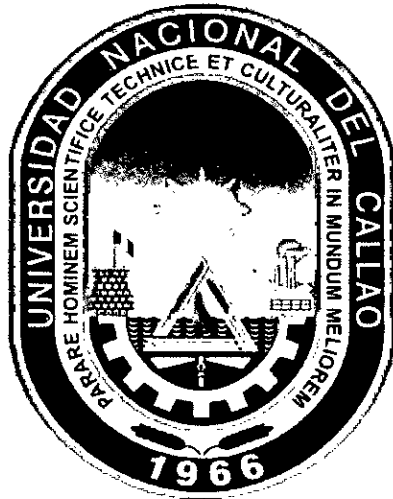


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN EL
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO
2010-2013 E.S- I.3- NUEVA ESPERANZA-PIURA**

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

SILVIA MARGOT GUERRA SERNAQUÉ

**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: 271

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

Resolución Decanato N° 1729-2017-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.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	7
1.3 Justificación	7
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	10
2.3 Definición de Términos	15
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	17
3.1 Recolección de Datos	17
3.2 Experiencia Profesional	17
3.3 Procesos Realizados del Informe	22
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	36
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIALES	38
ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional tiene por finalidad presentar mi experiencia profesional en la intervención de enfermería en la atención de CRED en el servicio de Enfermería, consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Establecimiento de Salud (E.S.) I-3 “Nueva Esperanza” de Piura en los años 2010 al 2013.

Así mismo, contribuirá al conocimiento en la problemática del desarrollo de las actividades del CRED. Espero que este informe sirva de referencia de la intervención de enfermería a otros profesionales de la especialidad en el área de Crecimiento y Desarrollo.

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad (1). El gobierno peruano promueve la salud preventiva en los menores de edad a través de dos acciones importantes: la vacunación o inmunización oportuna y el monitoreo regular del crecimiento y desarrollo, especialmente en la primera infancia (2).

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe el planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos; el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional; capítulo IV: resultados; capítulo V: conclusiones, capítulo VI: las conclusiones y el capítulo VII: referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA:

Si bien el Ministerio de Salud (MINSA), en su documento de Norma de Atención Integral de Salud del Niño, estipula como objetivo principal “promover un óptimo crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, con la activa participación de la familia, las organizaciones, instituciones comunales, el sector salud en conjunto, promoviendo a nivel de los hogares prácticas de estimulación y de desarrollo psicomotor que ayuden al niño a alcanzar al máximo sus potencialidades”. Con ello el sector salud, se involucra en el proceso de crecimiento y desarrollo de los niños realizando el acompañamiento y evaluación del mismo, así como de promover los vínculos afectivos, condiciones físicas, sociales políticas y culturales que conlleven a optimizar ese proceso (4).

Respecto a la cobertura de la atención CRED en los servicios de salud, se evidencian resultados poco alentadores. Según el Sistema de Información de Consulta Externa HIS-MINSA, se reportó que existe una cobertura del 42,3% a nivel nacional (enero a diciembre de 2013) para las atenciones de CRED en niños entre uno y once meses de edad (4). Considerando que el CRED busca evaluar en periodos cortos (30 días) el crecimiento y el desarrollo del niño desde su nacimiento, el bajo porcentaje de coberturas adecuadas nos indicaría que los niños no están siendo monitoreados oportunamente y estaría influyendo en los altos índices de desnutrición, anemia y otros problemas de salud que se observan en diferentes regiones del país. Así, Aparco *et al.* Señalan que, si bien se han reducido las prevalencias de desnutrición crónica, no se evidencia un efecto importante de las intervenciones dirigidas a reducir la inequidad y promover un crecimiento saludable en los niños menores de 5 años del país (5).

En los últimos años las coberturas de CRED han ido mejorando en el Perú; sin embargo no ha sido posible lograr la meta de llegar al 95% que es lo ideal.

Anualmente se aprecia que la falta en el logro de coberturas se asume como limitación o incapacidad del servicio para organizarse en torno al cumplimiento de una meta que generalmente obedece a una programación con base poblacional y sustentada con la asignación de horas-hombre que son presupuestados dentro del Plan de Salud Local (PSL) anual. Si bien la programación se debe realizar casi al término del año anterior no siempre esto se hace oportunamente, ya sea por la demora en la definición de los criterios de programación o del cálculo poblacional por parte de la DIRESA-Piura.

En el Establecimiento de salud I-3 Nueva Esperanza ubicado en el sector Oeste de Piura, según evaluación de datos estadísticos de las coberturas de atención de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, de los años 2010-2013 realizada durante mi experiencia profesional, se pudo observar menor cobertura en el grupo de niños de 2 a 4 años, en relación a los otros grupos (menor de un año y un año) originado por diversas condiciones de tipo organizacional, presentadas durante ese periodo como: Insuficiente recurso profesional de enfermería (la renuncia de una Licenciada de Enfermería), que originó discontinuidad en las atenciones, atendándose menos niños, priorizándose los grupos de menor y un año, ya que sólo quedó una Licenciada de enfermería realizando la atención, agregado a ello la presencia de actividades contingenciales, como campañas de vacunación AH1N1, atención de brotes epidémicos Dengue, alerta roja decretada por el MINSA, originándose así una multifuncionalidad, que originó que el profesional de enfermería no realice las actividades de control CRED del niño menor de 5 años a cabalidad, sobretodo de los niños de 2 a 4 años.

El calendario de los controles de crecimiento y desarrollo del niño de 1 año, fue modificado agregándose más controles, generando mayor demanda de horas de trabajo a este grupo etario, limitando a la vez la de los niños de 2 a 4 años.

El grupo etario de los niños de 2 a 4 años, es el que menos acude por el control CRED y agregado a ello no se contaba con un adecuado sistema de captación y seguimiento.

Parte de nuestra población de los niños de 3 y 4 años por ser preescolares, son atendidos en centros iniciales de otras jurisdicciones, ya que nuestra jurisdicción sólo cuenta con pocos centros iniciales.

Infraestructura inadecuada para la atención exclusiva de los niños, un solo ambiente, pequeño., además compartido con inmunizaciones, ocupando gran espacio el material de cadena de frío (refrigeradora). Así mismo, no se contaba con suficiente y adecuado material logístico mínimo para las actividades extramurales, como balanza de baño, tallímetro, muchas veces malogrados u obsoletos.

Todas estas causas mencionadas se presentaron en su mayoría en el año 2010, y se tomó como referencia por presentar al semestre coberturas muy por debajo de lo esperado, sobretodo en el grupo de niños de 2 a 4 años, resumiéndose en incumplimiento de las metas establecidas para la cobertura de atención de crecimiento y desarrollo; ya que al no lograrse una cobertura adecuada se estarían formando bolsones de riesgo sanitario con alto índice de morbilidad, sobretodo de las enfermedades inmunoprevenibles,(influenza, neumonía, rubeola, parotiditis, sarampión), desnutrición, anemia, EDAS, parasitosis, Iras, violencia familiar, que mayormente se presentan en estas edades.

Por ello para afrontar las causas que generaron bajas coberturas de atención de crecimiento y desarrollo en el grupo de niños de 2 a 4 años, se desarrolló un Plan de medidas de Intervención, orientado a mejorar y mantener la cobertura y poder terminar la cobertura anual

con niveles aceptables y por ende con una niñez más protegida, controlada y con mejor calidad de vida.

El Plan de las medidas de intervención involucró las siguientes actividades:

Gestión ante la jefatura del establecimiento y gerencia de la ACLAS, para solicitar dos recursos profesionales de Enfermería la misma que se concretizó (una Licenciada de enfermería por 8 horas y otra Licenciada por 4 horas); quedando un total de tres licenciadas de enfermería, incluyendo la nombrada que ya trabajaba en el establecimiento de salud.

Se reforzaron las atenciones de control cred a nivel intramural con dos consultorios habilitados en el turno de la mañana y tarde con un rendimiento aproximado de 20 niños turno mañana y 10 niños turno tarde (turno tarde en su mayoría para los niños de 2-4 años citados previa visita domiciliaria) y a nivel extramural para los niños de 2 a 4 años en poblaciones cautivas, previa coordinación con los responsables (wawawasis, Pronoeis, Centros iniciales).

Se Mejoró e implementó el sistema de captación y seguimiento de los niños de 2 a 4 años., a través de la visita domiciliaria, tarjetas y utilizando fichero por cada año y por cada control.

Monitoreo quincenal y evaluación mensual de las actividades programadas para intervención.

Sesiones educativas sobre la importancia del control CRED, con énfasis en el grupo de niños de 2-4 años, dirigidas a los padres de familia y en centros iniciales a las APAFAS.

Por ello las medidas de intervención, se convierte en un tema de interés para los profesionales, porque determina la efectividad dada por el profesional de enfermería que desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud.

He aquí la relevancia de valorar en forma oportuna, las causas o factores que originan los problemas, en este caso la baja cobertura, para minimizar al máximo el costo personal, social y gubernamental, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la niñez.

1.2. OBJETIVO

Describir la experiencia profesional de la intervención de Enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del niño.

1.3. JUSTIFICACIÓN

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las medidas de intervención realizadas en el E.S. I-3 “Nueva esperanza” de Piura, dirigidas a mejorar las coberturas de CRED que mostraron bajos niveles en el período 2010-2012, en el grupo etario de 2-4 años, todo lo anterior con el propósito de evitar niños no controlados que estarán más expuestos a enfermar, sobretodo de parasitosis, desnutrición, EDAs, IRAs, anemia y por consiguiente con mayor costo social al incrementar el riesgo de morbimortalidad.

Así mismo el presente informe beneficiará a los enfermeros que atienden a los niños en el servicio de control de crecimiento y desarrollo. Así mismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia, para desempeñar con éxito la labor y brindar una excelente atención.

II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes:

Elena Gonzales-Achuy, Lucio Huamán-Espino, Juan Pablo Aparco y colaboradores en el año 2012 realizaron un estudio cuyo título es: "Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco", el cual tenía por objetivo: Identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Amazonas, Loreto y Pasco, Perú, de enero a diciembre de 2012. Desarrollaron un estudio de casos-contróles pareados. Se definió como caso al niño que no completó 11 controles CRED hasta cumplir 11 meses de edad, y como control, aquel niño con 11 controles CRED para la misma edad. La relación entre cada factor con el cumplimiento del CRED se estableció mediante la prueba de McNemar ($p < 0,05$) y como medida de fuerza de asociación el *odds ratio* (OR) para muestras pareadas (IC 95%). Encontraron siete factores, luego del control de diversas variables, están asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED. El factor común, en las tres regiones, fue que se dejó de atender alguna vez al niño; lo que se asoció, de tres a cinco veces, con la chance de no cumplir los controles CRED en Loreto y Pasco, mientras que en Amazonas se presentó un efecto opuesto (OR 0,58; IC 95% 0,41-0,81). Concluyeron que existen factores relacionados con el cumplimiento del CRED en niños menores de un año que varían según región. Uno de los principales obstáculos identificados son las múltiples funciones que deben desarrollar los profesionales que laboran en CRED, por lo que se pierden oportunidades de atención al niño; en tal sentido debe garantizarse la dotación suficiente de personal e inculcar permanentemente el buen trato que debe brindarse a los pacientes. (8)

Reyes Paredes, Sandra Lizeth, en el año 2010 realizó un estudio sobre "Factores asociados a la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo de los lactantes que acuden al C.M.I. "San Fernando", cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a la asistencia al Control de Crecimiento y Desarrollo de los lactantes. El método fue descriptivo, tipo cuantitativo, nivel aplicativo. La muestra estuvo conformado por 118 niños. La técnica utilizada fue la entrevista tipo estructurada mediante un instrumento tipo cuestionario validado por juicio de expertos, obteniendo las siguientes conclusiones: "En relación a los factores de la calidad de atención, que presentan asociación fueron la oportunidad y la satisfacción, en el primer caso, aquellas madres que perciben que la atención brindada en el Consultorio de CRED no es oportuna, los niños presentarán un riesgo 4,9 mayor a tener asistencia irregular, y en el segundo caso, aquella madre que tiene una percepción de insatisfacción con respecto a la atención brindada al niño presenta 24,2 veces más posibilidades que tenga asistencia irregular"(6) El presente trabajo de investigación aportó aspectos teórico conceptuales de calidad de atención.

Ponce-Gómez Judith, Reyes-Morales Hortensia, Ponce-Gómez Gandhi, en el año 2008 realizaron una investigación "Satisfacción laboral y calidad de atención de enfermería en una unidad médica de alta especialidad" México, cuyo objetivo fue describir los factores que [12] intervienen en la percepción de la calidad de atención de enfermería y los que influyen en la satisfacción laboral de la enfermera. El método fue descriptivo de corte transversal. Para la evaluación de la satisfacción laboral de la enfermera se utilizó el instrumento índice de satisfacción laboral y para la medición de la satisfacción del paciente por la atención recibida del personal de enfermería, se empleó un instrumento para evaluar la calidad de la atención de enfermería. El

tamaño de la muestra calculada para proporciones fue de 91 enfermeras y 182 pacientes cuya selección se realizó al azar, en los tres turnos, llegando a las siguientes conclusiones: “50% de los usuarios encuestados considera insuficiente la calidad de atención recibida. Los índices más altos de satisfacción se encontraron en pacientes de 46 a 60 años de edad, escolaridad primaria y licenciatura. La satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como condiciones laborales. Y la satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal. Se concluye que a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto satisfacción del paciente”(10). El presente trabajo de investigación aportó datos diferenciados de resultados a nivel internacional, los cuales se confrontaron con las investigaciones nacionales que se rigen a un mismo tema “calidad de atención de enfermería”

2.2. Marco conceptual:

2.2.1. Cuidado de enfermería en el crecimiento y desarrollo del niño.

- a. Según Kathryn E. Barnard “Modelo de interacción padre-hijo”. Esta teoría procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas.

La teoría de esta autora se centra principalmente en el desarrollo de instrumentos para evaluar la salud, el crecimiento y desarrollo del

niño; a la vez considera a padres e hijos como un tema interactivo.
Fuente: Títulos y Teorías en Enfermería. Mirtha Roile Alligal y Ann Martiner Toney. 7ma. Edición. Elsevier. España 2011.

b. De igual manera Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal.

Propone la necesidad de que los profesionales de enfermería tengan en cuenta el entorno familiar, la escuela, el trabajo, la iglesia y otras entidades de la comunidad como elementos importantes en la adopción de este rol. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona-mujer en comparación de lo que implica el logro del rol maternal (2) se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna (3). El modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, meso sistema y el macrosistema (4).

1. El microsistema es el entorno inmediato donde se produce la adopción del rol maternal, que incluye la familia y factores con el funcionamiento familiar, las relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. Mercer amplió los conceptos iniciales y el modelo para destacar la importancia del padre en la adopción del rol, ya que este ayuda a "difuminar la tensión en la dualidad madre-niño". La adopción del rol maternal se consigue en el microsistema por medio de las interacciones con el padre, la madre y el niño (5).

2. El mesosistema agrupa, influye e interactúa con las personas en el microsistema. Las interacciones del mesosistema pueden influir en lo que ocurre al rol maternal en desarrollo y el niño. Incluye el cuidado diario, la escuela, el lugar de trabajo y otras entidades que se encuentran en la comunidad más inmediata.

3. El macrosistema incluye las influencias sociales, políticas y culturales sobre los otros dos sistemas. El entorno de cuidado de la salud y el impacto del actual sistema de cuidado de la salud sobre la adopción del rol maternal origina el macrosistema. Las leyes nacionales respecto a las mujeres y a los niños y las prioridades sanitarias que influyen en la adopción del rol maternal (6).

Fuente: Títulos y Teorías en Enfermería. Mirtha Roile Alligal y Ann Martiner Toney. 7ma. Edición. Elsevier. España 2011.

- c. Así mismo, Nola Pender en su Teoría: "Modelo conceptual de conducta para la salud preventiva" identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales 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.

El modelo de promoción de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comprobables.

Esta teoría continua siendo perfeccionada y ampliada en cuanto su capacidad para explicar las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria.

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro”

Fuente: Títulos y Teorías en Enfermería. Mirtha Roile Alligal y Ann Martiner Toney. 7ma. Edición. Elsevier. España 2011.

2.2.2. Control de crecimiento y desarrollo del niño

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 y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

2.2.3. Factores asociados al crecimiento y desarrollo.

Durante el proceso de control de crecimiento y desarrollo es indispensable la identificación de los factores condicionantes (protectores y de riesgo) de la salud, nutrición, crecimiento y desarrollo.

Factores protectores

Son aquellas prácticas que favorecen la salud y el proceso de crecimiento y desarrollo del niño como:

Lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses y prolongada hasta los dos años de edad.

Alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad.

Suplementación de micronutrientes (hierro, vitamina A).

Cumplimiento oportuno y completo del esquema de vacunación.

Promover el correcto lavado de manos, higiene corporal y de cabello.

Proteger al niño con ropa adecuada y limpia de acuerdo al clima.

Continuarla alimentación de forma fraccionada y dar líquidos a los niños cuando están enfermos.

Reconocer los signos de peligro de las enfermedades prevalentes para el traslado oportuno al establecimiento de salud.

Afectividad entre padres hijos y otros miembros de la familia.

FACTORES DE RIESGO

Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

2.2.4. Actividades de control de crecimiento y desarrollo

Examen físico

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

Suplementación con micronutrientes.

Evaluación del crecimiento y estado nutricional.

Evaluación del desarrollo.

2.3. Definición de términos

COBERTURA DE SALUD

Se define o se calcula y o se evalúa empleando indicadores relacionados con la disponibilidad o con la capacidad potencial para cubrir la demanda esperada en la población residente de una área geográfica determinada. Es la capacidad que tiene un gobierno para atender la demanda de servicios básicos de salud de una población.

La cobertura considera estadísticamente el número de habitantes que están en contacto potencial con el servicio de salud, y otros elementos que tienen acceso al servicio como; infraestructura del servicio, tipo de demanda y capacidad de resolución, posibilidades reales de acceso, posibilidades de derivación a otros niveles de mayor complejidad, acceso a medicamentos siendo también de mucha importancia la situación geográfica: el nivel primario (poco sofisticado) hasta el nivel terciario (hospital de concentración).

La cobertura de salud se define como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud, incluyendo medicamentos y financiamiento.

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.

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.

PROGRAMACIÓN

Es aquella que formula actividades en concordancia con los "objetivos de salud" y las intervenciones sanitarias priorizadas, la cual busca primordialmente la ejecución de las metas e intervenciones colectivas de tal forma que minimice las enfermedades de interés en salud pública, con el fin de mejorar la situación de salud de la población del municipio mediante acciones individuales y colectivas, con inclusión a la población pobre y vulnerable que permitan mitigar y reducir los riesgos de enfermar y morir, con la vigilancia de las condiciones de salud pública y acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, ejecutándose anualmente.

III EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos:

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como informes mensuales, servicio de estadística del establecimiento de salud. Así mismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la jefatura del servicio y del establecimiento de salud.

Recolección de datos.

Procesamiento de datos.

Resultados.

Análisis e interpretación de los resultados.

3.2. Experiencia profesional:

Mi experiencia profesional se inicia el 16 de Agosto del año 1984, en el establecimiento de salud de Morropón en el cual trabajé durante dos años, los cuales me nutrieron de una experiencia enriquecedora, de los diferentes servicios que tuve a mi cargo, especialmente el servicio de control de crecimiento y desarrollo, luego fui asignada, a través de un concurso al Establecimiento de salud de Castilla en la ciudad de Piura, llamada en ese tiempo maternidad de Castilla en el cual trabaje durante un año asignándoseme al área de inmunizaciones, lo cual me permitió reforzar esa área, tanto en el aspecto asistencial como administrativo en la parte intramural y extramural. Después fui asignada al establecimiento de salud I-3 Nueva Esperanza, de la misma ciudad de Piura, donde actualmente laboro, haciéndome cargo de todas las estrategias sanitarias ya que

era la única enfermera en un inicio, contando así con 33 años de labor asistencial, durante los cuales, he podido desempeñarme aplicando mis conocimientos teóricos y prácticos donde me he desenvuelto, basados en principios científicos, garantizando una atención con calidad y calidez. Así mismo todo ello me ha permitido conocer diferentes escenarios, situaciones, personas, familias, comunidades cada uno con sus diversos problemas, necesidades, que hicieron posible poder compartir con ellos mis enseñanzas y experiencias.

Mis años de experiencia, los he ejercido en actividades preventivas, promocionales, asistenciales y recuperativas, en el primer nivel de atención de un establecimiento de salud. Cabe resaltar que anteriormente, según el cuadro de asignación no se consideraba más de una enfermera en un establecimiento de salud, por lo que en muchos años, ejercí casi todas las funciones de los diferentes programas, hoy en día llamadas estrategias.

Mis actividades, las he venido ejerciendo en los diferentes programas o estrategias como: control de crecimiento y desarrollo del niño, inmunizaciones, control y prevención de malaria, control de Tuberculosis, dengue, control y prevención de Hipertensión Arterial, diabetes, salud ocular, control y prevención del cáncer, salud familiar (atención integral a la familia); las cuales las he venido desarrollando tanto a nivel intramural como extramural.

- Recuento de la experiencia profesional

Mi experiencia profesional en el servicio de enfermería, en el consultorio de crecimiento y desarrollo se inicia el 16 de Agosto del año 1984, en los diferentes establecimientos de salud, por los que tuve la oportunidad de trabajar, y actualmente en el establecimiento I-3 Nueva Esperanza desde el año 1987, durante los cuales, he podido desempeñarme aplicando mis conocimientos teóricos y prácticos inherentes al área donde me desenvuelto, basados en principios científicos, garantizando para el niño una atención con calidad y

calidez . Estos años de experiencia ejercidos en el área de crecimiento y desarrollo me han permitido ir observando los avances de esta estrategia, desde sus inicios hasta la actualidad tanto en sus protocolos, normas técnicas, test de desarrollo (Denver, EEDP, TEPSI, Test Peruano), mejores insumos, mejores coberturas de atención y sobretodo mayor número de recurso humano profesional.

En el consultorio de crecimiento y desarrollo, las atenciones con el tiempo han, ido mejorando, tanto en la oferta como en la demanda.

Existe buena demanda de niños, sobre todo los menores de un año, haciéndose la observación que en el grupo de niños de 2 a 4 años, la demanda siempre era menor. Se atendía un total de 15 a 20 niños, durante un sólo turno, hasta ir gradualmente llegando a 30 ó 40 niños aproximadamente en los dos turnos (mañana y tarde). La atención se realiza por orden de llegada según el día citado.

Las actividades de crecimiento y desarrollo se realizan tanto intramurales como extramurales; que en sí son:

- Intramurales: atención misma del control CRED, brindándose todo el paquete integral de actividades a los niños, sesiones educativas sobre el cuidado del niño, y sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria, lactancia materna.
- Extramurales: control CRED en poblaciones cautivas (programa WAWAWASI, programa CUNAMÁS, PRONOEIS, centros de educación inicial), seguimiento a través de la visita domiciliaria por diversas causas detectadas, sesiones educativas sobre el cuidado del niño, sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria y lactancia materna, lavado de manos.

En cuanto a la atención, para el seguimiento de los niños se manejaba un sistema de citas por mes, y por número de control, organizado en un tarjetero, el cual nos permitía observar el niño que no asistía, para luego ir a visitarlo y citarlo a que acuda a recibir su

respectivo control reforzando de esa forma la visita domiciliaria, así mismo los problemas detectados mayormente fueron de desnutrición en los niños a partir de un año y los casos de déficit o retraso motor en los niños menores de 1 año los cuales fueron tratados oportunamente, con resultados favorables a corto y mediano plazo, reforzados con las consejerías de alimentación y estimulación temprana, y monitoreo constante del cumplimiento de lo recomendado.

Dentro del control CRED, también se desarrollaron actividades complementarias de promoción como: festivales del churre sano, campañas de vacunación, concursos del churre mamón, sociodramas sobre las enfermedades prevalentes, como las EDAs, en diferentes escenarios: comedores, WAWAWASI, colegios, establecimiento de salud, sesiones educativas sobre el cuidado del niño, Enfermedades prevalentes (IRAS, EDAS).

- Descripción del área laboral
 - a) Organización: El E.S I-3 Nueva Esperanza, situado en el sector Oeste de Piura cuenta con una población de 30,000 habitantes al 2013, con 200 manzanas, 10 sectores, y con una población infantil menor de 5 años constituyendo parte de la Asociación Civil CLAS "Santa Rosa" (persona jurídica de Derecho Privado) en la modalidad de administración compartida.
 - b) En cuanto al número recursos humano profesionales era insuficiente, ya que sólo se contaba con 2 recursos que asumían el trabajo de esta estrategia -uno nombrado y uno contratado bajo modalidad CAS- los mismos que no estaban a dedicación exclusiva, pues tenían la responsabilidad de realizar otras actividades de las demás estrategias asignadas al servicio de enfermería. Cuenta con un manual de organización y funciones y un organigrama jerárquico funcional.

- c) Cuenta con una infraestructura inadecuada para la atención de los usuarios, especialmente para la atención de las estrategia de CRED contando con un solo consultorio y pequeño donde se realizan conjuntamente las actividades de inmunizaciones, crecimiento y desarrollo, así mismo no se contaba con el material logístico suficiente y adecuado (batería, balanzas, tallímetro, infantómetro, formatos de atención).
- d) El E.S. I-3 Nueva Esperanza, brinda prestaciones de salud de las diferentes estrategias sanitarias aprobadas por el Ministerio de Salud a través de los servicios de medicina, obstetricia, Enfermería, laboratorio, farmacia, psicología, dental, tóxico, salud ambiental, nutrición, seguro SIS, en horario de 12 horas.
- Funciones desarrolladas en la actualidad
 - a) Área Asistencial
 - Atención de control de crecimiento y desarrollo en el consultorio, turno tarde.
 - Sesiones demostrativas sobre alimentación y nutrición.
 - Sesiones educativas, referentes al cuidado del niño.
 - b) Área Administrativa
 - Monitoreo y seguimiento de las actividades realizadas, y metas establecidas, con el equipo de trabajo.
 - Evaluación de indicadores, mensualmente
 - Reuniones de trabajo, con el equipo, ante un problema presentado, para analizar y mejorar, así mismo compartir las experiencias, conocimientos, y socializar la norma técnica establecida.
 - c) Área de Docencia: desarrollo de actividad docente asistencial, con alumnas de la Universidad César Vallejo, en los cursos de promoción e internado periférico, con práctica en colegios y familias.

- d) Área Investigación: Esta no se realiza, por limitaciones en tiempo y recursos financieros así como por la falta de estímulo de la institución por parte de la DIRESA-Piura.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe:

Durante mi labor asistencial en el consultorio de CRED, me permitió, vivenciar algunas situaciones como:

Casos relevantes

- CASO N°01 EN SALUD INDIVIDUAL: Mamá acude con su niña de 1 año de edad al control CRED, por primera vez , y refiere que tenía problemas para caminar, por lo que la transportaba en su coche, al obtener los datos generales la madre refiere en sus antecedentes prenatales, no haber recibido controles prenatales y su parto atendido por una partera, así mismo refiere que su parto fue normal, su niña nació con buen peso y lloró rápido, recibió lactancia materna durante 8 meses y estaba al día con sus vacunas, estuvo por un tiempo en la Sierra, donde estuvo enfermiza de los bronquios y recibió varias veces tratamiento médico, luego regresó a Piura. Refiere que por los 10-11 meses, la niña no se podía parar, sólo estaba sentada, y hacía arrastre pero no tenía fuerza para pararse, por lo que acude al control CRED. Se le realiza su control CRED, al examen físico, la niña presentaba flacidez en los miembros inferiores, no se podía parar bien, en su desarrollo en cuanto a sus áreas sociales, lenguaje, coordinación, normal, pero el área motora si afectada, su calendario de vacunas acorde a su edad. Se le dio la consejería respectiva a la mamá en cuanto al problema, y además de ello se hizo un plan de estimulación especialmente en el área motora, así mismo se coordinó con el médico del establecimiento para su reevaluación y su referencia a un centro especializado, además de su plan de estimulación y seguimiento. En el centro especializado le realizaron terapias durante 6 meses tres veces

por semana, y a la vez con el seguimiento respectivo de sus controles en el establecimiento de salud, a través de la visita domiciliaria, para verificar que se cumpla su tratamiento indicado, pudiéndose decir que con la ayuda especializada, el complemento de la labor del seguimiento de enfermería y la buena colaboración de la madre, la niña aunque tardíamente pudo caminar a la edad de 1 año 7 meses, generando así una gran satisfacción de haber contribuido a que la niña mejore su condición, y sea una niña sana y feliz.

- CASO N°02 EN SALUD COLECTIVA: Descubierta en la atención en el área de crecimiento y desarrollo, en el grupo de niños de 2-4 años. En el Establecimiento de salud I-3 Nueva Esperanza ubicado en el sector Oeste de Piura, según evaluación de datos estadísticos de las coberturas de atención de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, de los años 2010-2013 realizada durante mi experiencia profesional, se pudo observar menor cobertura en el grupo de niños de 2 a 4 años, en relación a los otros grupos (menor de un año y un año) originado por diversas condiciones de tipo organizacional, presentadas durante ese periodo como: Insuficiente recurso profesional de enfermería (la renuncia de una Licenciada de Enfermería), que originó discontinuidad en las atenciones, atendándose menos niños, priorizándose los grupos de menor y un año, ya que sólo quedó una Licenciada de enfermería realizando la atención, agregado a ello la presencia de actividades contingenciales, como campañas de vacunación AH1N1, atención de brotes epidémicos Dengue, alerta roja decretada por el MINSA, originándose así una multifuncionalidad, que originó que el profesional de enfermería no realice las actividades de control CRED del niño menor de 5 años a cabalidad, sobretodo de los niños de 2 a 4 años. El calendario de los controles de crecimiento y desarrollo del niño de 1 año, fue modificado agregándose más controles, generando mayor

demanda de horas de trabajo a este grupo etario, limitando a la vez la de los niños de 2 a 4 años.

El grupo etario de los niños de 2 a 4 años, es el que menos acude por el control CRED y agregado a ello no se contaba con un adecuado sistema de captación y seguimiento.

Parte de nuestra población de los niños de 3 y 4 años por ser preescolares, son atendidos en centros iniciales de otras jurisdicciones, ya que nuestra jurisdicción sólo cuenta con pocos centros iniciales.

La Infraestructura inadecuada para la atención exclusiva de los niños, un solo ambiente, pequeño., además compartido con inmunizaciones, ocupando gran espacio el material de cadena de frío (refrigeradora).Así mismo, no se contaba con suficiente y adecuado material logístico mínimo para las actividades extramurales, como balanza de baño, tallímetro, muchas veces malogrados u obsoletos.

Todas estas causas mencionadas se presentaron en su mayoría en el año 2010, y se tomó como referencia por presentar al semestre coberturas muy por debajo de lo esperado, sobretodo en el grupo de niños de 2 a 4 años, resumiéndose en incumplimiento de las metas establecidas para la cobertura de atención de crecimiento y desarrollo; ya que al no lograrse una cobertura adecuada se estarían formando bolsones de riesgo sanitario con alto índice de morbilidad, sobretodo de las enfermedades inmunoprevenibles,(influenza, neumonía, rubeola, parotiditis, sarampión), desnutrición, anemia, EDAS, parasitosis, Iras, violencia familiar, que mayormente se presentan en estas edades.

Por ello para afrontar las causas que generaron bajas coberturas de atención de crecimiento y desarrollo en el grupo de niños de 2 a 4 años, se desarrolló un Plan de medidas de Intervención, orientado a mejorar y mantener la cobertura y poder terminar la cobertura anual con niveles aceptables y por ende con una niñez más protegida, controlada y con mejor calidad de vida.

El Plan de las medidas de intervención involucró las siguientes actividades:

Gestión ante la jefatura del establecimiento y gerencia de la ACLAS, para solicitar dos recursos profesionales de Enfermería la misma que se concretizó (una Licenciada de enfermería por 8 horas y otra Licenciada por 4 horas); quedando un total de tres licenciadas de enfermería, incluyendo la nombrada que ya trabajaba en el establecimiento de salud.

Se reforzaron las atenciones de control cred a nivel intramural con dos consultorios habilitados en el turno de la mañana y tarde con un rendimiento aproximado de 20 niños turno mañana y 10 niños turno tarde (turno tarde en su mayoría para los niños de 2-4 años citados previa visita domiciliaria) y a nivel extramural para los niños de 2 a 4 años en poblaciones cautivas, previa coordinación con los responsables (wawawasis, Pronoeis, Centros iniciales).

Se Mejoró e implementó el sistema de captación y seguimiento de los niños de 2 a 4 años., a través de la visita domiciliaria, tarjetas y utilizando fichero por cada año y por cada control.

Monitoreo quincenal y evaluación mensual de las actividades programadas para intervención.

Sesiones educativas sobre la importancia del control CRED, con énfasis en el grupo de niños de 2-4 años, dirigidas a los padres de familia y en centros iniciales a las APAFAS.

Por ello las medidas de intervención, se convierte en un tema de interés para los profesionales, porque determina la efectividad dada por el profesional de enfermería que desempeña su labor en las diferentes instituciones de salud.

He aquí la relevancia de valorar en forma oportuna, las causas o factores que originan los problemas, en este caso la baja cobertura, para minimizar al máximo el costo personal, social y gubernamental, con el propósito de mejorar la calidad de vida de la niñez.

Las limitantes institucionales determinadas por el insuficiente número de recursos humanos, la infraestructura deficitaria, y la sobrecarga de actividades que son programadas sobre horas ya destinadas a otras actividades (multifuncionalidad); también condicionan que el accionar del licenciado de enfermería se vea afectado para el cumplimiento de metas en Estrategias sanitarias como CRED.

A lo anterior se suman otros motivos que son parte del sistema del MINSA, que improvisa campañas o modifica los criterios de trabajo lo cual hace que el Establecimiento de salud y el servicio no tenga una capacidad de respuesta adaptativa para responder a las nuevas demandas las mismas que no son consideradas al realizarse las programaciones anuales.

Frente a esta situación de incumplimiento de metas y coberturas en estrategias sanitarias tan importantes como CRED, concientiza a la enfermera a analizar la situación, identificar los problemas, sus factores y limitantes; sobre los cuales se formulan y desarrollan planes de intervención orientados a mejorar las coberturas y metas de atención; lo cual es de suma importancia ya que permite describir la calidad de atención que brinda el personal de enfermería, de modo que deben ser de gran eficacia sobre todo en programas o estrategias tan importantes como control de crecimiento y desarrollo del niño.

Logros alcanzados

Durante mucho tiempo se ha contado con un solo consultorio pequeño para atender a los niños, no ofreciendo mucha comodidad y confort, pese a ello, las madres acudían con sus niños, y que después de muchas gestiones, para satisfacción de nuestras madres y niños contamos ya con dos consultorios; así mismo, se cuenta con más profesionales licenciados de enfermería contratados a tiempo completo

IV. RESULTADOS

El punto de inicio para el presente informe es la evaluación de coberturas al término del I-Semestre 2010 en el Servicio de Enfermería del E.S. I-3 "Nueva Esperanza", para lo cual se hizo uso de los datos de los informes Mensuales de los programas de Inmunizaciones y CRED, así como de los registros y bases de datos del HIS/MIS, con lo cual se realizó una evaluación interna al I-Semestre 2010, que finalmente se hizo al 7° mes (Julio) del Servicio de Enfermería, encontrando lo siguiente:

CUADRO 4.1 EVALUACIÓN DE COBERTURAS DE INMUNIZACIONES Y CRED AL I SEMESTRE-2010 DEL E.S. I-3 "NUEVA ESPERANZA"-DIRESA PIURA

GRUPO ETAREO	ACTIVIDAD	COBERTURA AL 31.07.2010	DESCOBERTURA AL 31.07.2010 (COB. ESPERADA 58,7%)
MENOR 1 A	APO-PTV	50,7%	8,0%
1 AÑO	SPR	35,5%	22,6%
1 AÑO-6 MESES	REF.DPT	20,8%	37,9%
4 AÑOS	REF.DPT	8,3%	50,4%
4 AÑOS	REF.SPR	8,3%	50,4%
2 AÑOS	CRED	32,5%	26,2%
3 AÑOS	CRED	17,5%	41,0%
4 AÑOS	CRED	16,2%	42,5%

FUENTE: Servicio de estadística y bases de datos del Sistema HIS/MIS

**CUADRO 4.2 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS
ENERO-JULIO 2010-E.S-I-3-NUEVA ESPERANZA**

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS 2010

ETAPA DE VIDA NIÑO

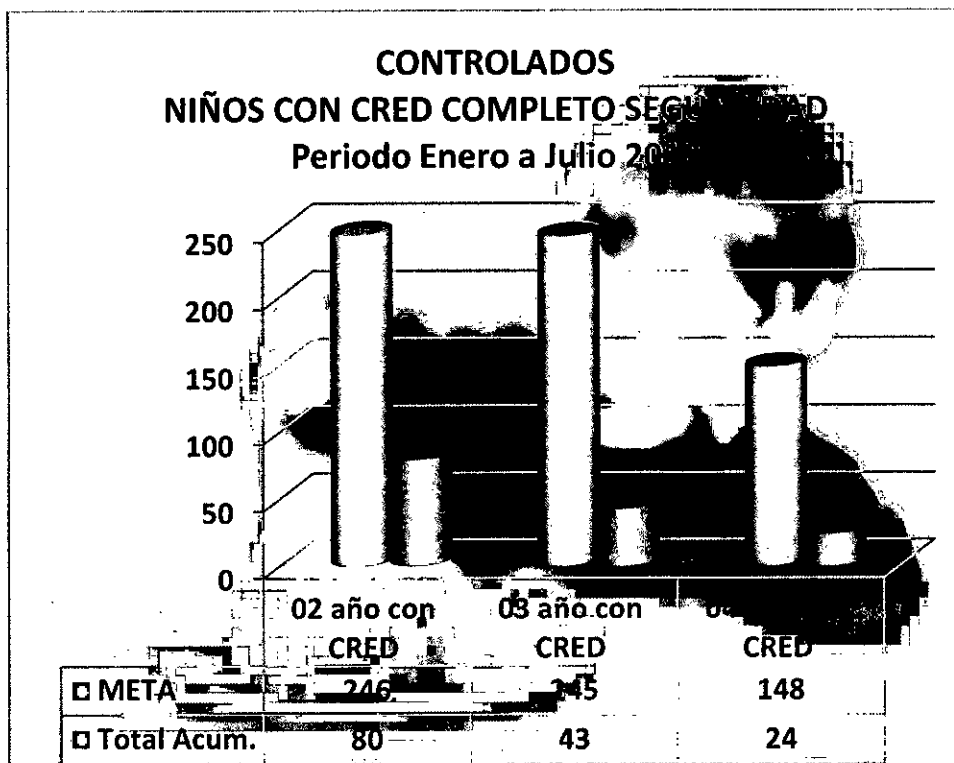
ACTIVIDADES	ATC	ATD	ATENCIÓNES									ATENDIDOS									
			ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	ACUM	COB	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	ACUM	COB	
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS																					
Inmunizaciones: Pentavalente	1,479	493	101	73	114	83	132	73	112	688	46.59	40	16	47	23	51	28	45	258	58.71	
Inmunizaciones: Antipolo	1,479	493	101	73	114	83	132	73	112	688	46.52	40	16	47	23	51	28	45	258	58.71	
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS																					
Control del crecimiento y desarrollo	984	246	15	30	76	85	25	20	23	334	33.94	6	41	17	7	4	3	2	88	32.52	
Control del crecimiento y desarrollo	980	245	6	63	42	13	11	6	15	156	15.92	2	22	14	1	3	0	1	43	17.35	
Control del crecimiento y desarrollo	592	146	12	35	30	17	13	8	7	122	20.61	2	7	1	6	4	3	1	24	16.22	
Inmunizaciones: SPR	490	490	38	22	31	0	49	13	21	174	35.51	38	22	31	0	49	13	21	174	35.51	
Inmunizaciones: DPT ref 18 meses	490	490	20	15	19	15	12	8	13	102	20.82	20	15	19	15	12	8	13	102	20.82	
Inmunizaciones: DPT ref 4 años	490	490	7	4	6	7	8	2	5	41	8.37	7	4	6	7	8	2	5	41	8.37	
Inmunizaciones: SPR REF 4 AÑOS	490	490	9	5	6	7	8	3	6	46	9.39	9	5	6	7	8	3	6	46	9.39	

COMENTARIO: Se puede observar, que el grupo etario de 2-4 años, muestra sus coberturas más bajas en relación a los otros grupos etarios.

CUADRO 4.3. NIÑOS CONTROLADOS DE 2 A 4 AÑOS CON CRED DE ENERO A JULIO 2010

CRED	META	Acum.	%
02 años	246	80	32.52
03 años	245	43	17.55
04 años	148	24	16.22

GRAFICO N° 1



**CUADRO 4.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS
AGOSTO- DICIEMBRE 2010-E.S-I-3 NUEVA ESPERANZA**

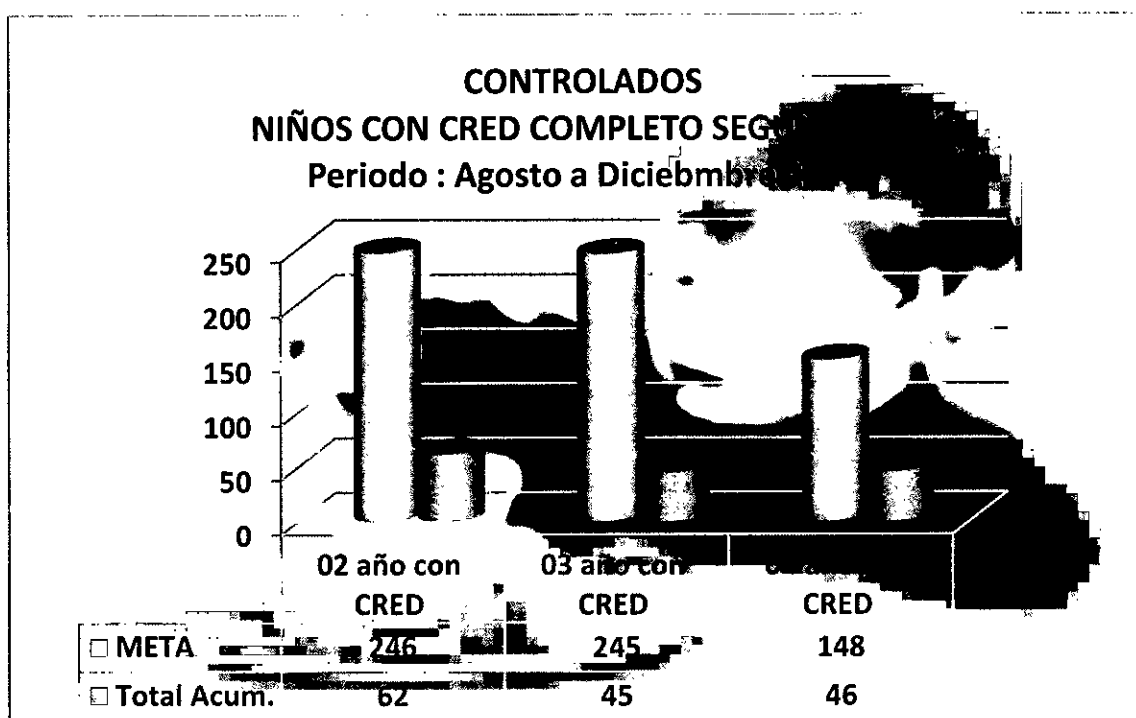
PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS 2010																
ETAPA DE VIDA NIÑO																
ACTIVIDADES	ATC	ATO	ATENCIÓNES							ATENIDOS						
			AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM	COB	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ACUM	COB
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 29 DÍAS A 11 MESES 29 DÍAS																
Inmunizaciones: Pentavalente	1,479	493	82	91	99	86	95	453	30.63	27	29	31	31	29	147	29.82
Inmunizaciones: Antípala	1,479	493	82	91	99	86	95	453	30.63	27	29	31	31	29	147	29.82
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS																
Control del crecimiento y desarrollo	984	246	23	65	13	14	21	136	13.82	8	43	4	1	6	62	25.20
Control del crecimiento y desarrollo	980	245	6	65	7	7	14	99	10.10	6	26	3	1	9	45	18.37
Control del crecimiento y desarrollo	592	146	18	59	12	11	8	108	18.24	6	30	3	6	1	46	31.08
Inmunizaciones: SPR	490	490	19	47	24	22	46	158	32.24	19	47	24	22	46	158	32.24
Inmunizaciones: DPT ref 18 meses	490	490	25	41	28	29	8	131	26.73	25	41	28	29	8	131	26.73
Inmunizaciones: DPT ref 4 años	490	490	13	16	29	37	6	101	20.61	13	16	29	37	6	101	20.61
Inmunizaciones: SPR REF	490	490	15	23	13	38	6	95	19.39	15	23	13	38	6	95	19.39

COMENTARIO: En este cuadro se muestran las coberturas de Agosto a Diciembre, la cobertura que se logró, después de la intervención, se resalta sobretodo el grupo de 4 años con una cobertura de 31%, frente al 16% del primer semestre.

CUADRO N° 4.5. NIÑOS DE 2 A 4 AÑOS CONTROLADOS CON CRED AGOSTO A DICIEMBRE DEL 2010.

CRED	META	Total Acum.	%
02 años	246	62	25.20
03 años	245	45	18.37
04 años	148	46	31.00

GRAFICO N° 2



COMENTARIO: Se puede observar a través de los cuadros y gráficos mostrados que las estrategias implementadas dentro del plan de intervención, para mejorar las coberturas de atención de las actividades de CRED, en los meses de Agosto a Diciembre, (5 meses) del año 2010, si fueron efectivas, sobretodo en el grupo etario de 4 años en el control CRED, lográndose un incremento de 31%, frente a un 16%., realizado en los meses de Enero-Julio (7 meses), mientras que en las edades de 2 y 3 años, sus coberturas se mantuvieron.

**CUADRO N° 4.6 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES OPERATIVAS
ENERO-DICIEMBRE 2010-E.S-I-3 NUEVA ESPERANZA**

PROGRAMACION DE ACTIVIDADES OPERATIVAS 2010																															
ETAPA DE VIDA NIÑO																															
ACTIVIDADES	ENE	FEB	MAYOS	ATENCIÓNES												ASISTENCIAS															
				ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	OTROS			
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 28 DÍAS A 11 MESES 28 DÍAS																															
Control del crecimiento y desarrollo	3,399	313	670	69	01	231	179	213	22	215	213	200	205	63	63	2432	71.93	50	19	30	26	30	42	11	26	21	0	14	15	371	121.14
Imunizaciones Pertussis	1,675	653	623	61	73	64	63	62	71	62	62	91	86	86	85	1911	72.15	49	16	47	23	51	28	46	21	29	31	31	317	116.13	
Imunizaciones Aislado	1,675	653	623	61	73	64	63	62	71	62	62	91	86	86	85	1911	72.15	49	16	47	23	51	28	46	21	29	31	31	317	116.13	
ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO DE 1 A 4 AÑOS																															
Control del crecimiento y desarrollo	921	215	432	15	91	76	85	25	29	23	23	65	12	11	21	470	42.21	6	41	12	7	4	3	2	4	0	4	1	1	102	92.22
Control del crecimiento y desarrollo	921	215	430	6	63	42	13	11	6	15	6	65	7	7	11	255	24.41	2	22	11	1	3	0	1	4	14	3	1	11	24.52	
Control del crecimiento y desarrollo	932	169	236	12	35	30	17	13	6	7	11	59	12	11	6	238	21.85	2	7	1	6	4	3	1	4	10	3	1	37	42.20	
Imunizaciones OPT 11 meses	430	430	41	20	15	15	12	6	13	25	41	29	29	6	223	41.95	20	15	13	15	12	6	13	15	4	11	21	1	213	41.95	
Imunizaciones OPT 11 años	430	430	41	7	4	6	7	6	2	5	13	15	29	27	6	112	24.51	7	4	6	7	1	2	5	6	16	19	1	102	24.51	
Imunizaciones SPR/EP 1 AÑOS	430	430	41	6	5	6	7	6	3	6	15	23	13	16	111	24.21	9	5	6	7	1	3	4	6	13	0	14	1	111	24.21	

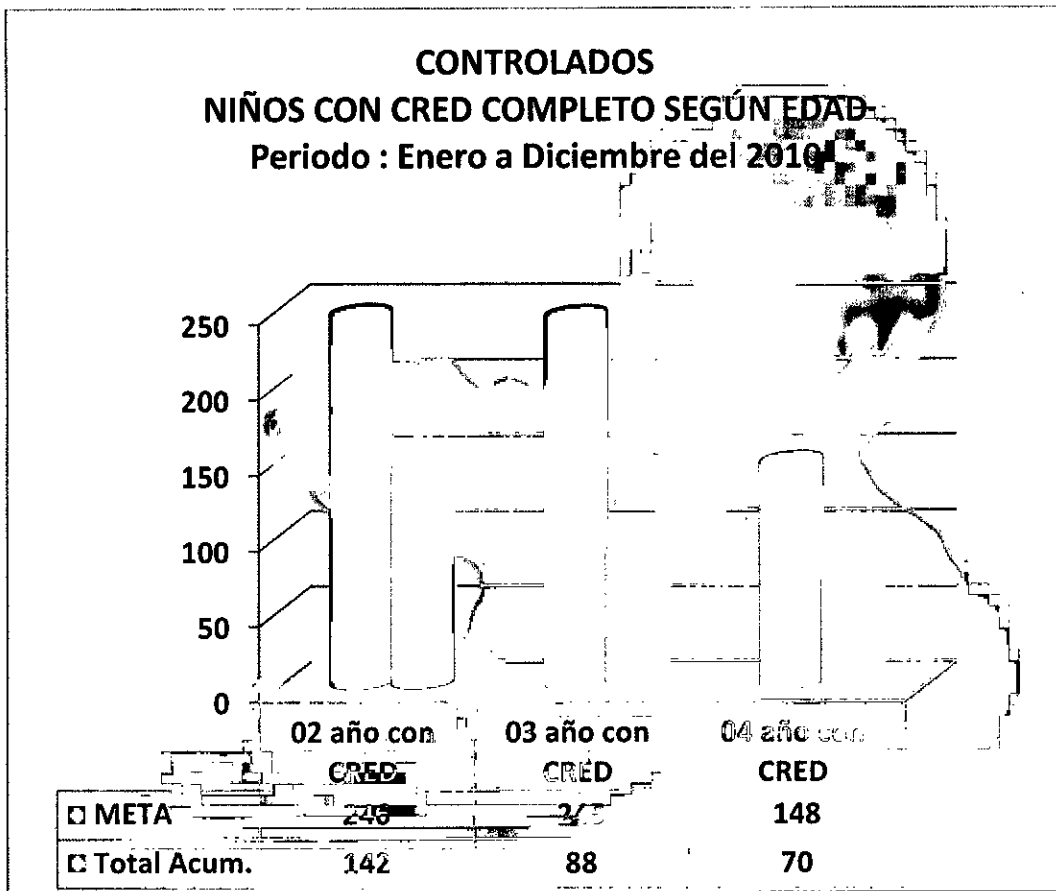
COMENTARIO: Se puede apreciar en el resultado final que la cobertura anual de enero-diciembre del año 2010, a pesar de todos los inconvenientes el grupo etario de menor de un año, quedó con coberturas aceptables en cuanto a Cred con 121% y de vacunas APO-PTV con un 80%, ya que fue el grupo etario que se priorizó en el primer semestre.

-Que las coberturas anuales en el grupo etario de 2- 4 años, en cuanto a vacunas y control, a pesar de no estar dentro de lo aceptable, los grupos etarios de 2 y 4 años, fueron los que terminaron con mejores coberturas frente al grupo etario de 3 años.

**CUADRO N 4.7. NIÑOS CONTROLADOS DE 2 A 4 AÑOS CON CRED
ENERO A DICIEMBRE DEL 2010**

CRED	META	Acum.	%
02 años	246	142	58
03 años	245	88	36
04 años	148	70	47

GRAFICO N° 3



COMENTARIO: Se puede apreciar en el resultado final que la cobertura anual de enero-diciembre del año 2010, a pesar de todos los inconvenientes el grupo etario de menor de un año, quedó con coberturas aceptables en cuanto a Cred con 121% y de vacunas APO-PTV con un 80%, ya que fue el grupo etario que se priorizó en el primer semestre.

-Que las coberturas anuales en el grupo etario de 2- 4 años, en cuanto a vacunas y control, a pesar de no estar dentro de lo aceptable, los grupos etarios de 2 y 4 años, fueron los que terminaron con mejores coberturas frente al grupo etario de 3 años.

**CUADRO 4.8 COBERTURAS DE LOS NIÑOS DE 2-4 AÑOS
CONTROLADOS DE LOS AÑOS 2010-2013 DEL E.S I-
3 NUEVA ESPERANZA-PIURA**

CRED	2010			2011			2012			2013		
	PRO	EJE	C%	PRO	EJE	C%	PRO	EJE	C%	PRO	EJE	C%
2 AÑOS	246	142	57.72	219	98	44.7	220	101	45.9	223	98	43.9
3 AÑOS	245	88	35.92	133	38	28.57	228	99	43.5	228	100	43.96
4 AÑOS	148	70	47.30	133	46	34.5	138	68	49.28	137	65	47.41

COMENTARIO: se puede observar, que la cobertura de los niños controlados de los grupos etarios de 2-4 años del año 2010 en relación al año 2011, es mayor, puesto que fue el año en que se aplicó la intervención de enfermería para mejorar las coberturas.

También se puede apreciar que los años 2012, 2013 en relación a los años 2010, 2011 mejoró, logrando mantener la cobertura en el grupo etario de 2 años, mientras que en los grupos etarios de 3 y 4 años hubo un regular incremento de 15%, debido a que parte de las recomendaciones de la intervención de enfermería se fueron implementando a mediano y largo plazo.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente.
- b) Las contingencias sanitarias que consideran situaciones de emergencia; afectan directa e indirectamente las actividades regulares de las Estrategias Sanitarias como el CRED; dado que se desvían horas de profesionales de enfermería.
- c) Los profesionales de enfermería con las evaluaciones periódicas trimestrales, semestrales de las diferentes estrategias sanitarias como en el caso del CRED, permiten que se realicen planes de intervención con la finalidad de mejorar y conseguir coberturas de atención con mayor número de niños atendidos y por ende asegura un mejor impacto de la estrategia en la detección temprana de problemas del crecimiento o desarrollo y que puedan recibir la atención correspondiente.

VI RECOMENDACIONES

a) A los profesionales de enfermería:

- Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas.

b) Al Establecimiento de salud:

- Establecer una mejor coordinación en lo referente a Programación, Supervisión, Seguimiento y Evaluación de las actividades de Crecimiento y Desarrollo entre la DIRESA, ACLAS y Establecimiento de salud con la finalidad de mejorar la eficiencia y la eficacia del trabajo.
- Adecuada organización de los servicios frente a situaciones de emergencias.
- Considerar el suficiente y permanente recurso profesional de enfermería, para la atención exclusiva de la estrategia de atención de control de crecimiento y desarrollo.

c) Al servicio de Enfermería

- Elaboración un plan de intervención, para mejorar o reforzar actividades ante un problema presentado, una vez que ha sido analizado.
- Establecer un buen sistema de captación y seguimiento de los niños para el control de Crecimiento y Desarrollo, sobretodo en el grupo etario de 2 a 4 años.
- Articular en forma eficiente la estrategia de inmunizaciones y Crecimiento y Desarrollo, para lo cual es necesaria una mejor adecuación técnica administrativa que facilite ambas actividades sobre todo en la captación de niños.

VII. REFERENCIALES

1. Gonzales Sotelo, Diana Cirila. Tesis para Especialidad en Enfermería Factores que intervienen en el cumplimiento del calendario de vacunación en las madres con niños menores de un año en el Centro de Salud de Mala, 2011. UNMSM. Lima Perú 2012.
2. MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ: Norma Técnica de Salud-Vacunación-080-MINSA/DGSPV.01-2008.
3. MINISTERIO DE SALUD. Centro de Salud Mala-Informe Analítico de Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones. Lima. Perú. 2010.
4. MINISTERIO DE SALUD. Trabajo de Investigación sobre Deserción en Inmunización www.peru.gob.pe/. 2009. Lima. Perú.
5. MINISTERIO DE SALUD, USAID. Gerencia de Inmunizaciones. Lima. Perú. 2010.
6. Quevedo Saldaña, Dorita Aydé. Trabajo de Investigación para optar título de especialista en Enfermería en Salud Pública: Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de dos años Centro Materno Infantil Tablada de Lurín Lima – 2014.
7. Elena Gonzales-Achuya, Lucio Huamán-Espino 1,b, Juan Pablo Aparco 1 y colaboradores. Factores asociados al cumplimiento del Control de Crecimiento y Desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco Rev. Perú Med Exp Salud Publica 2016;33(2):224-32.
8. Scheppers E, van Dongen E, Dekker, J, Geertzen J, Dekker J. Potential barriers to the use of health services among ethnic minorities: a review. Fam Pract. 2006;23(3):325–48. 22
9. Ministerio de Salud. Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos. Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. Recursos Humanos en Salud al 2011. Evidencias para la toma de decisiones. Lima: MINSA; 2011. p. 116. 23

10. Núñez-Vergara M. Recursos Humanos para el Aseguramiento Universal [Internet]. Lima: MINSA; 2010 [citado el 22 de abril de 2016]. Available from: http://www.bvs.org.pe/local/File/Foro_AUS/RH_PARA_EL_AUS.pdf 24
11. Cecchini S, Madariaga A. Programas de transferencias condicionadas. Balance de la experiencia reciente en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL; 2011. p. 220.
12. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>
13. <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
14. <http://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/martha.html>

ANEXOS

ANEXO N° 1: ANEXO FOTOGRÁFICO.
ACTIVIDADES DE LA ESTRATEGIA CRED



Entrevista a los padres del niño



Inicio del examen físico



Examen físico del niño



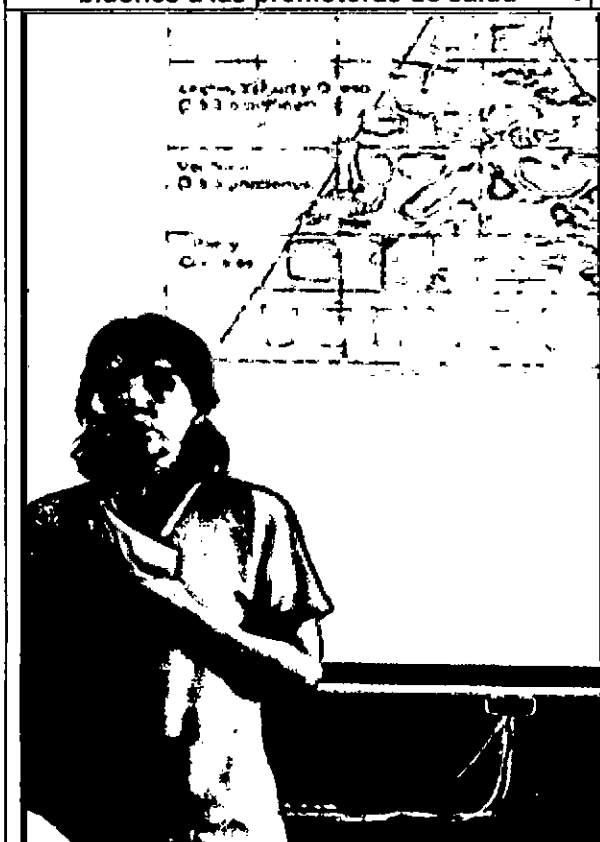
Evaluación del desarrollo



Capacitación sobre EDAs y entrega de bidones a las promotoras de salud



Sesión educativa sobre el cuidado del niño



Sesión educativa sobre nutrición a la APAFA



Salud ocular en los colegios iniciales.

ACTIVIDADES DE OTRAS ESTRATEGIAS.



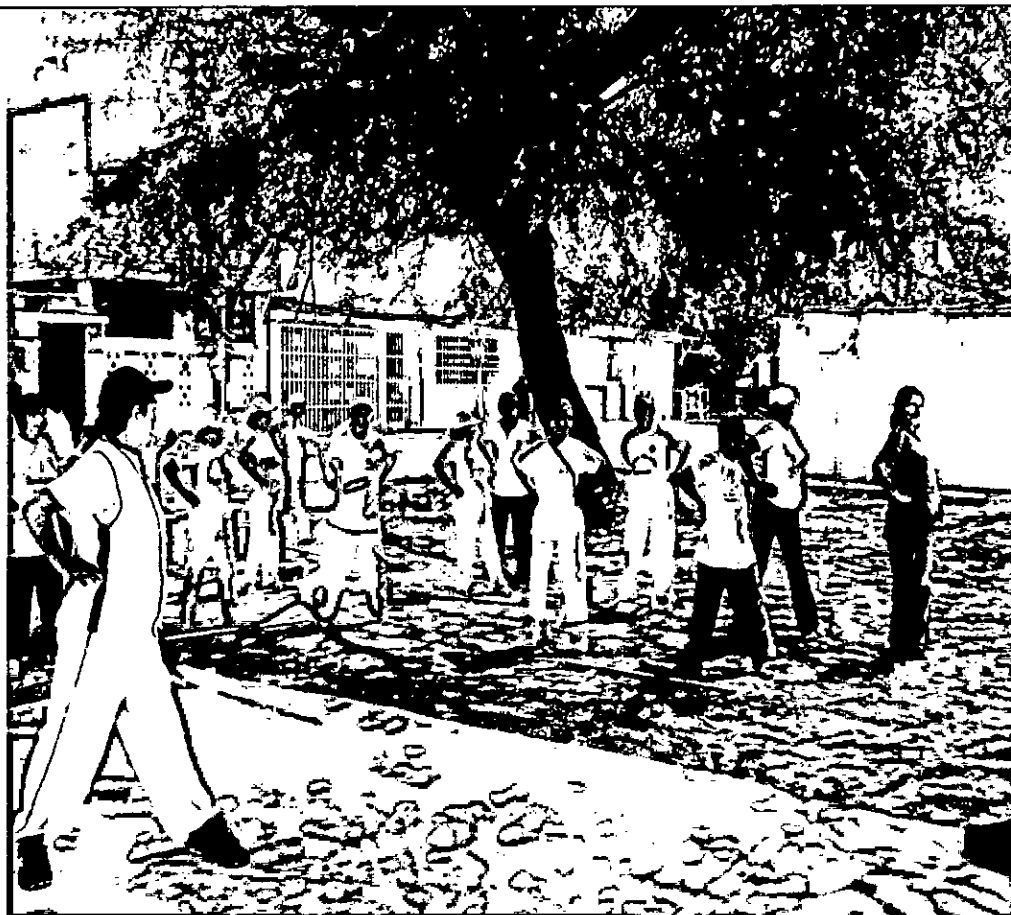
Prevención y control de cáncer- sesiones educativas en colegios-Nueva Esperanza



Campañas de salud, en sectores de lejana accesibilidad y de mayor riesgo sanitario.



Sesiones educativas con madres de familia en locales comunales, sobre enfermedades transmisibles.



Actividad física en pacientes de Diabetes - Hipertensión



Marchas sobre día mundial de la Diabetes, con participación alumnos

ANEXO N° 2: FORMATO DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	CRONOGRAMA																RESPONSABLE
	AGOSTO				SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
ACTIVIDADES DE CONTROL CRED E INMUNIZACIONES REGULAR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
ACTIVIDADES DE CONTROL CRED E INMUNIZACIONES, RECUPERACIÓN DE DESCOBERTURA 2 A 4 AÑOS		X	X	X	X	X	X	X		X		X		X		X	
MONITOREO QUINCENAL		X		X		X		X		X		X		X		X	
EVALUACIÓN MENSUAL				X				X				X				X	

ANEXO N° 3: FORMATO DE MONITOREO DE COBERTURAS POR GRUPOS DE EDADES

HOJA DE MONITOREO DE PRODUCCIÓN DE COBERTURAS-AÑO 2010-E.S I-3 NUEVA ESPERANZA

ACTIVIDAD	META ANUAL	COBERTURA ALCANZADA	DESCOBERTURA A DICIEMBRE	META MENSUAL PROGRAMADA	MONITOREO DE LA PRODUCCIÓN DE COBERTURAS									TOTAL COBERTURA FINAL ANUAL
					ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL		TOTAL	
					1ª. Q	2ª. Q	1ª. Q	2ª. Q	1ª. Q	2ª. Q	1ª. Q	2ª. Q		
Cred 2 años	245	58%	42	21										
Cred 3 años	245	36%	64	21										
Cred 4 años	148	47%		13										

Esperamos que este documento sirva de referencia para el desarrollo de intervenciones en el mejoramiento del logro de las metas programadas en el CRED.