multidisciplinar con el objeto de resolver las necesidades y requerimientos de la población.

Esta situación produce cierto sentimiento de satisfacción, y poder observar como se han ido desarrollando y cambiando las ideas, los conocimientos, las experiencias y las expectativas de la enfermería en el campo de la calidad.¹

Entre el 25 agosto de 2003 y el 31 de octubre 2005 se desarrolló el estudio “Estudio fase III, de vacuna rotavirus humano vivo atenuado (RVH) y posteriormente se desarrolló un segundo estudio clínico con la misma vacuna.

El grupo de investigadores aprovecha la oportunidad de dichos estudios y crea una estrategia de atención integral a fin de atender las demandas en salud de los padres y lactantes que se denominó “Servicio de Atención Integral al Lactante” (SAIL).

El SAIL inició su función con el nombre de CAIL (Centro de Atención Integral al Lactante), como estrategia de Honduras para la implementación del estudio de investigación Rotavirus Fase III, para brindar atención holística al lactante sano.

Posteriormente, se vio la necesidad de organizarse legalmente y es así como nace la Organización No Gubernamental (ONG) llamada ODISH (Organización para el Desarrollo y la Investigación Salud en Honduras), de la cual depende el CAIL, pasando de Centro a Servicio, por lo que sus siglas se transforman en SAIL (Servicio de Atención Integral al Lactante Sano), cuya personería jurídica fue obtenida en enero de 2004.

SAIL es un modelo de atención diferenciada, holística gratuito integrado por un equipo multidisciplinario de Pediatras, Enfermeras Especialistas en pediatría, Licenciadas en Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Trabajadores Sociales.

Este modelo ofrece los servicios tales como:

- **Valoración de crecimiento y desarrollo:** Valoración física y valoración del desarrollo según las áreas personal social, lenguaje, motor grueso y fino a través del Test de Denver II.
- **Consulta médica pediátrica.**
- **Estimulación temprana específica** según áreas antes mencionadas y estimulación de sentidos.
- **Valoración nutricional:** fomento de la lactancia materna, técnicas de amamantamiento, inicio de ablactación, evaluación del crecimiento y desarrollo, preparación de menús para que los niños / niñas empiecen a llevar una dieta normal.⁴
- **Educación en salud:** charlas educativas grupales en el campo de promoción, prevención e higiene de la salud.

- **Apoyo al núcleo familiar:** Relaciones intrafamiliares, educar con amor, consejería según detección de problemas o demandas de atención.
- **Vacunaciones:** aplicación de vacunas según esquema del PAI y
- **Nebulizaciones.**



El modelo se desarrolla en dos ámbitos de promoción de salud: **individual y familiar**.

a) Nivel Individual

Desarrolla habilidades, conductas, actitudes hacia el autocuidado y cuidado dependiente y generación de estilos de vida saludable.

b) Nivel familiar

Fortalece el rol formador y socializador de la familia en relación a procesos vinculados con la salud tales como: desarrollo psicosocial armónico, potenciación de habilidades, generación de hábitos y modelaje de conductas saludables.²

Los componentes estratégicos generales de la promoción de la salud que se incorporan y han demostrado mayor eficacia y utilidad son:

1) Comunicación Social.

Educación en el más amplio sentido del término

2) Trabajo Intersectorial

Participación Social y Comunitaria.
Entornos saludables (hogares, municipios, escuelas).

Las estrategias de intervención del SAIL incluyen:

A. Aplicación de los conceptos de **Crecimiento y Desarrollo:** Mejorar las condiciones de salud de los lactantes, por medio del estudio sistemático del proceso de crecimiento y desarrollo.

B. Aplicación de los conceptos de **Salud Integral:** Organizar programas de atención del lactante considerando su triple dimensión biopsicosocial, para lo cual es indispensable el trabajo multidisciplinario, transdisciplinario e intersectorial. Se requiere de la estructuración de una red de servicios que facilite la entrada al primer nivel y la referencia expedita a los niveles más complejos cuando proceda. Ello implica la coordinación de actividades en que el equipo tenga los mecanismos para llegar a la comunidad en que los lactantes se encuentran, y un esfuerzo sostenido en actividades de promoción y prevención. Entre los mecanismos de promoción de la salud, bienestar y desarrollo, es de gran importancia la promoción de estilos de vida saludables, el logro progresivo de la capacidad de autocuidado y la actuación sobre los ambientes en donde permanece el lactante, para hacerlos más saludables.³

C. Aplicar **Enfoques Integradores:** los problemas de salud del lactante se interrelacionan y los factores de riesgo se concentran en subgrupos más vulnerables, por lo que debe ofrecerse una atención integral más que segmentada o subespecializada, lo que conduce a ventajas en cuanto al rendimiento de las acciones, pues una intervención puede tener efectos en más de un problema (“abanico”).

D. Aplicar un **Enfoque Participativo:** Algunos ejemplos del aporte de los padres en programas y servicios son la identificación de necesidades y determinación de objetivos. La familia es un eje central en el

desarrollo del lactante, pudiendo ser una fuente protectora o de riesgo para ellos. Una familia protectora se destaca por ser estable, con padres sentimentalmente conectados a sus hijos, dispuestos a saber lo que pasa en sus vidas y a entregar valores en forma explícita e implícita. ⁴

Para contribuir al logro de la salud integral, los servicios de salud para lactantes deben reunir los siguientes requisitos:

- Acceso universal con cobertura efectiva
- Calidad técnica suficiente
- Continuidad
- Nivel primario integrado a los niveles secundario y terciario
- Participación de los padres/madres o tutores
- Énfasis en promoción y prevención
- Equipo multidisciplinario, entrenado, comprensivo y comprometido
- Credibilidad
- Privacidad y confidencialidad
- Organización funcional: disminución de barreras, horarios adecuados
- Profesional responsable en forma individual
- Normas técnicas y administrativas facilitadoras
- Identidad
- Penetración en la comunidad
- Coordinación intersectorial.⁵

Características deseables:

1. El personal que atiende los niños debe ser gente respetuosa, comprometida y confiable, que haya tenido capacitación en habilidades para el diseño, implementación, supervisión y evaluación de programas, además de saber otorgar oportunidades de crecimiento y desarrollo personal.
2. La atención de primer nivel del lactante, sólo necesita del equipamiento regular de un centro de salud ambulatorio. Lo que lo hace diferente y contribuye a su aceptación por parte de los padres, es su debida

identificación como programa o servicio para lactantes que se ofrece en un horario exclusivo y flexible a cargo de profesionales, también debidamente identificados.

Características de Programas Exitosos

A continuación se describen algunas de las características, para las cuales existe consenso, que contribuyen al éxito de un programa o servicio:

- Identificación e intervención precoz de los lactantes y sus familias.
- Atención individual: un adulto, no necesariamente del equipo de salud se preocupa de las necesidades específicas de cada lactante.
- Ir hasta donde está el niño con el compromiso de ver al lactante en su contexto familiar y el resto de su entorno, en donde vive y crece.

Calidad de atención en los servicios de salud

La calidad es un proceso sistémico, permanente y de mejoramiento continuo, que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras, de alto valor agregado, que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud.⁶

La calidad total incluye “hacer las cosas bien desde la primera vez”; para exigir más de los productos y de su presentación, de los servicios, de los tiempos de espera, de la atención personal y profesional, entre otros factores. ⁷

La calidad de atención en salud es, sin lugar a dudas, una de las mayores preocupaciones de quienes tienen la responsabilidad de la prestación de los servicios de salud a la población y una necesidad sentida de quienes requieren de estos servicios. ^{8,9}

Dentro de los enfoques para el mejoramiento de la calidad se encuentran:

- La resolución rápida de problemas
- La resolución de problemas basada en equipos.¹⁰

Todos los enfoques para el mejoramiento de la calidad comparten cuatro pasos comunes:

- 1) Identificar la oportunidad de mejoramiento
- 2) Analizar el área de mejoramiento
- 3) Desarrollar posibles intervenciones
- 4) Implementar las intervenciones

La Calidad de la atención debe ubicarse dentro del marco de un sistema de salud, que acepta o incorpora los criterios de calidad, que son: Competencia profesional, relaciones interpersonales, eficiencia, eficacia, acceso a los servicios, comodidades, seguridad e imagen institucional.^{11,12}

La calidad de la atención es específicamente una manifestación de la combinación de estos criterios, ninguno de ellos tiene comportamientos independientes; aun cuando la equidad depende de factores propios de la prestación del servicio médico y de la distribución de los recursos que se traducen en beneficios individuales o sociales. “El punto que ha de subrayarse es que la fortaleza o debilidad de cualesquiera de estos criterios fortalece o debilita a los restantes”.¹²

La eficiencia guarda relación con la aplicación en condiciones ideales de tecnología, pero eficiencia está asociada con la gestación de los sistemas de salud.

En este estudio interesó conocer quienes fueron nuestra población, cuál fue el grado de satisfacción de los usuarios por los servicios prestados, cuáles eran los beneficios para los niños y que criterios de calidad cumplían. El **objetivo general** fue evaluar la calidad

de atención de los servicios brindados y el impacto en el desarrollo psicomotor de los lactantes asistentes a la Clínica ODISH/SAIL. Los **objetivos específicos** planteados fueron:

- Caracterizar la población beneficiada de la Clínica SAIL.
- Describir el modelo de atención del servicio integral al lactante (SAIL).
- Determinar la calidad de atención que se brinda en los servicios de ODISH/SAIL considerando los elementos de crecimiento, desarrollo y salud integral.
- Determinar la relación entre la estimulación temprana recibida con el crecimiento y desarrollo de los niños.
- Valorar el grado de satisfacción de madre/padre/tutor por servicios brindados.

Metodología

Tipo de Estudio: El estudio es cuali cuantitativo descriptivo.

La ejecución del modelo inició el 25 de agosto de 2003 y se denomina **Servicio de Atención Integral al Lactante (SAIL)**.

El universo lo constituyó 4,645 niños atendidos por la ODISH/SAIL ubicado en Tegucigalpa, Honduras. La muestra la constituyó 450 niños y sus madres para la parte cuantitativa y 282 para la parte cualitativa.

Para la evaluación del SAIL se contempló algunos resultados de encuestas de satisfacción en un periodo de 24 meses para el primer estudio y un periodo de 10 meses para el segundo estudio.

También se realizaron visitas y contactos telefónicos brindando la atención requerida que incluyó: anamnesis y examen físico, control del crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, vacunación, valoración nutricional, educación en salud, consejería y vigilancia de patologías que el niño presentó.

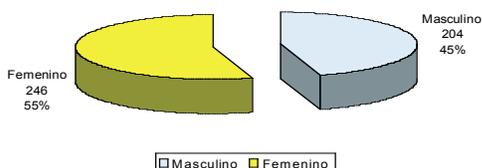
Se utilizó para registrar los datos del expediente de los niños, el Registro Electrónico de Datos Individual (RDE por sus siglas en inglés).

Resultados

Los datos se presentan de la siguiente manera: resumen de visitas realizadas, datos sociodemográficos de niños y padres, datos sobre criterios de la calidad de atención brindada considerando los elementos de crecimiento, desarrollo y salud integral, relación entre la estimulación temprana recibida con el crecimiento y desarrollo de los niños y grado de satisfacción de madre/padre/tutor por servicios brindados, vigilancia de patologías presentadas por los niños/as, seguimiento de inasistentes, dificultades y facilidades para la conducción del estudio; desde las actividades de pre-estudio el 23 de agosto de 2005 hasta el final del estudio el 27 de octubre de 2006.

Visitas realizadas

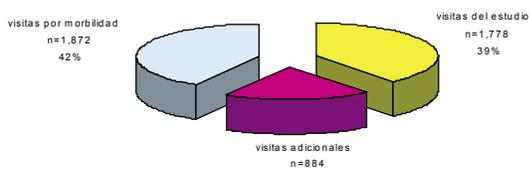
Grafica 1.
Distribución de participantes según sexo
 Fuente: Base de datos de ODISH/SAIL 2005, N= 450



Fuente: Base de datos de ODISH/SAIL 2005-2006, N=450

El 55% de los participantes fueron niñas y el 45% fueron niños.

Grafica No 2
Tipo de visitas realizadas durante el periodo del estudio



Fuente: Base de datos de ODISH/SAIL 2005-2006, N=450

Las visitas del estudio fueron todas aquellas visitas programadas donde los paciente fueron citados para que asistieran, éstas fueron programadas cada dos meses a partir de los dos meses de edad de los niños y constituyeron el 39% de todas las visitas; el 42% de las visitas fueron consultas por morbilidad para quienes presentaron patologías diversas, y un 19% fueron aquellas visitas que no clasificaron en ninguna de las anteriores pero que fueron programadas por ODISH a fin de dar continuidad a los niños, en ellas se les ofreció valoración del desarrollo y estimulación temprana.

Tabla No 1.
Distribución de vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) aplicadas. Periodo del 23 de agosto de 2005 al 18 de octubre de 2006

Vacuna	Número de dosis
BCG	8
Sabin	2,033
Pentavalente	1,933
SRP	201
Total	4,175

Fuente: VAC 1 ODISH/SAIL. 2005-2006

Se aplicaron 4,175 vacunas según esquema del PAI a todos los niños del programa y a todo aquel que lo demandó.

Beneficios adicionales

Como beneficio adicional en las visitas del estudio realizadas, se brinda atención integral a los niños mediante otros servicios, como valoración del crecimiento y desarrollo, estimulación temprana, nebulizaciones, valoración nutricional, consejerías y charlas educativas para promover la salud y prevenir enfermedades, estas actividades fueron desarrolladas en su mayoría por enfermeras especialistas y licenciadas en enfermería. La atención de morbilidad y control del crecimiento atendida por médicos pediatras fue

incrementándose en la medida que los niños enfermaban.

Tabla No2
Distribución de atenciones según servicio adicional brindado. Período de noviembre de 2005 al 27 de octubre de 2006

Servicio	No atenciones
Pre-clínica	4,403
Consulta por morbilidad	1,872
Estimulación temprana	2,531
Valoración del desarrollo	1,089
Consejerías	653
Nebulizaciones	1,924
Charlas educativas	487
Total atenciones	12,959

Fuente: Hojas de Registro de actividades de enfermería ODISH /SAIL 2005/2006

De las 12,959 atenciones brindadas durante el período del segundo estudio, 4,403 corresponden a atenciones en preclínica (peso, talla, perímetro cefálico y temperatura).

Se realizaron 1,089 valoraciones del desarrollo en visitas alternas, de estos ha habido algunos niños con “cautelos” es decir con actividades no logradas a la edad esperada; estos niños son tratados individualmente según su tarea no lograda y evaluados periódicamente hasta que alcanzan realizar la tarea esperada para la edad; no se presentaron niños con retraso del desarrollo.

Las 2,531 sesiones de estimulación temprana consistieron en demostraciones a grupos de madres de como estimular a sus hijos en las diferentes edades, reforzando en aquellos niños en los cuales se detectó alguna actividad aun no alcanzada para la edad; todas las madres adquirieron el compromiso de reproducir las actividades en sus hogares cotidianamente.

Las Nebulizaciones (1,924) constituyeron el segundo servicio más requerido durante el estudio, por problemas de vías respiratorias bajas; ésto es congruente con el hecho de que los problemas respiratorios constituyen la patología más frecuente en los niños de nuestro país. Las 653 consejerías se brindaron por demanda de las mismas, en áreas de lactancia materna, alimentación, cuidados en el hogar, prevención de lesiones, manejo en el hogar de niños con problemas respiratorios, diarreas, dermatitis y violencia doméstica entre otros.

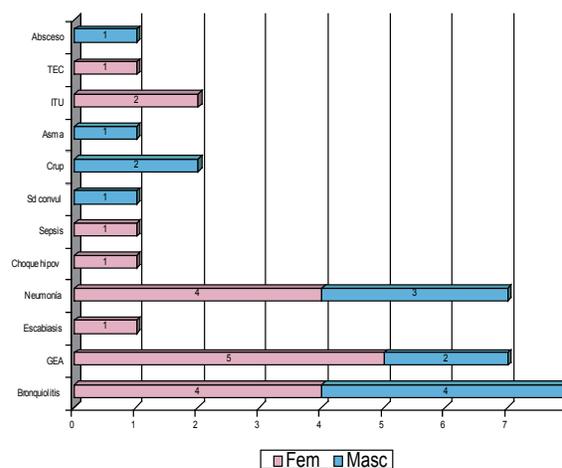
Vigilancia por morbilidad

La vigilancia sobre la ocurrencia de morbilidad constituye una parte crucial en el desarrollo de la Estrategia SAIL. La vigilancia fue llevada a cabo desde el 7 noviembre del 2005 y finalizando el 27 de octubre de 2006.

Se registró un total de 33 situaciones de morbilidad, en 32 niños, ya que uno de los niños presentó dos problemas de salud.

En la gráfica siguiente se muestran los diagnósticos de los SAEs según sexo, ocurridos durante todo el periodo del estudio.

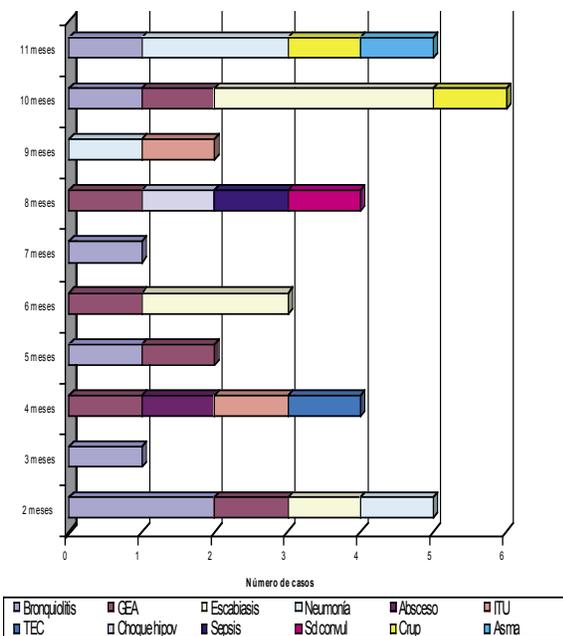
Gráfica No3
Distribución de eventos adversos serios según diagnóstico y sexo.



Fuente: Listado de Vigilancia ODISH/ SAIL, N= 450

En la gráfica, se observa que las patologías respiratorias (15) y gastrointestinales (7) son las más frecuentes, esto es congruente y similar a lo que ocurre en el país, en donde los problemas respiratorios y diarreicos son las primeras causas de morbilidad.

Gráfica No4
Distribución de morbilidad según diagnóstico y edad



Fuente: Listado de Vigilancia de SAEs ODISH/ SAIL N= 450

Estrategia de vigilancia

1. Contactos telefónicos: Cada semana se realizaron contactos telefónicos con cada uno de los padres o tutores de los participantes, a fin de conocer la ocurrencia de algún problema de salud, los que se registraron en el expediente. Se realizaron en total de 20,861 llamadas telefónicas, durante el año que este estudio reporta. Se ofreció además por vía teléfono consejería, evacuación de dudas, consultas medicas, este servicio se ofrecía las 24 horas del día.

2. Visitas de Campo: Si el día programado no se contactaba telefónicamente, a un participante se realizaba una visita domiciliaria al día siguiente. Se realizaron 653 visitas de campo para verificar el estado de salud de cada participante.
3. Vigilancia en los Hospitales: En la tabla siguiente se presentan las visitas diarias realizadas a los hospitales y CLIPERs, realizadas entre el 8 de noviembre del 2005 hasta el 27 octubre de 2006.

Tabla No. 3
Distribución de la vigilancia según hospital

Hospital	Visitas
Hospital Escuela	628
IHSS	628
Hospital San Felipe	245
Instituto Nacional del Tórax	245
TOTAL	1,746

Fuente: Hoja de Registro diario en Hospitales 2005-2006

Indicadores de la calidad de la atención brindada

Los siguientes indicadores corresponden a una muestra de 282 niños que participaron en el SAIL, al momento del análisis los niños oscilaban entre 8 y 10 meses de edad.

Datos socio-demográficos de niños y madres / padres/ cuidadores principales.

De los niños: El 27.7% de los niños nació en el Hospital Escuela, en el IHSS el 41.1% y en el Hospital San Felipe el 30.5%. El peso promedio al nacer fue de 3.17 Kg con una desviación estándar de 0.47, el peso mas bajo fue de 1.93 Kg y el más alto de 5 Kg.

Tabla No4
Escolaridad de la madre / padre / cuidador principal

Escolaridad	Frecuencia	%
Ninguna	2	0.7
Primaria incompleta	13	4.6
Primaria completa	58	20.6
Secundaria incompleta	68	24.1
Secundaria completa	88	31.2
Universitaria incompleta	35	12.4
Universitaria completa	18	6.4
Total	282	100.0

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Dos 2 madres son analfabetas (0.7%) y 13 (4.6%) tienen primaria incompleta, 20.6% tienen primaria completa, 55.3% cursaron secundaria (completa o incompleta).

Esto tiene relación con la ocupación de las madres, en donde el 40.8% son amas de casa, 16.8% se dedican a trabajos como estilistas, dependientas, ventas, cocinera, policía; el 3.2 se dedica a oficios domésticos remunerados.

Tabla No. 5
Ocupación de la madre / padre /cuidador principal.

Ocupación	FX	%
Ama de casa	115	40.8
Estudiante de secundaria	6	2.1
Estudiante de primaria	1	0.4
Estudiante nivel universitario	9	3.2
Obrera /técnica (estilista, dependienta, costurera, cocinera)	47	16.8
Oficios domésticos remunerados	9	3.2
Profesional nivel medio (perito, secretaria, maestra)	83	29.4
Profesional universitario	10	3.5
No consignada	2	0.7
Total	282	100

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

La madre sigue siendo la cuidadora principal de sus hijos (69.5%), pero se observa que esa responsabilidad es también compartida con otro familiar como la abuela, el padre, la tía y la empleada doméstica (19.1%). En algunos casos son más de dos personas las que cuidan al niño(a). Esta información es necesaria para brindar orientación no solo a la madre sino a todos los cuidadores principales de los niños.

Alimentación y ablactación de los niños

El fomento de la lactancia materna exclusiva en los primeros 6 meses es una de las indicaciones que se brindó a las madres y los resultados demuestran que el 92.9% de los niños fueron alimentados con lactancia materna, el 70% continuaba amamantándolos a la edad del corte (entre 8 y 10 meses); un 12.4% fueron alimentados con lactancia materna menos de 4 meses, por las siguientes razones:

- porque tenían que trabajar
- que los niños no se satisfacían
- que ya no producían suficiente leche

En estos casos se les orientó para continuar amamantándolos.

Por otro lado un 7.8% iniciaron otros alimentos antes de los 4 meses y 11% a los 4 meses pese a que se les orienta iniciar los alimentos a los 6 meses y las razones de ello, creemos que las madres siguen tradiciones, costumbres y consejos de terceros.

Un 44.4% de las madres dieron alimentos alergénicos (cítricos, huevos) antes de la edad recomendada y otros alimentos como mariscos, productos empaquetados y con colorantes, un 32% no administró productos alergénicos.

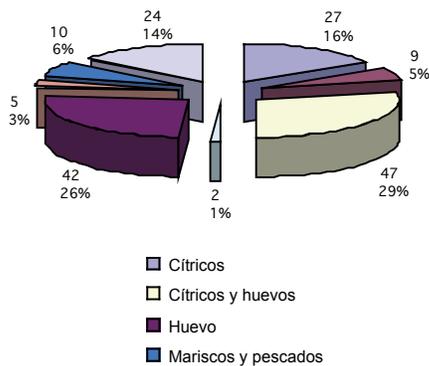
Al aplicar el estadístico de Chi cuadrada de Pearson y correlacionar lactancia materna con el peso/edad, talla/edad, peso/talla en las diferentes edades se encontró significancia estadística entre ambas variables con valores de $p < 0.000$, lo que significa que la ganancia o pérdida de peso esta relacionada con el hecho de que si se

alimenta o no con leche materna y los alimentos que se administran en las diferentes edades.

Al correlacionar variables no se encontró relación entre la lactancia materna y el sexo de los niños, ni con el tiempo, ni con el dar alimentos alergénicos. Tampoco se encontró relación significativa entre el sexo de los niños y la tendencia del crecimiento.

Se correlacionaron otras variables como quien cuida al niño y edad en que se inicia la ablactación y no se encontró relación entre dichas variables.

Gráfica No5
Alimentos alergénicos administrados a los niños



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06, N=166

Tabla No6
Edad de inicio de alimentos alergénicos

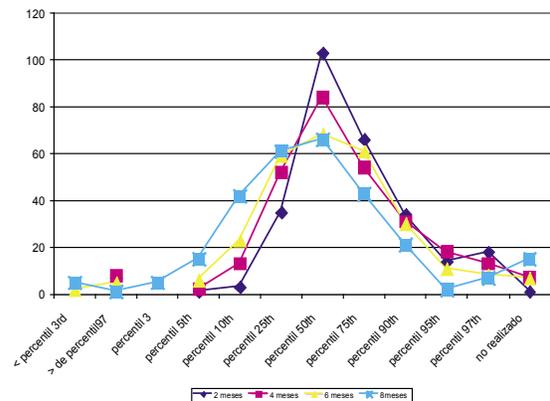
Edad en meses	Frecuencia	%
< de 4 meses	3	1.1
4-5 meses	16	5.7
6 -7 meses	142	50.4
8-9 meses	20	7.1
10 meses	4	1.4
No aplica	97	34.4
Total	282	100.0

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Crecimiento y desarrollo de los niños de ODISH/SAIL

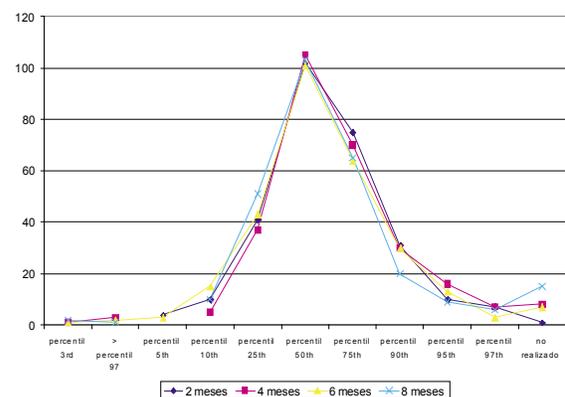
El control de la tendencia del crecimiento y desarrollo se llevó a cabo utilizando las tablas internacionales de Nacional Center for Health Statistics (NCHS) para el control del crecimiento y Denver II para el control del desarrollo de los niños, en donde se valora la tendencia que sigue el niño comparado con otros niños de la misma edad y sexo. Ambas (tabla NCHS y test Denver II) desarrolladas en USA y validadas a nivel internacional. Se aplicó el proceso de atención de enfermería, mismo que se encuentra inserto en el expediente del niño participante.

Gráfica No6
Tendencia de la relación peso / edad en niños y niñas



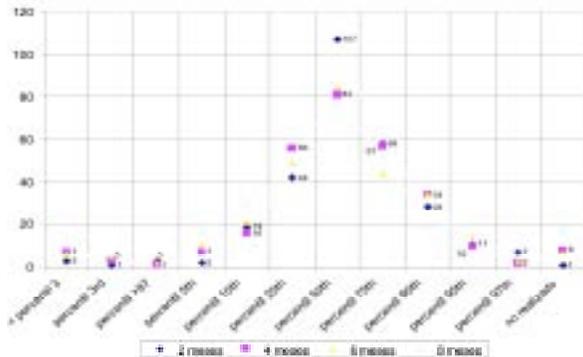
Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Gráfica No7
Tendencia de la relación talla / edad en niños y niñas



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

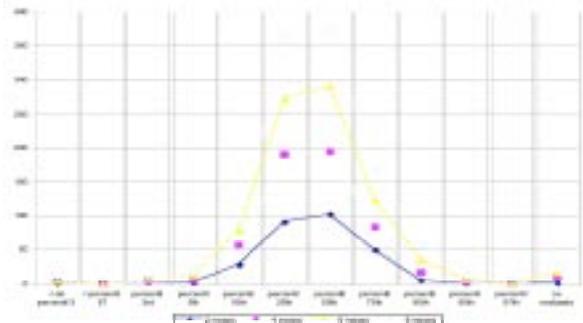
Gráfica No8
Tendencia de la relación peso / talla en niños y niñas



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Los gráficos anteriores de distribución de Gauss de la tendencia de peso/edad, Talla/edad y peso/talla muestran cómo se distribuyeron las medias (X) que fueron similares, y diferentes desviaciones estándar (DE). La mayoría de los niños se mantuvieron dentro de los percentiles 25 y 95, que es considerado dentro de parámetros normales. Pero hay algunos niños que se encontraron en los percentiles menores de 3 que indica desnutrición a los 6 y 8 meses de edad que es cuando iniciaron la ablactación y otro grupo que tenía sobre peso en los percentiles mayores a 95.

Gráfica No 9
Tendencia de la Circunferencia cefálica en niños y niñas



Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

La circunferencia cefálica en las diferentes edades, se mantuvo entre el percentil 25 y 50 y

75, pero hubo casos, en los percentiles menores de 5 y mayores de 90 a los 8 meses de edad, que pueden indicar microcefalia o hidrocefalia. Estos casos fueron remitidos a otro centro asistencial para otros estudios, diagnóstico y tratamiento.

Tabla No 7
Frecuencia de la asistencia a ODISH/SAIL por morbilidad

# veces que asistieron a la clínica	Frecuencia	Porcentaje
0	10	3.5
1	29	10.3
2	56	19.9
3	41	14.5
4	35	12.4
5	31	11.0
6	24	8.5
7	16	5.7
8	17	6.0
9	7	2.5
10 – 18	15	6.0

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Valoración del desarrollo de los niños

El desarrollo es evaluado con el Test de Denver II que evalúa 4 áreas (motor grueso, fino, lenguaje y personal social) consiste en comparar 125 tareas que la mayoría de los niños desarrollan entre 0 y 6 años de edad. Los resultados muestran que el 99% de los niños tuvieron su desarrollo normal en las diferentes áreas del desarrollo. Pero 3 niños (1%) no realizaron las tareas según su edad, en estos casos los padres fueron orientados de manera individual para estimular a los niños al logro de las habilidades no alcanzadas a través de actividades que ellos se comprometían realizar en su hogar diariamente y citados para evaluación periódica hasta que alcanzaron el nivel esperado para la edad.

Se preguntó al inicio del programa a las madres (cuando los niños tenían 2 meses) sobre el conocimiento que tenían sobre estimulación temprana, y se encontró que el 91% de las madres conocían entre poco y nada sobre como estimular a sus hijos. Al aplicar estadísticos se encontró relación (Chi cuadrada de Pearson) entre conocimientos previos sobre estimulación y el desarrollo con $p < 0.000$, lo que significa que las madres al conocer sobre estimulación se comprometieron y realizaron los ejercicios con sus hijos y se reflejó en el desarrollo normal de los niños.

Se encontró significancia entre las acciones de la madre para estimular a sus hijos y el efecto de las puntuaciones en las diferentes áreas del desarrollo con Denver II, a mayor estimulación mayores tareas alcanzadas por los niños ($p < .05$). Los niños más aventajados fueron aquellos en que sus madres realizaban frecuentemente los ejercicios.

Tabla No 8
Relación entre valoración del desarrollo a los 2 meses del niño(a) y conocimientos de las madres sobre estimulación temprana

Conocimiento previo sobre estimulación	Valoración del desarrollo 2 meses		
	Normal	No realizado	Total
Mucho	20 (7%)	0	20 (7%)
Nada	73 (25%)	0	73 (25%)
No consignado	1 (1%)	1 (1%)	2 (2%)
Poco	186 (65%)	1 (1%)	187 (66%)
Total	280	2	282

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Tabla No 9
Distribución de las causas más frecuentes de consulta por morbilidad

Causa de consulta	# de niños
IRAS altas	59
IRAS y diarreas	45
Dermatitis y GE	33
IRAS bajas	25
Alergias respiratorias	36
IRAS y dermatitis	15
Gastroenteritis (GE)	10
	219

Fuente: Expediente clínico ODISH/SAIL 2005-06

Las infecciones respiratorias de vías respiratorias altas como bajas constituyen la principal causa de consulta. Son frecuentes las consultas por varios problemas a la vez.

Grado de satisfacción de los usuarios por el servicio prestado.

Se midieron algunos criterios de Calidad como la opinión de los usuarios en relación a competencia profesional, relaciones interpersonales, eficiencia, eficacia, acceso a los servicios. Los comentarios fueron los siguientes.

Competencia profesional al referirse al nivel de conocimientos, habilidades, destrezas, capacidad y desempeño actual de los trabajadores dijeron “saben lo que hacen y lo hacen bien, que nos permite sentirnos confiadas”.

Eficacia: Se cuenta con manuales de funciones y procedimientos que orientan el trabajo de todo el equipo de salud, evita pérdida de tiempo, se cuenta con equipo y material apropiado.

Acceso a los servicios: Para participar en el programa se establecieron algunos criterios de selección como la edad, vivir en Tegucigalpa, No

fuerestringido por barreras económicas, sociales, culturales, organizacionales o lingüísticas. Una vez en el programa se procuraba una rápida atención y completa.

Oportunidad de la atención: “nos consideramos privilegiadas por tener la oportunidad de que nuestros hijos pertenezcan al programa y recibir una atención diferenciada que no se brinda en ningún otro servicio de salud ni a nivel privado ni público”.

Comodidades: Estar en un ambiente cómodo aumenta la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención en el futuro, refieren algunas de las madres “me siento muy contenta y cómoda trayendo a mi hijo acá”, “me gusta porque pese a que los niños son pequeños se respeta, no se desnudan totalmente solo las partes a examinar”. “Se cuenta con salas muy bonitas, muy limpias, sillas cómodas, hasta nos ofrecen refresco o café mientras esperamos”.

Manejo individualizado contactos telefónicos: Al principio me pareció extraño cuando me llamaban por teléfono, no estaba acostumbrada a eso, luego esperaba la llamada para hacer consultas sobre mi niña” “me siento satisfecha porque se atienden las necesidades de mi hijo e incluso necesidades de la familia, cuando venimos o cuando llamamos por teléfono”.

Trato humanizado: refieren que “todo el personal desde el que nos recibe en la puerta, la enfermera, el médico nos tratan muy finamente, son muy amables y nos dan confianza y nos explican todo muy clarito”.

Eficiencia: Se brinda atención personalizada según la demanda de los usuarios “en la entrada nos preguntan como está el niño para programar el recorrido a seguir”, “el personal de SAIL nos apoyan a encontrar salida a nuestros problemas y no sólo los de salud”, “el personal sabe lo que hace y nos dan confianza”.

Las áreas que más les gusta: Las madres manifestaron que para ellas “es novedosa la sala de estimulación, es la primera vez que conozco sobre esto y me gusta mucho porque me enseñan para que yo le haga ejercicios a mis niños y me preguntan cada cuanto lo voy hacer”

En resumen nos gusta estimulación porque no se los ofrecen en ningún otro lugar, les ayuda a conocer como crecen sus hijos y realizar actividades con ellos que los hacen ser más aventajados.

Madres refieren que sus hijos a quienes estimulan son: “mas listos comparados con otros niños y/o otros de sus hijos, son más exploradores y más inteligentes, tienen mas habilidades y destrezas y las alcanzan primero que otros”.

La **consulta médica:** “Es completa, personalizada, evalúan bien, les dan orientaciones precisas”.

Información suficiente y oportuna: “nos presentan videos charlas por televisión, con carteles, afiches, trifolios, consejería según nuestras necesidades”

Algunas Insatisfacciones manifestadas

- El tiempo de estancia en el SAIL a veces es prolongado, “a veces me ha tocado estar hasta 4 horas en el SAIL, pero no es esperando sino en lo que pasa por todos los servicios, pero lo que pasa es que no siempre uno tiene tiempo”.
- No se tienen medicamentos: “algunas veces nos dieron medicamentos pero la mayoría de las veces tenemos que comprarlos y nosotros somos muy pobres”.

Conclusiones

- La Estrategia SAIL es integral abarca los aspectos biopsicosocial y familiar del lactante, incluye el compromiso que la

madre asume para mejorar las condiciones de salud del niño.

- Se consideran las características particulares de las madres (escolaridad, ocupación estado de salud) así como sus capacidades y acciones de autocuidado, para brindar la orientación / consejería.
- Formulario del Proceso de Enfermería (PAE) está inserto en el expediente clínico.
- Las acciones prevalecientes cumplen criterios de calidad según manifiestan las madres sintiéndose satisfechas con el servicio prestado.
- Se cuenta con personal calificado y comprometido.
- Las madres son comprometidas y se manifiesta con el logro en el desarrollo normal de los niños al estimular a sus hijos.
- Se cuenta con el equipo necesario para brindar atención integral a los niños.
- Se atiende la situación particular o problemática de las madres, considerando las diferencias individuales.
- Se brinda educación verbal o escrita, individual o colectiva, a las madres.

Recomendaciones

- Buscar fuentes de financiamiento para darle sostenibilidad a este proyecto que se considera exitoso.
- Replicar este modelo de atención en otros espacios con otra población.
- Socializar resultados.

Gracias personal de ODISH/SAIL

“Gracias realmente gracias, por la obra que realizaron. He estado con ustedes 10 meses. Hoy cumpla mi primer añito de haber nacido, aunque de vida tengo más contando con los nueve meses que estuve dentro de la barriguita de mi mamá, y al salir ustedes me ofrecieron a cuidarme.

Gracias por tratar mis dolencias, controlar mi peso, estimular mi desarrollo y sobre todo por enseñar a ser madre a la mujer por medio de la cual Dios me dio vida.

Que Dios les bendiga, premie la entrega de cada uno de ustedes, desde el que con una sonrisa abre la puerta, la enfermera que toma la temperatura, el médico que examina con amor y esmero nuestros cuerpecitos, la enfermera que nos enseña como sentarnos, gatear y caminar; hasta la enfermera aunque cruel, pero por nuestro bien nos hace sufrir al ponernos la vacuna.

Que Dios les siga dando amor y voluntad para servir a los demás”.¹³ Luis Daniel García

Bibliografía

1. Enfermería Global. No.1. Administración – Gestión – Calidad. “Pensando en la Calidad de los Cuidados”. Consultado el 19 mayo 06 Disponible en: <http://www.um.es/eglobal/1/oido1.html> pag: 1-7.
2. Rivera M; Vásquez M.. Manual de funciones. Tegucigalpa, Honduras. ODISH/SAIL. 2003.
3. OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la salud y el desarrollo de los adolescentes. Organización Mundial de la Salud. Serie de Informes Técnicos. Ginebra, 1999.
4. Universidad Católica de Chile. Diploma salud integral para adolescentes. Curso 4 lección 1 y 2, UCC. Chile, 2006.
5. Honduras; Secretaria de Salud. Calidad de los Servicios de Salud. Tegucigalpa Honduras. 2004.
6. OMS/FNUAP/UNICEF. Programación para la Salud y Desarrollo de los Adolescentes. Ginebra, OMS, 1999.
7. Standing Hilary. DFID System Resource Centre. Understanding the “demand side” in service delivery, USA, 2004.

8. Lorente J.A.; Velásquez A. Núñez Quintana A. Algunas reflexiones sobre la calidad en la prestación de los servicios de salud. *Medisan* (revista en internet) 2001; consultado el 22 de febrero del 2006. 5(2): 34-37, Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol5_2_01/san07201.htm.
9. Pardo Téllez F. Galán Morera R, Gómez Treviño H.; Evaluación de la calidad de la Atención en los Servicios de Salud. Aplicación en la Auditoría Médica. Chile. Interamericana. 2002.
10. Maddaleno M. Breinbauer. Youth: Choices and Changes. Washington. OPS; 2005.
11. OPS/OMS. Health Promotion: An Anthology. Washington, OPS; 1995.
12. Gómez Zamudio M,. Teoría y Guía Práctica para la Promoción de Salud. Universidad de Montreal, Departamento de Medicina Social y Preventiva, Unidad de Salud Internacional, 1997.
13. García LD. Participante estudio Rota 024. Tegucigalpa, Honduras. Interamericana. 2006.