

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS Y NIÑAS CON  
RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN EDAD DE 6 MESES A 2  
AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 SAN JOSÉ  
PIURA. AÑO 2015 -2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR  
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE  
ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y  
ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

**DORYS ESTELA CALLE PASAPERA**

**Callao, 2017  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. RAFAEL EDGARDO CARLOS REYES PRESIDENTE
- MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ SECRETARIA
- MG. ADRIANA YOLANDA PONCE EYZAGUIRRE VOCAL

### ASESORA: MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 258

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1715-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	30
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	31
3.1 Recolección de Datos	31
3.2 Experiencia Profesional	31
3.3 Procesos Realizados del Informe	32
<b>IV. RESULTADOS</b>	35
<b>V. CONCLUSIONES</b>	41
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	42
<b>VII. REFERENCIALES</b>	43
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS Y NIÑAS CON RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS EN EDAD DE 6 MESES A 2 AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD L-3 SAN JOSÉ-PIURA AÑO 2015-2016. Tiene por finalidad describir las actividades de enfermería que se realizaron con las madres y/o cuidadoras de los niños en estudio, se trabajó a través intervenciones preventivo promocionales, mediante consejería nutricional sesiones educativas y demostrativas en la preparación de una dieta balanceada, para que sea llevados a la práctica, a fin de evitar que aquellos niños en riesgo nutricional por defecto, no ingresen a cuadros de desnutrición crónica.

Sabemos que en nuestro país, se estima que la tasa de desnutrición (talla par la edad) es de 25.4 % en niños menores de 5 años (MINSA). Lo que constituye un problema de salud pública .a pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza.

Dentro de la normativa del ministerio de salud, para la atención integral a los menores de 5 años se encuentra, entre otros, la suplementación con hierro; los conocimientos, las actitudes y prácticas saludables que los y las cuidadoras tienen hacia sus niños y que son fundamentales para el crecimiento y desarrollo del niño.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación:

En el capítulo I describe el planteamiento del problema refiere a identificar el riesgo nutricional del niño y la niña, al momento de la evaluación nutricional en el capítulo II se describe los antecedentes encontrados utilizando comparando de manera adecuada en el marco

conceptual las teorías d que se relacionan con el tema, el capítulo III: considera la presentación en la experiencia profesional, se refiere específicamente a los años de servicio en el área la cual data de años enriquecedores de la práctica en la atención integral del niño capítulo IV: resultados; capítulo V: conclusiones; capítulo VI: las recomendaciones y el capítulo vii: referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

# I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

## 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indica que la desnutrición es una de las causas subyacentes en aproximadamente la tercera parte de las defunciones infantiles, hay 180 millones de niños desnutridos en todo el mundo. Cada año la desnutrición es responsable de entre 3.5 y 5 millones de muertes de niños menores de cinco años. Constituyendo uno de los principales problemas de salud pública. Según la OPS, en el año 2012, la prevalencia de déficit nutricional moderado en niños menores de 5 años en el Perú, es de 29.8 %. Siendo afectados principalmente aquellos que viven en zonas de extrema pobreza. (MINSA, 2004)

La situación actual del estado nutricional de los niños en el Perú es dramática. ENDES 2011, el 25.3% de niños menores de 5 años tienen desnutrición Crónica, esta cifra prácticamente no se ha modificado en algunos departamentos, la mayor prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, se presenta en Huancavelica (50,0%), Apurímac (42,9%), Huánuco (40,6%), en los últimos 5 años. Llegando a 40 % en la sierra rural y 32.4% en la selva rural, las cifras más bajas las tienen la costa urbana y lima metropolitana con 11.6% y 7.7 respectivamente. (INEI, 2011)

Con respecto a la mortalidad por desnutrición, cálculos recientes demuestran que el 56% de las muertes en niños menores de cinco años fueron atribuibles al efecto de la mal nutrición, y que el 83% de estas muertes fueron debidas a una desnutrición leve a moderada. En menor de 02 años, llega al 32%. Estas cifras se duplican en zonas de extrema pobreza como la selva y la sierra rural, que llegan a sobrepasar el 50%.

En nuestro departamento de Piura la desnutrición Crónica alcanza un 21.7% mientras que la desnutrición global (bajo peso para la edad) está como sigue: 1 año: 12.1%, 2 años: 9.6%; 3 años: 7.9% siendo mayor en zonas rurales y de la sierra. (MINSA, Plan para reducir la DCI y prevención de la anemia en los periodos 2014-2016, 2014)

La desnutrición crónica se produce fundamentalmente antes de los 2 años de edad los principales factores asociados son: bajo peso al nacer, lactancia artificial o lactancia mixta, alimentación complementaria inadecuada, hábitos alimentarios inadecuados, déficit en el saneamiento básico, falta de acceso a servicios de salud, enfermedades agudas a repetición como infecciones respiratorias agudas básicamente diarrea. Los efectos de la desnutrición en niños menores de 03 años pueden ser devastadores y duraderos. Pueden impedir el desarrollo conductual y cognitivo, reducir el rendimiento escolar, analfabetismo, baja productividad, delincuencia Y llegar a la dependencia en la sociedad, red la dependencia en la sociedad, reduciendo así las probabilidades de desarrollo de una nación. (Aguero Ysela P, 2013) (Factores asociados con el estado nutricional de niñas y niños en el PERU, 2013).

## **1.2. OBJETIVO**

Describir la Intervención De enfermería En Niños Y Niñas Con Riesgo De Desnutrición, De 6 Meses A 2 Años En El Establecimiento De Salud L-3 San José-Piura, Durante El Año 2015-2016.

### **1.3. JUSTIFICACIÓN**

La desnutrición crónica infantil, tiene consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo principalmente si se presenta en un niñas y niños menores de 3 años, Como se sabe el pico máximo de crecimiento y diferenciación cerebral se observa en los dos años primeros años de vida. La importancia de la prevención de desnutrición crónica radica en los efectos generales que produce en el comportamiento en edades tempranas, las habilidades que se ven afectadas son: habilidades en el aprendizaje, habilidades de negociación, discriminación y respuestas aprendidas serían el resultado directo de las restricciones en el crecimiento cerebral. , investigaciones de laboratorio indican alteración fisiológica de los neurotransmisores y esto se produce principalmente antes de los 2 años, Constituyendo uno de los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano.

El presente informe tiene por finalidad la INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA A NIÑOS EN RIESGO DE DESNUTRICIÓN EN NIÑOS DE 6 MESES A 2 AÑOS.

Su relevancia se enfatiza en el aspecto preventivo promocional por cuanto el profesional de enfermería juega un rol muy relevante al realizar de esta manera actividades tanto en el trabajo intramuros (consultorio de enfermería) como en extramuros través de la visita domiciliaria

El establecimiento I-3 de SAN JOSÉ, se encuentra enclavada en una zona urbano- marginal del sector oeste de la provincia de Piura, nos traslada hacia el trabajo enfermero que se realiza en este ámbito, con enfoque a la atención primaria del primer nivel de atención se refiere a las intervenciones de enfermería preventivo promocionales que se dan en la evaluación crecimiento y desarrollo y la evaluación nutricional (peso. Talla).



Es importante recalcar que a partir de los 6 meses de edad, se da inicio la ablactación y se advierten muchas veces ganancia inadecuada de peso y talla por diversos factores condicionantes. Durante la evaluación nutricional, la enfermera vigila la curva ponderal de crecimiento y se advierte cuando la grafica de la cartilla no es ascendente y se torna plana, está indicando riesgo desnutrición, es en este momento que la intervención de enfermería se debe enfocar a prevenir el daño (desnutrición crónica)

Este documento de investigación servirá entonces como fundamento, para aquellos profesionales que lleguen a realizar trabajos de investigación afines.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES

UNICEF 2011, En otro estudio, sobre menores de 5 años desnutridos en el mundo, afirma que el número de niños menores de 5 años desnutridos ha permanecido estable desde 1990, concluyo que en América Latina y el Caribe 4 millones de los niños están debajo de su peso normal.

En el Este de Asia/Pacífico, 22 millones son afectados, donde China es uno de los países que ha reducido el número de peso menor al normal a una tasa de 6,7% anual desde 1990 Europa central, el Este y comunidad de estado independientes tienen las cifras de desnutrición más bajas en el mundo, 1 millón de niños padecen de desnutrición.

Mientras que al sur de Asia la mitad de niños desnutridos en el mundo viven en ese lugar 78 millones, donde tres países de esta región Bangladesh, India y Pakistán reúnen la mitad de los niños desnutridos del mundo. Además afirmo que es la falta de alimentación la que contribuye que la prevalencia de desnutrición global y aguda permanezca sin cambios. Los factores determinantes fueron la causa de muerte de cerca de 5.6 millones en el mundo (1).

CÓRDOVA E. 2006, en una investigación sobre factores de riesgo que determinan el estado nutricional de los (as) menores de 2 años que asisten al programa de vigilancia, promoción de crecimiento y desarrollo zona norte de Masaya Nicaragua. Obtuvo como resultados que la disponibilidad de los alimentos fue limitada debido a bajo ingreso económico de los padres así como su bajo nivel de escolaridad disponibilidad de los alimento además de falta de un huerto familiar. Y que los factores que predisponen a la desnutrición en menores de 6 meses fueron: disminución de la lactancia materna, destete y ablactación precoz (2)

SANABRIA M, 2011, realizo una investigación sobre determinantes del estado nutricional en niños menores de 3 años en situación de pobreza en Paraguay se obtuvo como resultado: bajo peso al nacer, edad (lactantes), menor ingesta de alimentos durante episodio de diarrea menor grado de escolaridad de los padres, no acceso a los servicios de salud, no acceso a servicios de saneamiento básico y agua potable. (3)

ENDES (2012) PERÚ, encuesta elaborada por el instituto de estadística e informática(INEI)concluyo que ,la desnutrición afecta todo el país al 18.1% de los niños y niñas de 5 años con una diferencia de 1.2% entre niños (18.5% y 17.7% en niñas) .Las escalas etarias corresponden a: menores de 6 meses (13.3%) de 6 a 8 meses (11.3%),así de esa manera creciente de acuerdo a la edad, se llega a un pico de 25.3% en niños y niñas de 18 a 23 meses (mas de 1 año y 19.9% en los 24 a 35 meses (más de 2 años) (4)

## 2.2.- MARCO CONCEPTUAL

### 2.1.1. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN

En el "MODELO DE LOS SISTEMAS" **Betty Neuman**, Desarrolla un modelo basado en la relación del individuo con el estrés (enfermedad) Nos habla de la **prevención** como las **intervenciones de enfermería** que son acciones determinantes que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema y la consiga y la mantenga, asimismo nos habla de tres niveles primaria secundario y terciario.

**Prevención primaria** hay que llevar a cabo cuando se sospecha de la existencia de un elemento estresante o ya se ha **identifica** su presencia, aunque aún no se haya identificado su presencia no se ha producido una reacción ya se conoce el grado de riesgo.

**Prevención secundaria** es un conjunto de intervenciones de tratamiento iniciados después que se **manifiesten** los síntomas del estrés, tanto los recursos que utiliza el cliente utiliza para estabilizar el sistema con la intención de reforzar líneas internas de resistencia, reducir la reacción aumentar factores de resistencia

**Prevención terciaria** tiene lugar después del tratamiento activo pretende conseguir que el cliente **recupere** su estabilidad optima del sistema su principal objetivo consiste en reforzar la resistencia a los estresantes para ayudar a prevenir la recurrencia.

Se aplica esta teoría cuando:

Las intervenciones de enfermería en este caso están dirigidas a prevenir que el niño termine con una desnutrición crónica mediante la identificación del factor de riesgo (crecimiento de peso y talla plano) cuando se realiza la evaluación nutricional luego, aplicando las fases de la consejería nutricional para una dieta balanceada la administración del micronutriente, de Vit A, tamizaje de anemia, descarte de parasitosis respectivamente.

Asimismo, **JEAN WATSON** En la teoría de "FILOSOFÍA Y CIENCIA" Refiere que a enfermería está interesada en comprender la salud la enfermedad y la experiencia. Está relacionada con **la promoción y el restablecimiento de la salud**, con la prevención de la enfermedad. (Educación sanitaria) Se relaciona con la prevención del daño (desnutrición crónica) en este caso.

**El cuidado** es el núcleo y la esencia de la profesión de enfermería nos habla de cuidado humano enfatiza que ese cuidado debe estar acompañado con un amor incondicional lo cual son esenciales para la recuperación del individuo .además proyecta y guía al enfermera adoptar esa armonía al momento de planificar y ejecutar las intervenciones. La

madre o el cuidador es el responsable quien brinda los cuidados al niño para evitar que entre en riesgo nutricional en este caso.

**Interacción enfermera-paciente:** define al cuidado como un proceso entre dos personas (madre o el cuidador del niño) con una dimensión propia y personal, en el que se involucran los valores, conocimientos, voluntad, y compromisos en la acción de cuidar al niño.

**Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal:** este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. .se aplica esta teoría cuando la enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje diseñado un plan para permitir que los pacientes realicen el autocuidado .en este caso la madre o el cuidador se da cuando un grupo de madres asisten para las sesiones educativas y demostrativas en la alimentación complementaria del niño.

“Por otro lado **Ramona Mercer** EN SU TEORÍA DE ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL subraya que ,la madre constituye un proceso de interacción y desarrollo cuando la madre logra el apego de su hijo adquiriendo experiencia en su cuidado y experimenta la gratificación de su papel, abarca varios factores maternos edad, estado de salud relación, padre –madre y características del lactante además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo (lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria adecuada, administración de vacunas)

Su teoría de adopción del **rol maternal** propone la necesidad de que la enfermera tenga en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes, es un trabajo articulado extra sectorial en la comunidad con un fin común brindar salud .

La utilización de pruebas empíricas.-consiste en, adopción del rol (unión competencia y gratificación) .aquí notablemente se refiere a las actitudes de crianza y salud, para el niño que tienen que ver directamente en actitudes con el crecimiento y cuidados de nutrición. Define que un núcleo estable determina como una madre percibe los sucesos, las percepciones, de las respuestas del niño y de los demás, a su maternidad además de la socialización de la madre, su nivel de desarrollo y sus características innatas también influyen en las respuestas de conductas a seguir en la crianza de este. El compañero activo del rol de la madre es su hijo, este reflejara la competencia de la madre con respecto a su rol por medio del crecimiento y desarrollo.

Asimismo La Dra. **Nola Pender** en su "TEORÍA DEL MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD" revoluciona los conocimientos sobre la **promoción de la salud** a través de la investigación su docencia y escritos tuvo los conocimientos de la promoción de salud.

En su modelo conceptual de conducta para la salud preventiva que constituye una base para estudiar el modo en que los individuos toman decisiones sobre su cuidado de su propia salud.

Dentro del contexto de enfermería. La idea básica es promover la salud, mediante la educación que es la piedra angular, este modelo identifica factores que influyen en la toma de decisiones y las acciones tomadas para prevenir la enfermedad.

El **modelo de promoción de la salud** identifica en el individuo factores cognitivo perceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Sirve como guía para la exploración de los procesos biopsicosociales complejos que motivan a los individuos a realizar conductas dirigidas a elevar el nivel de salud, además sirve para ilustrar la

naturaleza multidimensional de las personas que interactúan con el medio ambiente en busca de su salud.

### **2.1.2. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

El seguimiento de la salud infantil mediante controles periódicos de salud de la enfermera, es una de las actividades más importantes de la atención primaria infantil. El propósito de estos controles, es contribuir a la promoción de un estado de salud que permita un crecimiento y desarrollo óptimo del niño en el área biológica, psíquica.

El control del crecimiento y desarrollo está destinada a realizar a través de acciones preventivas, la detección precoz de anomalías y la educación para la salud, en las que ejercen un papel importante tanto enfermeras como matronas.

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos.

Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y niño.

Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros.

Esta información es consignada en la historia clínica El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

Es individual, porque cada niño es un ser, con características propias y específicas; por lo tanto, debe ser visto desde su propio contexto y entorno. Es integral, porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo; es decir, la salud, el desarrollo psicoactivo y la nutrición del niño.

Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad.

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

### **Periodicidad del Control de Crecimiento y Desarrollo de la**

Niña y Niño Menor de Cinco Años: Los controles del CRED se realizan según la edad del niño.

### **Instrumentos**

Historia Clínica estandarizada (Anexo N° 1), forma parte de una carpeta familiar e incluye:

- Plan de atención.
- Datos de filiación y antecedentes.
- Evaluación de la alimentación

Utilizados para realizar un adecuado control del crecimiento y desarrollo  
Formato de consulta Instrumentos utilizados para realizar un adecuado control del crecimiento y desarrollo.

Historia Clínica estandarizada (Anexo N° 1), forma parte de una carpeta familiar e incluye:

- Plan de atención.
- Datos de filiación y antecedentes.
- Evaluación de la alimentación.



Formato de

**Instrumentos** utilizados para realizar un adecuado control del crecimiento y desarrollo.

- Historia Clínica estandarizada (Anexo N° 1), forma parte de una carpeta familiar e incluye:
  - Plan de atención. Datos de filiación y antecedentes.
  - Evaluación de la alimentación.
- Formato de consulta.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: En el menor de 30 meses:  
Test
  - Abreviado peruano (TAP). De 3 a 4 años: Pauta breve.
  - Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

### **2.1.3. ELABORACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD INDIVIDUALIZADO:**

El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.

- .El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de complementación nutricional o de registro de identidad, así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño y la niña.

- El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de complementación nutricional o de registro de identidad, así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño.
- El plan de atención permite calendarizar las atenciones de salud a fin de brindarlas de manera racional, continua y sistemática; este proceso se hará de acuerdo al instructivo correspondiente.
- El plan de atención permite calendarizar las atenciones de salud a fin de brindarlas de manera racional, continua y sistemática; este proceso se hará de acuerdo al instructivo correspondiente.

El monitoreo del plan se realiza en cada contacto que la niña o niño tenga con el establecimiento de salud, en caso que la niña o niño no asista al establecimiento de salud el personal de salud designado realizará la visita domiciliaria correspondiente.

#### **2.1.4. ACTIVIDADES E INTERVENCIONES DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.**

**Examen Físico:** Para realizar el examen físico se debe cumplir con las siguientes Consideraciones generales:

El ambiente de examen debe brindar comodidad y privacidad.

Antes de iniciar el examen, observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorar a través de preguntas sencillas al adulto responsable de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con la integridad física y emocional de la niña o niño; si el niño o niña ya habla es necesario incentivar su participación en la entrevista.

Explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a realizar para obtener su colaboración, así como el de los niños; luego proceder al examen:

Observar como la niña o niño se relaciona con los padres o adulto acompañante, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo o la postura que adopta cuando se realiza el examen físico, durante del cual el niño o niña debe estar con poca ropa o desnudo. Iniciar el examen sin instrumentos, éstos se usarán progresivamente según sea necesario.

Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño y de la madre (aprender y recordar el nombre de la niña, niño y padres, usar voz suave y dulce para tratarlos).

Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.

Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, explicando a los padres o acompañante los resultados obtenidos.

Consideraciones específicas según edad:

- Recién Nacido (de 2d, 7d, 15 y 21 días)
  - Examinarlo sobre la camilla de examen.
  - Empezar con el examen físico en dirección céfalo-caudal.

Realizado por el profesional médico o enfermera con el objetivo de evaluar el crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los signos de peligro en el RN y en la madre, verificar el aprendizaje y la práctica sobre el cuidado integral del recién nacido (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto e identificación de signos de alarma y acciones a seguir); el control se realiza en el establecimiento de salud.

Incluye:

- Evaluación física y neurológica:
- Evaluación del crecimiento y la ganancia de peso.

- Evaluación de la alimentación y la práctica de la lactancia materna exclusiva.

### **Detección de Enfermedades Prevalentes**

- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI2.
- La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio.
- En todos los establecimientos
- Verificación de la toma de muestra para el tamizaje neonatal y resultados de laboratorio de Rh y grupo sanguíneo, según norma específica.
- Identificación y/o verificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno que podrían interferir en el desarrollo integral del niño o niña:
  - ✓ Factores biológicos: bajo peso, prematurez o malformaciones congénitas.
  - ✓ Factores ambientales: contaminación intradomiciliaria del aire, del agua; pobreza etc.
  - ✓ Factores familiares: violencia intrafamiliar, disfunción familiar, consumo excesivo de alcohol y/o drogas ilícitas de personas significativas para el cuidado del niño.
- Verificación de la inscripción temprana para la obtención del código único de identidad, partida de nacimiento y/o DNI.
- Verificación de vacunas del recién nacido según el esquema vigente.
- Identificación de signos de alarma.
- Consejería sobre el cuidado integral del RN (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma y acciones a seguir.
- Verificar la afiliación del recién nacido al sistema de aseguramiento en salud según corresponda.

- Informar a la madre y familia sobre programas de apoyo social o protección de derechos a

## **VISITA DOMICILIARIA**

Actividad realizada por personal de salud capacitado con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia del RN, evaluar el cuidado esencial neonatal, verificar y fortalecer prácticas clave en el cuidado del RN (lactancia materna, lavado de manos, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto; identificación de signos de peligro y acciones a tomar).

- Para los nacidos en EESS a las 48 horas del alta.
- Para los nacidos en domicilio, inmediatamente de tomado conocimiento del nacimiento.
- Para los que no acuden a control dentro de las 48 horas de vencida la fecha de la cita.
- **De uno a seis meses:**
  - Iniciar el examen, de preferencia en el regazo de la mamá y continuar la evaluación en la mesa de examen.
  - Iniciar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a lo descrito en el Anexo 05.
- **De siete meses a dos años:**
  - Promover la participación activa del niño.
  - Empezar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a lo descrito en el Anexo N° 5.
  - Respetar la identidad (llamarlo por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño.
  - Verificar acceso a un programa de apoyo social o protección de derechos según corresponda.
- **De dos años a cuatro años:**

- Respetar la identidad (llamarlo por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño; permitir la compañía de los padres.
- Empezar con el examen físico siguiendo la dirección céfalo-caudal de acuerdo a lo descrito en el Anexo N° 5.
- Examinar sobre la camilla de examen, se puede hacer la mayor parte con la niña y niño sentado o de pie, promoviendo la participación del niño.
- Aprovechar el espacio para enseñar al niño o niña de acuerdo a la edad, sobre sus derechos, auto cuidado, la desconfianza ante extraños, el cuidado en su alimentación e higiene. Incentivar la confianza en el diálogo y contar a sus padres si alguien lo agrede o molesta.

Detección de enfermedades prevalentes, problemas visuales, auditivos, salud oral y signos de violencia o maltrato.

- **Detección de Enfermedades Prevalentes**

- La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda, se realiza siguiendo la metodología AIEPI2.
- La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio
- En todos los establecimientos de salud, el profesional que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis a todo niño y niña menor de 5 años, de acuerdo al siguiente esquema Dosaje de hemoglobina o hematocrito, para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad, una vez por año.
- Examen seriado de heces y Test de Graham, para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año.

Los exámenes se realizarán en los establecimientos de salud que cuenten con el equipamiento

### **Detección de violencia familiar y maltrato infantil:**

La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se deberá aplicar la "Ficha de tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar" (Anexo N° 7).

La detección del maltrato y violencia infantil se inicia con la búsqueda de factores de riesgo y factores protectores en la apertura de la historia clínica, recabando información sobre aspectos psicosociales, dinámica familiar, etc., esta información debe ser actualizada en los controles sucesivos evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, cuidados que se proveen a niñas o niños, presencia de síntomas que sugieren abandono, trato negligente, carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (castigo físico, correcciones verbales desproporcionadas, etc.).

Durante la atención es necesario intervenir con amabilidad y empatía cuando se observe prácticas de castigo corporal (nalgadas, sacudidas, amenazas, reprimenda con abuso físico y otros), orientando a la madre sobre derechos del niño.

### **PERÍMETRO CEFÁLICO:**

- Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional. Se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, en cada control o contacto con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de

salud u otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos o equipos itinerantes

- Los valores de peso, longitud o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.
- A través del monitoreo del crecimiento se evalúa el progreso de la ganancia de peso, así como de longitud o talla de acuerdo a la edad de la niña o el niño y de acuerdo a los patrones de referencia.
- El monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño.

**El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia se clasifica en:**

- **Crecimiento adecuado:** Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad ( $\pm 2$  DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.
- **Crecimiento inadecuado:** Condición en la niña o niño que evidencia no ganancia (aplanamiento de la curva), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva; por lo tanto, la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad



➤ **Clasificación del estado nutricional:**

Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud. Para la clasificación del estado nutricional de acuerdo a la edad de la niña y el niño se utilizará los siguientes indicadores:

Para el recién nacido: menor de 29 días

<b>Indicador</b>	<b>Grupo de edad a utilizar</b>
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Peso para la edad (P/E)	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	≥ a 29 días a < 5 años

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años. Se realizará en base a la comparación de indicadores: P/E, T/E y P/T con los valores de los Patrones de Referencia vigentes

<b>Indicador</b>	<b>Grupo de edad a utilizar</b>
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Peso para la edad (P/E)	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	≥ a 29 días a < 5 años

## Manejo y seguimiento de problemas del crecimiento y nutricionales.

Cuando se evidencia crecimiento inadecuado. Riesgo nutricional, explorar e Identificar los factores causa evidencia crecimiento inadecuado.

Clasificación del estado nutricional en niñas y niños de 29 días a menores de 5 años			
Puntos de corte	Peso para Edad	Peso para Talla	Talla para Edad
Desviación Estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
> + 3		Obesidad	
> + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Desnutrición	Desnutrición Aguda	Talla baja
< - 3		Desnutrición severa	

Fuente: Adaptado de World Health Organization (2006).

Si la causa se relaciona a la presencia de enfermedad, referir al médico para tratamiento y seguimiento de la patología o tratar de acuerdo a guía de práctica clínica. Recuperación. (Tendencia del crecimiento paralelo al patrón de referencia), priorizando en estos controles la consejería en alimentación durante el proceso de enfermedad y posterior al proceso mórbido.

- Programar visita domiciliaria a fin de apoyar a los padres en la adopción de prácticas adecuadas de alimentación y cuidado.
- Si la causa se relaciona a prácticas inadecuadas de alimentación y cuidado, desarrollar sesiones de consejería nutricional y como parte de ésta establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o el niño según ase requiera alimentación y cuidado, desarrollar sesiones de consejería nutricional y como parte de ésta establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño, según se requiera. El manejo y seguimiento de los casos de desnutrición es de acuerdo a las guías de práctica clínica vigentes.

### 2.1.5. DEL DESARROLLO

- La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días de acuerdo a la periodicidad indicada en la tabla N° 1 y es de responsabilidad del profesional de enfermería según esquema vigente y de ser posible en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud, tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y si persiste, iniciar una intervención terapéutica).
  - a) Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y niño menor de 5 años Niñas y niños de 0 a 30 meses:
  - b) Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD) El Test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:
- Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
  - ✓ Control de cabeza y tronco - sentado.
  - ✓ Control de cabeza y tronco - rotaciones.
  - ✓ Control de cabeza y tronco - marcha.
- Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
  - ✓ Uso de brazo y mano. Visión.

- Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
  - ✓ Audición.
  - ✓ Lenguaje comprensivo.
  - ✓ Lenguaje expresivo.
- Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:
  - ✓ Alimentación vestido e higiene Juego.
  - ✓ Comportamiento social.
- Inteligencia y Aprendizaje.

Niñas y niños de 3 y 4 años: Test abreviado de Evaluación del Desarrollo: Psicomotor (TA) o PB (Pauta Breve) (Anexo N° 9). El Test mide el rendimiento en las áreas de lenguaje, social, coordinación motora.

### **Consideraciones previas a la evaluación**

- La evaluación debe hacerse con la participación de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado (sin ruidos molestos), con ropa cómoda, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Se explicará a los padres los logros del desarrollo que su hijo debe alcanzar según su edad, para que puedan estimularlo adecuadamente en su hogar.
- En la primera evaluación explorar sobre la existencia de factores de riesgo para el desarrollo.
- Para la aplicación de los instrumentos de evaluación el profesional de enfermería debe ser experto en el manejo de la guía y la batería respectiva para cada prueba, garantizando que durante la evaluación la atención del examinador se centre en la niña o niño y no en el material impreso.
- Los instrumentos deben administrarse sólo si la niña o niño está tranquilo y muestra condiciones adecuadas de salud. Si la niña o niño

- llora, está irritable, con sueño o enfermo, orientar y citar a los padres y/o responsables el cuidado de la niña y niño para evaluación posterior
- El control de crecimiento y desarrollo de las niñas o niños prematuros se deberá realizar en establecimientos de salud de nivel 2 ó 3; es responsabilidad del médico pediatra, profesional de enfermería o médico
  - general y se debe usar edad corregida hasta los 2 años.

## **CRITERIOS PARA LA INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS**

- La interpretación de resultados será de acuerdo al instrumento utilizado:
- Evaluación de niñas y niños de 0 a 30 meses utilizando el Test Peruano de desarrollo del niño. Los resultados pueden ser:
- Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
  - Riesgo para trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo.
  - Trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra:
    - ✓ Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito
    - ✓ Desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos.
    - ✓ Desviación a la izquierda de dos meses o más en un solo hito.
    - ✓ Desviación a la izquierda de dos meses o más en dos ó más hitos.

- ✓ Desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.

**Manejo de problemas del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.**

Durante la evaluación del desarrollo el profesional, explicará y demostrará a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño, el modo y las pautas de estímulo del niño de acuerdo a los resultados obtenidos:

- Desarrollo normal: Felicitar a los padres o cuidadores y mencionar los logros del niño o niña vinculados al niño. prácticas realizadas. Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y controlar de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.
- Riesgo para trastorno del desarrollo: Analizar con los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño el factor o situación de riesgo detectado e identificar mecanismos para su disminución. Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación. En estos casos es necesario involucrar a la familia en el seguimiento para garantizar el control de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.
- Trastorno del desarrollo: El manejo se hará con base a los factores causales encontrados y de acuerdo a lo descrito a continuación: Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un mes en uno o más hitos:
  - ✓ Explicar y demostrar a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño las medidas y pautas de estimulación que debe realizar en casa relacionadas con los factores y el trastorno encontrado, durante 2 meses, según el esquema del desarrollo. Realizar como mínimo una visita domiciliaria antes del siguiente control.

- ✓ Reevaluar al niño cada mes. Si después de 2 meses de seguimiento con pautas de estimulación no mejora, referirlo al establecimiento de salud de mayor complejidad. Si el perfil muestra desviación a la izquierda de dos o más meses en uno o más hitos o el perfil muestra
  - Desviación a la izquierda de un solo hito asociado a un factor de riesgo: Referirlo inmediatamente al establecimiento de salud de mayor complejidad y asegurarse que la referencia sea efectiva; así mismo verificar la contra referencia para continuar con el seguimiento. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.
- ✓ Déficit del desarrollo: Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y citar en 2 semanas para control si mejora continuar con los controles de acuerdo al calendario según edad; si no mejora, derivar al nivel superior para evaluación por especialista. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia. La referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutoria para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos del desarrollo y se ajustará a la normatividad vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del niño.(norma técnica AIEPI)

### 2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

- a) **Crecimiento:** Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.
- b) **Desarrollo:** Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.
- c) **Control de Crecimiento y Desarrollo:** Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidad.
- d) **Crecimiento Inadecuado o Riesgo del Crecimiento:** Condición en la niña o niño que evidencia, pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso, longitud o talla, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aún de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad ( $\pm 2$  DE)



### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizó a través del análisis retrospectivo de documentos del año 2015-2016, utilizándose:

- Registros de enfermería
- Hojas HIS-SIEN
- Relación del padrón nominal
- Estadísticas del establecimiento del grupo en estudio.

#### **Autorización:**

Se solicitó la autorización respectiva a la Gerencia del Establecimiento de Salud, a fin de tener acceso a las historias clínicas y a los reportes estadísticos antes mencionados (SIEN-HIS)

#### **3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Mi experiencia profesional se inicia desde el año 2010, época en que realice el SERUMS en el establecimiento I-3 EL INDIO pertenece al distrito de Castilla. Considerada como zona de extrema pobreza. Allí desempeñe labores asistenciales en el servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño realizando actividades tanto extramurales (visitas domiciliarias) como intramurales (consultorio de enfermería) además he, realizando labor y administrativa y de capacitación en servicio del personal de salud.

Las actividades preventivas promocionales son la piedra angular de la enfermería en el primer nivel de atención, nos permite que a través de la educación que se brinda a la población obtener buenos resultados todas estas actividades con bases científicas.

Asimismo, En el centro de salud Pachitea me inicié como enfermera hace 5 años de los cuales mi labor asistencial en el consultorio de crecimiento y desarrollo me ha permitido realizar la atención integral del binomio madre niño, realizando el control de crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones, consejerías nutricional re integral a la madre, realizando una práctica de calidad en la atención del niño,

Actualmente me encuentro laboran desde el año 2014, en el centro de salud I-3 San José mi labor, se centra en la atención del consultorio de crecimiento y desarrollo las actividades preventivo promocional están dirigidas a madres /cuidador del niño aplicando el paquete de atención integral del niño, también a las familias de nuestra comunidad mediante las visitas domiciliarias (sesiones educativas y demostrativas, talleres,) todo este tiempo ha sido muy valioso pues me ha permitido enriquecer mis conocimientos científicos y aplicarlos a la práctica y por ende dar una atención de calidad y con calidez.

### 3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

En el transcurso de mi experiencia como enfermera del área de control del crecimiento y desarrollo del niño sano, se me ha permitido identificar algunos problemas que afectan la calidad de vida de los niños de esta localidad, he priorizado los que tienen mayor incidencia. el establecimiento de salud de San José durante el año 2015 ha tenido una población asignada de 332 niños en estudio (menor de 1-2 años) de los cuales tuvieron ganancia inadecuada (319), en el año 2016 esta proporción disminuyo siendo, Población asignada fue de (449) tuvieron una ganancia inadecuada (255)

Una de las enfermedades de mayor relevancia es la **desnutrición infantil**, pues genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de toda la vida del niño.

El retardo del crecimiento empiezan a los 6 meses cuando inicia la ablactaciones en donde existe mayor incidencia parece ser que existen factores asociados: enfermedades prevalentes como anemia, parasitosis IRA, EDA, no ingesta de una dieta balanceada por desconocimiento y bajos recursos económicos permiten que el niño presente riesgo nutricional por defecto y esto ocurre en el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, es una fase de gran vulnerabilidad

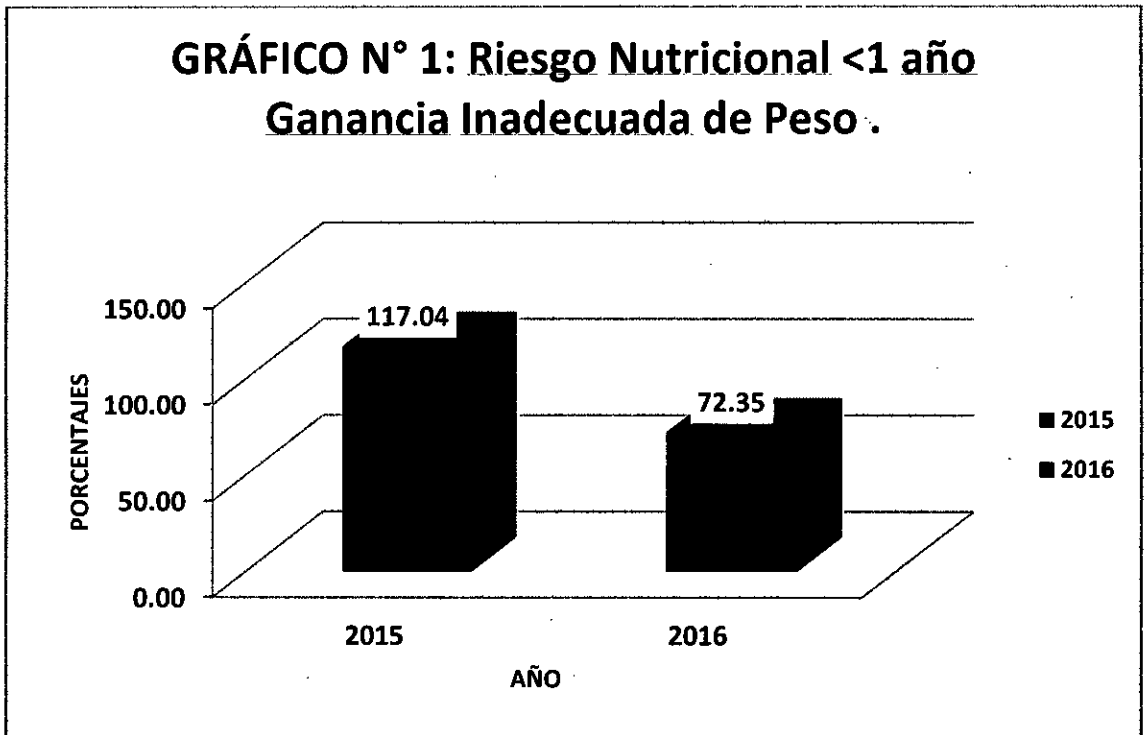
Esto fue motivo por el cual se diseñó un plan de trabajo de intervenciones preventivo- promocional en la cual se tomaron en cuenta los siguientes aspectos:

- Consejería de alimentación complementaria adecuada
- Lactancia materna
- Lavado de manos, en todo momento al manipular al niño
- Descarte de anemia
- Descarte de parasitosis-test de Graham
- Administración de vitamina
- Administración de multimicronutrientes
- Administración de inmunobiológicos de protección(vacunas)
- Sesiones educativas y demostrativas en prácticas
- Se brinda la consejería a la madre, haciendo que la madre se comprometa a seguir las indicaciones.
- Se programan las citas semanales para hacer la evaluación y seguimiento del niño en el consultorio
- Evaluación de los antecedentes maternos y del parto.

- Evaluación de factores socioculturales de la familia.
- Evaluación antropométrica del niño.
- Evaluación de enfermedades recurrentes del niño o.
- Se brinda la consejería a la madre, haciendo que la madre se comprometa a seguir las indicaciones.
- Se programan las citas semanales para hacer la evaluación y seguimiento del niño en el consultorio.

#### IV. RESULTADOS

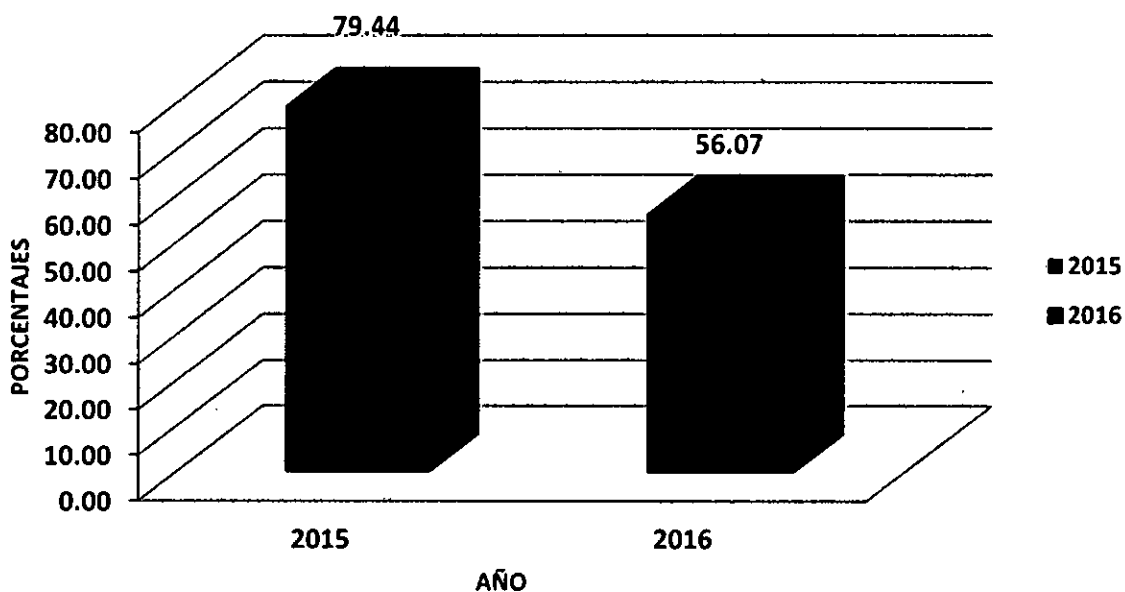
**GRÁFICO N° 1: Riesgo Nutricional <1 año  
Ganancia Inadecuada de Peso .**



**Cuadro N° 2**  
**Ganancia Inadecuada de Peso en niños de 1 año**

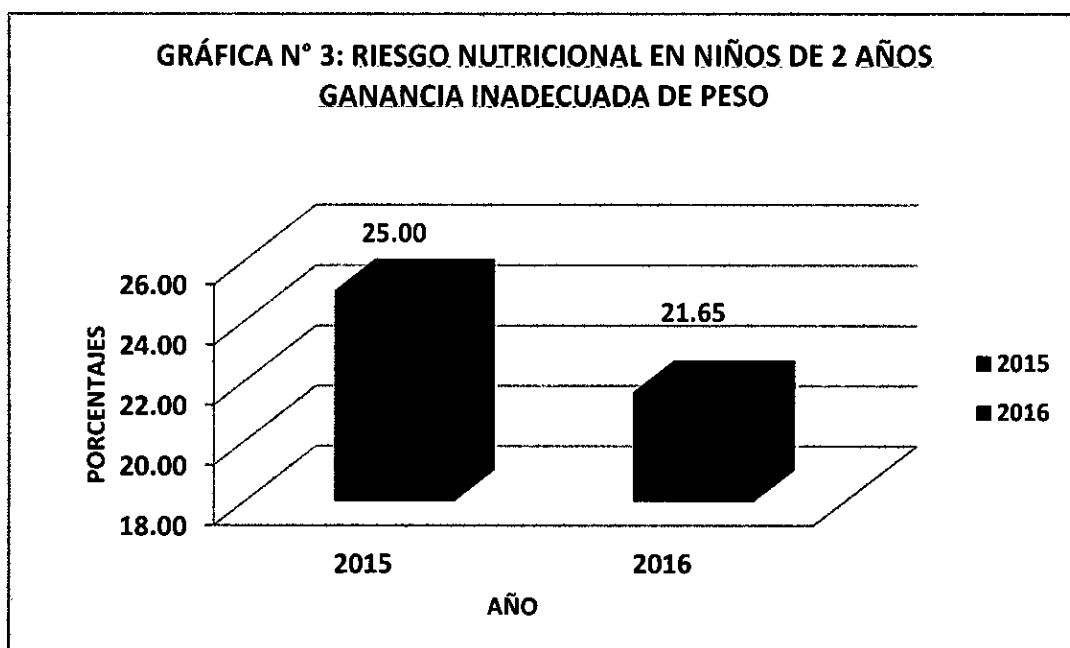
UNIDAD DE MEDIDA	AÑOS			
	2015		2016	
	EJEC	%	EJEC	%
<b>GANANCIA INADECUADA DE PESO</b>	255	79.44	180	56.07

**GRÁFICA N° 2:**  
**RIESGO NUTRICIONAL EN NIÑOS DE 1 AÑO**  
**GANANCIA INADECUADA DE PESO**



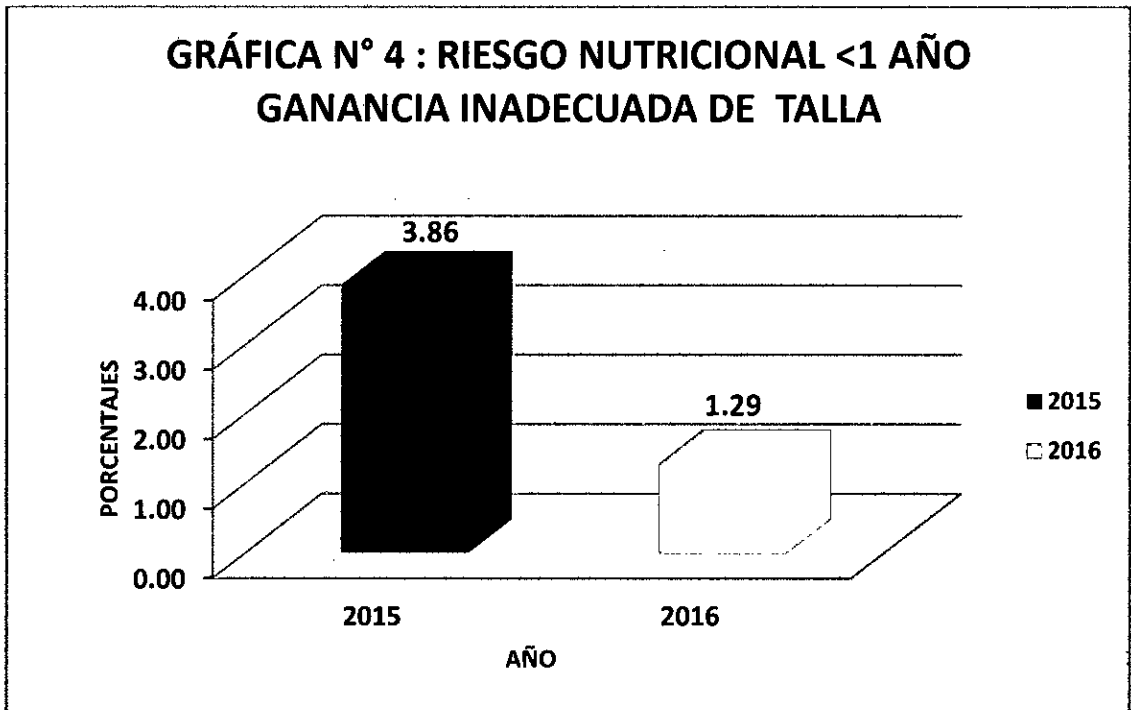
**Cuadro N° 3**  
**Ganancia Inadecuada de Peso en niños de 2 años**

UNIDAD DE MEDIDA	AÑOS			
	2015		2016	
	EJEC	%	EJEC	%
GANANCIA INADECUADA DE PESO	82	25.00	71	21.65



**Cuadro N° 4**  
**Ganancia Inadecuada de Peso en niños de 2 años V**

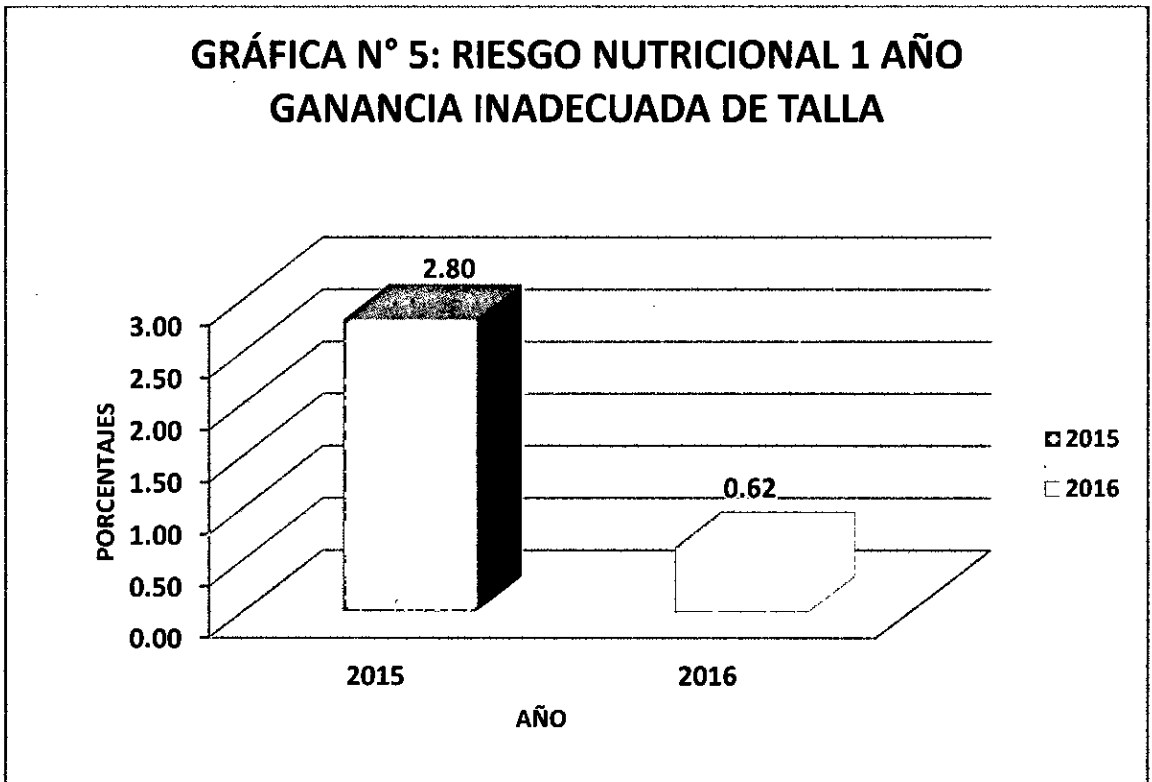
RIESGO NUTRICIONAL	AÑOS			
	2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%
Ganancia Inadecuada de talla	12	3.86	4	1.29





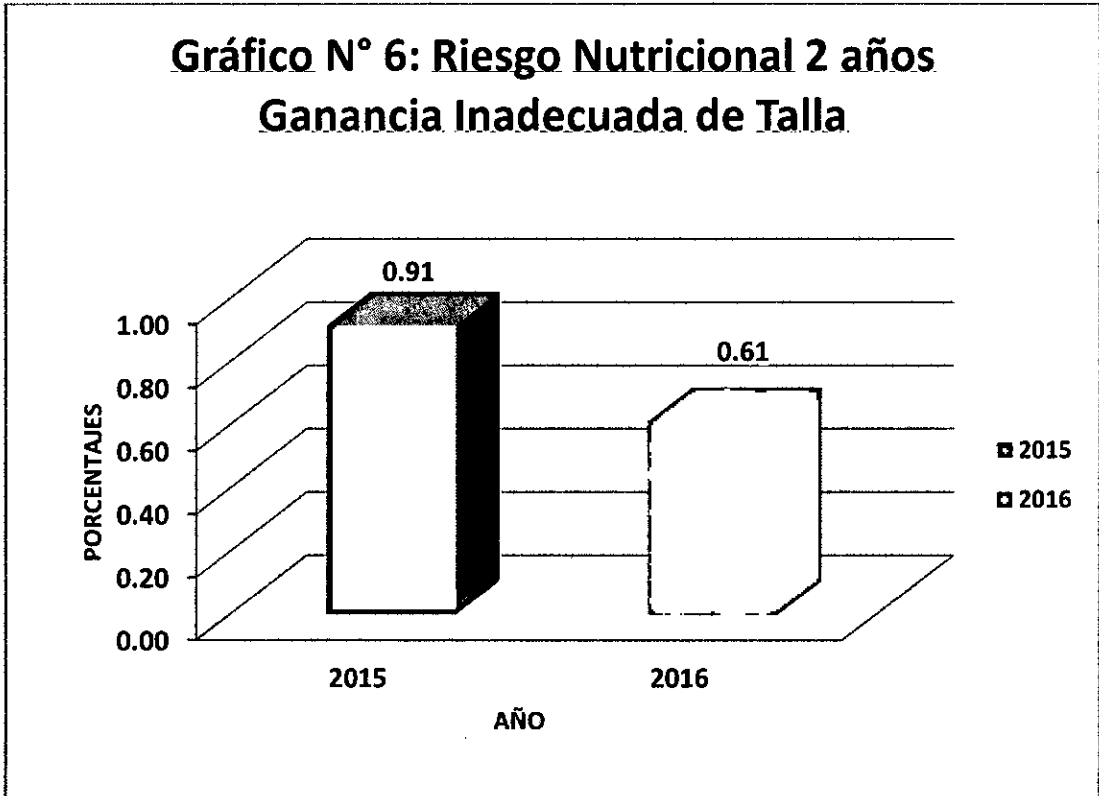
**Cuadro N° 5**  
**Ganancia Inadecuada de Peso en niños de 1 años**

UNIDAD DE MEDIDA	AÑOS			
	2015		2016	
	EJEC	%	EJEC	%
GANANCIA INADECUADA DE TALLA	9	2.80	2	0.62



**Cuadro N° 6**  
**Ganancia Inadecuada de Peso en niños de 1 años**

Unidad de Medida	AÑOS			
	2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%
Ganancia Inadecuada de talla	3	0.91	2	0.61



#### IV. CONCLUSIONES

- En el centro de salud i-3 san José durante el año 2015 hubo mayor cantidad de niños <2a en riesgo nutricional, siendo los factores determinantes fueron: mala practicas de higiene (lavado de manos)desconocimiento de la madre en la preparación de dieta balanceada, enfermedades prevalentes (IRA, EDA)no ingesta del micro nutrientes
- En el año 2016 el riesgo de niños con dsn <2 bajo a un probamente a que se aplico un plan de trabajo integral en el cual se desarrollaron actividades preventivo promocionales con participación de la familia y comunidad con énfasis en consejerías nutricionales y buenas practicas de higiene y saneamiento.

## V. RECOMENDACIONES

- Intensificar ,las visitas domiciliarias Sensibilizando a las familias con niños con algún riesgo ,realizando el monitoreo del MMN ,y las recomendaciones brindadas por el personal de enfermería y puedan cumplir con el objetivo planteado y no sufran recaídas.
- Mayor amplitud del presupuesto para salud para asegurar la participación del personal profesional en el trabajo enfermero así poder menguar la demanda.( Seguimiento de MMN)
- Seguir con ferias de salud tratando de incentivar la ingesta de una dieta balanceada con productos de la región, a menor costo y con buen valor nutritivo. Mediante consejerías, sesiones educativas y demostrativas.
- El MINSA como ente rector deberá supervisa los alimentos con la fortificación adecuada.(harinas otros con fortificantes)

## VI. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Anemia durante el embarazo. Boletín. Lima – Perú, 1995.
2. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Recetas variadas, nutritivas y baratas. Recetario. Lima – Perú, 1999.
3. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Comiditas espesas para los más pequeñitos. Recetario. Lima – Perú, 1999.
4. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Guía de Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos para Niños y Mujeres en Edad Fértil. Lima – Perú, 2001.