

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE
HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**“CALIDAD DE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL EN EL
CONTROL DE CRECIMIENTO DE LOS NIÑOS
MENORES DE TRES AÑOS, EN ESTABLECIMIENTOS
DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, 2009”.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. FERNÁNDEZ TORRE, ROSA LUISA

Bach. CURO ORÉ, CARLOS ESTEBAN

AYACUCHO – 2010

DEDICATORIA

*A mis queridos hijos Milagros, Evelyn y Junior,
Porque son el motor y la fuerza de mi vida.*

Rosa Luisa

*A mí querida madre y hermanos
por su cariño y apoyo incondicional.*

Carlos Esteban

AGRADECIMIENTO

- A la universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga por generar las bases para emprender el presente estudio.
- Al asesor doctor Manglio Aguirre Andrade por su orientación y apoyo técnico permanente.
- Al jurado evaluador, por validar y orientar el estudio.
- A los Jefes de los Establecimientos de Salud, que nos han permitido acceder a la información respectiva.
- A nuestros familiares quienes nos han brindado el apoyo integral.
- A los jurados evaluadores: Mg. Ruth Elena Alarcón Mundaca, Lic. Indalecio Tenorio Acosta y Mg. Olga Pajuelo Castañeda.

SUMARIO

	Pag.
INTRODUCCIÓN	1
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y CONTRASTACIÓN DE RESULTADOS DISCUSIÓN	07
CONCLUSIONES	31
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA	34
ANEXOS	37

INTRODUCCIÓN

Diferentes países han implementado programas o servicios de control de crecimiento y desarrollo del niño con la finalidad de fomentar el óptimo crecimiento y desarrollo psicomotor del niño, mediante un control, evaluación y atención integral del niño, con la participación activa de la familia, instituciones, organizaciones, estado y comunidad en general, tal es el caso de Chile, Uruguay, Cuba, Argentina donde se observa los más bajos porcentajes de desnutrición y retraso del desarrollo psicomotor en niños menores de 05 años(OPS:1995).

Actualmente, la disminución de la desnutrición crónica constituye una de las prioridades sanitarias más importantes en el país y han generado un conjunto de acciones en las regiones donde existen los mayores índices de pobreza y pobreza extrema. Según ENDES (02), el promedio nacional de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años alcanzó el 25,4% en el año 2010.

Una de las acciones para combatir la desnutrición crónica en niños es la implementación del sistema de vigilancia nutricional de los niños menores de 05 años, porque permite determinar oportunamente los riesgos de desnutrición y el diagnóstico precoz, establecer la magnitud del problema y su tendencia según distritos; para el efecto se han generado una serie de normas técnicas que garanticen dicho proceso que involucra el mejoramiento de los equipos de diagnóstico, capacitación del recurso humano, definición de estándares, sistema de información, seguimiento entre otros. Dentro de esta perspectiva el MINSA(2009)

ha generado diversas estrategias desde hace varios años para fortalecer la vigilancia nutricional, partiendo por desarrollar las competencias en el Recurso Humano en Salud, orientadas a fortalecer el sistema de vigilancia nutricional y diseñar un sistema de registro e información que permita monitorizar el estado nutricional de los niños según distritos.

La responsabilidad de la vigilancia nutricional, actualmente recae en los establecimientos del primer nivel de atención. Este sistema se caracteriza por monitorizar frecuentemente el estado nutricional de los niños, mediante la valoración y el uso de técnicas apropiadas, utilizándose a su vez, indicadores antropométricos, bioquímicos y de consumo para determinar el estado nutricional. Posteriormente, el diagnóstico es registrado en diferentes registros, como en el SISVAN, HIS MIS, registro diario, historia clínica, registro específico, carné de CRED, entre otros (CENAN: 2006)

El sistema de vigilancia nutricional contempla a su vez el manejo oportuno del riesgo de desnutrición y los casos de desnutrición, articulado ello dentro del sistema de referencia y contrareferencia. Asimismo existe un sistema de monitoreo de las coberturas respecto a la atención del niño y un conjunto de indicadores para medir el impacto de las estrategias, encaminadas a disminuir la desnutrición crónica; ahora con la implementación del nuevo modelo de atención de salud, el aseguramiento universal, Programa Juntos, CRECER, etc. se pretende mejorar el sistema de vigilancia nutricional y mejorar la calidad de vida de los niños.

Una de las estrategias identificadas como prioritarias para orientar políticas y programas que promuevan la seguridad alimentaria y nutricional y poder cumplir con el objetivo planteado fue la necesidad de implementar Sistemas de Información y Cartografía sobre la Seguridad Alimentaria (SICIVA), que permitan identificar a la población que sufre de hambre y malnutrición. El sistema de vigilancia actualmente

para evaluar el estado nutricional utiliza los parámetros establecidos por la NCHS (National Center Health Statics) de los Estados Unidos, indicadores que según diversos investigadores no se ajusta a nuestra realidad nacional.

Si bien todos los establecimientos del Ministerio de Salud de la Región de Ayacucho, son responsables de la vigilancia nutricional de los niños, pero se advierte que gran parte de ellos carecen de una infraestructura, equipamiento y el personal adecuados. Muchos de los responsables tienen dificultades para garantizar la calidad de la vigilancia nutricional debido a la excesiva demanda, déficit de recursos, definición de estándares, etc.

Por otro lado, de la revisión de los Carnés de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño, gran parte de ellos muestran datos no acordes con la ganancia promedio del peso y la talla, existe una elevada deserción a los controles. En la mayoría de los establecimientos de salud no es posible generar información oportuna de la proporción de niños con desnutrición por comunidades y/o zonas de intervención, asimismo se desconoce de los determinantes, peor aún no es posible establecer la magnitud del problema, su tendencia, entre otros (PRISMA: 2006).

Se desconoce de los problemas y dificultades que afecta el sistema de vigilancia nutricional en los establecimientos de atención primaria, y es de necesidad en ese sentido, evaluar las características del sistema de vigilancia nutricional, en los establecimientos del primer nivel de atención, por ende se aborda el problema de estudio: ¿Cuál es la calidad de la vigilancia nutricional en el control de crecimiento del niño, en establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009? Entre los objetivos planteados son:

GENERAL

- Determinar la calidad de la vigilancia nutricional en el control de crecimiento del niño, en establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.

ESPECÍFICOS

- a. Establecer las condiciones de los equipos para la vigilancia nutricional, de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.
- b. Evaluar el nivel de confiabilidad de los equipos para la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.
- c. Describir las características y condiciones de seguimiento para la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.
- d. Evaluar el sistema de información para la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.

En general el estudio tiene la finalidad de determinar la calidad de la vigilancia nutricional en los servicios de atención del niño, de los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, en razón que esta acción, es una estrategia muy importante para evaluar los riesgos, diagnóstico precoz y manejo oportuno de los casos. Diversos enfoques señalan, que la calidad es determinada por el usuario, pero para garantizar el servicio o el producto es importante garantizar y desarrollar la calidad técnica, la calidez humana de los proveedores y el entorno de calidad, en este caso el estudio ha determinado la calidad técnica y el entorno de calidad de la vigilancia nutricional en el control de crecimiento del niño, en establecimientos de la Red de Salud Huamanga.

Mediante el abordaje del problema se ha evaluado la dimensión de las condiciones de la infraestructura y la dotación de equipos para la vigilancia nutricional de los niños, nivel de confiabilidad de los equipos, descripción de las características y condiciones de seguimiento y características del sistema de información en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga. Asimismo se ha identificado los nudos críticos que afectan la calidad de la vigilancia nutricional.

La hipótesis principal propuesta para el presente estudio fue:

(Hi): La calidad del sistema de vigilancia nutricional durante el control de crecimiento del niño, es inadecuada en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009

(Ho): La calidad del sistema de vigilancia nutricional durante el control de crecimiento del niño, es adecuada en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009

El diseño metodológico utilizado, pertenece a un enfoque cuantitativo, de nivel aplicativo. El tipo de estudio según la evolución del fenómeno de estudio, pertenece al nivel transversal, según al tipo de manipulación de variables pertenece a un estudio no experimental, de tipo descriptivo, según la comparación de poblaciones pertenece a un no comparativo, es decir se abordó una sola población y según al periodo en que se obtuvo la información perteneció al tipo prospectivo.

El área de estudio comprendió los servicios de atención del niño de los Establecimientos de Salud de la Red de Salud Huamanga, pertenecientes a la Dirección Regional de Salud de Ayacucho. Entre ellos tenemos: Establecimientos tipo CLAS como Carmen Alto, San Juan Bautista, CLAS Nazarenas, C.S Licenciados, P. S Ñahuimpuquio y CLAS Belén. Todos los establecimientos se encuentra en las zonas periurbanas de la ciudad de Ayacucho, excepto el CLAS de Nazarenas y San Juan Bautista.

La población de estudio comprendió todo el personal de salud que brinda el paquete de atención del niño en los establecimientos de salud, perteneciente a la Red de Salud de Huamanga. También estuvo constituido por todos los niños menores de 03 años, que acuden al control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos de salud de la Red de Salud de Huamanga, ubicados en la Ciudad de Huamanga. Debido a la necesidad de urgencia de la información, población numerosa y situaciones de factibilidad se planteó la necesidad de establecer un muestreo no probabilístico intencional, verificándose a 06 establecimientos, 71 niños menores de 05 años atendidos en los diferentes establecimientos de salud y 06 profesionales de la salud responsable del paquete de atención del niño.

La técnica de estudio utilizada fue la entrevista y observación, para el efecto se utilizó un formato de entrevista estructurada, asimismo se recabó la información pertinente mediante una ficha de cotejo para evaluar la vigilancia nutricional en los establecimientos señalados. Dichos instrumentos fueron diseñados por los investigadores, siendo validados por la opinión de expertos y sometido a una prueba de confiabilidad posterior a una prueba piloto. Los instrumentos fueron sometidos a la prueba de confiabilidad usando el coeficiente Alfa de Cronbach, arrojando una puntuación de .899, la cual es altamente confiable y nos permitieron asegurar que los instrumentos son confiables o aptos para su aplicación

Para la recolección de los datos se ha organizado y planificado la ejecución, coordinándose luego con los responsables de los establecimientos de salud, para solicitar el consentimiento informado y su posterior aplicación de los instrumentos. La información generada fue almacenada y procesada en el sistema del SPSS-15, y los resultados se presentaron en tablas de doble y triple entrada, acompañado de gráficos, luego se procedió a la interpretación y análisis correspondientes

**PRESENTACIÓN, ANÁLISIS Y CONTRASTACIÓN DE
RESULTADOS**

CUADRO N° 01

ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS MENORES DE 03 AÑOS ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, DICIEMBRE, 2009

EDAD	NORMAL		DESNUTRIDO		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Men. 01 Año	31	43.7	8	11.3	39	54.9
01 Año	14	19.7	9	12.7	23	32.4
02 Años	3	4.2	3	4.2	6	8.5
03 Años	3	4.2	0	0	3	4.2
TOTAL	51	71.8	20	28.2	71	100

FUENTE: Historias Clínicas de los niños evaluados en los establecimientos de salud.

El cuadro Nro 01, muestra el estado nutricional en función al índice de talla para la edad, del total de la población menor de 03 años, de los establecimientos de salud donde se ha realizado el estudio, determinándose que el 28.2% padece de desnutrición crónica, mientras el 71.8%, presenta un estado nutricional normal. Conforme al grupo etáreo en la población de 01 año existe mayor porcentaje de niños con desnutrición crónica.

Uno de los principales problemas de salud infantil en nuestro país, es la desnutrición crónica existente, originada por la ingesta de una dieta deficiente en (yodo, hierro y micronutrientes) o por la existencia de una enfermedad recurrente, o la presencia de ambas. De acuerdo con la ENDES (02), el promedio nacional de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, alcanzó el 25,4% en el año 2010. Los departamentos más afectados son: Huancavelica (53,4%), Cusco (43,2%), Apurímac (43%) y Huánuco (42,8%). Los niños afectados ven vulneradas sus capacidades potenciales para enfrentar la pobreza debido al impacto directo de la desnutrición crónica sobre su desarrollo físico y educativo, según el MINSA, ONGS, MUNICIPIOS, señalan que vienen realizando diversas acciones para disminuir la desnutrición crónica desde años atrás, sin alcanzar lo resultados esperados.

Según la encuesta de línea de base de la desnutrición infantil y sus determinantes en la Región Ayacucho, realizado en abril del 2008, la desnutrición crónica asciende al 32%, la desnutrición aguda al 4.4%, la desnutrición global al 7.7%. Por provincias, la de Huamanga presenta 29.4%, mientras en Huancasancos alcanza 44.2%. Estos resultados demuestran la persistencia y la gravedad del problema, asimismo los determinantes sociales no han variado significativamente.

Los establecimientos en mención, atienden a las poblaciones de los sectores marginales de la ciudad de Ayacucho, donde priman los mayores índices de pobreza y pobreza extrema, porque la mayor parte de la población es producto de las grandes migraciones de las provincias y distritos aledaños, ocurrido en la década del 80, 90, que llegaron a la ciudad, escapando a la violencia armada, para mejorar la calidad de vida y encontrar mejores oportunidades de trabajo. Sin embargo, gran parte de esta población es subempleada o no tiene las condiciones para asumir empleos que les permita mejorar sus ingresos familiares. En estas condiciones gran parte de las familias no tiene acceso a los servicios básicos elementales y viven en condiciones de hacinamiento, donde prima los hábitos de higiene y alimentación inadecuada, condicionando la prevalencia de las enfermedades diarreicas.

El Perú desde 1998, hasta la fecha viene desarrollando un conjunto de estrategias para abordar el problema, como el plan estratégico nacional de alimentación complementaria en poblaciones especialmente que se encuentran en extrema pobreza y en la población de mayor riesgo, siendo sus metas globales; primero la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, de 25.8 % a menos de 18 % y en segundo lugar la reducción de la prevalencia de la anemia en niños menores de 5 años en el ámbito nacional del 57 % a menos del 25.5, por la cual se ha elaborado el plan nacional de nutrición y alimentación

complementaria (PACFO), para contrarrestar la desnutrición infantil. Siendo el objetivo principal prevenir la mal nutrición de las mismas y posteriores complicaciones que puede ser irreversible afectando así a la persona, familia y la sociedad.

Otra de las estrategias, es la de fortalecer el sistema nacional de vigilancia nutricional como un instrumento fundamental para generar información oportuna, necesaria y de calidad, con el propósito de tomar las decisiones adecuadas. En efecto un sistema de vigilancia nutricional tiene el propósito de generar información necesaria oportuna y de calidad.

En general el 28.2% de niños menores de 03 años atendidos durante el mes de diciembre del 2009 presentan desnutrición crónica, tal como se evidencia en la Historia clínica. Estos resultados; sin embargo, pueden diferir, debido a que no existe un sistema de control de calidad para monitorizar la vigilancia nutricional.

El Minsa, ONGs, municipios tienen que realizar diversas acciones para disminuir la desnutrición, enfocando a las poblaciones de los sectores marginales de la ciudad de Ayacucho, es ahí donde prima los mayores índices de pobreza y pobreza extrema. De esta manera mejorar la calidad de vida de las familias brindando un acceso a los servicios básicos elementales que viven en condiciones de hacinamiento y promocionar los hábitos de higiene y alimentación adecuada condicionando a reducir las enfermedades diarreicas.

CUADRO N° 02

APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS DE VALORACIÓN ANTROPOMÉTRICAS, POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA, EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, DICIEMBRE 2009

ESTABLECIMIENTOS	TÉCNICA DE VALORACIÓN				TOTAL	
	ADECUADA		INADECUADA			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BELEN	3	4.2	11	15.5	14	19.7
CARMEN ALTO	11	15.5	0	0	11	15.5
LICENCIADOS	7	9.9	6	8.5	13	18.3
NAZARENAS	3	4.2	13	18.3	16	22.5
ÑAHUIMPUQUIO	0	0	9	12.7	9	12.7
SAN JUAN	0	0	8	11.3	8	11.3
TOTAL	24	33.8	47	66.2	71	100

Fuente: Ficha de cotejo para valorar la calidad de la vigilancia nutricional en niños.

En el cuadro N° 02, se aprecia que en el 66.2% de niños atendidos por el profesional de Enfermería de los establecimientos señalados, han utilizado técnicas de valoración antropométrica de manera inadecuada, mientras el 33.8% de niños han sido evaluados utilizando las técnicas de manera adecuada. El establecimiento de salud que presenta mayor porcentaje de uso inadecuado de la técnica de valoración, pertenece al CLAS Nazarenas, seguido del CLAS Belén. En establecimientos como San Juan y Ñahuimpuquio el total de niños evaluados se han utilizado las técnicas de valoración antropométrica de manera inadecuada.

Para evaluar las técnicas de valoración, se ha utilizado diversos parámetros, como la forma de aplicación de las técnicas de valoración antropométrica comparado con los estándares establecidos por el MINSA, correspondiente a la medición del perímetro cefálico, de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad, de la altura para los niños mayores de 24 meses de edad, del peso para los niños menores de 24 meses y del peso para los niños mayores de 24 meses.

De la revisión de las historias clínicas en los establecimientos donde se realizó el estudio, más del 90% de los establecimiento no valora el perímetro cefálico, o lo realizan muy raras veces. Asimismo de la observación y evaluación de las técnicas antropométricas, se evidencia con respecto a la medición del peso en menores de 24 meses, que el profesional de Enfermería no fija la balanza en una superficie plana y firme; en diversos establecimientos la balanza redonda tipo reloj no se ubica en el lugar adecuado, no se cubre el platillo del peso con un pañal, algunos establecimientos no calibran la balanza en cero antes de cada pesada, tampoco se quita la mayor cantidad de ropa que sea posible. Para la medición del peso de los niños mayores de 24 meses, el personal de salud de los establecimientos, no colocan la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza, el niño no tiene la menor cantidad de ropa, algunos son pesados con medias, incluso con sus calzados.

En la medición de la longitud para los niños menores de 24 meses de edad se ha observado que los tallímetros, no están ubicados sobre una superficie que esté lo más nivelada posible, algunos niños permanecen con gorros, moños, no se repite la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra. Para la medición de la altura en niños mayores de 24 meses de edad, los tallímetros no están ubicados sobre una superficie nivelada, pegada a una pared estable, lisa y sin zócalos, que forme un ángulo de 90° entre la pared y la superficie del piso, los niños permaneces con sus medias y accesorios en la cabeza, la valoración se realiza sin el apoyo del asistente, no se asegura que el niño tenga los hombros rectos, tampoco se repite la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.

El MINSA establece diversos criterios para evaluar la calidad de atención, el cual incorpora la competencia técnica, relaciones interpersonales entre el personal

de salud y la población, disponibilidad de insumos y equipos, accesibilidad, mecanismos para promover el seguimiento o continuidad, ambientes en condiciones apropiadas, mecanismos de participación directa para la población y análisis sistemático de los datos. En este sentido el profesional de Enfermería de los establecimientos abordados, no cuenta en su mayoría con las competencias para realizar la valoración del estado nutricional, afectando la calidad de atención y generando datos no fiables que alteran la magnitud real del estado nutricional de los niños.

La vigilancia del crecimiento y desarrollo, a la fecha se convierte en la base de la atención pediátrica integral y adquiere gran valor para la detección temprana de alteraciones del desarrollo y la evaluación del estado de nutrición de individuos y grupos de población, por ende los servicios locales de salud deben contar con normas de intervención (OPS:2001), al respecto el MINSA y el CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN genera normas y técnicas de valoración antropométrica, entre ellas tenemos:

- **ANTROPOMÉTRICAS.-** Consisten en la toma de medidas corporales, permitiendo estimar el crecimiento y desarrollo físico de individuos. Las que más frecuentemente se usan por su facilidad de obtención y bajo costo, son el peso y la talla. A partir de estas medidas, existen diversos indicadores que permiten evaluar el estado nutricional de individuos y poblaciones.
- **INGESTA DIETÉTICA.-** Supone la aplicación de métodos que permiten obtener información cualitativa y cuantitativa del aporte energético y nutricional de la ingesta de alimentos. Entre los principales métodos se indican, el recordatorio de 24 horas y el pesado directo de alimentos.
- **BIOQUÍMICAS.-** Estos métodos permiten establecer la situación nutricional de nutrientes medidos en sangre, orina y suero sanguíneo, evaluando

períodos patogénicos y prepatogénicos debidos a carencias específicas. La recolección y manipulación de las muestras, falta de servicios de laboratorio y costo entre otros, limitan su aplicación a nivel masivo.

Por lo general la vigilancia del crecimiento, mediante la valoración antropométrica a la fecha se convierte como el método más factible y de mucha fiabilidad para establecer el diagnóstico del estado nutricional de los niños, pero todo ello, depende del uso adecuado de las técnicas de valoración nutricional, demostrándose que el mayor porcentaje del personal de salud de los establecimientos abordados no utiliza las técnicas establecidas conforme a los parámetros o estándares definidas por el MINSA, entonces la información consignada no es muy fiable.

Debería realizarse de manera frecuente las capacitaciones organizado por la DIRESA en temas de CRED, asimismo en disponer de los materiales e instrumentos con parámetros establecidos por la MINSA para que la valoración antropométrica del niño sea adecuado.

La aplicación de las técnicas de la valoración antropométrica debe realizar solamente el profesional de enfermería.

CUADRO N° 03

DISPOSICIÓN Y FIABILIDAD DE EQUIPOS PARA LA VIGILANCIA NUTRICIONAL EN NIÑOS, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, DICIEMBRE 2009

ESTABLECIMIENTO	DISPONIBILIDAD		FIABILIDAD	
	DISP. PARCIAL	NO DISPONE	PARCIAL	NO FIABLES
CLAS CARMEN ALTO	1	0	1	0
SAN JUAN BAUTISTA	1	0	1	0
CLAS NAZARENAS	1	0	1	0
C.S LICENCIADOS	1	0	1	0
P.S ÑAHUIMPUQUIO	0	1	0	1
C.S BELEN	1	0	1	0
TOTAL	5	1	5	1

CUADRO RESUMEN

DISPONIBILIDAD	N°	%	FIABILIDAD	N°	%
PARCIAL	5	83,3	PARCIAL	5	83,3
NO DISPONE	1	16,7	NO FIABLE	1	16,7
TOTAL	6	100,0	TOTAL	6	100,0

Fuente: Ficha de cotejo para valorar la calidad de la vigilancia nutricional en niños.

De la evaluación de los equipos para la vigilancia del estado nutricional en los establecimientos abordados, el 83.3% disponen de manera parcial materiales y equipos para la vigilancia nutricional, como balanzas, tallímetros, etc. y son parcialmente fiables; el 16.7% no cuenta con los materiales requeridos conforme a las normas técnicas establecidas, o no son fiables.

Se ha constatado que la mayoría de establecimientos no disponen con cintas métricas para la medición del perímetro cefálico y si disponen algunos no se sujeta a las estándares establecidos por el MINSA; para la medición de la longitud en niños menores y mayores de 24 meses de edad, se continúa con la utilización de los infantómetros, algunos establecimientos cuenta con tallímetros de base ancha y de material consistente, pero estos se encuentran deteriorados, con la cinta métrica desglosada o no cuentan con el tope móvil.

Para la medición del peso para los niños menores de 24 meses, los establecimientos cuentan con balanzas con platillo calibrado en Kilos con graduaciones cada 10 gramos, otros con balanzas redondas de resorte tipo reloj capacidad de 25 Kg, con graduaciones cada 100, en ambos casos estos equipos no están ubicados en el lugar apropiado, ni están debidamente calibrados o simplemente están deteriorados. El profesional de Enfermería desconoce las técnicas para evaluar la fiabilidad de los equipos para la evaluación antropométrica.

La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce resultados iguales, también se hace referencia al grado en el que el instrumento produce resultados consistentes y coherentes; entre los factores que afecta la confiabilidad de un instrumento de medición se encuentra la improvisación, instrumentos desarrollados en el extranjero, que no han sido validados para nuestro contexto, en ocasiones el instrumento resulta inadecuado para las personas a quienes se les aplica.

Entre los resultados del estudio titulado "Calidad de atención de los programas de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención y su influencia en la demanda insatisfecha, distrito de Ayacucho, 2006", realizado por Aguirre, M. se encontró que la calidad de atención de los servicios de control de CRED del niño de los establecimientos del primer nivel de atención del distrito de Ayacucho es regular y no está acorde con los niveles y estándares óptimos de calidad, entre los factores es el de la disposición de materiales e instrumentos, donde se advierte que en todos los establecimientos abordados no cuentan con instrumentos fiables.

Entre las condiciones que afecta la fiabilidad de los resultados de la valoración antropométrica figuran la carencia de equipos y materiales como balanzas, tallímetros, cintas métricas, acorde con estándares internacionales, uso de infantómetros deteriorados, disponibilidad de diversos tipos de balanzas, desconocimiento del personal de salud para establecer la fiabilidad de los equipos de valoración antropométrica, no aplicación de las técnicas para la valoración antropométrica.

Por lo demás, la condición de precariedad y la ausencia de los materiales e instrumentos de valoración antropométrica en el mayor porcentaje de los establecimientos de salud, no generan resultados consistentes y coherentes. Definitivamente, existe la necesidad urgente de dotar con equipos e instrumentos fiables a todos los establecimientos de salud, sobre todo del primer nivel de atención.

El profesional de enfermería encargado de la vigilancia nutricional en el control de crecimiento del niño en los establecimientos del primer nivel de atención.

Tienen que encargarse de implementar los materiales e instrumentos de valoración antropométrica, que carecen en sus respectivos establecimientos de salud. Juntamente con el jefe del establecimiento de salud realizar las gestiones en la DIRESA, involucrando a las autoridades y la población de su distrito donde laboran.

CUADRO N° 04

CALIDAD DE REGISTRO DE LA VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS NIÑOS, EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, DICIEMBRE 2009

ESTABLECIMIENTOS	REGISTRO DE LA INFORMACIÓN				TOTAL	
	APROPIADO		PARCIAL			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
BELEN	0	0	14	19.7	14	19.7
CARMEN ALTO	3	4.2	8	11.3	11	15.5
LICENCIADOS	1	1.4	12	16.9	13	18.3
NAZARENAS	7	9.9	9	12.7	16	22.5
ÑAHUIMPUQUIO	4	5.6	5	7	9	12.7
SAN JUAN	4	5.6	4	5.6	8	11.3
TOTAL	19	26.8	52	73.2	71	100

Fuente: Ficha de cotejo para valorar la calidad de registro de la HC. De los niños atendidos por el personal de salud.

En el cuadro N° 04, se observa que la valoración del estado nutricional y su registro en la Historia Clínica por el profesional de Enfermería en el 73.2% de niños se realiza de manera parcial, es decir sólo se precisa algunos datos que cree ser más importante para el personal de salud o el establecimiento de salud, sólo en el 26.8% de las Historias Clínica de los niños que han sido valorados, se observa el registro de los datos de manera apropiada. En los establecimientos de salud de Belén y Licenciados se observan mayor porcentaje de subregistro de la información en la historia clínica.

Para determinar la calidad del registro se ha evaluado las Historias clínicas y los HIS MIS, con respecto al primero se evidencia que en el 100% de las historias clínicas, se observa el registro del peso y la talla, excepto del perímetro cefálico. No se describe los factores o determinantes que condicionan el estado nutricional, si bien se precisa el diagnóstico utilizando el índice de talla para la edad, peso para la edad y peso para la talla, pero las indicaciones o el plan de intervención es muy

suscinto. Muchas historias clínicas carecen de información respecto a antecedentes que condiciona el estado nutricional de los niños, la anemia, entre otros.

En relación al **HIS MIS**, que es un sistema de registro diario, teniendo en cuenta el Código Internacional de Enfermedades (CIE -10), se registra de manera adecuada en la mayoría de los establecimientos, consignándose el número de control, el diagnóstico del estado nutricional correspondiente. Se ha observado asimismo que en los establecimientos de salud, se genera información para el Sistema de Vigilancia de la Alimentación y Nutrición (SISVAN), Seguro Integral de Salud (SIS), y Sistema de Información del MINSA (HISMIS).

Para el SISVAN se han implementado registros, donde se precisa datos específicos para la vigilancia nutricional del niño, los cuales son remitidos oportunamente a la instancia correspondiente, permitiendo monitorizar el estado nutricional de manera mensual por zonas o distritos de intervención, pero en los establecimientos abordados esta información no se dispone. Los otros sistemas de información, arroja la información de manera distrital, pero no ayuda, para identificar las zonas de mayor riesgo dentro de un distrito o jurisdicción de un establecimiento de salud.

La precariedad de la información que se obtiene en los establecimientos abordados, según señalan los responsables de la atención, es que durante los últimos años se ha incrementado la demanda de usuarios a los servicios donde se realiza el control de crecimiento y desarrollo, por consiguiente la vigilancia nutricional. Simultáneamente el personal de enfermería responsable de esta actividad, está dedicada a cumplir diversas tareas, relacionados con otras estrategias, promoción de la salud entre otros, por lo tanto no se abarca en forma total el conjunto actividades que realiza, influyendo en el registro adecuado de la información necesaria.

En el estudio realizado en la Región Lima titulado "Registro de datos en un servicio de crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario" se determinó que el tiempo destinado al registro de datos alcanzó 15,3% del total disponible para atender a los pacientes, el cual aparentemente podría ser reducido a menos de la mitad en caso se usara menos formatos, favoreciendo la calidad y productividad del servicio entregado. Tomando como referencia el número de consultas CRED provistas por el Ministerio de Salud durante el 2003 y la tarifa de consulta CRED del Seguro Integral de Salud, el tiempo dedicado al registro manual estaría valorizado en 2'282,383 nuevos soles anuales. Bastaría con reducir a la mitad el número de registros que debe llenar el trabajador de salud, para lograr una reducción de costos mayor a un millón de nuevos soles anuales. Estos datos evidencian que la obligación de alimentar tres sistemas de información paralelos (HISMIS, SISVAN y CRED) perjudican la eficiencia del sistema y la calidad de la oferta. Adicionalmente, en el sistema de información de las actividades CRED, el personal a cargo de brindar el servicio debe invertir tiempo (no cuantificado en el presente estudio) para consolidar sus registros y preparar el informe.

Aunque los sistemas de información del HISMIS y SISVAN están mecanizados, no devuelven regularmente a los operadores la información que procesan, lo cual debilita la posibilidad de obtener información de calidad. Por otro lado, las deficiencias en la calidad de la producción y procesamiento de los datos, debilita su análisis y uso, lo que tiene consecuencias negativas sobre la gestión de los recursos que consume el Control de Crecimiento y Desarrollo. Los autores consideran que a efectos de proteger el tiempo del proveedor, el sistema de registro de datos debiera unificarse, en un arreglo que devuelva información útil tanto para el seguimiento individual como de la población a cargo de un establecimiento o conjunto de establecimientos de salud. PRISMA

El subregistro de información en el mayor porcentaje de las Historias Clínicas de los establecimientos de salud abordados, que representa el 73.2%, se caracteriza porque no se evidencia las condiciones que determina el estado nutricional, los antecedentes patológicos, forma de cuidado del niño, ni se evalúa las intervenciones planteadas.

Entre las condiciones que afecta el subregistro, se encuentra la obligación de alimentar tres sistemas de información paralelos, la simultaneidad de actividades que realiza el personal de enfermería, la falta de predisposición del personal de salud, para mejorar el registro y la calidad de información.

El MINSA debería reducir el número de registros que debe llenar el profesional de enfermería de esta manera favoreciendo la calidad y productividad del servicio de CRED.

De igual manera el tiempo dedicado y los costos invertidos en la elaboración de formatos sería menos, se tendría que aumentar de la predisposición del personal de salud para brindar una atención adecuada.

CUADRO N° 05

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN DE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL EN NIÑOS, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, DICIEMBRE 2009.

ESTABLECIMIENTO	OPORTUNO		INFORM. NECES	
	SI	NO	SI	PARCIAL
CLAS CARMEN ALTO	0	1	0	1
SAN JUAN BAUTISTA	0	1	0	1
CLAS NAZARENAS	1	0	0	1
C.S LICENCIADOS	0	1	0	1
P.S ÑAHUIMPUQUIO	1	0	0	1
C.S BELEN	0	1	1	0
TOTAL	2	4	1	5

CUADRO RESUMEN

OPORTUNO	N°	%	INFOR. NECES.	N°	%
SI	2	33,3	SI	1	16.7
NO	4	66,7	PARCIAL	5	83.3
TOTAL	6	100,0	TOTAL	6	100

Fuente: Ficha de cotejo y de entrevista para valorar la calidad de la vigilancia nutricional.

En el cuadro N° 05, se evidencia que el 66.7% de los establecimientos no cuenta con un sistema de información oportuna, 33.3% cuenta con un sistema oportuno; asimismo el 83.3% de los establecimientos no cuentan con la información necesaria para abordar el problema de la desnutrición infantil y el 16.7% si dispone la información necesaria.

El sistema de información no es capaz de proveer información de manera inmediata, ni mediata sobre la proporción de niños con desnutrición por comunidad y/o área de intervención, no existe información de comunidades y/o área de intervención con mayor riesgo de desnutrición, se desconoce del total de niños captados con desnutrición en el mes, total de niños recuperados en el mes e información de la tendencia de la desnutrición por años según comunidades.

Los datos registrados respecto a la valoración del estado nutricional son registrados en las Historias clínicas, HIS MIS, SIS, SISVAN, estos datos son ingresados a los sistemas de información correspondiente, por el personal responsable, para su procesamiento correspondientes, los resultados son devueltos al personal asistencial posterior el mes o en mayor tiempo, no se analiza la información ni se da el uso respectivo.

En los últimos años, las organizaciones del Sector Salud han priorizado la inversión en desarrollo de sistemas de información modernos y eficientes. Y es que las modificaciones al sector (con su imperiosa necesidad de conocimiento basado en evidencia) y los notables avances en tecnología de la información, propician una ola de inversión en sistemas de Información basada en el reconocimiento de la información como herramienta crítica para la gestión y la necesidad de una utilización más eficiente de los recursos.

En el Sector Salud, la captura del dato es particularmente ineficiente, pues adolece de falta de oportunidad, cobertura y calidad, y produce data de mala calidad deteriorando el resto del ciclo e imposibilitando la toma de decisiones basada en evidencia y manteniendo un círculo vicioso en la gestión de la información. Una conclusión evidente es que el nudo gordiano que debemos desatar está en la captura del dato y una observación adicional, es que en el sistema privado la oportunidad, cobertura y calidad tienen mecanismos de control económico, pero la falta de estándares imposibilita el manejo de bases de datos con información relevante para la gestión.

Citamos lo expresado por GAO, Alleyne. "El más poderoso de los instrumentos modernos -la información- quizás sea el único instrumento capaz de cerrar la brecha entre el mundo que es y el mundo que podría ser el único

instrumento que puede aliviar la ignorancia causante de mala salud y sufrimiento." Los usos reales de la información, viéndola como recurso, influyen en la toma de decisiones, en el desarrollo de acciones y políticas que conllevan a cambios en las condiciones materiales y sociales en la vida de los hombres. Las condiciones de salud están íntimamente relacionadas con la equidad en las condiciones de vida y de acceso a los frutos del desarrollo, la información constituye uno de los elementos esenciales para lograr estas metas.

La tecnología permite recopilar, analizar, almacenar y recuperar la información a velocidades y con costos inimaginables. Las computadoras y la comunicación han revolucionado la estrategia de informatización en muchas sociedades, y en el campo de la salud. Marcelo Sosa en su libro *Telematic and Health*,¹ se refiere a la información como la piedra angular de las ciencias médicas y cita lo expresado por el doctor *Héctor Sosa Padilla*, pionero que ayudó a la OPS en el desarrollo de los sistemas de información: "La colección y el estructuramiento sistemático de los datos según el espacio, el tiempo, los temas y los objetos... en el contexto de las decisiones que deben adoptarse, es lo que constituye la verdadera información para el planificador, el cuerpo legislativo, el nivel de gestión o el técnico".

El sistema de información de los establecimientos de salud abordados no es oportuno ni dispone la información necesaria, debido al subregistro y la ausencia de un sistema de información que adapta al nivel local.

Es necesario que en los establecimientos de salud debiera existir un sistema de información organizada.

El profesional de enfermería tiene que involucrar a todos los trabajadores de los establecimientos de salud, para mejorar el sistema de información que sea

capaz de proveer información de manera inmediata y mediata sobre la proporción de niños con desnutrición por comunidad y/o área de intervención.

CUADRO N° 06

CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE MONITOREO Y SEGUIMIENTO DE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL EN NIÑOS, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, DICIEMBRE 2009

ESTABLECIMIENTO	MONITOREO	SEGUIMIENTO	
	PARCIAL	PARCIAL	AUSENTE
CLAS CARMEN ALTO	1	0	1
SAN JUAN BAUTISTA	1	0	1
CLAS NAZARENAS	1	0	1
C.S LICENCIADOS	1	0	1
P.S ÑAHUIMPUQUIO	1	1	0
C.S BELÉN	1	0	1
TOTAL	6	1	5

CUADRO RESUMEN

MONITOREO	N°	%	SEGUIMIENTO	N°	%
PARCIAL	6	100	PARCIAL	1	16.7
			AUSENTE	5	83.3
			TOTAL	6	100

Fuente: Ficha de cotejo y de entrevista para valorar la calidad de la vigilancia nutricional.

En el cuadro N° 06, se observa que el 100% de los establecimientos de salud monitoriza de manera parcial la vigilancia nutricional, el 83.3% no realiza seguimiento de los casos y sólo el 16.7% lo ejecuta de manera parcial.

Si bien se cuenta con los parámetros oficiales para determinar el estado nutricional, según el índice de peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad y registrado en los registros correspondientes, pero el sistema de monitoreo del estado nutricional es global y por establecimiento, no existe información por comunidades y áreas de intervención, en ese sentido no se puede determinar las zonas de mayor riesgo ni determinar la magnitud del problema, el sistema de información en general no suministra la información necesaria.

A lo anterior se suma que el profesional de Enfermería no cuenta con un programa de seguimiento de casos o de zonas de mayor riesgo, las intervenciones domiciliarias son limitadas, no existen investigaciones ni estudios de caso.

El sistema de monitoreo únicamente se centra en reportar la cantidad de atenciones que efectúa el profesional de Enfermería a los niños que acuden al establecimiento de salud, durante el mes, sobre esa base establecer el número de atendidos, atenciones y el número de controles realizadas y comparar respecto a la programación establecida. Por otro, lado el sistema sólo identifica la cantidad de niños desnutridos en el mes, total de niños recuperados, pero de manera global; el sistema no monitoriza la calidad de atención durante el control del niño o la calidad de la vigilancia nutricional, no monitoriza los riesgos o los determinantes que se relacionan con el crecimiento y desarrollo de los niños, por zonas de intervención y de manera global.

El monitoreo tiene el propósito de detectar las fallas en los procesos que se han establecido para el logro de los objetivos o metas, frente a ellos corregir y eliminarlos, porque el cambio forma parte ineludible de cualquier organización. Nos permite además responder a las amenazas o a las oportunidades ayudando a detectar los cambios que están afectando a los servicios o productos de la organización.

En general el sistema de monitoreo de los establecimientos de salud no tiene la capacidad de determinar la calidad de atención, indicadores de impacto por zonas o comunidades de intervención y si los cuenta pertenece solo algunos indicadores de proceso. Asimismo no se realiza el seguimiento adecuado de los casos.

El profesional de enfermería juntamente con otros profesionales de salud se debe organizar un programa de seguimiento, de casos o de zonas de mayor riesgo y las intervenciones domiciliarias.

De esta manera trazarse el logro de objetivos o metas para reducir la desnutrición en sus respectivas comunidades.

CUADRO N° 07

FRECUENCIA DE ORGANIZACIÓN DE CAPACITACIONES EN VIGILANCIA NUTRICIONAL EN NIÑOS, EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, DICIEMBRE 2009

ESTABLECIMIENTO	FRECUENCIA DE CAPACITAC.	
	PERMANENTE	A VECES
CARMEN ALTO	01	00
SAN JUAN BAUTISTA	00	01
CLAS NAZARENAS	00	01
C.S LICENCIADOS	01	00
P.S ÑAHUIMPUQUIO	01	00
C.S BELÉN	00	01
TOTAL	03=50%	03=50%

Fuente: Resultado de entrevista realizada, a los responsables de la atención del niño.

Del resultado de la entrevista a los responsables del paquete atención del niño, han respondido que el 50% de ellos realiza de manera frecuente sesiones de capacitación relacionados con la prevención, manejo de la desnutrición crónica y la importancia de la vigilancia nutricional, y el 50% restante organiza a veces. Según información del Profesional de Enfermería abordado que señalan textualmente: "Existen diversos factores que impide la realización frecuente de actividades de capacitación, como la falta de apoyo, incremento de la demanda en los servicios de salud, excesiva carga laboral dentro de los establecimientos de salud y ausencia de un programa de capacitación continua".

Es importante también que frente a la carencia de recursos, el 50% de los responsables de los establecimientos, mencionen que se organizan eventos de capacitación a fines de manera frecuente; entonces por qué no se aplican las normas y parámetros establecidos para la vigilancia nutricional conforme emana el MINSA. Al respecto algunos responsables de los servicios de control y crecimiento del niño, sostienen que: "El profesional de Enfermería pese a recibir y asistir de manera frecuente a capacitaciones organizados por el establecimiento de salud o

por otras instancias, no muestra predisposición al cambio, debido a un conjunto de condiciones del orden laboral como el salario, incentivos, promociones, estabilidad laboral entre otros”

Definitivamente, existen una serie de factores que se relacionan con los resultados de los programas de capacitación, como el método, las estrategias de enseñanza, la motivación, la condición laboral del recurso humano, entre otros.

Se debe realizar de manera permanente las capacitaciones organizada por la DIRESA para que los profesionales de salud estén mejor preparados.

Así como reciben las capacitaciones también tienen que comprometerse a aplicar en sus establecimientos de salud donde laboran, de esta manera brindar la calidad de atención.

CONCLUSIONES

1. En el 66% de niños que han recibido el control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos de salud, no se han utilizado las técnicas establecidas conforme con los parámetros o estándares definidas por el MINSA, situación que genera una información no fiable.
2. La condición de precariedad y la ausencia de los materiales e instrumentos de valoración antropométrica en el mayor porcentaje de los establecimientos de salud, no ofrecen resultados consistentes y coherentes.
3. El 73.2% de subregistro demuestra el mayor porcentaje de la historia clínica de los niños evaluados que se evidencia las condiciones que determina el estado nutricional, los antecedentes patológicos, forma de cuidado del niño ni se evalúa las intervenciones planteadas.
4. El sistema de información en los establecimientos de salud abordados, no son oportunas ni dispone la información necesaria, debido al subregistro y la ausencia de un sistema de información que se adapte al nivel local.
5. El sistema de monitoreo de los establecimientos de salud no cuenta con indicadores de impacto por zonas de intervención, no se monitoriza las zonas de riesgo, asimismo no se realiza el seguimiento adecuado de los casos.
6. El 28.2% de niños menores de 05 años atendidos durante el mes de diciembre del 2009, se encuentran con desnutrición crónica, pero por los antecedentes señalados, estos resultados no son fiables.

7. Los programas de capacitación no tienen el impacto necesario para mejorar el sistema de vigilancia nutricional.

RECOMENDACIONES

1. La Dirección Regional de Salud debe dotar urgentemente, los instrumentos y equipos de valoración antropométrica fiables a todos los establecimientos de salud, orientados a la atención primaria.
2. Modernizar el sistema de información y seguimiento del estado nutricional de los niños, en los establecimientos de salud de atención primaria de salud.
3. Mejorar el sistema de monitoreo comunal del estado nutricional de los niños, en la jurisdicción de los establecimientos de salud.
4. La Dirección Regional y la Red de Salud deberán evaluar y supervisar periódicamente el sistema de vigilancia nutricional en los establecimientos de salud.
5. Fortalecer y apoyar el trabajo del recurso humano en salud en los establecimientos de atención primaria, generando mayores incentivos, acceso a procesos de capacitación continua y dotación de mayor número de profesionales de salud orientados a mejorar la calidad de la vigilancia nutricional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguirre Andrade, M. Calidad de atención de los programas de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención y su influencia en la demanda insatisfecha, distrito de Ayacucho, Rev. Investigación de la UNSCH- 2006, Ayacucho, 2007
2. Abeya Gilardon, Enrique O, ET AL. "Crecimiento y Desarrollo Hechos y Tendencias", OPS, Washington, Pub. Científica Nro. 510, pp.1-625, 1998.
3. Abadie, P. "Costos en Atención Médica", Boletín de la Asociación Argentina de Salud Pública. Buenos Aires. 1994.
4. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud "Sistema de Vigilancia Continua Nacional de indicadores antropométricos", Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentario, Lima 2006.
5. Dirección Ejecutiva de Gestión Sanitaria del Perú. "Informe sobre la cobertura de niños controlados menores de 01 año" periodo 2000-2002.
6. Epstein D, Vernaci RL. "La telemedicina se incorpora a la aldea global. Perspect Salud" 1998.
7. GAO, Alleyne. "Información en salud para todos" En: Laerte PA, Castro E de. Biblioteca virtual en salud. Sao Paulo: OPS/OMS, 1998:17-34. +MINSA. "Normas de Atención del Niño Menor de Cinco Años", Lima-Perú. Pp.136, 1996.

8. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD-CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION. "Perfil Nutricional de País", Lima, Perú, 1997.
9. JONSON U. "Towards an improved strategy for nutrition surveillance. Food and Nutr Bull"; OPS-EEUU-111. 1997.
10. MINSA. "Hacia una Atención Integral. Programa de Salud Básica Para Todos". Lima-Perú. 1996.
11. MINSA. "Normas de Atención del Niño Menor de Cinco Años", Lima-Perú.Pp.136, 1996.
12. PRISMA. "Vigilancia Nutricional". Arequipa-Perú. 1993. pp128.
13. PRISMA. "Registro de datos en un servicio de crecimiento y desarrollo infantil del nivel primario" (An. Fac. med. v.67 n.1 Lima ene./mar. 2006).
14. Programa Nacional de Atención a Niñas y Niños Menores de Seis Años (PAN), "Vigilancia Nutricional" La Paz, Abril de 1997.
15. Sardinha. Informe de Tesis "Uso y adopción de la tarjeta del niño" por encargo del Ministerio de Salud del Brasil, 2003.
16. SECRETARIA DE SALUD DE MEXICO, "Vigilancia de la Nutrición y Crecimiento del Niño", Manual de Capacitación para el personal de salud, Paquete Básico de Servicios de Salud, 2002.
17. TANER, J. M. "History of the study of human Growth, Cambridge". Universidad de Cambridge. 1991.

18. VALDÉS MENÉNDEZ R. "Visión de la informatización de la sociedad cubana".
Rev Giga 1oirsin2007_ma@hotmail.com997;(3):5.
19. "Taza de la desnutrición crónica en América latina" <http://www.onu.org.pe>
"OPS" ; Pp 5 – 6 OPS 1995 – 2001.
20. "Desnutrición infantil" <http://www.mesadeconcertacion.org.pe> "ENDES" 2006
Pp. 25 – 27
21. "Nutrición en la niñez" www.congreso.gob.pe PACFO1998 ;(7):14
22. Marcelo Sosa "telematic and health" Bogotá: Editorial Médica Panamericana,
1997-587: tabilus

ANEXOS

ANEXO A

FORMATO DE ENTREVISTA ESTRUCTURADA

El presente instrumento tiene por finalidad caracterizar la vigilancia del estado nutricional de niños menores de 05 años en los establecimientos de salud del primer nivel de atención, información valiosa que se requiere para desarrollar el trabajo de investigación titulado "CALIDAD DE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO DEL NIÑO, EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, 2009" para el efecto solicitamos su aceptación y agradecerles por su colaboración.

I.- ASPECTOS GENERALES

1. Señale el número de población menor de 05 años programado en el establecimiento de salud:

Menores de 01 año	01 año	02 a 04 años

2. Mencione el total de profesionales que labora el establecimiento de salud, según se especifica:

Nº	TIPO DE PROFESIONAL	CANT.
A	Médicos	
C	Enfermeras	
D	Obstétricas	
E	Odontólogos	
F	Biólogos	
G	Farmacéuticos	
H	Técnicos de Enfermería	
I	Auxiliares	
J	Asistentas sociales	
K	Psicólogos	
L	Otros	

3. Total de Profesionales de Enfermería asignados para la atención del niño o vigilancia nutricional:

4. Señale el responsable de la vigilancia nutricional:
.....

5. Total de atenciones que realiza en promedio por turno:
.....

6. Antecedentes de capacitación en el área de vigilancia nutricional del niño:
.....

FRECUENTE () A VECES () NO ()

7. Tiempo de servicios en años:

Condición laboral:

ANEXO B

II. CARACTERÍSTICAS DE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL

1. DISPOSICIÓN DE EQUIPOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

	CATEGORÍAS	Sí		NO
		BE	DE	
	Para la medición del perímetro cefálico			
A	Cinta métrica no elástica			
	Para la medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad			
B	Un tallímetro de base ancha y de material consistente			
C	Tope móvil o escuadra			
	Para la medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad			
D	Un Tallímetro de pie de madera			
E	Tope móvil o escuadra			
	Para la medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses			
F	Balanza con platillo calibrado en Kilos con graduaciones cada 10 gramos			
G	Balanza redonda de resorte tipo reloj capacidad de 25 Kg, con graduaciones cada 100			
	Para la medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses			
H	Balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos			

BE: Buen estado DE: Deteriorado

- Disposición completa (08):
- Disposición parcial (04-07):
- No disposición (00-03):

2. FIABILIDAD DE LOS EQUIPOS:

	Medición del perímetro cefálico	FIABLE		Observac.
		Sí	NO	
A	Cinta métrica no elástica			
	Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad			
B	Un tallímetro de base ancha y de material consistente			
C	Tope móvil o escuadra			
	Medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad			
D	Un Tallímetro de pie de madera			
E	Tope móvil o escuadra			
	Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses			
F	Balanza con platillo calibrado en Kilos con graduaciones cada 10 gramos			
G	Balanza redonda de resorte tipo reloj capacidad de 25 Kg, con graduaciones cada 100			
	Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses			
H	Balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos			

- Fiabilidad total de los instrumentos de medición (08):
- Fiabilidad parcial de los instrumentos de medición (04-07):
- Instrumentos no fiables (00-03):

1.3. SISTEMA DE INFORMACIÓN:

	CATEGORÍAS	SÍ	NO	EP
	Mediante la entrevista al responsable de la atención del niño verificar si existe un sistema de información de la vigilancia nutricional teniendo en cuenta las categorías siguientes:			
A	Cuenta con un sistema de información para la vigilancia nutricional.			
B	El sistema de información para la vigilancia nutricional es ágil			
C	El sistema de información para la vigilancia nutricional es oportuno			
D	El sistema de información respecto a la vigilancia nutricional provee información necesaria			

3. TÉCNICA PARA EL PROCEDIMIENTO

	TIPO DE PROCEDIMIENTO PARA REALIZAR:	Adecua.	Inadec.	No Rea.
A	Medición del perímetro cefálico			
B	Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad			
C	Medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad			
D	Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses			
E	Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses			

- Aplicación adecuada de las técnicas antropométricas (04):
- Aplicación parcial de las técnicas antropométricas (02-03):
- Aplicación inadecuada las técnicas antropométricas (00-01):

4. REGISTRO E INFORMACIÓN

4.1	EN RELACIÓN A LA HISTORIA CLÍNICA:	SÍ	NO	EP
A	Valoración del estado nutricional			
	<ul style="list-style-type: none"> • Se evidencia el peso y talla • Se describe los factores o determinantes que condicionan el estado nutricional 			
B	Se precisa el diagnóstico			
C	Se encuentra las indicaciones			
4.2	EN RELACION AL HIS MIS:	SÍ	NO	EP
A	Se registra solo el numero de control			
B	Se registra solo el buen estado nutricional			
C	Se registra de manera precisa el estado nutricional			
4.3	OTROS.	SÍ	NO	EP
A	Cuenta con el registro del SISVAN			
B	Cuenta con cuaderno de seguimiento del niño			
C	Otro.			

- Registro apropiado de la información(08-09):
- Registro parcial de la información(05-07):
- Incumplimiento con el registro de la información (00-04).

5. SISTEMA DE INFORMACIÓN:

	CATEGORÍAS	SÍ	NO	EP
A	Cuenta con un sistema de información			
B	El sistema de información es ágil			
C	El sistema de información es oportuno			
D	El sistema de información provee información necesaria			

6. SEGUIMIENTO DE LA VIGILANCIA:

	CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE VIGILANCIA:	SIEMP	A VEC.	NO
A	El personal programa la intervención domiciliaria.			
B	Se realiza la visita de los casos con desnutrición.			
C	Se cuenta con los resultados del estudio de caso.			
D	El control se realiza dentro de la fecha establecida.			

- Seguimiento adecuado (06-08):
- Seguimiento parcial (04-05):
- Ausencia de seguimiento (00-03):

MONITOREO DEL ESTADO NUTRICIONAL

	FORMA DE MONITOREO:	SÍ	NO	Obs.
A	Se cuenta con parámetros oficiales para determinar el estado nutricional			
B	Registro y gráfica adecuado del peso en la gráfica P/E			
C	Registro y gráfica adecuado de la talla en la gráfica T/E			
D	Registro y gráfico adecuado del peso para la talla en la gráfica P/T			
E	Se cuenta con la programación de niños por población			
F	Existe información de proporción de niños con desnutrición por comunidad y/o área de intervención			
G	Existe información de comunidades y/o área de intervención con mayor riesgo de desnutrición.			
H	Información del total de niños captados con desnutrición en el mes			
I	Información del total de niños recuperados en el mes			
J	Información de la tendencia de la desnutrición por años			

- Monitoreo adecuado (08-10):
- Monitoreo parcial (05-07):
- Ausencia de monitoreo (00-04):

DISPOSICIÓN Y USO DEL CARNET DE CRED.

		SIEMP	A VEC.	NO
A	Se cuenta con carnet de CRED.			
B	Los padres siempre acuden con el carnet de CRED.			

C	El estado del Carnet se encuentra deteriorado			
D	El registro de la información en el carnet está completo			

- Disposición y uso adecuado del carnet (06-08):
- Disposición y uso parcial del carnet (04-05):
- Disposición y uso inadecuado del carnet (00-03):

**ANEXO C
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

TÍTULO: CALIDAD DE LA VIGILANCIA NUTRICIONAL EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO DEL NIÑO, EN ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD HUAMANGA, 2009

PROBLEMA	OBJETIVO	VARIABLES	HIPÓTESIS	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>¿Cuál es la calidad de la vigilancia nutricional en el control de crecimiento del niño, en establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009?</p>	<p>✓ OBJETIVO GENERAL: ✓ Determinar calidad de la vigilancia. Cuál es la calidad de la vigilancia nutricional en el control de crecimiento del niño, en establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009</p> <p>✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</p> <p>a. Establecer las condiciones de la dotación de equipos para la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.</p> <p>b. Evaluar el nivel de confiabilidad de los equipos para la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.</p> <p>c. Describir las características y condiciones de seguimiento para la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.</p> <p>d. Evaluar el sistema de información para la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga, 2009.</p>	<p>1.VARIABLES INDEPENDIENTES:</p> <p>Calidad de la Vigilancia del Control de Crecimiento de Niños:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Calidad de los instrumentos de valoración del estado nutricional. • Técnicas de valoración del estado nutricional • Seguimiento de la Vigilancia del Control de Crecimiento. • Sistema de información • Monitoreo del estado nutricional. • Uso del carnet. • Características del diagnóstico. <p>2.VARIABLES INTERVINIENTES: *</p>	<p>HIPOTESIS:</p> <p>Hi. La no confiabilidad de los instrumentos de valoración del estado nutricional, el inadecuado seguimiento, características del sistema de información, uso inadecuado de técnicas de valoración, se relaciona con la baja calidad de la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga.</p> <p>Ho. La no confiabilidad de los instrumentos de valoración del estado nutricional, el inadecuado seguimiento, características del sistema de información, uso inadecuado de técnicas de valoración, no se relaciona con la baja calidad de la vigilancia nutricional de los niños en los establecimientos de la Red de Salud Huamanga.</p>	<p>✓ ENFOQUE: Cuantitativo</p> <p>✓ NIVEL O ALCANCE: Aplicativo</p> <p>✓ TIPO: Descriptivo, correlacional, de corte transversal.</p> <p>✓ ÁREA DE ESTUDIO: Establecimientos de La Red de Salud Huamanga.</p> <p>✓ POBLACIÓN: Niños menores de 05 años, que acuden al al control de CRED, y profesionales de la salud responsables de la vigilancia nutricional.</p> <p>✓ TIPO DE MUESTREO: El tipo de muestreo será no probabilística por cuotas.</p> <p>✓ TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS: Se obtendrá información mediante el uso de la técnica de la entrevista, observación, utilizándose para el efecto un formato de entrevista semiestructurada.</p> <p>✓ PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Previamente se pedirá autorización * Se organizará toda la logística. * Capacitación del personal de apoyo. * Luego se procederá a la entrevista directa <p>PLAN DE PROCESAMIENTO DE DATOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Control de calidad de los instrumentos. * Codificación. * Almacenamiento de la información en una base de datos SPSS-12. * Tabulación de la información. <p>✓ PLAN DE PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS: Procesada la información los resultados serán presentados en cuadros estadísticos simples y compuestos haciendo uso de las frecuencias absolutas y relativas simples. Para el análisis de los datos se contrastará la información con los antecedentes de estudio y para determinar el nivel de asociación se utilizará la χ^2 (Chi cuadrada). Del mismo modo para facilitar el proceso se hará uso del paquete estadístico SPSS versión 12.0 (español).</p>