

Vigilancia del desarrollo infantil: estudio de intervención con enfermeros de la Estrategia Salud de la Familia¹

Altamira Pereira da Silva Reichert²

Neusa Collet²

Sophie Helena Eickmann³

Marília de Carvalho Lima³

Objetivo: evaluar la eficacia de una acción educativa en vigilancia del desarrollo infantil, de los enfermeros que trabajan en la atención primaria de salud. Métodos: estudio de intervención, con diseño tipo antes y después, llevado a cabo con 45 enfermeros y 450 madres de niños menores de 2 años. Inicialmente, se evaluó las prácticas y los conocimientos de los enfermeros sobre la vigilancia del desarrollo infantil y se entrevistó a las madres sobre estas prácticas. A continuación, talleres se llevaron a cabo con los enfermeros y después de cuatro meses, se reevaluaron los conocimientos de los enfermeros e la información materna. Resultados: después de la intervención se ha producido un aumento significativo en la frecuencia de los siguientes aspectos: del 73% al 100%, con respecto a la práctica de los enfermeros de preguntar la opinión de las madres sobre el desarrollo de sus hijos; del 42% al 91%, cuanto el uso de instrumento sistematizado para la evaluación; del 91% al 100%, con respecto a la orientación a las madres sobre cómo estimular el desarrollo del niño. Conclusiones: la intervención contribuyó para aumentar el conocimiento de los enfermeros y la implementación de la vigilancia del desarrollo infantil, destacando la importancia de esta iniciativa para mejorar la calidad de la atención a la salud infantil.

Descriptores: Desarrollo Infantil; Atención Primaria a la Salud; Salud de la Familia; Enfermería Pediátrica; Educación en Salud.

¹ Artículo parte de la tesis de doctorado "Vigilância do desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes na estratégia de saúde da família", presentada en la Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil. Apoyo financiero del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, proceso nº 474322/2007-6.

² PhD, Profesor Asociado, Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

³ PhD, Profesor Asociado, Departamento Materno Infantil, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

Introducción

La etapa inicial de la vida comprende un período de cambios significativos en el desarrollo físico y neuropsicomotor, que requiere una supervisión regular del niño con el fin de detectar precozmente posibles daños a su salud. Este acompañamiento, que es parte de las acciones de la vigilancia del desarrollo infantil, debe comenzar desde el nacimiento, ya que los dos primeros años de vida son un periodo significativo e ideal para las intervenciones que previenen problemas en el desarrollo⁽¹⁾.

La vigilancia del desarrollo del niño incluye todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de problemas en el desarrollo, durante la Atención Primaria de Salud (APS) de los niños. Es un proceso continuo y flexible, que incluye la información de profesionales de la salud, padres, maestros, entre otros⁽²⁾.

En Brasil, el Ministerio de la Salud estableció en 2004, acciones estratégicas con el objetivo de reducir la mortalidad infantil. Entre estas acciones está la vigilancia del desarrollo infantil, cuya práctica se encuentra por debajo de lo esperado, teniendo en cuenta la falta de preparación de los enfermeros para la realización de este seguimiento. En general, la consulta de enfermería en la APS se centra en la medición del peso, verificación del esquema de vacunación y orientación nutricional. En consecuencia, las desviaciones en el desarrollo se detectan tarde, cuando el niño ya tiene señales más graves de deterioro, difíciles de tratar, en la mayoría de los casos⁽³⁾.

La necesidad de calificación de los enfermeros para llevar a cabo la vigilancia del desarrollo infantil es una prioridad, ya que muchos niños que frecuentan los centros de salud en la APS están en riesgo de retraso en el desarrollo. En los países de bajos ingresos, estimaciones sugieren como intervenciones para promover el desarrollo en la primera infancia, la utilización de medios educacionales destinados a mejorar la salud de los niños, las intervenciones con niños de alto riesgo y los programas de transferencia de ingresos. Inversiones efectivas de desarrollo en la primera infancia pueden reducir las desigualdades perpetuadas por la pobreza, la desnutrición y la falta de acceso a la educación⁽⁴⁾.

Dada la fragilidad de la atención a los niños menores de dos años de edad, el impacto de estas acciones sobre la salud del niño⁽⁵⁻⁶⁾ y la importancia de los profesionales de salud comprender las necesidades y derechos de los niños y sus familias, con el fin de ofrecer una atención

humanizada y de calidad⁽⁷⁾, se considera fundamental la cualificación, a través de la educación para la salud, para llevar a cabo la vigilancia del desarrollo infantil. Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia de una acción educativa en vigilancia del desarrollo infantil, por los enfermeros que trabajan en la atención primaria de salud.

Métodos

Estudio cuasi-experimental, del tipo antes y después, con aplicación de pre y post-test, con el fin de examinar la eficacia de la acción educativa de los enfermeros. Esta acción se produjo en forma de talleres sobre la vigilancia del desarrollo de los niños menores de dos años, para los 53 Equipos de Salud de la Familia (ESF) del Distrito Sanitario III (DS-III), en la ciudad de João Pessoa - PB. El DS tiene una población de 180.000 habitantes, con el 90,5% de cobertura de los hogares en el área por la ESF.

Las variables evaluadas, antes y después de la acción educativa, han sido el conocimiento de los enfermeros sobre aspectos de la vigilancia del desarrollo infantil, la frecuencia de la realización de la vigilancia del desarrollo en consulta de enfermería y la información de la madre acerca de las prácticas de enfermería en consulta con los niños menores de 2 años de edad.

La muestra se constituyó, inicialmente, por todos los 53 enfermeros que trabajaban en el Distrito Sanitario III. Todavía, después de los talleres, en la segunda etapa de la investigación, la muestra final estuvo compuesta por 45 enfermeros, debido a tres rechazos y cinco abandonos. Con respecto a la muestra de las madres, para cada enfermero han sido seleccionados cinco madres, por un total de 225 madres de niños menores de dos años de edad en la primera fase del estudio, y 225 más en la segunda, por un total de 450 madres inscritas en las Unidades de Salud de la Familia del dicho Distrito. Los cinco pares de madres/niños fueron seleccionados al azar, después del tratamiento en la consulta de enfermería, en la medida en que asistían a la Unidad de Salud de la Familia.

La primera etapa de la colección consistió en la aplicación de un pre-test para la evaluación de las prácticas de los enfermeros, relacionadas con la vigilancia del desarrollo infantil. Esta evaluación se llevó a cabo antes de la participación de los enfermeros en el taller sobre la vigilancia del desarrollo infantil, por medio de un instrumento con preguntas cerradas, que

investigaban la realización del monitoreo del desarrollo neuropsicomotor; si el enfermero preguntaba la opinión de la madre sobre el desarrollo del niño; si el enfermero evaluaba rutinariamente el desarrollo y la frecuencia de esta evaluación; si el enfermero utilizaba instrumento sistematizado para evaluar el desarrollo y si el enfermero orientaba a la madre sobre cómo estimular el desarrollo del niño. Para la aplicación del presente instrumento, se ha programado una hora conveniente, en la Unidad de Salud de la Familia, para el enfermero cumplimentar el cuestionario sin interrupción.

En esta etapa, también se entrevistaron las madres sobre las prácticas de vigilancia del desarrollo, llevadas a cabo por los enfermeros. Las entrevistas tuvieron lugar en la USF, en los días programados para la consulta de enfermería, inmediatamente después del cuidado de los niños por lo enfermero. Esta entrevista pretendía verificar la actitud del profesional en ese servicio, en relación con la vigilancia del desarrollo infantil. El instrumento aplicado a las madres cuestionó si el enfermero evaluó el desarrollo del niño en aquella consulta y si el enfermero la orientó sobre cómo estimular el desarrollo de su hijo en domicilio.

En la segunda etapa se realizó la evaluación de los conocimientos de los enfermeros sobre el desarrollo infantil, en el momento de la intervención. El cuestionario para la evaluación de los conocimientos de los enfermeros sobre el desarrollo infantil contenía 13 preguntas, con opción múltiple, sobre los hitos en el desarrollo del área motora, de lenguaje, personal-social y cognitivo y sobre los principales factores de riesgo para el retraso en el desarrollo. Este cuestionario se aplicó antes del taller, es decir, antes de tener contacto con el contenido tratado en el curso y recogido poco después de completar el cuestionario.

Con respecto a la intervención, el contenido del taller sobre la Vigilancia del Desarrollo Infantil se basó en un manual publicado por la OPS en 2005⁽⁵⁾, que se incluye en el contenido del curso de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

La intervención educativa tuvo lugar entre noviembre de 2008 y abril de 2009. En los dos primeros meses hubo tres talleres sobre vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de la AIEPI, cada uno con una carga lectiva de 16 horas, repartidas en dos días, con un promedio de 15 participantes. Las actividades eran teóricas y prácticas, teniendo en cuenta que el aprendizaje de la estrategia AIEPI implica la capacidad de comprensión del estudiante y el uso de lo que aprendió en la práctica⁽⁶⁾.

Las actividades teóricas se desarrollaron utilizando metodologías activas, con el cuestionamiento como estrategia de enseñanza y aprendizaje, y con el fin de sensibilizar y motivar a los enfermeros para la vigilancia del desarrollo infantil. El método de enseñanza en los talleres tuvo como principio la Teoría del Aprendizaje Significativo de Ausubel, en la cual es necesario que el contenido sea relacionado con el conocimiento previo de la persona, lo que requiere de esta una actitud favorable, capaz de dar un significado específico para el contenido asimilado⁽⁹⁾.

Cuatro meses después de los talleres se aplicó el post-test, con los mismos instrumentos utilizados inicialmente, así, los enfermeros tuvieron sus conocimientos y prácticas reevaluados, y las madres con niños menores de dos años también fueron seleccionadas al azar y entrevistadas.

Los cuestionarios se revisaron para la consistencia de relleno y digitados en doble entrada, para validar la digitación, utilizándose el software Epi-Info, versión 6.04.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante este programa y el *Statistical Package for the Social Sciences*, versión 12. Se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, para comprobar la asociación entre las variables categóricas y la prueba t para muestras pareadas, para comparar la puntuación media de los aciertos relacionados con el conocimiento de los enfermeros sobre el desarrollo infantil, antes y después de la intervención. Se adoptó valor de $p \leq 0,05$ como estadísticamente significativo.

El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad Federal de Paraíba, con el Protocolo número 0216, y por la gestión de educación en la salud de la ciudad de João Pessoa. Los enfermeros y las madres fueron informados sobre los objetivos de la investigación y se les pidió firmar el Consentimiento Informado.

Resultados

De los 45 enfermeros que participaron en este estudio, todos eran mujeres, predominantemente de edad entre 41 y 50 años (42,2%), seguido por el grupo de edad entre 30 y 40 años (28,9%). En cuanto al tiempo después de la formación, alrededor de la mitad tenía entre 10 y 21 años de trabajo, cuyo tiempo de trabajo en el ESF varió entre cinco y nueve años (75,6%), coincidiendo con el período en que se produjo la expansión de los equipos de salud de la familia en la ciudad de João Pessoa.

Se ha encontrado que las características sociodemográficas presentadas en la Tabla 1 fueron similares en el grupo de las madres participantes antes y después de la intervención. En general, se observa que las familias tenían un estatus socioeconómico bajo, ya que aproximadamente el 70% tenían ingresos familiares mensuales de hasta medio salario mínimo per cápita; no obstante, la mitad de la muestra había escolaridad de 9 a 11 años de educación. En cuanto al número de residentes en el domicilio, en casi la mitad de la muestra, las familias tenían entre cuatro y cinco personas, predominando las familias con un solo hijo. Hubo una diferencia significativa sólo en la edad de los niños antes y después de la intervención, especialmente en el rango de edad de 7 a 12 meses.

La Tabla 2 muestra los ítems de evaluación del conocimiento de los enfermeros sobre el desarrollo infantil. Las preguntas que mostraron un aumento en la frecuencia de las respuestas correctas al comparar los resultados antes de la prueba con la evaluación después de la intervención, fueron: la causa por la cual el niño de dos meses no sigue objetos con los ojos, la pregunta sobre la evaluación del desarrollo motor; y el conocimiento general sobre el desarrollo infantil. Con respecto a la comparación de la puntuación media antes y después de la intervención, hubo un aumento de 7,3 a 8,5, una diferencia estadísticamente significativa.

La Tabla 3 presenta la información proporcionada por los enfermeros acerca de sus prácticas en vigilancia del desarrollo antes y después de la intervención. Se encontró que aproximadamente el 96% informaron realizar este tipo de consulta antes de la intervención, manteniendo el mismo porcentaje después de la intervención; sin embargo, cuando se les preguntó acerca de la evaluación de rutina del desarrollo, estos valores fueron del 80% y el 91%, respectivamente. Después de la acción educativa se produjo un aumento significativo en la frecuencia de los siguientes aspectos: del 73% al 100%, sobre la práctica de los enfermeros de preguntar la opinión de las madres sobre el desarrollo de sus hijos; del 42% al 91% para el uso de instrumento sistematizado para la evaluación del desarrollo; del 91% al 100% con respecto a la orientación a las madres sobre cómo estimular el desarrollo del niño.

De acuerdo con los datos presentados en la Tabla 4, se observó una diferencia significativa de la información proporcionada por las madres sobre las prácticas de vigilancia del desarrollo llevadas a cabo por los enfermeros en consulta con el niño, con frecuencias elevadas después de la intervención, en referencia a la actitud de estos profesionales de preguntar la opinión de las madres sobre el desarrollo del niño, llevar a cabo la evaluación del desarrollo y proporcionar información a la madre sobre cómo estimular el desarrollo del niño.

Tabla 1 - Características sociodemográficas de la familia, reproductivas maternas y biológicas de los niños, antes y después de la intervención. João Pessoa, PB, Brasil, 2009

| Variables | Intervención | | | | p |
|---|---------------|------|-----------------|------|------|
| | Antes (n=225) | | Después (n=225) | | |
| | n | % | n | % | |
| Ingreso familiar mensual per cápita (SM)* | | | | | 0,39 |
| ≤ 0,25 | 70 | 33,0 | 76 | 39,2 | |
| 0,26 a 0,50 | 86 | 40,6 | 68 | 35,1 | |
| > 0,50 | 56 | 26,4 | 50 | 25,8 | |
| Educación materna (años) | | | | | 0,45 |
| 0 a 4 | 34 | 15,1 | 34 | 15,1 | |
| 5 a 8 | 77 | 34,2 | 65 | 28,9 | |
| 9 a 11 | 102 | 45,3 | 113 | 50,2 | |
| 12 a 15 | 12 | 5,3 | 13 | 5,8 | |
| Personas en la residencia | | | | | 0,22 |
| 2 a 3 | 70 | 31,1 | 59 | 26,2 | |
| 4 a 5 | 107 | 47,6 | 103 | 45,8 | |
| 6 a 12 | 48 | 21,3 | 63 | 28,0 | |
| Número de niños | | | | | 0,87 |
| 1 | 111 | 49,3 | 106 | 47,1 | |
| 2 | 67 | 29,8 | 68 | 30,2 | |
| 3 a 6 | 47 | 20,9 | 51 | 22,7 | |

| Variables | Intervención | | | | p |
|-----------------------------------|---------------|------|-----------------|------|-------|
| | Antes (n=225) | | Después (n=225) | | |
| | n | % | n | % | |
| Niños de <5 años en la residencia | | | | | 0,83 |
| 1 | 164 | 72,9 | 167 | 74,2 | |
| 2 a 4 | 61 | 27,1 | 58 | 25,8 | |
| Edad del niño (meses) | | | | | 0,003 |
| 1 a 6 | 111 | 49,3 | 89 | 39,6 | |
| 7 a 12 | 54 | 24,0 | 88 | 39,1 | |
| 13 a 24 | 60 | 26,7 | 48 | 21,3 | |

SM - Salario Mínimo (1SM = R\$ 465,00)

* 13 registros sin información antes y 31 después de la intervención.

Tabla 2 - Evaluación de los conocimientos de los enfermeros sobre el desarrollo infantil antes y después de la intervención. João Pessoa, PB, Brasil, 2009

| Preguntas | Aciertos | Intervención | | | | P |
|--|----------|--------------|-------|----------------|-------|--------|
| | | Antes (n=45) | | Después (n=45) | | |
| | | n | % | n | % | |
| Causa por la cual niños con dos meses no siguen objetos con los ojos | Sí | 27 | 60,0 | 39 | 86,7 | 0,009 |
| | No | 18 | 40,0 | 06 | 13,3 | |
| Edad del niño sentarse sin apoyo | Sí | 38 | 84,4 | 30 | 66,7 | 0,09 |
| | No | 07 | 15,6 | 15 | 33,3 | |
| Período en el cual la audiencia del niño está presente | Sí | 32 | 71,1 | 34 | 75,6 | 0,81 |
| | No | 13 | 28,9 | 11 | 24,4 | |
| Edad en la cual en niño desarrolla el lenguaje | Sí | 28 | 62,2 | 33 | 73,3 | 0,37 |
| | No | 17 | 37,8 | 12 | 26,7 | |
| Conocimientos sobre el desarrollo motor | Sí | 10 | 22,2 | 25 | 55,6 | 0,002 |
| | No | 35 | 77,8 | 20 | 44,4 | |
| Conocimiento general sobre el desarrollo infantil | Sí | 22 | 48,9 | 33 | 73,3 | 0,03 |
| | No | 23 | 51,1 | 12 | 26,7 | |
| Factores de riesgo relacionados con el déficit de desarrollo neuropsicomotor | Sí | 36 | 80,0 | 37 | 82,2 | 1,00 |
| | No | 09 | 20,0 | 08 | 17,8 | |
| Identificación de retraso en el lenguaje | Sí | 30 | 66,7 | 34 | 75,6 | 0,49 |
| | No | 15 | 33,3 | 11 | 24,4 | |
| Identificación de las habilidades que se espera para la edad | Sí | 29 | 64,4 | 32 | 71,1 | 0,65 |
| | No | 16 | 35,6 | 13 | 28,9 | |
| Conocimiento sobre reflejos primitivos | Sí | 24 | 53,3 | 29 | 64,4 | 0,39 |
| | No | 21 | 46,7 | 16 | 35,6 | |
| Identificación de dominio de funciones del desarrollo | Sí | 15 | 33,3 | 14 | 31,1 | 1,00 |
| | No | 30 | 66,7 | 31 | 68,9 | |
| Percepción del desarrollo del niño | Sí | 25 | 55,6 | 29 | 64,4 | 0,52 |
| | No | 20 | 44,4 | 16 | 35,6 | |
| Conocimiento general sobre la habilidad motora | Sí | 12 | 26,7 | 12 | 26,7 | 0,81 |
| | No | 33 | 73,3 | 33 | 73,3 | |
| Promedio de aciertos (DE) | | 7,3 | (2,3) | 8,5 | (2,2) | 0,001* |

* Prueba t pareada

Tabla 3 – Información de los enfermeros sobre las prácticas de vigilancia del desarrollo infantil antes y después de la intervención. João Pessoa, PB, Brasil, 2009

| Vigilancia del desarrollo informado por los enfermeros | Intervención | | | | P |
|--|----------------|------|----------------|-------|---------|
| | Antes (n = 45) | | Después (n=45) | | |
| | n | % | n | % | |
| ¿Usted realiza consulta de vigilancia del desarrollo? | | | | | |
| Sí | 43 | 95,6 | 44 | 97,8 | 1,00* |
| No | 2 | 4,4 | 1 | 2,2 | |
| ¿Usted hace la evaluación rutinaria de desarrollo de los niños? | | | | | |
| Sí | 36 | 80,0 | 41 | 91,1 | 0,23 |
| No | 9 | 20,0 | 4 | 8,9 | |
| ¿Usted pregunta la opinión de la madre sobre el desarrollo del niño? | | | | | |
| Sí | 33 | 73,3 | 45 | 100,0 | < 0,001 |
| No | 12 | 26,7 | 0 | 0 | |
| ¿De cada 10 niños asistidos, cuántos tienen su desarrollo evaluado? | | | | | |
| 3 a 6 | 6 | 13,3 | 10 | 22,2 | 0,27 |
| 7 a 9 | 8 | 17,8 | 5 | 11,1 | |
| 10 | 22 | 48,9 | 26 | 57,8 | |
| No evalúa el desarrollo | 9 | 20,0 | 4 | 8,9 | |
| ¿Cómo evalúa el desarrollo? | | | | | |
| Usando sólo el conocimiento | 17 | 37,8 | 0 | 0 | <0,001 |
| Usando instrumento sistematizado | 19 | 42,2 | 41 | 91,1 | |
| No evalúa el desarrollo | 9 | 20,0 | 4 | 8,9 | |
| ¿Usted orienta a la madre sobre cómo estimular el desarrollo del niño? | | | | | |
| Sí | 41 | 91,1 | 45 | 100,0 | 0,12* |
| No | 4 | 8,9 | 0 | 0 | |

* Prueba exacta de Fisher

Tabla 4 - Información materna sobre las prácticas de vigilancia del desarrollo infantil realizadas por los enfermeros antes y después de la intervención. João Pessoa, PB, Brasil, 2009

| Vigilancia del desarrollo informado por las madres | Intervención | | | | P |
|--|---------------|------|-----------------|------|---------|
| | Antes (n=225) | | Después (n=225) | | |
| | n | % | n | % | |
| ¿Usted preguntó la opinión de la madre sobre el desarrollo del niño? | | | | | |
| Sí | 53 | 23,6 | 132 | 58,7 | < 0,001 |
| No | 172 | 76,4 | 93 | 41,3 | |
| ¿Ha evaluado el desarrollo del niño? | | | | | |
| Sí | 108 | 48,0 | 178 | 79,1 | < 0,001 |
| No | 117 | 52,0 | 47 | 20,9 | |
| ¿Usted instruyó cómo estimular el desarrollo del niño? | | | | | |
| Sí | 75 | 33,3 | 124 | 55,1 | < 0,001 |
| No | 150 | 66,7 | 101 | 44,9 | |

Discusión

Este estudio se refiere a una intervención relacionada a la acción educativa de los enfermeros sobre el desarrollo infantil y las prácticas sobre su vigilancia, con el objetivo de mejorar el cuidado a los niños en la atención primaria de salud. Al enterarse de la realización de los talleres, los enfermeros mostraron gran interés en

participar en esta actividad, alegando insuficiencia de conocimientos sobre el desarrollo infantil y reconociendo su importancia para la mejora de la calidad de la atención para los niños. Similar comportamiento se observó en un estudio con 192 pediatras en Gujarat - India, donde el 92% expresaron su interés en recibir capacitación para la evaluación del desarrollo infantil, alegando poco conocimiento sobre temas relativos al desarrollo⁽¹⁰⁾.

La actividad educativa propuesta en este estudio demostró ser eficaz, teniendo en cuenta que después de la intervención, hubo un aumento significativo de 1,2 puntos en el promedio de aciertos en las preguntas sobre los hitos del desarrollo. Este resultado es coherente con un estudio realizado en Turquía, que encontró un aumento en el promedio de conocimientos de los médicos y enfermeros después del entrenamiento⁽¹¹⁾.

Los resultados de un estudio en Connecticut, Estados Unidos apuntan a la misma conclusión, al mostrar que la intervención promovió el cambio de las prácticas profesionales con el aumento del número de niños identificados con problemas en el desarrollo neuropsicomotor y remitidos a los servicios de intervención temprana⁽¹²⁾. También se ha encontrado en Jamaica que, después del entrenamiento, los profesionales que siguen los niños en domicilio incorporaron las actividades de promoción del desarrollo saludable a los servicios de atención primaria, con la consiguiente mejora en el desarrollo de los niños y aumento de los conocimientos y de las prácticas de cuidado materno al niño⁽¹³⁾.

Al analizar los resultados de cada pregunta utilizada para evaluar los conocimientos de los enfermeros sobre el desarrollo infantil, se observa que no hubo, en su mayoría, alta en el porcentaje de respuestas correctas después de la intervención, con la excepción de las cuestiones relacionadas con la edad en que el niño se sienta sin el apoyo, identificación del dominio de las funciones del desarrollo que deben ser evaluadas durante la consulta y el conocimiento general sobre las habilidades motoras. No se sabe lo que dificultó la retención de esos conocimientos, dado que los enfermeros tenían conocimiento previo del tema. Puede ser que los enfermeros no evaluaran estos aspectos en la vida cotidiana, ni orientasen las madres o no tuviesen afinidad con este contenido, dificultando el aprendizaje, ya que, según la teoría de Ausubel, para que el aprendizaje sea significativo, es necesario que el individuo tenga conocimiento anterior sobre el tema, experimente y decida profundizarlo⁽⁸⁾.

En esta investigación se observaron respuestas contradictorias de los enfermeros en relación a las preguntas sobre las prácticas rutinarias de la vigilancia del desarrollo en las consultas con los niños, ya que la mayoría dice realizar esta actividad, incluso antes de los talleres. Esta información es probablemente sobreestimado, lo que se constató cuando comparada con la información de la madre, que mostró afirmativas inferiores a de los enfermeros, especialmente antes de

la actividad educativa. Esta actitud puede ser debido a que los enfermeros, cuando se les pregunta sobre sus prácticas, perciben la importancia de la vigilancia del desarrollo infantil para la promoción de la salud de los niños y perciben que no están realizando esta práctica satisfactoriamente e intentan omitir las lagunas en la acción profesional o bien, se sienten evaluados, afirmando así la realización de la vigilancia del desarrollo a una frecuencia más allá de la realidad.

Sin embargo, en general, hubo un aumento en la frecuencia de la realización de la vigilancia del desarrollo durante las consultas de puericultura, confirmado por las respuestas de las madres. Un estudio realizado en Brasil sobre las prácticas y conocimientos con respecto al monitoreo y a la vigilancia del desarrollo infantil, por los pediatras, en diferentes regiones de Brasil, mostraron resultados preocupantes y señalan lagunas, tanto en la formación del pediatra como en la práctica clínica, ya que los profesionales tienen dificultades para reconocer los factores de riesgo y detectar cambios en el desarrollo, garantizando intervenciones oportunas⁽¹⁴⁾.

La opinión de las madres sobre el desarrollo del niño durante la consulta es de fundamental importancia para la historia del desarrollo neuropsicomotor, ya que la información de los padres es confiable y ayuda en el diagnóstico de cambios del desarrollo. Cuando adecuadamente comprendida y valorada por el profesional, las opiniones de los padres pueden conducir a decisiones correctas acerca de la necesidad del encaminamiento de los niños con problemas en el desarrollo para los servicios de estimulación temprana⁽¹⁵⁾. Por lo tanto, las madres deben ser consideradas colaboradoras del programa de prevención de desórdenes del desarrollo infantil⁽¹⁾, ya que el fortalecimiento de las competencias para el cuidado de niños en esta etapa de la vida, aportará beneficios permanentes. Además de los estímulos visuales, auditivos, olfativos, motores y de la interacción con los adultos, un estudio⁽¹⁶⁾ destaca la importancia de la incorporación de atención y afecto en la promoción del cuidado amoroso, que mejora fuertemente los aspectos emocionales, sociales, culturales y ambientales, para alcanzar el potencial de cada niño.

Los datos también revelan que hubo un aumento en el uso de un instrumento sistematizado para evaluar el desarrollo de los niños atendidos por los enfermeros que participan en la investigación, y la mayoría declaró el uso de este instrumento después de la intervención. Esta práctica es esencial en el cuidado de niños, ya que el uso de un instrumento sistematizado facilita la realización

de la vigilancia del desarrollo infantil. Es posible que el instrumento de evaluación en cuestión se ha utilizado durante los cuatro meses después del taller; sin embargo, no se puede predecir cuánto tiempo se va a utilizar, o ser incorporado en la consulta del niño. Esto, porque, incluso en países donde el uso del instrumento sistematizado para evaluar el desarrollo es incentivado y estandarizado, los profesionales no lo utilizan en todas las consultas.

Es un consenso entre los investigadores la importancia de utilizar el instrumento sistematizado para evaluar el desarrollo de los niños durante la consulta, de lo contrario, los niños que están con ligero retraso dejarán de ser detectados, debido a la sutileza de los señales. En los Estados Unidos, la implementación del seguimiento del desarrollo y la detección temprana de problemas en el desarrollo han sido limitadas en los casos en que el profesional no utiliza un instrumento sistematizado y no sigue los protocolos recomendados por la Academia Americana de Pediatría⁽¹⁷⁾.

Se considera como un aspecto positivo de este estudio, el haber proporcionado aumento de los conocimientos y la sensibilización de los enfermeros para la inclusión de la vigilancia del desarrollo infantil en sus prácticas de puericultura, teniendo en cuenta que la mayoría no evaluaba el desarrollo neuropsicomotor antes de la intervención y tenía discapacidad de conocimiento en esta área. Casi todos los enfermeros del Distrito Sanitario III recibieron capacitación, fortaleciendo la consulta de atención infantil en aquella región. Otro aspecto positivo ha sido la participación de las madres, que actuaron confrontando la información proporcionada por los enfermeros.

Por otro lado, una limitación del estudio es la falta de un grupo control en otro Distrito Sanitario, en el que no se llevaría a cabo la acción educativa, pero sólo la evaluación de conocimientos y prácticas sobre vigilancia del desarrollo infantil, en dos momentos diferentes. Sin embargo, los resultados de este estudio fueron similares a de los estudios que utilizaron grupo control^(12-13,18).

Conclusión

Esta intervención ha proporcionado un aumento de los conocimientos de enfermería sobre el desarrollo infantil y la frecuencia de las evaluaciones en las consultas a los niños menores de dos años, lo que contribuye a la detección temprana de cambios en el desarrollo. A partir de los resultados, se recomienda el uso de la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de la AIEPI, en la Estrategia Salud de la Familia, por

ser un instrumento de aplicación rápida y con el uso de material de bajo costo para la detección de los niños en riesgo de cambios en el desarrollo. También destaca la necesidad de utilizar tecnologías educativas para tratar de superar las deficiencias en la práctica de los enfermeros, especialmente de los que trabajan en la atención primaria de la salud del niño.

Agradecimientos

A las madres y a las enfermeras que participaron en el estudio y al personal del Distrito de Salud III.

Referencias

1. Olusanya BO. Priorities for early childhood development in low-income countries. *J Dev Behav Pediatr.* 2011;32(6):476-81.
2. Blair M, Hall D. From health surveillance to health promotion: the changing focus in preventive children's services. *Arch Dis Child.* 2006;91(9):730-5.
3. Rugolo LMSS. Importância da monitorização do desenvolvimento em recém-nascidos prematuros. *Rev Paul Pediatr.* 2012;30(4):460-1.
4. Engle PL, Fernald LCH, Alderman H, Behrman J, O'Gara C, Yousafzai A, et al. Strategies for reducing inequalities and improving developmental outcomes for young children in low-income and middle-income countries. *Lancet.* 2011;378(9799):1339-53.
5. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Organização Panamericana de Saúde. Manual de vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, DC: OPAS; 2005.
6. Ribeiro DG, Pedrosa GB, Padovani FHP. Fatores de risco para o desenvolvimento de crianças atendidas em Unidades de Saúde da Família, ao final do primeiro ano de vida: aspectos sociodemográficos e de saúde mental materna. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014; 19(1):215-26.
7. Paranhos VD, Pina JC, Mello DF. Integrated management of childhood illness with the focus on caregivers: an integrative literature review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011; 19(1):203-11.
8. Fujimori E, Higuchi CH, Cursino EG, Veríssimo MLOR, Borges ALV, Mello DF, et al. Teaching of the Integrated Management of Childhood Illness strategy in undergraduate nursing programs. *Rev Latino-Am Enferm [online].* 2013; 21(3):655-62.
9. Gomes AP, Dias-Coelho UC, Cavalheiro PO, Gonçalves CAN, Rôças G, Siqueira-Batista R. The Medical education between maps and anchors: David Ausubel meaningful

learning, the quest for the Lost Ark. *Rev Bras Educ Med*. 2008;32(1):105-11.

10. Desai PP, Mohite P. An exploratory study of early intervention in Gujarat State, India: pediatricians' perspectives. *J Dev Behav Pediatr*. 2011;32(1):69-74.

11. Ertem IO, Pekcici EBB, Gok CG, Ozbas S, Ozcebe H, Beyazova U. Addressing early childhood development in primary health care: experience from a middle-income country. *J Dev Behav Pediatr*. 2009;30(4):319-26.

12. McKay K. Evaluating model programs to support dissemination. An evaluation of strengthening the developmental surveillance and referral practices of child health providers. *J Dev Behav Pediatr*. 2006;27(1 Suppl):S26-9.

13. Powell C, Baker-Henningham H, Walker S, Gernay J, Grantham-McGregor S. Feasibility of integrating early stimulation into primary care for undernourished Jamaican children: cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2004;329(7457):89.

14. Zeppone SC, Volpon LC, Del Ciampo LA. Monitoring of child development held in Brazil. *Rev paul pediatr* [online]. 2012;30(4):594-9.

15. Glascoe FP. Evidence-based approach to developmental and behavioral surveillance using parents' concerns. *Child Care Health Dev*. 2000;26(2):137-49.

16. Oliveira AAP, Moreira RL, Pecora RAF, Chiesa AM. Relevant themes for child development training: a case study in light of health promotion. *Rev Med*. 2013;92(2):113-8.

17. American Academy of Pediatrics. Council on Children with Disabilities. Section on Developmental Behavioral Pediatrics. Project advisory committee. Identifying infants and young algorithm for developmental surveillance and screening. *Pediatrics*. 2006;118(1):405-20.

18. Jee SH, Szilagyi M, Ovenshire C, Norton A, Conn A, Blumkin A, et al. Improved detection of developmental delays among young children in foster care. *Pediatrics*. 2010; 125(2):282-9.