

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO Y
DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PUESTO DE
SALUD MARJUNI MICRO RED LAMBRAÑA RED ABANCAY 2016-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA PRIMERA
INFANCIA**

GIROMA ÑAHUINLLA CONDORI


DRA. ZOLA DIAZ TAVERA
C.E.P. 15112

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-------------------------------------|------------|
| ➤ DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ | PRESIDENTE |
| ➤ MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE | SECRETARIO |
| ➤ MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ | VOCAL |

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 350

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	15
2.3 Definición de Términos	20
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	23
3.1 Recolección de Datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe	24
IV. RESULTADOS	26
V. CONCLUSIONES	29
VI. RECOMENDACIONES	30
VII. REFERENCIALES	31
ANEXOS	35

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo académico titulado **“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS, PUESTO DE SALUD MARJUNI MICRO RED LAMBRAMA- RED ABANCAY DE LOS AÑOS 2016 - 2017”**, con el presente trabajo académico se dará a conocer el rol primordial que cumple la enfermera en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño que a través de ello brindamos atención integral al niño de igual manera se trabaja actividades preventivas promocionales. La metodología que se utilizara en el presente informe será la descriptiva, cuya finalidad es dar a conocer los diferentes problemas que se suscitaron en el servicio de enfermería.

Es recomendable el involucramiento e identidad de todo el equipo de salud para el logro de los objetivos del servicio, el cual beneficia a 25 niños que se deben de controlar, madres y población de nuestra jurisdicción.

Para la obtención de datos estadísticos se empleara los datos estadísticos, del Puesto de Salud, el consolidado de la información anual del área de crecimiento y desarrollo, los resultados que se pretende lograr con este informe es mostrar la labor que la enfermera el desempeño en los años 2016 - 2017, enfrentándose a una serie de necesidades como es la falta de materiales de escritorio, déficit de recursos humanos y otras

necesidades de importancia y con el objetivo de lograr el indicador de niño controlado realizando actividades como las visitas domiciliarias de seguimiento.

El presente trabajo consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del 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** recomendaciones **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

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 adecuada 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. 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 (1).

La vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil comprende todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y a la detección de los problemas en el desarrollo. La identificación de riesgos biológicos (como el crecimiento intrauterino limitado, la desnutrición crónica y/o las enfermedades infecciosas agudas y crónicas) y/o a riesgos

psicosociales (como la falta de oportunidades de aprendizaje y/o la baja calidad de la interacción entre el niño y sus cuidadores) en la población infantil ofrece la oportunidad de intervenir precozmente y evitar graves consecuencias en su desarrollo (Cordero Muñoz 2016).

Pero para que sean efectivas, tanto la vigilancia como las intervenciones, deben alcanzar la mayor cobertura de la población objetivo infantil y sus actividades deben realizarse siempre asegurando la calidad de las mismas,(Cordero Muñoz 2016)

En el Puesto de Salud de Marjuni en el año 2016, la cobertura de controles CRED, en menores de 1 año es baja en un 50%, que por muchos esfuerzos que se hizo perdura esta cobertura baja, en cuanto a controles del niño mayor de 3 y 4 años es de 33%, igualmente esta cobertura es baja uno de los problemas que radica es que las madres de familia no acuden al establecimiento de salud para la realización de controles CRED, en edades puntuales y el personal de salud tiene que realizar visitas Domiciliarias para poder llegar a las coberturas en el control CRED, y muchas veces las visitas domiciliarias no son efectivas.

Según la evaluación anual que se realiza en los controles CRED, en algunos grupos atareos como son los niños mayores de tres años no se llega a controlar a los niños con el número de controles oportunos según la normativa de CRED.

1.2 Objetivo.

Describir la intervención de enfermería en crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, puesto de salud Marjuni de la Micro Red Lambrama- Red Abancay de los años 2016 - 2017.

1.3 Justificación.

El presente trabajo se realiza con la finalidad de dar a conocer las intervenciones de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo en los niños menores de cinco años ya que de acuerdo con la Norma Técnica del Ministerio de Salud del Perú (MINSA), el seguimiento se desarrolla durante los controles de crecimiento y desarrollo (CRED) de los niños menores de 5 años. Se debe realizar un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el CRED del 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 discapacidades.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente trabajo académico servirá para profundizar los conocimientos del personal de salud en cuanto a las intervenciones que debe de realizar el profesional de enfermería al momento de realizar el control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de cinco años,

además este informe constituirá como base importante para futuros trabajos académicos.

Nivel Metodológico: El presente trabajo académico es importante a nivel metodológico ya que los profesionales de la salud emplearan todas las técnicas correctas en el control de crecimiento y desarrollo ya que guiarse con una guía en el control de crecimiento y desarrollo es importante, durante el control de CRED, el profesional de salud utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del CRED del niño. Además, brinda consejería a los padres con el propósito de incentivar y fortalecer las prácticas apropiadas, y corregir aquellas de riesgo.

Nivel Práctico: El presente trabajo académico beneficiara a todo el personal de enfermería que realiza el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años ya que este debe realizar un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el CRED del 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 discapacidades.

Nivel Social: Asegurara la calidad de las actividades y procedimientos que se realizan en los controles de CRED que es esencial para el bienestar y desarrollo de los niños.

Nivel Económico: A nivel económico beneficiara a las familias de niños menores de cinco años ya que al realizar un buen control de crecimiento y desarrollo mejora de la salud, nutrición y calidad de vida de los niños.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio:

DIAZ BONILLA. E, TORRES GALVIS C. 2018 **Peso, estatura e índice de masa corporal de niños y adolescentes de moderada altitud de Colombia**, cuya *Introducción* es que existe preocupación progresiva por estudiar el crecimiento físico de diversas regiones del mundo, aunque no se considera la altitud como factor de ajuste.

Objetivos. Comparar variables de crecimiento físico y patrones de índice de masa corporal (IMC) con la referencia del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades 2012 (CDC según siglas en inglés) y desarrollar percentiles para niños y adolescentes.

Metodología. Se investigaron escolares de moderada altitud de Bogotá (Colombia). Se evaluó el peso, la estatura y se calculó el IMC. Las variables antropométricas fueron comparadas con referencia al CDC-2012, Brasil, Perú y Argentina. Se construyeron curvas por el método LMS (least-mean-square algorithm).

Resultados. Se estudió a 2241 escolares (1159 mujeres), entre 6,0 y 7,9 años. No hubo diferencias significativas en el peso e IMC entre 6 y 8 años con relación al CDC-2012; sin embargo, desde los 9 a 17 años, esta muestra evidenció valores inferiores de peso e IMC en relación con el CDC-2012. En la estatura, en ambos sexos, se mostraron valores inferiores del CDC-2012.

Las Comparaciones con las curvas regionales de Argentina, Perú y Brasil fueron relativamente similares, excepto en el IMC en mujeres, que presentaron valores inferiores desde 13 a 17 años.

Conclusión. Las variables de crecimiento de los escolares fueron inferiores con referencia al CDC-2012. Hubo ligeras discrepancias en el crecimiento físico y en el IMC con las curvas de Argentina, Brasil y Perú. Se construyeron curvas para evaluar el crecimiento y el IMC de escolares de moderada altitud de Colombia (2).

CARDONA Gonzales S. 2002 y 2007 **Principales Hallazgos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo de los Niños hasta los 60 meses de edad, siendo sus antecedentes:** La consulta de crecimiento y desarrollo es ofrecida para controlar niños saludables buscando que sigan sanos, gracias a una supervisión apropiada. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio de corte transversal. La población de estudio consistió en seiscientos cuarenta niños del programa de crecimiento y desarrollo de la clínica ASSBASALUD ESE (Manizales, Colombia) **los resultados que obtuvieron fue** Comparadas las medianas encontrados de las variables antropométricas (peso, talla y perímetro cefálico) en el presente estudio y comparadas con las reportadas por Correa, Gómez y Posada en Medellín en el 2006; se encuentra, peso al momento del nacimiento es de 3.500 gramos y en este estudio fue de 3.300 gramos. En la variable de perímetro cefálico al nacimiento se encontró que no hay casilla de registro en las historias revisadas. La mediana de perímetro cefálico a los 24 meses es de 47,0 centímetros y en el estudio mencionado es de 48,5 centímetros.

Se encontró relación significativa entre grado de nutrición y medidas antropométricas y lactancia materna y enfermedades respiratorias ($p=0,014$). Las **conclusiones que llegaron** se encuentra que en esta muestra infantil de Manizales, tanto el grado deficiente de nutrición como aspectos fenotípicos, afectan de manera negativa los índices de talla, peso y perímetro cefálico, encontrándose por debajo de la media poblacional estándar. Fueron demasiadas las historias excluidas por ausencia de la información completa; hay falencias en el diligenciamiento de las historias clínicas en el programa de crecimiento y desarrollo de ASSBASALUD ESE que ameritan ser solucionadas (3).

GONZALES-ACHUY E, y otros, 2016 **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 siendo su 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. **Materiales y métodos.** Estudio de casos-contrroles 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%). **Resultados.** 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). **Conclusiones.** 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 (1)

CORDERO MUÑOZ G, y otros 2016. **Estudio cuali-cuantitativo sobre la atención de salud de niños menores de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú, siendo su objetivo:** Evaluar cinco elementos importantes de la calidad de atención (espacio físico, equipamiento, personal, tiempo para la atención, y consejería) en servicios de crecimiento y desarrollo (CRED) de 18 establecimientos de salud (EE. SS.) en nueve regiones con altos índices de pobreza en Perú. **Materiales y métodos.** Estudio cuali-cuantitativo

realizado en Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Huancavelica, Puno y Ucayali, que incluyó la observación directa (OD) durante la atención de CRED, grupos focales (GF) con usuarios (uno por establecimiento de salud), y entrevistas en profundidad (EEP) con trabajadores de salud (dos por establecimiento de salud). **Resultados.** Se realizaron 18 OD para la verificación de ambientes y equipos, 23 OD de turnos completos de atención, 67 acompañamientos a usuarios de los servicios de CRED, 18 GF (118 madres participantes), y 36 EEP. Las madres y los profesionales de salud coincidieron en que existen limitaciones de infraestructura, equipamiento, materiales y personal que afectarían una atención de CRED de calidad. La demora en la atención, el incumplimiento de horarios, y la falta de calidez en la atención son los aspectos que generaron mayor insatisfacción en los usuarios. Solo en 24,3% del tiempo total de los turnos observados se realizaron actividades que generaron beneficio al usuario. Por su parte, la consejería estaría cumpliendo el objetivo de promover el mejoramiento de las prácticas de cuidado del niño. **Conclusiones.** El estudio ha permitido identificar debilidades y áreas de oportunidad para reorientar los servicios de CRED, en el marco de la política de fortalecimiento del primer nivel de atención del sector Salud (4).

2.2 Marco Conceptual

CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO.- El crecimiento y desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados, sin embargo presentan diferencias que valen la pena aclarar, el primero se expresa en el incremento del peso y la talla del bebé, y el segundo se refiere a la maduración de las funciones del cerebro y otros órganos vitales. La maduración somática, psicológica y social es lo que constituye el desarrollo del niño. Para el estudio y seguimiento del crecimiento y desarrollo en un niño, se lo puede dividir en cuatro etapas: la lactancia, los años preescolares, los escolares y la adolescencia. El período entre la gestación y los tres años de edad, es sumamente importante porque durante ese lapso el cerebro se forma y madura a su máxima velocidad, siendo el cerebro el centro del desarrollo del niño. Las condiciones del ambiente intrauterino y del entorno familiar, después del nacimiento, determinan el potencial de capacidades que el niño tendrá en su vida futura. En la primera semana de vida, un bebé pierde normalmente del 5 al 10% de su peso al nacer. Sin embargo, a las dos semanas de edad, el bebé debe empezar a tener un crecimiento y aumento de peso rápidos (5)

Al mes de edad el niño tiene un peso promedio aproximadamente de 3.750 a 4 kilos y mide 53 cm, todavía mantiene sus manos empuñadas y cuando está despierto prefiere estar acostado boca arriba. Boca abajo, levanta la cabeza por algunos segundos. Sigue los objetos con sus ojos y

con el movimiento de la cabeza. Es capaz de llorar con gran intensidad y responde en forma positiva a ciertas comodidades y satisfacciones (6)

A los tres meses; sostiene la cabeza, responde con una sonrisa cuando se le sonríe, mueve la cabeza para seguir un objeto, juega con sus manos, pesa de 5 a 6 kilos y mide de 58 a 60cm. A los cuatro meses; acostado boca abajo gira sin darse la vuelta del todo, extiende sus manos para atrapar aquello que le llama la atención, pesa un promedio de 6.5 kilos y mide de 62 a 63 cm .

A los seis meses, se mantiene sentado sin apoyo durante un momento, pesa un promedio de 7.5 kilos y mide 67 cm. Del tercero al sexto mes de edad, sus posturas suelen ser simétricas, con la cabeza en la línea media. Sostiene su cabeza bien balanceada cuando se le coloca en posición vertical y es capaz de rotar sobre sí mismo y por tanto caerse de la cama. Sigue con la vista los objetos que se mueven lentamente y cuando se ponen frente a él objetos que cuelgan, mueve los brazos activamente (7)

A los siete meses pesa de 7.5 a 8 kilos y mide de 68 a 69 cm, ya se sienta apoyándose sobre sus manos e intenta saltar activamente cuando se le coloca en posición vertical. Ya es capaz de agitar y golpear el sonajero o de cambiar un juguete por otro.

A los ocho meses pesa de 8 a 8.250 kilos y mide de 70 a 72 cm; ya se

pone de pie utilizando las manos para sostenerse, vocaliza el sonido "mmm" y emite el de algunas vocales. Es capaz de llevar sus pies a la boca, puede sentarse sin ayuda, gatear y mantenerse de pie al apoyarse en los muebles.

El sentido de imitación que existe desde el nacimiento se perfecciona, es capaz de despedirse y palmear (3)

A los nueve meses pesa entre 8.5 y 9 kilos, se sienta solo, gatea y se pone de pie sin ayuda. Responde a su nombre y se encuentra mejor adaptado al medio que lo rodea. Come por sí solo galletas y es capaz de sostener la mamadera sin ayuda.

Al año de edad pesa alrededor de 9.250 y mide de 74 a 76 cm, participa en juegos sencillos y agarra un objeto cuando se le indica, dice 3 palabras, gatea libremente, puede dar algunos pasos ayudándose con los muebles o sosteniéndolo de una mano

En su segundo año el pequeño solamente aumenta 2.5 kilos y crece de 12 a 13 centímetros (en el primer año aumenta 6 a 7 kilos y de 25 a 30 cm).

La alimentación del niño juega un papel de primordial importancia en su crecimiento y desarrollo. Para garantizar que el niño está recibiendo una alimentación suficiente hay que recordar que la leche materna constituye por sí sola el mejor alimento posible para un lactante durante los cuatro a seis primeros meses de la vida (3)

El niño a partir del cuarto al sexto mes, necesita otros alimentos además

de la leche materna para satisfacer adecuadamente sus necesidades. Generalmente, un niño sano seguirá una curva de crecimiento individual a pesar de las variaciones en la ingesta de nutrientes. Los padres deben proporcionarle al niño una dieta apropiada para cada edad y ofrecerle una amplia variedad de alimentos para garantizar una nutrición adecuada. Todos los niños de edades comprendidas entre los primeros meses de la vida y los tres años deben acudir a su revisión periódica con el pediatra para que los mida y los pese, lo que le permitirá en cada caso orientar a los padres en su manejo.

El aumento regular de peso y talla es el indicador más confiable de que el niño goza de un buen estado general de salud y se desarrolla adecuadamente.

Los padres deben recordar que lo importante es el aumento de peso y talla de cada niño en particular y no su peso relativo respecto al de otros niños.

Se recomienda pesar y medir a los niños cada mes. Si los padres y el pediatra no aprecian ningún aumento en el peso y la talla durante dos meses seguidos, puede ser señal de que existe algún problema o bien que éstos se vean frenados por alguna enfermedad. (8)

Instrumentos a ser utilizados en el Control de Crecimiento y Desarrollo:

- Historia Clínica estandarizada, forma parte de una carpeta familiar e incluye: - Plan de atención.

- Datos de filiación y antecedentes.
- Evaluación de la alimentación.
- Formato de consulta.
- Carné de atención integral del menor de 5 años.
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.

Curvas de crecimiento P/E, T/E /PT y PC.

- 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. . (9)

CUIDADOS DE ENFERMERIA- VIRGINIA HENDERSON.

Está dirigido a suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales.

Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la

vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales.

2.3 Definición de términos

- **Crecimiento.** -El crecimiento de un niño es un proceso que sucede en el interior de su organismo, y consiste en el aumento del número y tamaño de sus células. Este crecimiento puede ser medido por el peso, la longitud o talla de su cuerpo y por el tamaño del contorno de su cabeza. Una alimentación adecuada es fundamental durante toda la etapa del crecimiento (10).

- **Desarrollo.**-Desarrollarse es adquirir nuevas habilidades y aprender, mediante la experiencia, nuevos comportamientos y funciones. Si la alimentación es esencial para el crecimiento de los tejidos, de los huesos y del cuerpo en general, el afecto es esencial para el desarrollo emocional del niño, y el juego es definitivo para estimular su inteligencia y sus sentidos. (11)

- **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 discapacidades.

(5)

- **Intervención de enfermería.-** Es una acción basada en fundamentos científicos que se realizan para beneficiar al niño o comunidad de un modo predecible. Que las intervenciones de enfermería o estrategias zona actividades de enfermería que están relacionados con el diagnostico de enfermería específico y que una enfermera realiza para conseguir los objetivos del paciente.

- **Niños menores de 1 años.-** Grupo de infantes menores de un año que habitan en un lugar.

- **Área motora:** A su vez se divide en la motricidad gruesa originada en desarrollo de mejor control y aumento de fuerza en sentido céfalo caudal y de proximal a distal. Esto significa que aparece primero el control de músculos del cuello, luego tronco y finalmente piernas. Lo mismo en cuanto a que tendrá movimientos de brazos y piernas, luego de la mano y finalmente dedos. Esto se aprecia en el hecho que lo primero que aparece es el sostén de la cabeza, luego gira sobre su cuerpo, controla el tronco, se sienta, gatea y finalmente a fines del primer año da sus primeros pasos.

- **Área social:** El niño que al nacer depende absolutamente de los adultos que lo rodean, especialmente sus padres, aprenderá a confiar y querer de acuerdo a como ellos responden a sus necesidades.

- **Desarrollo físico.-** Los niños en edad escolar tienden a presentar habilidades de motricidad gruesa fuerte y muy pareja. Sin embargo, puede haber grandes diferencias entre los niños en relación con la coordinación (en especial la coordinación ojo-mano), resistencia, equilibrio y tolerancia física.

- **Desarrollo del lenguaje.-** En los primeros años de la edad escolar, los niños deben ser capaces de usar, de forma coherente, oraciones simples y estructuralmente correctas, con un promedio de entre 5 y 7 palabras. A medida que el niño progresa y asciende de grado, la sintaxis y la pronunciación se vuelven normales y se incrementa el uso de oraciones más complejas.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Las fuentes de recolección de datos serán la H.CL. del niños, informes mensuales, registro de datos HIS-MIS, consolidado anual de la información en Crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años, cuaderno de anotes, cuaderno de registro de niños del Puesto de Salud de Marjuni.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional.

Inicie el Servicio Rural Urbana o Marginal de Salud (SERUMS), en el año 2013-2014, en el Puesto de Salud de Cruzpata-Lambrama Provincia de Abancay desempeñándome como coordinadora del programa Articulado Nutricional, en el año 2014-2015 labore en el Puesto de Salud de Andamarca- Puquio-Ayacucho como jefatura del Puesto de Salud realizando actividades en todos los programas presupuestales, 2015 hasta la fecha laboro en el puesto de Salud de Marjuni desempeñándome como coordinadora del Programa Articulado Nutricional y otros programas de salud.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En el Puesto de Salud se atiende a una población de 25 niños menores de cinco años, de los cuales se controla en un 50% de niños existiendo todavía brechas en el control de crecimiento y desarrollo a pesar de que la enfermera realiza muchos esfuerzos para llegar a coberturas óptimas.

De acuerdo a mi experiencia laboral se ha visto que las madres de niños menores de cinco años no acuden oportunamente a los controles de crecimiento y desarrollo, perdiendo oportunidades de un control continuo, esto porque algunas madres de niños viven en lugares alejados, o por falta de confianza con el personal de salud, el Puesto de Salud muchas veces se encuentra cerrado por entrega de informes, o por motivos de capacitación del personal de salud y la sobre carga laboral del personal de salud, Las madres de familia no toman mucha importancia en el control de crecimiento y desarrollo del niño ya que ellas piensan que no es importante las medidas antropométricas, las sesiones de estimulación que se realiza al niño, y las sesiones de consejería.

Por lo que realizo visitas de seguimiento casa por casa, y se les enseña mediante las sesiones educativas, sesiones de consejería la importancia del control de Crecimiento y desarrollo y capacitaciones dirigidas a autoridades de la comunidad, capacitaciones a agentes comunitarios de salud, capacitaciones al equipo básico de salud en la importancia del control CRED.

Siendo los procesos realizados:

- Proceso de seguimiento a través de la visita domiciliaria casa por casa para el concientizar a la madre de familia la importancia del control de CRED y hacer que la familia cambie de comportamientos.
- Proceso de enseñanza a través de sesiones educativas, consejerías de la importancia del control CRED, en niños menores de cinco años.
- Proceso de capacitación a Autoridades, líderes de la zona, al agente comunitario de salud para realizar trabajo articulado con la finalidad de articular acciones en beneficio de los niños y la comunidad.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1
PORCENTAJE DE NIÑOS CONTROLADOS EN CRECIMIENTO Y
DESARROLLO NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS PUESTO DE
SALUD MARJUNI MICRO RED LAMBAMA- RED ABANCAY DE LOS
AÑOS 2016 – 2017.

EDAD	2016			2017		
	META	CONTROLADOS	%	META	CONTROLADOS	%
< 1 AÑO	4	2	50%	3	2	66%
1 AÑO	6	5	83%	3	2	66%
2 AÑOS	6	5	83%	6	5	50%
3 AÑOS	6	2	33%	6	4	66%
4 AÑOS	3	1	33%	4	4	100%

FUENTE: Reporte Anual informe CRED, Puesto de Salud Marjuni.

ANALISIS:

En el presente cuadro se observa que en el año 2016, en cuanto al control de crecimiento y desarrollo en niños menores de un año se alcanzó al 50%, y en niños de 1 y 2 años se llega a un porcentaje de 83%, en el grupo atareo de 3 y 4 años a un 33% , y en el año 2017, incrementa el porcentaje gracias a la intervención de enfermería llegando en < 1 y 1 año 66%, de 2 años 50% de 3 años 66% y de 4 años coberturando el 100%, analizando el presente cuadro existe siempre una brecha en el control de niños a pesar de los seguimientos realizados.

CUADRO N° 4.2

**PORCENTAJE DE NIÑOS CON VISITAS DOMICILIARIAS EN
CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
PUESTO DE SALUD MARJUNI MICRO RED LAMBRAMA- RED
ABANCAY DE LOS AÑOS 2016 – 2017.**

EDAD	2016			2017		
	META	VD	%	META	VD	%
< 1 AÑO	4	1	25%	3	2	66%
1 AÑO	6	3	50%	3	2	66%
2 AÑOS	6	3	50%	6	5	50%
3 AÑOS	6	2	33%	6	4	66%
4 AÑOS	3	1	33%	4	4	100%

Fuentes: Revisión de Historias Clínicas P.S. Marjuni.

ANALISIS:

En el cuadro se puede observar que en el año 2016, se realizaron en < 1 año 25% de visitas de 1 y 2 años 50% de 3 y 4 años 33% donde podemos observar que se hizo pocas visitas domiciliarias en CRED, incrementando las vistas para el año 2017, en menores de 1 año y 1 año 66% de 2 años 50% de 3 años 66% de 4 años el 100%, los seguimientos en cuanto al control se incrementaron gracias a la intervención de enfermería.

CUADRO N° 4.3

**PORCENTAJE DE NIÑOS CON SESIONES DE CONSEJERIA EN
CRECIMIENTO Y DESARROLLO NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS
PUESTO DE SALUD MARJUNI MICRO RED LAMBRAMA- RED
ABANCAY DE LOS AÑOS 2016 – 2017.**

EDAD	2016			2017		
	META	CONSEJERIA	%	META	CONSEJERIA	%
< 1 AÑO	2	2	100%	2	2	100%
1 AÑO	5	5	100%	2	2	100%
2 AÑOS	5	5	100%	5	5	100%
3 AÑOS	2	2	100%	4	4	100%
4 AÑOS	1	1	100%	4	4	100%

Fuente: Historias clínicas del Puesto de Salud Marjuni.

ANALISIS:

En el presente cuadro se observa que al 100% de niños que recibieron sus controles de CRED, se realizaron la consejería en la importancia del control CRED, ya que al momento de que acuden al establecimiento de salud se realiza obligatoriamente la consejería a la madre igualmente se felicita a la madre por haberlo traído al control CRED.

V. CONCLUSIONES

- a) Los controles de CRED en niños menores de cinco años se realizan con la activa participación de la enfermera, quedando siempre pequeñas brechas de niños que en algún momento no acudieron a su control.

- b) Las visitas domiciliarias se realizan cuando el niño no acude a su control las actividades preventivo promocionales se intensificaron en el año 2017, conjuntamente con el equipo básico de salud.

- c) Las consejería se realizan al 100% de niños que acuden a su control CRED, lo cual es una buena estrategia para que la madre asuman los compromisos que se pacta con el personal de salud y lo cumpla a cabalidad dicho compromiso.

VI. RECOMENDACIONES

- a)** A la institución continuar con las actividades de control de CRED, para garantizar niños saludables y productivos para la sociedad y la comunidad de Marjuni, con la realización del plan de capacitación anual dirigido a las madres de familia y personal de salud del Puesto de Salud.

- b)** A las Autoridades de la comunidad de Marjuni, se recomienda que tiene que involucrarse en las actividades del establecimiento de salud haciendo conocer en las asambleas comunales la importancia del control CRED.

- c)** Al jefe de la Micro Red Lambrama, realizar continuas capacitaciones al personal de salud en la estandarización del personal de salud para los controles de CRED.

VII. REFERENCIALES

1. Gonzales-Achuy E, Huamán-Espino L, Aparco P, Pillaca J, Gutierrez C. 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. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016 junio; Vol.33(2).
2. DIAZ BONILLA. E, TORRES GALVIS C. Peso, estatura e índice de masa corporal de niños y adolescentes de moderada altitud de Colombia. Archivos Argentinos de Pediatría. 2018 Abril; 116(2).
3. CARDONA GONZALES S. Principales Hallazgos en el Programa de Crecimiento y Desarrollo de los Niños hasta los 60 meses de edad en SSBASALUD.ESE.(MANIZALES COLOMBIA)Entre los años 2002 y 2007. Artículo de Investigación. 2002-2007 julio/diciembre; vol.11(Nro 2).
4. Cordero Muñoz G, Montes Jave C, Velásquez Hurtado a, Rodríguez Calviño y, Vigo Valdez WE, Rosas-Aguirre AM. Estudio cuali-cuantitativo sobre la atención de salud de niños menores de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2016 ENERO/MARZO; VOL.33(1).
5. MINSA. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL. In LLANA GC, editor. NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA EL CONTROL. LIMA: 1RA EDICION ; 2011. p. 147.

6. Chucheno. <https://chuneno15.blogspot.com/2017/04/pasos-basicos-para-la-consejeria.html>. [Online].; 2017 [cited 2017 Setiembre 25. Available from: <https://chuneno15.blogspot.com/2017/04/pasos-basicos-para-la-consejeria.html>].
7. REPUBLICA CGDL. INFORME DE LA EFICACIA DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL POR EL PERSONAL DE SALUD. INFORME. LIMA : CONTRALORIA, LIMA; 2014. Report No.: 20.
8. Pediatría LBAAd.
www.sanatorioallende.com/web/ES/elcrecimientoydesarrollodelnino.aspx. [Online].; 2016 [cited 2018 08 20. Available from: www.sanatorioallende.com/web/ES/elcrecimientoydesarrollodelnino.aspx].
9. contar fsp.
www.secretosparacontar.org/Lectores/./Quéescrecimientoydesarrollo.aspx?. [Online].; 2004 [cited 2018 08 24. Available from: www.secretosparacontar.org/Lectores/./Quéescrecimientoydesarrollo.aspx?].
- 10 <https://enfermeriaactual.com/nic>. <https://enfermeriaactual.com/nic>. [Online].; 2016 [cited 2018 08 26. Available from: <https://enfermeriaactual.com/nic>].
- 11 INICEF.
https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_4368.htm. [Online].; 2006 [cited 2018 08 24. Available from: https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_4368.htm].
- 12 Salinas C. J, Bello S. S, Chamorro R. H, Gonzalez G. C. Consejería en alimentación, actividad física y tabaco. Instrumento fundamental en la

- practica profesional. Revista Chilena de Nutricion. 2016 diciembre; 43(4).
- 13 Santa Maria R. La iniciativa de vivienda saludable en el Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2013 octubre/diciembre; 25(4).
- 14 Velásquez A, Zavala R. Revisión Sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años. midis. 2013 diciembre; 1(22).
- 15 MINSA. PROGRAMA DE FAMILIAS Y VIVIENDAS SALUDABLES. PRIMERA EDICION ed. LIMA: OPS; 2006.
- 16 Morales Carcaño , Hernández Hernández , Moreno Monroy T, Cruz Paez , Pelayo Naranjo. Manual de Consejería en VIH/SIDA e ITS. primera ed. CENSIDA , editor. mexico; 2013.
- 17 MINSA. <https://es.slideshare.net/.//documento-de-trabajo-guia-de-consejeria-nutricional>. [Online].; 2010 [cited 2017 setiembre 27. Available from: <https://es.slideshare.net/.//documento-de-trabajo-guia-de-consejeria-nutricional>.
- 18 Vilchez Zuta I. <https://es.slideshare.net/Syddney/paso-de-consejeria>. [Online].; 2010 [cited 2017 Setiembre 25. Available from: <https://es.slideshare.net/Syddney/paso-de-consejeria>.
- 19 SALUD DGD PDL, MINSA. GUIA DE IMPLMNTACION DEL PROGRAMA DE FAMILIAS Y VIV IENDAS SALUDABLES. In MINSA. GUIA DE IMPLMNTACION DEL PROGRAMA DE FAMILIAS Y VIV IENDAS SALUDABLES. LIMA ; 2005. p. 97.

- 20 MINSA. CONSEJERIA NUTRICIONAL. DOCUMENTO TECNICO.
LIMA: MINSA, LIMA; 2017. Report No.: 46.
- 21 SALUD DDPDL. PORCENTAJE DE AVANCE DEL CUMPLIMIENTO
DE LA ACTIVIDAD CONSEJERIAS EN PRACTICAS SALUDABLES
PARA EL CUIDADO INFANTIL EN EL HOGAR. INFORME
ESTADISTICO. LIMA: MINSA, LIMA; 2014. Report No.: 15.
- 22 Arce M. Crecimiento y desarrollo infantil temprano. Revista Peruana de
Medicina Experimental y Salud Publica. 2012 julio/setiembre; 32(3).
- 23 ABOUTKIDSHEALD.
<https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=951&language=Spanish>. [Online].; 2010 [cited 2018 08 24. Available from: <https://www.aboutkidshealth.ca/Article?contentid=951&language=Spanish>].
- 24 WIKIPEDIA. https://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci3n_temprana.
[Online].; 1991 [cited 2018 08 24. Available from: https://es.wikipedia.org/wiki/Estimulaci3n_temprana].

ANEXOS

ANEXO N° 1

CONTROL DE CRED EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

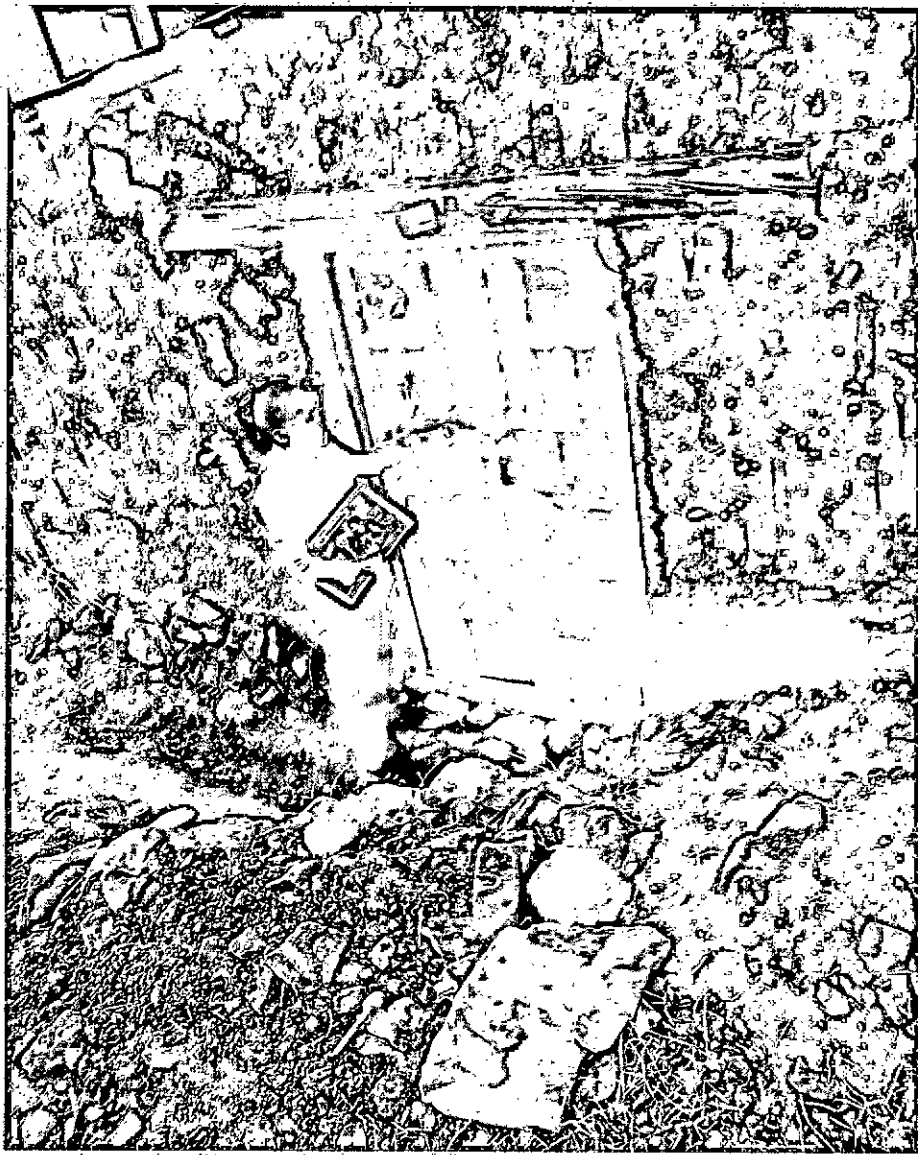
ANEXO N° 2
CONTROL DE CRED



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017.