

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



**ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONSULTORIO DE
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LOS NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD
SAN JOSE-PIURA. 2014 AL 2016**

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

GLADYS ROSA BENEL LIZARZABURU

**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: 255

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

Resolución Decanato N° 1712-2017-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	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	55
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	56
3.1 Recolección de Datos	56
3.2 Experiencia Profesional	56
3.3 Procesos Realizados del Informe	61
IV. RESULTADOS	67
V. CONCLUSIONES	76
VI. RECOMENDACIONES	78
VII. REFERENCIALES	79
ANEXOS	82

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral realizada en el Establecimiento de Salud San José, tuvo como objetivo describir la experiencia profesional en la atención de enfermería en el consultorio de control de crecimiento y desarrollo en los niños menores de 5 años en el Establecimiento de Salud San José-Piura.2014-2016

Recientes investigaciones demuestran la importancia del control de crecimiento y desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. En este sentido, si los niños de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones y comunidad en general. (UNICEF, 2017) Sin embargo de acuerdo a los resultados de la última Encuesta Nacional de Estadística del año 2016 (ENDES, 2016) se sabe que el 9.4% de los menores de cinco años presentan desnutrición crónica y el 43.5% de los niños de 0-36 meses presento anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencia en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambiente desfavorables para el crecimiento y desarrollo.

El presente informe de experiencia profesional titulado “Atención de enfermería en el Consultorio de Control de Crecimiento y desarrollo en los niños menores de 5 años en el Establecimiento de Salud San José-Piura. 2014-2016, tiene por finalidad describir la Atención de Enfermería en el Consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo en los niños menores de 5 años en el Establecimiento de Salud San José- Piura. 2014-2016

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

El crecimiento y desarrollo durante los primeros años de vida constituye la base sobre el cual se sostiene el incremento del capital humano y del cual depende el avance de toda la sociedad. Se entiende por crecimiento el incremento en el peso y talla de los niños y por desarrollo la maduración de las funciones del cerebro y de otros órganos vitales. En el pasado se creía que la herencia genética era un factor determinante del crecimiento y desarrollo. Hoy en día existe suficiente evidencia científica que demuestra que somos lo que somos no solo por genes que heredamos sino por el ambiente que heredamos. (UNICEF, 2017)

Para la UNICEF, a nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones), sufre desnutrición crónica; lo que repercutirá en la baja estatura para la edad, asociándose con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo. (5) Así mismo, la anemia es el problema nutricional más grave y se extiende a lo largo de todos los países sin diferenciar estratos socio-económicos, mostrando prevalencias en niñas y niños menores de 5 años de alrededor del 47.4%; este promedio es superior en Haití (65,8%) y en países de la Sub-región Andina como Bolivia (51,6%), Perú (46.4%) y Ecuador (50,2%), hacia el año 2014. (NOTICIAS, 2017)

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) indica que uno de los principales problemas nutricionales del país es el retardo en el crecimiento o la desnutrición crónica y la anemia por deficiencia de hierro, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, I Semestre 2016 se encontró que un 9.4% de los niños menores de 5 años presentan desnutrición crónica según la NCHS y un 13.5% según la

OMS, estas cifras tienden a aumentar en el área rural al 20.0%. Otro problema nutricional importante es la anemia por deficiencia de hierro que a nivel nacional se encuentra en 43.5%, siendo las cifras mal altas en la zona rural en un 52.3%, lo cual ratifica que la prevalencia de anemia sigue siendo alta en el Perú (ENDES, 2016); ambos problemas nutricionales limitan el potencial de crecimiento físico, intelectual y psicosocial de los niños, problemas que podrían ser detectados oportunamente y superados con el cumplimiento a la estrategia del control de crecimiento y desarrollo del niño.

En nuestro país estos problemas seguirán en aumento sino se corrigen las atenciones brindada en esta estrategia ya que durante el 2014, según grupo atareo las atenciones en el control de crecimiento y desarrollo fueron: en el niño menor de 1 mes 30.3%, de 1mes a 11 meses 39.3%, 1 año 32.4% y de 2 años 31.8%. (LIBIA, 2016)

Durante el 2015; a nivel nacional; las coberturas de atención en el control de crecimiento y desarrollo en el niño menor de 1 mes 36.0%, 1mes-11 meses 42.3%, de 1 año 33.5% y en el de 2 años 31.9%. (LIBIA, 2016) (LIBIA, 2016)

En la ciudad de Piura se encontró que las coberturas de atención en el control de crecimiento y desarrollo en el 2015 fueron: En el menor de 1 mes 46.3%, de 1 a 11 meses 49.1%, 1 año 41.8% y de 2 años 40.8%. Y durante el 2015; menor de 1 mes 52.0%, de 1 a 11 meses 49.7%, 01 año 43.3% y de 02 años 43.2% (11); disminuyendo el porcentaje de cobertura según el niño va creciendo. En relación al porcentaje de niño que tiene riesgo en su desarrollo se evidenció que en los menores de un año el porcentaje fue de 5,27%, de niños de 1 año 6.52% y niños de 2 a 4 años 3,28%. (LIBIA, 2016)

En el Centro de Salud de San José se registraron durante el 2014 coberturas de atención en el control de crecimiento y desarrollo en el niño de 1 año en 65% y en los niños de 2 años de edad de 52% de la meta programada y en el 2015 una cobertura de 39.5% y 40%

respectivamente (MOGOLLON, 2016). Lo que evidencia una disminución significativa en las cifras de coberturas de atención en control de crecimiento y desarrollo en este establecimiento, En relación a lo expuesto anteriormente el control de crecimiento y desarrollo es una estrategia en la que se realizan actividades prioritarias que puede contribuir a enfrentar la problemática de la salud infantil. (SALUD, 2017)

1.2 Objetivos

Describir la atención de enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo en los niños menores de 5 años en el Establecimiento de Salud. San José-Piura. 2014 al 2016.

1.3 Justificación

El Control de crecimiento y desarrollo constituye un eje de atención del niño, ya que además de realizar la vigilancia longitudinal del crecimiento y desarrollo del niño, se pone en marcha otras acciones como la promoción de la Lactancia Materna, Alimentación Complementaria, Vacunación, Administración de Micronutrientes, Estimulación Temprana, Supervisión de la Visión y Audición, Salud Bucal, detección oportuna de alguna alteración, además de acciones dirigidas al desarrollo de las potencialidades de cada niño en particular. (UNICEF, 2017) Es por ello que resulta de singular importancia realizar el monitoreo del control de crecimiento y desarrollo de los niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones, trastornos de estos procesos, para su atención oportuna, así mismo promover prácticas adecuadas del cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario. Por estos motivos es que se realiza el presente informe que tiene por finalidad dar a conocer la experiencia profesional de enfermería en las atenciones brindadas

en el consultorio de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años en el Establecimiento de Salud San José- Piura. 2014-2016; para que se brinde una atención de calidad a cada uno de los niños de ese grupo etareo y además este informe servirá de guía de procedimientos en la atención del control de crecimiento y desarrollo para las estudiantes del pregrado, licenciadas de enfermería y licenciadas de la especialidad..

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

LOPEZ TIRADO, B (2015). En su tesis titulada "Nivel de Satisfacción de las madres de niños menores de 2 años sobre la calidad de Atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa. Lima-Perú. Cuyo objetivo es determinar el nivel de satisfacción de las madres con niños menores de 2 años sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo, investigación de tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo conformada por 81 madres de niños menores de 2 años de edad, concluyendo que la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo, el 61% dice que tienen un nivel de satisfacción medio, el 22% un nivel de satisfacción bajo y el 17% un nivel de satisfacción alto. (MILAGROS, 2015)

PARRAGUEZ O, REQUE LL (2014) Lambayeque. En su tesis titulada "Características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño Pre-escolar en el Centro de Salud Toribio Castro- Lambayeque 2014". Cuyo objetivo fue describir y estimar la frecuencia de las características que intervienen en el incumplimiento de la atención Integral del niño Pre-escolar. Investigación de tipo descriptivo, transversal, la muestra estuvo conformada por 166 madres. Los resultados mostraron que las edades de las madres que incumplen en dicha asistencia oscilan entre 19 a 34 años, que corresponde al 83.7%. El 34.9% han culminado secundaria, el 42.2%son convivientes y el 95.8% son amas de casa. Así mismo el 48.2%refieren que no encuentran citas en el horario que lo solicitan y el 44.6% manifiestan que el tiempo de espera para la atención es más de 2 horas. En conclusión las madres

incumplen en la asistencia a la atención integral por diversas características maternas, siendo estas: edad, grado de instrucción, estado civil, número de hijos, estado de salud del niño, horario de atención, tiempo de espera, creencias costumbres y conocimientos de dicha atención. (ORELLANO & STEFANY TERESA REQUE LLONTOP, 2014)

QUEVEDO (2014) Tablada de Lurín. Lima. En su tesis titulada "Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de dos años en el Centro MATERNO INFANTIL TABLADA DE LURIN – LIMA 2014" Cuyo objetivo fue: Determinar los factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de dos años, en el Centro Materno Infantil Tablada de Lurín- Lima 2014. Uso el método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 25 madres. En relación a los factores que intervinieron en el incumplimiento del control de crecimiento del niño y la niña menor de dos años en el Centro Materno Infantil de Tablada de Lurín. Se encuentra que del 100% (25) de madres entrevistadas refieren, el 100%(25) el número de profesionales de enfermería es insuficiente, el 88% (22) horario de atención, 64%(16) tiempo de espera, EL 48%(12) cuidado de hijos menores de edad, 24%(7) trabajo, 24%(7) horario de trabajo, 8%(2) información brindada por la enfermera no es útil, 4% (1) tiempo para el control cred inadecuado. (HAYDEE, 2014)

ESTRADA, V; BARRAGÁN, D; SANMARTÍN, I. (2011) Antioquia. Colombia. "Motivos de inasistencia al Programa de Crecimiento y Desarrollo en el Hospital San Vicente de Paul. Caldas 2011. Cuyo objetivo es: Identificar las principales causas de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo del Hospital san Vicente de Paul. Investigación de tipo descriptiva, retrospectivo. La muestra estuvo constituida por 77 niños insistentes al programa de control de crecimiento y desarrollo durante el

año 2011. Los resultados fueron: 53% de los encuestados son del sexo femenino y el 47% corresponden al sexo masculino, sobre la responsabilidad económica del menor se evidencia que en el 55% de los casos es la madre, el 25% la responsabilidad económica es de la madre y el padre, un 13% el padre, un 6% el abuelo y 1% el tío; en cuanto al estado civil de los encuestados responsables económicamente del menor se encontró que el 37% son solteros, el 52% están casados o viven en unión libre y el 10% separados. De la población soltera el 86% son madres cabeza de familia, es decir responden económicamente por el niño. El 72% afirma estar enterado de la existencia del programa de control de crecimiento y desarrollo de estos el 98% se enteraron por el personal de salud y solo el 2% lo calificó como regular. Entre las principales causas de inasistencia al programa, la primera es el olvido a la cita programada en un 31%, seguido por falta de un adulto que acompañe al menor en un 18%, comportamientos similares reflejante hecho de vivir lejos y la falta de dinero en un 17% y 16% respectivamente, finalmente el cambio en la afiliación al sistema de seguridad social en salud con un 13%. (EUGENIA, BARRAGAN DIAZ, & SANMARTIN LAVERDE, 2010)

2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Cuidados de enfermería en crecimiento y desarrollo

Según Ramona Mercer, cuando la madre logra el apego de su hijo, adquiere experiencia en su cuidado y experimenta la alegría y la gratificación de su papel. Ramona Mercer abarca varios factores maternos: edad, estado de salud, relación padre-madre y características del lactante. Además define la forma en que la madre percibe los acontecimientos vividos que influirán al momento de llevar los cuidados a su hijo con características innatas de su personalidad. La aplicación de esta teoría a la práctica asistencial sirve como marco para la valoración, planificación, implantación y

evaluación de la participación de los padres y del profesional de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del niño. (COLOMBIA, 2011)

Así mismo Nola Pender, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) se interesa en la creación de un modelo enfermero que diera respuesta a la forma como las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El Modelo de Promoción de la Salud expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Este modelo está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El Modelo de Promoción de la Salud expone cómo las características y experiencias individuales así como los conocimientos y afectos específicos de la conducta llevan al individuo a participar o no en comportamientos de salud.

Por lo tanto en mi experiencia profesional como enfermera responsable de la estrategia de control de crecimiento y desarrollo utilizo el modelo en mención dado que me sirve como base para el estudio de cómo las personas toman decisiones, sobre su propio

cuidado de la salud, y de las personas que tienen a su cargo, en este caso, sus hijos.

Según lo expuesto en la teoría de Pender, las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana; además, tienen la capacidad de poseer una autoconciencia reflexiva en la que el profesional sanitario forma parte de su entorno interpersonal ejerciendo influencia a lo largo de sus vidas. En este sentido el rol educativo de Enfermería, desempeña un papel importante en la promoción a través de una educación expresada en actividades diseñadas para cada tipo de usuario según sus características personales. Así permitirá que el usuario (madre) pueda estar capacitada para realizar una autoevaluación sobre su estado de salud y la de su niño. (HOYOS, BLANCO BORJAS , & SANCHEZ RAMOS, 2011)

2.2.2 CRECIMIENTO

Es un proceso biológico más característico de la infancia. Se inicia en el momento de la fecundación del ovulo y se extiende hasta que finaliza la maduración de los huesos y se completa el desarrollo sexual, lo que ocurre habitualmente, hacia el final de la segunda década de la vida. (PEDIATRIA, 2014)

DESARROLLO

Es un proceso de maduración funcional de los diferentes órganos y tejidos del cuerpo. Este proceso dinámico y continuo comprende una serie de cambios, mediante los cuales el niño va adquiriendo habilidades para realizar diferentes funciones: hablar, caminar, jugar, correr, relacionarse con las demás personas, etc. En los primeros años de vida, el desarrollo se manifiesta a través de cambios en las áreas motora gruesa, motora fina, lenguaje y

comportamiento psicosocial. La velocidad del desarrollo depende de la edad y sobre todo del estímulo y el medio ambiente que rodea al niño. (SALUD, PROCEDIMIENTOS Y PROTOCOLOS DE ATENCION EN SALUD INFANTIL, 2002)

2.2.3 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

El control de crecimiento y desarrollo es un conjunto de actividades periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo del niño de cero a nueve años, con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en su estado de salud a través de un monitoreo o seguimiento adecuado en la evolución de su crecimiento y desarrollo, así como consideramos la promoción de la salud física, mental, emocional y social.

Es realizado por personal de salud adecuadamente capacitado, sensible, con actitudes y comportamientos apropiados. Teniendo en cuenta las necesidades, características y capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural.

Es participativo, es decir permite establecer una relación de respeto y confianza con la madre para que ella pueda expresar sus problemas, sentimientos y motivaciones. Involucrando al padre y a la familia en las responsabilidades del cuidado de la niña y el niño. (SALUD, NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, 2011)

FACTORES DE RIESGO EN EL CRECIMIENTO DE DESARROLLO

El control de crecimiento y desarrollo implica considerar los factores causales o asociados, que alteran de manera significativa este proceso en la niña y el niño.

FACTORES SOCIALES Y CULTURALES

- Madre adolescente o mayor de 35 años
- Grado de instrucción de la madre o cuidadora
- Pobreza extrema
- Déficit en el acceso a servicios básicos y de salud
- Déficit en la ingesta calórico- proteica
- Violencia infantil o familiar, Madre trabajadora fuera del hogar,
- Problemas de salud mental en la familia
- Tamaño y estructura de la familia
- Malnutrición materna
- Stress materno
- Hacinamiento
- Consumo de drogas
- Espacio Inter-genésico corto

FACTORES BIOLÓGICOS

- Bajo peso al nacer
- Prematuridad
- Hiperbilirrubinemia
- Sufrimiento fetal: (Embarazo de alto riesgo y durante el parto).
- Enfermedades de la madre: (Toxemia, Pre eclampsia , Infecciones tracto urinario, entre otras)
- Cardiopatías
- Problemas metabólicos
- Síndromes genéticos: Síndrome de Down
- Consumo de alcohol y tabaco
- Alteraciones del sistema nervioso central
- Neuroendocrino: (Alteraciones de la hormona del crecimiento, Hipotiroidismo). (SALUD, NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, 2011)

COMPONENTE DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Dentro de este contexto la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud del Perú ha elaborado la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años con Resolución Ministerial N°990-2010, cuya finalidad es contribuir al desarrollo integral de las niñas y niños de cero a 5 años y a mejorar su salud y nutrición

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA Y/O NIÑO

CONSIDERACIONES PREVIAS:

Para realizar el control del crecimiento y desarrollo se debe considerar lo siguiente:

- a. Recepción cordial a los padres y/o cuidadores de la niña y/o niño.
- b. Revisión y apertura del cuaderno de atención integral de salud del niño: Calendario de vacunación, curva del crecimiento, evaluación del desarrollo y otros.
- c. Apertura y revisión de la historia clínica del niño.
- d. Registro de la actividad en:
 - Historia clínica del niño y/o ficha familiar
 - Cuaderno de atención integral de salud del niño
 - Registro de seguimiento de la atención integral del niño
 - Formato HIS.
- e. Según el diagnóstico y capacidad resolutoria del establecimiento de salud, realice la interconsulta o referencia.

GRUPO ETAREO	N° DE CONTROLES	EDADES
Recién nacido	2	Al 2º día del alta y 7º día de nacido
Menos de 12 meses edad	6	Al 1m, 2m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9 m, 10m, 11 meses edad
De 1 año edad	4	A los 12m, 14m, 16m y 18 meses edad
De 2 a 4 años edad	2 por año	A los 24m, 27m, 30m, 33m y 36m, 39m, 42m, 45m y 48m, 51m, 54m, 57 meses edad
De 5 a 9 años edad	1 por año	A los 5ª, 6ª, 7ª, 8ª y 9 años edad

Fuente: Norma técnica de control de crecimiento y desarrollo

PROCEDIMIENTOS

Es el conjunto de actividades integrales, ordenadas que se aplica de manera individual y cuenta con los siguientes componentes:

A) ENTREVISTA: Tiene como objetivo investigar factores de riesgo asociados al crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, conocer la evolución entre control y control, adaptación a la alimentación actual, verificación del esquema de vacunación actual, reacciones post vacunales, ambiente familiar. Y finalmente después de todo el proceso de evaluación, se realizara la consejería participativa.

A.1 Nutrición de la niña y niño desde el nacimiento hasta los 9 años de edad:

- **Nutrición de la Niña y Niño menor de 6 meses de edad.-** La leche materna constituye por si sola el mejor alimento que puede darse a un niño durante los primeros 6 meses de vida. Es rica en todos los nutrientes que necesita para un crecimiento, y desarrollo adecuado protegiéndolo contra las enfermedades. Dar de lactar es mucho más que dar alimento, es dar amor, seguridad, placer y compañía. Es apoyo familiar es fundamental para una lactancia exitosa.
- **Nutrición de la Niña o Niño de 6 a 24 meses de edad.-** A partir de los seis meses de edad la niña o niño de continuar con lactancia materna necesita iniciar la alimentación complementaria.
Cuando el niño (a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.
Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas, y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación efectiva entre los niños(as) y sus padres o cuidadores.
- **Nutrición de la Niña y Niño de 24 meses a 4 años de edad.-** La edad pre escolar es una etapa de progresivos y evidentes cambios en el crecimiento y desarrollo de los niños los que le permiten adquirir

múltiples capacidades. El niño (a) comienza a establecer patrones de conducta, por eso Ud. Debe ayudarlo a desarrollar hábitos de alimentación, higiene y actividad física adecuados. El niño necesita una alimentación variada que le permita crecer, desarrollar actividad física y estar sano.

A.2 Prevención de las deficiencias por micro nutrientes (Hierro, Yodo y Vitamina A

Otras de las deficiencias nutricionales que hay que evaluar y/o revertir son la anemia, la deficiencia de vitamina A y yodo. Como primera medida es aconsejar a la madre en la manera de cómo utilizar los productos alimenticios fuente de estos micros nutrientes. Seguidamente proceder de acuerdo a los puntos mencionados a continuación.

A.3 Suplementación preventiva con Hierro para niñas y niños.-

La anemia por deficiencia de hierro es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La deficiencia de este micronutriente tiene repercusiones funcionales sobre la capacidad mental, inmunológica, endocrina y funcional. De esta manera se promueve la suplementación preventiva con hierro como se menciona continuación.

Grupo objetivo	Esquema preventivo de suplementación
Infantes y niños menores de 2 años	1 – 2 mg/Kg/día (Desde 4 – 6 meses de edad por 6 meses)
Niños de bajo peso al nacer (menos de 2500 gr)	2 mg/Kg/día (Desde los 3 meses hasta los 12 meses)
Pre-escolares y escolares	2 mg/Kg/día (Durante 2 – 3 semanas varias veces al año)

Fuente: Norma Técnica de control de crecimiento y desarrollo

Suplemento con Vitamina A para niñas y niños.- La Vitamina A ayuda a proteger nuestra salud de varias maneras:

- . Reduce la gravedad de las infecciones
- . Mayores perspectivas de supervivencia
- . Favorece el crecimiento

Es vital para el funcionamiento adecuado de la visión.

Usted debe aprovechar todos los contactos de los niños con los servicios de salud para proporcionarles suplementos de vitamina A de acuerdo al esquema indicado.

Calendario de Administración de Suplemento de Vitamina A para Prevenir la Deficiencia de Vitamina A en Niños de 6 a 23 meses de edad

EDAD	DOSIS	FRECUENCIA
Niños: 6 - 11 meses	100,000 UI ■	Una vez cada 6 meses
Niños: 12 - 23 meses	200,000 UI ■	Una vez cada 6 meses

Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2000

A.4 Estado Vacunal

Las vacunas son sustancias médicas (medicamentos), que son capaces de inducir una respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos es capaz de producir protección de las enfermedades conocidas como inmuno-prevenibles; todas estas enfermedades a su vez son producidas por organismos vivos (Bacterias o virus) o por productos derivados de ellas como el caso del tétanos (toxina tetánica). Las vacunas deben ser aplicadas a todas las niñas y niños en el nivel nacional y de acuerdo a esquema de vacunación.

Esquema de Vacunación

Grupo de Edad	Edad de aplicación	Tipo de vacuna
Menor de un año	Recién nacido	BCG + HvB
	2 meses	Pentavalente+IPV, Rotavirus, Neumococo
	4 meses	Pentavalente , IPV, Rotavirus, Neumococo
Un año de edad	12 meses	SPR + AMA

Fuente: Norma técnica de inmunizaciones

B. EVALUACIÓN DEL CRECIMIENTO: De nacimiento a 9 años 11 meses 29 días

B.1 Monitoreo del crecimiento:

Es el conjunto de actividades que se aplica de manera individual, periódica y secuencial, tiene como finalidad, promover un crecimiento favorable, a través de la detección oportuna de alteraciones en el crecimiento.

Es individual, porque cada niño es un ser, con características propias, específicas por lo tanto debe ser visto desde su propio contexto y entorno.

Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido para cada niño y de acuerdo a la edad de la niña o niño.

Es secuencial, porque cada control actual debe ser corroborado con el anterior control, con el objetivo de mirar el progreso en el crecimiento mes a mes.

Debido a que el incremento de peso y talla durante los primeros años de edad muestran patrones típicos de mayor velocidad, una desaceleración o detención en el crecimiento, dentro de los valores considerados como normales, implica realizar una evaluación en base a los factores que hayan desencadenado ese proceso.

Por lo tanto el monitoreo enfatiza sus esfuerzos en evaluar el progreso de la ganancia de peso, longitud o altura de acuerdo como avanza la edad de la niña o niño.

Anotación	Significado
↗	Señales de un buen crecimiento traducido en un incremento progresivo y favorable del peso y longitud o estatura en la niña o niño de un control a control.
↘	Detención del crecimiento, señal de alerta, indagar acerca de algunos factores condicionantes o determinantes, según edad de la niña o niño.
→	Estancamiento del crecimiento, señal de alerta, indagar acerca de factores condicionantes o determinantes, según edad de la niña o niño.

B.2 Clasificación o Diagnóstico:

En el primer contacto con un niño, es importante hacer un adecuado diagnóstico nutricional. Para realizar el diagnóstico o clasificación nutricional es necesario tener la edad, sexo, peso y talla del niño. Es importante recalcar que ningún parámetro por sí sólo nos da un diagnóstico completo, por lo que es necesario tener todos los indicadores adecuadamente recolectados. La clasificación o diagnóstico será de importancia para el reporte estadístico.

Para hacer la clasificación o diagnóstico nutricional realizar lo siguiente:

Indicador	Grupo de edad a utilizar
Peso para edad gestacional	Recién nacido (a)
Perímetro cefálico para edad gestacional	Recién nacido (a) a 2 años
Peso para la edad (P/E)	≥ a 29 días a < 5 años
Peso para la talla (P/T)	≥ a 29 días a < 5 años
Talla para la edad (T/E)	≥ a 29 días a < 10 años
Índice de masa Corporal (Peso (kg)/talla (m) ²)	≥ 2 años a < 10 años

Clasificación Nutricional en recién nacidos

Peso para Edad gestacional en recién nacidos

La clasificación del estado nutricional se realizará en base a la comparación del peso del niño con respecto a la edad gestacional de acuerdo a las recomendaciones del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP) Para el cálculo de la edad gestacional se tomara como referencia el Test de Capurro.

Peso para la Edad gestacional

Punto de corte (p)	Clasificación
< P10	Pequeño para la edad gestacional (desnutrido o con retraso en el crecimiento intrauterino)
P10 a P90	Adecuado para la edad gestacional
>90	Grande para la edad gestacional (macrosómico)

Perímetro cefálico

Se evaluará en los niños recién nacidos de acuerdo a valores de circunferencia de cráneo por edad gestacional (CLAP) y en niños menores de 2 años se usará la referencia del CDC 2000 (ver Anexos) Siendo la clasificación de acuerdo al siguiente detalle:

Clasificación de Acuerdo a Perímetro Cefálico

Punto de corte (p)	Clasificación
< P5	Riesgo microcefalia
P5 a P95	Normal
> P95	Riesgo macrocefalia

Fuente: Center for Disease Control
CDC 2000

Peso al nacer

El peso al nacer como indicador del peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo, el cual puede ser clasificado de la siguiente manera.

Punto de corte (g)	Clasificación
< 1000 gramos	Extremadamente bajo
1000 a 1499 gramos	Muy bajo peso al nacer
1500 a 2499	Bajo peso al nacer
De 2500 a 4000 gramos	Normal
> 4000 gramos	Macrosómico

Clasificación Nutricional en niñas y/o niños con edad igual o mayor de 29 días a menores de 5 años

La clasificación del estado nutricional se realizará en base a la comparación del peso y longitud o talla del niño, según edad con los valores de referencia del National Center Health for Statistics / Organización Mundial de la Salud, 1978; clasificando el estado nutricional del menor de 5 años según se muestra en el siguiente cuadro.

Puntos de corte	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
Desviación estándar	Clasificación	Clasificación	Clasificación
>+ 2	Obesidad	Obesidad	Alta
>+1 a + 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Ligeramente alta
+1 a -1	Normal	Normal	Normal
<-1 a - 2	Riesgo desnutrición	Riesgo desnutrición	Riesgo de talla baja
< - 2	Desnutrición	Desnutrición	Talla baja
< - 3			Talla baja severa
Edad de aplicación	≥ 29 días a < 5 años	≥ 29 días a > de 5 años	≥ 29 días a > de 5 años

Observaciones con relación a valoración nutricional antropométrica durante el primer año

- Niños alimentados con lactancia materna exclusiva no considerar para intervención como obesos o con sobrepeso a niños menores de 6 meses con lactancia materna exclusiva
- Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva (LME) presentan mayor velocidad de crecimiento en el primer trimestre, el aplanamiento de la curva luego del 4to mes no debe ser motivo de suspensión de la LME o introducción de suplementos lácteos
- La ganancia de peso debe ser analizada en relación al canal de crecimiento y al examen cuidadoso del niño.

Niños prematuros

En los niños prematuros o con bajo peso al nacer es importante que la curva de crecimiento sea en sentido ascendente en forma paralela a las curvas de referencia.

Clasificación Nutricional en niñas y/o niños De 5 años a 9 años 11 meses 29 días de edad.

Se utilizará como referencia la Tabla del Center for Disease Control (CDC 2000) . Los puntos de corte y clasificación se muestran en los siguientes cuadros:

Talla para la Edad

Punto de corte (p)	Clasificación
> P95	Alto
>P85 y P95	Ligeramente alto
P10 a P90	Normal
P5 a < P10	Riesgo de talla baja
< P5	Talla baja

Fuente: CDC, 2000 Growth charts.

Índice de Masa Corporal

Punto de corte (p)	Clasificación
≥ P95	Obesidad
P85 a < P95	Sobrepeso/riesgo de obesidad
P10 a < P85	Normal
P5 a < P10	Riesgo de delgadez
< P5	Delgadez o bajo peso

Fuente: CDC, 2000 Growth charts.

La atención de niños (as) con problemas identificados de malnutrición: desnutrición, obesidad o talla baja deberán ser atendidos siguiendo las Guías de Práctica Clínica en casos de Malnutrición.

Las tablas de referencia utilizados en la presente guía están sujetas a actualización del documento: Normas de Valoración Nutricional

Antropométrica según etapas de vida de acuerdo a las Estrategias de Alimentación y Nutrición a cargo del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.

B.3 Instrumentos y procedimientos de medición

Medición del perímetro cefálico.-

Material:

- Cinta métrica no elástica

Procedimiento:

1. Coloque al niño en posición cómoda (en la camilla o sobre las piernas de la madre).
2. Sitúese de frente al niño, de tal forma que el borde inferior de la cinta métrica pase por el arco superciliar a la altura de las cejas sobre las orejas y por la prominencia occipital. La parte inicial de la cinta métrica debe quedar sobre la cara lateral de la cabeza.
3. Comprima firmemente el cabello con la cinta métrica para obtener la medida que se aproxime a la circunferencia craneana.
4. Lea y registre el valor de la medida con una aproximación de 0.1 cms.
5. Repite el procedimiento para validar la medida.

Mediciones del peso y talla.- La confiabilidad en la toma del peso depende de:

- Obtener la edad exacta
- Dominio de la técnica de peso y talla (es preferible que la medición lo realice la misma persona)
- Estado emotivo del niño
- Vestimenta ligera (pañal o trusa y chaqueta o polo).
- Sensibilidad de la balanza y su mantenimiento.

- Contar con sistema de control de calidad eficiente.

Es importante determinar registra el sexo y determinar la edad correcta de la niña o niño al evaluar los datos antropométricos, ya que los estándares de referencia para el crecimiento están divididos por sexo y en categorías de edad, por mes, de llegar a registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación nutricional de la niña o niño será incorrecta.

Medición del peso para la niña o niño menor de 24 meses

Equipo

- Balanza con platillo calibrado en Kilos con graduaciones cada 10 gramos
- Balanza redonda de resorte tipo reloj capacidad de 25 Kg, con graduaciones cada 100 gr., además un ángulo, dos sogas, dos calzonetas y dos mantas.

Para realizar el control de peso de los niños deben participar dos personas. Una de ellas se encarga de sujetar al niño y asegurarse de que el niño no se vaya caer, mientras que la otra persona se encarga de realizar la medición y registrar, generalmente es la persona responsable de la evaluación.

Procedimiento:

1. Fije la balanza en una superficie plana y firme, en caso de contar con balanza redonda tipo reloj ubicarla en un lugar adecuado asegurándose que éste permita la altura y distancia suficiente para evitar que el niño toque el piso o se apoye de alguna forma, evitando

así una medida incorrecta.

2. Cubra el platillo del peso con un pañal (pesado previamente)
3. Calibre la balanza en cero antes de cada pesada.
4. Retire al niño los zapatos y la mayor cantidad de ropa que sea posible.
5. Coloque al niño desnudo o con la menor cantidad de ropa, sobre el platillo, sentado o acostado y busque equilibrarlo. En caso de usar balanza de reloj coloque al niño dentro de la manta o calzoneta y colgarlo del gancho inferior de la balanza.
6. El observador se situara enfrente de la balanza y procederá a leer el peso marcado cuando la aguja esté en punto de equilibrio.
7. Anotar el peso leído y con aproximaciones de 10 a 20 gramos antes de bajar al niño de la balanza. Repetir la acción por dos veces para conseguir un peso exacto.
8. Registre el peso exacto en los formatos correspondientes y compare el valor con el peso esperado para la edad.
9. Equilibre la balanza hasta que quede en cero.

Medición del peso para la niña o niño mayor de 24 meses

Equipo:

- Balanza de pie con graduaciones por cada 100 gramos.

Procedimiento:

1. Coloque la balanza en una superficie horizontal, plana, firme y fija para garantizar la estabilidad de la balanza.
2. Equilibre la balanza en cero
3. El niño debe tener la menor cantidad de ropa, sin calzado y medias, colocando los pies sobre las huellas del platillo para distribuir el peso en ambos pies.

4. Sobre el brazo principal, mueva la pesa hasta sobrepasar el peso y luego hágala retroceder hasta que equilibre la aguja del indicador de la balanza (kilos y gramos)
5. Registre el peso en el formato correspondiente.
6. Equilibre la balanza en cero.

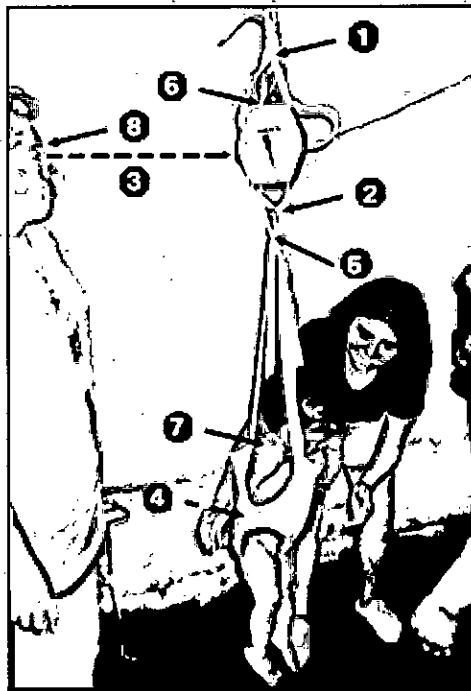


Figura 5.- Procedimiento para pesar a un niño

Medición de la longitud para la niña o niño menor de 24 meses de edad.-

Equipo:

1. Un tallímetro de base ancha y de material consistente.
2. Tope móvil o escuadra

Procedimiento:

Para la medición de la talla se necesita dos personas. Una de ellas es el responsable de la evaluación nutricional, y la otra persona asistente puede ser la madre o acompañante.

1. Lactantes y niños menores de 2 años : La medición ha de hacerse estando el niño en posición horizontal o echado (longitud)
2. Para colocar el tallímetro debe estar ubicado sobre una superficie que este lo más nivelada posible, sin pegarlo a la pared por ninguno de sus extremos para permitir que la persona que mide y el asistente ocupen esos lugares.
3. La persona que mide, o el asistente, coloca al niño sin gorro, moños, ni zapatos, boca arriba sobre el tallímetro, con la cabeza contra el tope fijo y con los pies hacia el tope móvil.
4. El Asistente debe situarse al extremo del tallímetro y tomar la cabeza con ambas manos colocándola de modo que toque suavemente el tope fijo (base del tallímetro).
5. La persona que mide debe situarse a un lado del tallímetro (lado donde se encuentra la cinta métrica), sujetando los tobillos juntos del niño y con el codo de ese brazo (Izquierdo) hacer presión suavemente sobre las rodillas del niño para evitar que las flexione.
6. Acercar el tope móvil con la mano libre (derecha) hasta que toque las plantas, ejerciendo una presión constante.
7. Leer la medida sobre la cinta métrica y anotar el número que aparece inmediatamente por delante del tope móvil.
8. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.

- Una vez realizada la medición, se anotará la cantidad exacta en los registros correspondientes (historia clínica, cuaderno de atención integral del niño y registros de seguimiento).

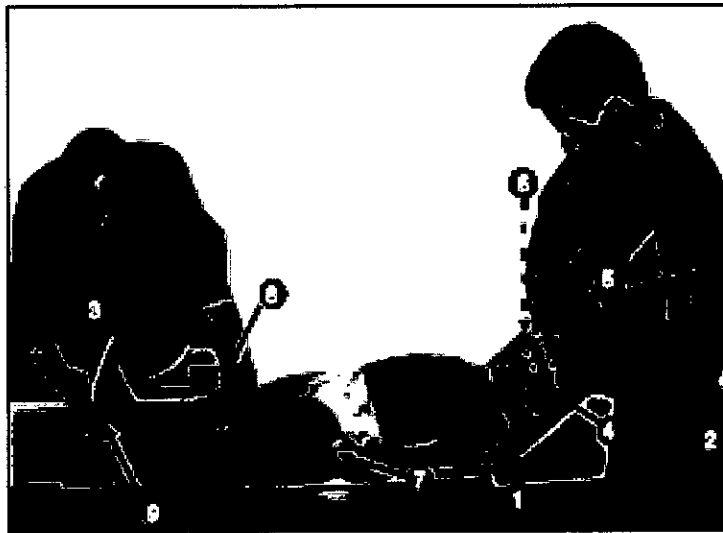


Figura 2.- Método para medir la longitud del niño

Medición de la altura para la niña o niño mayor de 24 meses de edad.-

Equipo:

- Un Tallímetro de pie de madera.

Procedimiento:

1. Ubicar el tallímetro sobre una superficie nivelada, pegada a una pared estable, lisa y sin zócalos, que forme un ángulo de 90° entre la pared y la superficie del piso.
2. Pedirle a la madre que le quite los zapatos, medias y accesorios en la cabeza del niño.
3. Parar al niño sobre la base del tallímetro con la espalda recta apoyada contra la tabla.
4. El asistente debe asegurarse que el niño mantenga los pies sobre la base y los talones estén pegados contra la tabla.

5. Colocar la cabeza del niño con la mano (izquierda) sobre la barbilla, de manera tal, que forme un ángulo de 90° entre el ángulo externo del ojo y la zona comprendida entre el conducto auditivo externo y la parte superior del pabellón auricular, con la longitud del cuerpo del niño.
6. Asegurarse que el niño tenga los hombros rectos y que la espalda esté contra la tabla, no debe agarrarse de la tabla, que los dedos índices de ambas manos deben estar sobre la línea media de la cara externa de los muslos (a los lados del cuerpo).
7. Bajar el tope móvil del tallímetro con la otra mano de la persona que mide hasta que toque la cabeza del niño pero sin presionar.
8. Leer el número inmediatamente por debajo del tope. Si sobrepasa la línea del centro añadir 5 cms al número obtenido. En caso de que éste sobrepase la línea correspondiente a centímetros, deberá registrarse el número de "rayas" o milímetros. Repetir la medición de la talla hasta conseguir una diferencia máxima de un milímetro entre una medición y otra.



Figura 11.- Método para medir la estatura del niño

C. EXAMEN FISICO.- El procedimiento que se realiza desde el nacimiento a 9 años 11 meses 29 días.

Consideraciones generales

Antes de iniciar el examen se debe tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial

- Respete la individualidad del niño y de la madre.
- Explique a la madre y al niño el procedimiento que realizara para obtener su colaboración, considerando que los niños entienden desde temprana edad.
- Actúe de manera suave pero firme con paciencia y delicadeza durante el procedimiento.
- Diagnostique.

Consideraciones según edad de la niña o niño

Recién nacido y lactante menor de 6 meses:

1. Examinar sobre la mesa de examen.
2. Empezar con el examen desde la cabeza hasta los pies.
3. Usar entretenedor (sonajas, juguetes, etc.) para calmar al niño que llora.

Lactante mayor de 6 meses hasta los 2 años:

1. Iniciar el examen en el regazo de la mamá y continuar la evaluación en la mesa de examen. (etapa de temor con gente extraña).
2. Jugar con el niño
3. Empezar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a la guía.

Niñas y niños pre escolares y escolares (3 - 9 años edad)

1. Respetar el estado emocional y permitir la compañía de los padres preferentemente.
2. Examinar sobre la mesa, se puede hacer la mayor parte sentada o de pie.
3. Empezar con el examen físico y luego por la cabeza hasta los pies.
4. Permitir al niño escuchar su corazón con el estetoscopio
5. En el examen del abdomen, puede permitirse la participación del niño.

EXAMEN FÍSICO DE LA NIÑA Y NIÑO

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
GENERAL	Observar malformaciones, coloración de la piel.
CABEZA	Palpar las suturas y fontanelas. Si las fontanelas están prematuramente cerradas pensar en: microcefalia, craneosinostosis, hipertiroidismo , derivar al especialista y realizar seguimiento. Si la fontanela está más amplia de lo normal puede deberse a: hidrocefalia, hipotiroidismo, prematuridad, malnutrición . Podemos encontrar suturas cabalgadas lo que requiere observación y seguimiento
CABELLOS	Verificar implantación, distribución, textura (quebradizo), color, ver si hay infecciones en cuero cabelludo, pediculosis e higiene.

CARA	
FACIES	Observar la forma, simetría de movimientos (descartar parálisis facial), edema o aumento de volumen de las glándulas parótidas.
OREJAS	Observar anomalías externas en pabellón auricular o ausencia de las mismas, implantación baja de las orejas, secreciones, higiene. Si hay otoscopio evaluar el tímpano: color, brillo, dolor o presencia de secreciones.
OJOS	<p>Párpados: observar hinchazón, cambios de color.</p> <p>Conjuntivas: color, palidez, secreción.</p> <p>Esclerótica: ictericia, cambio de color.</p> <p>Pupilas: acomodación y tamaño.</p> <p>Movimientos Oculares: completos y simétricos. Globos Oculares: Si hay protrusión o si estos son pequeños.</p> <p>Estrabismo (debe hacerse el diagnóstico a los 6 meses de edad) derivar a Oftalmología.</p>
NARIZ	<p>Observar fosas nasales permeables, evaluar deformidades o desviación del tabique.</p> <p>Observar si el niño respira bien por la nariz estando con la boca cerrada.</p> <p>Si hay presencia de congestión nasal y secreción sanguinolenta investigar.</p>

BOCA	<p>Observar simetría, mucosa, encías, frenillo sublingual, piezas dentarias.</p> <p>Malformaciones como fisura palatina anterior y posterior, derivar a cirugía plástica.</p> <p>Mala oclusión, higiene (presencia de caries).</p> <p>Inspeccionar: labios encías, lengua, amígdalas, faringe, estado de higiene.</p> <p>Descartar: Inflamaciones, hemangioma o parálisis.</p> <p>Dentición: Erupción y caída de la primera dentición</p>
CUELLO	<p>Explorar simetría, flexibilidad, presencia de dolor, tumoraciones, aumento de volumen de los ganglios.</p> <p>Evaluar glándula tiroidea, buscando bocio congénito, nódulos o tumoraciones.</p> <p>Tortícolis, es una contractura de un lado de cuello, el cuello esta flexionado hacia el lado afectado, en caso de darse en el recién nacido observamos una tumoración en la zona del cuello debe recibir tratamiento en Medicina Física y Rehabilitación.</p>

EXAMEN FÍSICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN
TORAX	<p>Observar asimetrías, movimientos respiratorios, tiraje.</p> <p>Agrandamiento de la glándula mamaria o presencia de secreción láctea(es normal solo en recién nacidos)</p> <p>Auscultar para detectar ruidos anormales cardiacos y/o respiratorios, soplos. Realizar la</p>

	<p>referencia al especialista.</p> <p>En caso de Cardiopatía se puede presentar cianosis, taquicardia, lactancia materna entrecortada, sudoración excesiva durante la lactancia. Referir a Cardiología.</p>
ABDOMEN	<p>Observar distensión abdominal, circulación venosa colateral, ombligo.</p> <p>Palpar determinando si hay crecimiento del hígado, bazo y tumoraciones.</p> <p>Presencia de hernias umbilicales, inguinales.</p> <p>Hernia Umbilical: Tumoración que protruye en región umbilical, <u>sola se observara hasta los tres años de edad.</u>, de continuar derivar a Cirugía Pediátrica.</p> <p>Hernia Inguinal: Tumoración que protruye en zona inguinal o inguinoescrotal, se presenta al llanto o al pujo y disminuye al reposo.</p> <p>En ambos casos <u>referir a cirugía pediátrica apenas sea diagnosticado.</u></p>
COLUMNA VERTEBRAL	<p>Observar asimetrías, rigidez y postura estando el niño sentado, de pie y acostado, verificando si hay desviaciones de la curvatura normal de la columna: lordosis, escoliosis y xifosis</p> <p>En el recién nacido evaluar presencia de espina bífida que se puede manifestar por: presencia de bulto graso, mancha rojiza, zona de pelos largos anormales u orificio cutáneo en cualquier zona</p>

	<p>desde el cuello a la región sacrocoxigea. Derivar a Neurocirugía.</p> <p>Fóvea pilodinal es la presencia de una depresión o fosa en la región sacra, debe mantenerse en buen estado de higiene a fin de evitar infecciones.</p>
EXTREMIDADES	<p>Observar simetría, deformidades y acortamientos.</p> <p>Descarte de Displasia de Cadera: Recién nacidos, valorar el signo de Barlow.</p> <p>En lactantes, valorar el signo de Ortolani</p> <p>Otros hallazgos pueden ser acortamiento de uno de los miembros; limitación en la abducción, en el lado afectado y asimetría de pliegues.</p> <p>En niños de 1 año 6 meses observar piernas arqueadas y dificultad en la marcha.</p> <p>A partir de los 2 años además, examinar el arco plantar para diagnosticar pie plano.</p> <p>En todos estos casos derivar a Traumatología. (ver Anexo)</p>
EXAMEN FISICO	EVALUACIÓN – OBSERVACIÓN

GENITOURINARIO

Observar el tamaño y forma de los genitales externos, higiene, presencia de inflamación, dolor o secreciones.

En niñas, observar, labios mayores menores, clítoris, himen. Detectar sinequia de labios (labios menores unidos y no se observa himen).

En niños, determinar el tamaño, ubicación, palpación de los testículos a fin de descartar criptorquidia, hidrocele y observar prepucio para descartar fimosis, hipospadia, epispadia.

En el pene determinar tamaño, presencia de fimosis y/ o adherencias del prepucio, inflamación y dolor.

Criptorquidia los testículos no han descendido o están ausentes. Solo esperar hasta el año de edad.

Hidrocele, aumento de volumen de zona escrotal de consistencia quística no derivar antes del año, pero en caso que sea tenso y gigante, derivarlo inmediatamente.

Fimosis trastorno del pene debido a la estrechez del orificio del prepucio, que impide la salida del glande. Derivar a partir de los tres años.

Epispadias (meato uretral en la zona dorsal del pene)

Hipospadia (meato uretral debajo de la punta del pene) derivar inmediatamente.

	<p>En todos estos casos derivar a cirugía pediátrica de acuerdo a los tiempos establecidos.</p>
ANO	<p>En recién nacidos verificar características y permeabilidad.</p> <p>Observar fisuras, fístulas perianales, malformaciones ano rectales.</p> <p>En caso de fistulas perianales o malformaciones anorectales derivar inmediatamente a Cirugía Pediátrica.</p> <p>Preguntar por estreñimiento, considerando que es cuando la deposición es dura, seca y está acompañado de esfuerzo.</p>
PIEL Y ANEXOS	<p>Observar color (cianosis, ictericia, palidez), hemangioma, erupciones, presencia de edema, estado de higiene.</p> <p>Coloración verdosa en zona sacro coccígea, las llamadas Manchas Mongólicas, son normales y desaparecen a los dos años de edad.</p> <p>Dermatitis, observar maceración de la piel por contacto prolongado con pañal mojado.</p>

D. EXAMEN NEUROLOGICO

En la evaluación Neurológica, debemos siempre tener en cuenta, como base los antecedente Pre-Natales. Natales y Post-Natales del niño, si ha tenido algún **antecedente de riesgo**.

- **Preguntar** por calidad de sueño, es decir si tiene dificultad para conciliar el sueño, si se despierta fácilmente con cualquier ruido, o si solo duerme por periodos cortos.
- Tener en cuenta el llanto y la irritabilidad continua y persistente, como antecedente de importancia en la evaluación neurológica.
- Es importante **siempre observar** al niño, al empezar el examen clínico, ver como se relaciona con el medio ambiente, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo, tener en cuenta asimetrías faciales o del cuerpo.
- Luego de **observar**, con mucha delicadeza evaluaremos al niño, proporcionándole un ambiente adecuado para el examen clínico, con los mínimos estímulos posibles.

Los indicadores de desarrollo Neuromotor son:

- Evaluación de los Pares Craneales
- Los Reflejos primarios en el recién nacido:

Reflejo de Moro, reflejo tónico cervical asimétrico, prensión palmar, presión plantar, reflejo de succión.

- Tono muscular
- Postura

Examen de pares craneanos:

Par craneano	Procedimiento para valoración
Olfatorio (I)	En el recién nacido se explora poco por lo difícil de obtener una respuesta
Óptico (II)	La visión se valora con las respuestas de parpadeo a la luz intensa. Se puede buscar el seguimiento ocular cuando se pasa por el frente un objeto luminoso y de forma circular.
Oculomotores (III-IV-VI)	Valorar pupilas y observar presencia de anisocoria, miosis o midriasis. Los movimientos oculares se valoran con rotación de la cabeza y búsqueda de ojos de muñeca, teniendo en cuenta que la mirada lateral está presente desde el nacimiento y la mirada vertical y movimientos conjugados se presentan a partir del tercer mes.
Trigémino (V)	Se valora buscando la succión, aunque también intervienen otros pares. Se busca la sensibilidad de la cara con un estímulo táctil, observando la retirada del estímulo. Al examinar el reflejo corneano se observa la simetría en la respuesta.
Facial (VII)	Observe simetría de la cara, durante movimientos espontáneos y provocados (llanto).
Auditivo (VIII)	Explore haciendo un ruido que lleve a obtener una respuesta de parpadeo o un reflejo de Moro. La rama vestibular se explora tomando al niño por el tronco y en posición vertical, se le hace girar hacia un lado y luego hacia el otro y se observa la respuesta de desviación ocular al lado opuesto que gira.
Glossofaríngeo y Neumogástrico (IX-X)	Se valora junto con otros pares: movimientos de succión, deglución, reflejo nauseoso e intensidad del llanto.
Espinal (XI)	Se valora observando movimientos de la cabeza, principalmente los movimientos laterales, con visualización y palpación del esternocleidomastoideo.
Hipogloso (XII)	Observe movimientos de la lengua y simetría

En el Recién Nacido, evaluar los reflejos primitivos primarios:

Aparición y desaparición de reflejos en el lactante:

Reflejo	Aparición	Desaparición
Extensión cruzada	Nacimiento	2 meses
Moro	Nacimiento	4 meses
Presión Palmar	Nacimiento	4 meses
Reacción positiva de soporte	Nacimiento	4 – 6 meses
Defensas laterales	4 meses	Persiste
Landau	4 – 6 meses	30 meses

Reflejos Primitivos Primarios del Recién Nacido

Reflejos	Importancia	Edad de Inicio	Edad de desaparición	Procedimiento para valoración
De succión	Es importante para la adecuada alimentación del bebe.	Desde Recién nacido		Se introduce el dedo meñique entre los labios del niño, éste inicia el chupeteo con fuerza, succionando un mínimo de 5 a 6 veces con energía de forma continua y sin fatiga
Moro	Este reflejo es importante porque nos da a conocer que el niño responde a los sonidos, y va a tener que ver en el futuro el equilibrio.	Recién Nacido	4 meses	Se puede provocar, haciendo un ruido con las manos golpeando la mesa de examen clínico, hacia los lados del bebe el que reaccionara con un sobresalto como si se "asustara", veremos una reacción de todo su cuerpo, extendiendo brazos y piernas.
Presión Palmar	Este reflejo representa la futura prensión de la mano en el niño.	Recién Nacido	4 meses	Colocar el dedo índice en la palma de la mano del niño y hacer una ligera presión. La respuesta es la flexión de los dedos del niño, como si agarrara su dedo.
Presión Plantar	Este reflejo representa la futura marcha adecuada en el niño.	Recién Nacido	9 meses	Presionar con el dedo la zona de la planta del pie (inmediatamente por debajo de los dedos del pie del bebe) La respuesta es la flexión de los dedos del pie del bebe.

Otras áreas a tener en cuenta son:

Tono muscular: Viene a ser la capacidad de tensión que tienen los músculos al realizar un movimiento.

- Se evalúa realizando una extensión y flexión tanto de cada miembro superior, como inferior, esta acción deberá ser realizada con mucha suavidad, de tal forma que podamos evaluar la capacidad de resistencia que nos ofrezca cada área evaluada.
- Debemos tener presente que en el Recién Nacido encontraremos resistencia y que tanto miembros superiores como inferiores están flexionados, pero a medida que pasan los meses el niño presenta una gran flexibilidad.
- Si observamos que el niño está demasiado **rígido** o de lo contrario lo observa demasiado **flácido**, se debe solicitar una evaluación por el especialista.

Postura: Viene a ser la posición que presenta el cuerpo del niño cuando se le coloca en una superficie.

Control de la Cabeza: 4 meses

Control de Tronco: 7 meses

Gateo: 9 meses.

Marcha: 1 año se puede esperar hasta el año y medio.

Estas posturas deberán ser simétricas y armónicas conforme el niño va creciendo y madurando en su desarrollo neurológico.

E. EXAMEN SENSORIAL

Debemos tener en cuenta la importancia de la evaluación de la visión, debido a que la mayor parte del proceso de aprendizaje se da a través de la visión, debiendo realizar la detección precoz e intervención oportuna de déficit visual, a fin de evitar secuelas.

AGUDEZA VISUAL

Concepto: Es la mejor visión posible.

Las condiciones básicas para evaluarlas son:

1. Distancia predeterminada: De 5 a 6 metros para lejos y de 30 – 33 cm. para cerca.
2. Mononuclear: ojo por ojo.
3. Iluminación adecuada: natural o artificial

Se determina por los siguientes métodos:

1. Cartilla de optotipos: Son letras, números o números de diferentes tamaños basados en el principio de la separación mínima.
2. Cartilla de Snellen: Es la más conocida. El grado de visión se designa por un quebrado, cuyo numerador es la distancia a la que se realiza el examen (6 mt.) y el denominador es la distancia a la que el ojo normal puede leer los tipos.

Es necesario contar con una mesa pequeña, una silla para el paciente y otra para el evaluador.

Evaluación de la Visión en niños de 0 a 5 años

Se recomienda utilizar tres pruebas de detección de alteraciones:

- A) REFLEJO CORNEAL, detecta : Desalineamientos
- B) COVER-UNCOVER, detecta: Estrabismo
- C) SNELLEN, mide: Agudeza Visual

PRUEBA DE DETECCIÓN	APLICACIÓN DE LA PRUEBA	ALTERACIÓN O MEDIDAS	EDADES PARA CONTROL
A. Reflejo corneal	Se realiza mediante una fuente de luz situada a 30 cm del puente nasal observando si el reflejo luminoso es simétrico en ambos ojos.	Desalineamientos	7 días a 5 años
B. Cover-Uncover	Se procederá a cubrir uno de los ojos, con un trozo de cartulina blanca, al ser este destapado se observara un movimiento inmediato de fijación esto significara que hay estrabismo . En caso que sea normal el ojo no se moverá.	Estrabismo	6 meses a 5 años
C. Snellen	Se coloca la tabla Snellen a una distancia de 3 metros en un lugar bien iluminado después de enseñarle al niño a contestar "para que lado están las patitas del dibujo (E)". Se evalúa cada ojo por separado. Utilice un cartón, no la mano, sin oprimir el ojo. Inicie con la letra más grande, no debe saltarse ninguna línea. No es aconsejable evaluar todas las letras de una línea, si el niño contestó correctamente en forma segura y rápida. Se toma como Agudeza Visual el resultado al lado de la última línea en la cual el niño contestó correctamente. Resultados: En niños de 3 a 4 años , la Agudeza Visual debe ser de 6/10 en el mejor ojo y no menor de 5/10 en el otro. En niños mayores de 5 años pueden llegar a 10/10. La diferencia entre ambos ojos no debe superar 1 línea. En los niños que ya usan lentes evaluarlos con lentes puestos.	Agudeza Visual	3 a 5 años

EVALUACION DE LA AUDICION

Se ha demostrado que los mayores problemas de aprendizaje se dan por patologías de la audición; las que pueden llevar también a retardo o alteraciones de lenguaje.

Evaluación de la Audición de 0 a 2 años

Se basa en el comportamiento del niño en relación con el sonido a lo largo de estas edades.

1.- De 0 a 4 meses

11

- **El reflejo cócleo palpebral**, se manifiesta con un parpadeo como respuesta al sonido.
- **El reflejo de Moro**, se da en el recién nacido, es un movimiento generalizado del cuerpo como respuesta a un sonido.

2.- De 4 a 7 meses

El niño tiene más interés en el sonido, y comienza a buscar los sonidos a los lados, busca con atención la voz de los familiares, el niño responde a su nombre.

3.- De 7 meses a dos años

Observamos que a partir de los 7 meses busca el sonido girando la cabeza hacia el frente y a los lados, como debajo de él.

A los dos años el niño es capaz de localizar un sonido desde cualquier ángulo, delante, detrás, a los lados, arriba, o abajo.

Factores de Riesgo Auditivo

- Historia familiar de sordera
- Infección Intrauterina: rubeola, citomegalovirus.
- Peso al nacimiento menor de 1,500 grs.
- Hiperbilirrubinemia Grave.
- Empleo de fármacos que producen daño en la audición.
- Meningitis
- Hipoxia Neonatal.

Signos indirectos de déficit auditivos:

Generalmente las personas que brindan esta información, son los padres abuelos u otras personas responsables de cuidar al niño:

- No reacciona ante sonidos inesperados.
- No gira la cabeza en dirección al sonido de la voz.
- No comprende las órdenes.
- Pobre desarrollo del lenguaje.
- Habla fuerte o no usa el lenguaje apropiado para su edad.

F. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO:

El desarrollo y, en general, la vida del ser humano se desenvuelve a través de sucesivas etapas que tienen características muy especiales. Cada una de ellas se funde gradualmente en la etapa siguiente. Sin embargo, no hay un acuerdo unánime para determinar cuántas y cuáles son esas etapas. Tampoco se puede decir cuándo comienza exactamente y cuándo termina cada etapa, pues en el desarrollo influyen diversos factores individuales, sociales y culturales. Por eso se dice que cada ser humano tiene su propio ritmo de desarrollo.

Consideraciones previas a la administración de la evaluación.-

- Antes de administrar el test, debe estudiarse este detalladamente a fin de que durante la evaluación la atención del examinador se centre en el niño y no en el material impreso.
- El test debe administrarse sólo, si el niño está en condiciones adecuadas en cuanto a salud y sueño.
- Informar brevemente a la madre o acompañante del niño sobre el objetivo de la evaluación para favorecer su cooperación.
- Anote en la ficha de registro los datos generales del niño.

Criterios para la administración, evaluación e interpretación de resultados.-

Los Test de evaluación del desarrollo utilizan en su aplicación un manual y hoja de registros. Y la batería respectiva para la prueba.

Administración.- Aplique todos los ítems que corresponden a la edad cronológica del niño de acuerdo a las instrucciones que aparecen en la guía, donde se describen las conductas a observar en los niños.

Evaluación.- Se realizará de acuerdo a los siguientes criterios:

SI Cuando el niño ha logrado la conducta esperada en el periodo que corresponda según edad cronológica.

NO Cuando el niño NO ha alcanzado la conducta esperada en el periodo correspondiente.

EP En proceso, cuando el niño no evidencia la(s) conducta(s) que se señala como representativa para su edad (no las ejecuta totalmente)

Interpretación de resultados.- Se hará de la siguiente forma.

NORMAL (N): Cuando el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad correspondiente.

Felicitar a la madre (porque es un niño debidamente estimulado).

Citar para control periódico

EN DEFICIT (D): Cuando 1 ó más de las conductas evaluadas en el niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta. Dar plan de estimulación con participación de padres.

Citar a las 2 semanas para reevaluación.

Si mejora, continuar con controles periódicos.

Si no mejora, derivar al nivel superior para evaluación por especialista.

Evaluación del Desarrollo de la niña y niño de 0 a 4 años.- La evaluación debe hacerse en presencia de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado, sin ropa o con ropa ligera, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Además la madre debe comprender las conductas que su hijo debe realizar según su edad, para que pueda estimularlo adecuadamente en su hogar.

Para evaluar el desarrollo del niño se usara la escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor del Niño (EEDP) y Test del desarrollo Psicomotor (TEPSI) solo por profesionales, en su versión abreviada,

se utilizara el Test Abreviado de Valuación del Desarrollo Psicomotor (TA) indistintamente por profesional, y técnico.

Como parte de la guía se establece evaluar el Desarrollo Psicomotor del niño menor de 5 años en las consultas de CRED, de la siguiente manera: a los 2 y 18 meses, con EEDP, en los 4 años con TEPSI y en los otros 8 controles restantes con T.A. (1, 4, 6, 9, 12, 15, 21 y 36 meses de edad).

La escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) mide el rendimiento del niño de 0 a 2 años, frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. Evalúa las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

El Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI) mide el rendimiento del niño de 2 a 5 años en 3 áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador.

El test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) es una simplificación de la EEDP y TEPSI para ser utilizado tanto por personal profesional como no profesional.

Las destrezas de motricidad fina también varían de forma significativa e influyen en la capacidad del niño para escribir en forma pulcra, vestirse de forma adecuada y realizar algunas tareas.

G. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD

RESOLUTIVA

Se promoverá la atención de la niña y niño normal desde los establecimientos del primer nivel que cuenten con personal con competencias en el área, asimismo en establecimientos de salud que comparten funciones, características y niveles de complejidad comunes, las cuales responden a realidades socio-sanitarias similares y están diseñadas para enfrentar demandas equivalentes.

H. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Es el conjunto ordenado de procedimientos asistenciales y administrativos, a través del cual se asegura la continuidad de la atención de las necesidades de salud de los usuarios, con la debida oportunidad, eficacia y eficiencia, transfiriéndolo de la comunidad o establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad resolutive.

Referencia.- Para el caso de la referencia es necesario contar con un instrumento o formato de referencia sistematizado en la cual deba constar:

- N° de referencia
- Fecha
- Hora
- Plan de atención, en caso de SIS.
- Establecimiento de Origen
- Establecimiento de referencia
- Datos de identificación del paciente; Nombres y apellidos, edad. sexo
- N° de Historia Clínica
- Resumen de la historia clínica; anamnesis, examen físico, exámenes auxiliares, diagnóstico y tratamiento.

- Servicio de destino donde irá referido el usuario; consulta externa, hospitalización, emergencia, apoyo al diagnóstico.
- Motivo de la referencia.
- Condiciones del paciente al inicio del traslado
- Personal que refiere.
- Funcionario responsable del establecimiento o su representante.
- Personal que acompaña
- Personal que recibe.

Contrarreferencia.-

- N° de contrarreferencia
- Fecha
- Hora
- Plan de atención en caso de SIS
- N° de historia clínica
- Establecimiento de referencia
- Establecimiento de origen
- Datos de identificación del paciente; Nombres y Apellidos, edad. Sexo
- Resumen; fecha de ingreso, fecha de egreso, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, tratamiento realizado
- Condición de egreso,
- Recomendaciones e indicaciones para el seguimiento
- Nombre y registro del personal que contrarrefiere.

Tanto la referencia y la contrarreferencia deberán realizarse de acuerdo a las normas establecidas a nivel local para este fin., debiendo quedar una copia de estas en la historia clínica de los pacientes. (SALUD, NORMA TECNICA DE SALUD PARA EL

CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS, 2011)

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es brindar cuidados humanistas y eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un método científico, realizado por un profesional de enfermería

CONSULTORIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Lugar donde se realiza el control de crecimiento y desarrollo por parte del profesional de enfermería.

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).

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.

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 diarios enfermería, de los Informes Mensuales, de los registros de seguimiento, de las historias clínicas del niño del Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño y del área de estadística del Establecimiento de Salud I-3 San José, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio. 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 Establecimiento de Salud, jefatura del Servicio de enfermería, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional en el Centro de Salud San José, estrategia de control de crecimiento y desarrollo, se inicia el 01-01-1996, por lo que cuento con 20 años de experiencia profesional en la labor asistencial en dicha área, en la que he podido dar atención de enfermería basado en principios científicos, garantizando una atención con calidad para los niños

menores de 5 años, a pesar que hubo ciertas limitaciones para la atención de los referidos niños.

- Descripción del Área Laboral

Ubicación geográfica:

El E.S San José se encuentra ubicado en Calle 5 Intersección B Urb.
San José

LIMITES (Jurisdicción del E.S "SAN JOSE").

- NORTE: Urbanización Piura
- SUR: AA.HH Buenos Aires
- ESTE: Urbanización Bancarios
- OESTE: AA.HH Consuelo de Velasco

MISIÓN DEL E.S I-3 SAN JOSÉ

Contar con un verdadero sistema integral de salud que brinde servicios básicos y especializados a todos los grupos etarios de la población más necesitada de nuestra jurisdicción.

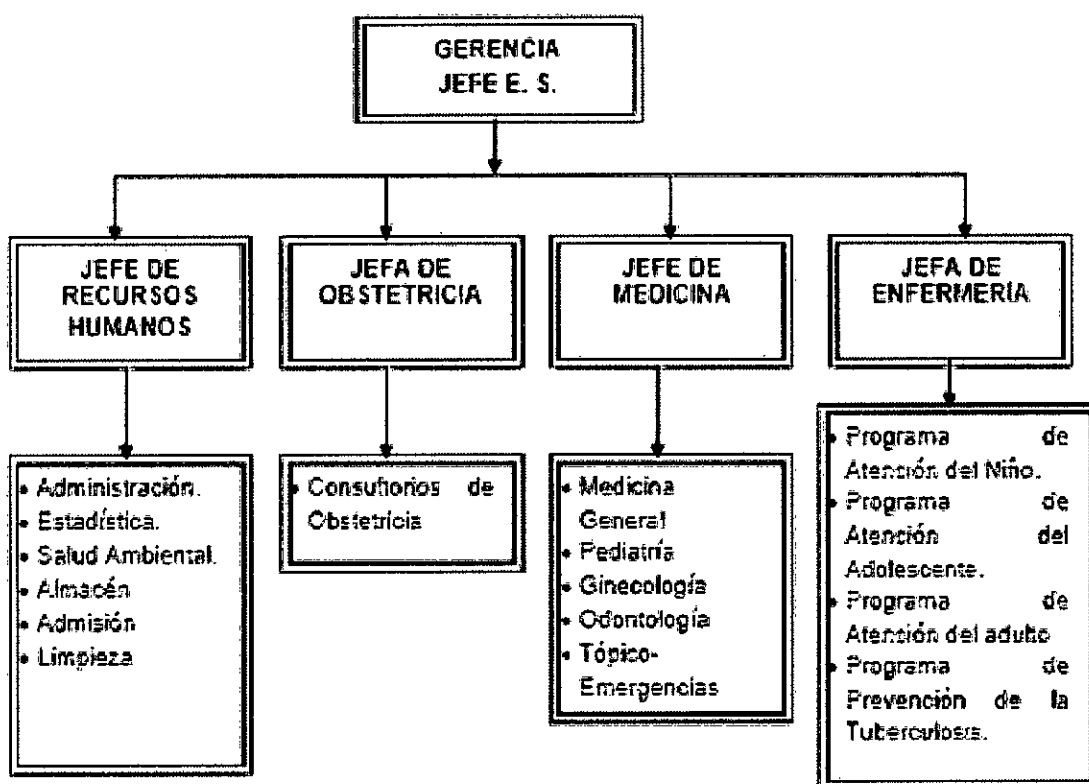
Sin restricción se atiende con calidad para disminuir las tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades prevalentes y crónicas degenerativas a toda la comunidad piurana, con énfasis en nuestra jurisdicción.

Siendo trabajadores de salud capacitados, calificados con alto profesionalismo, ética moral y comprometidos con el respeto a la persona humana.

VISIÓN DEL ES I-3 SAN JOSÉ

Al 2015 contar con un sistema integral de salud, dirigido a toda la población de nuestra jurisdicción, con personal de salud capacitado, calificado con alto profesionalismo, ética moral y comprometidos con el respeto a la persona humana.

ORGANIGRAMA FUNCIONAL



Fuente: Oficina de Estadística

RECURSOS HUMANOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DEL NIÑO

PERSONAL DE SALUD	CANTIDAD
MEDICOS	4
ENFFERMERAS	5
TECNICOS DE ENFERMERÍA	4
FISIOTERAPISTA	2
TOTAL	15

La jurisdicción del E.S San José tiene una población de 22, 333.

Se cuenta con dos consultorios para la atención del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 5 años, contando con el equipo mínimo indispensable para la atención

FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD

FUNCION ASISTENCIAL:

- Brindar atención directa e individualizada en el control de crecimiento y desarrollo del niño
- Realizar Captación, seguimiento de los niños menores de 5 años de edad
- Brindar atención colectiva de control de crecimiento y desarrollo a los niños menores de 5 años de edad de los Centros de Educación Inicial, comedores y vasos de leche.

FUNCION ADMINISTRATIVA:

- Planeamiento, programación y ejecución de actividades de control de crecimiento y desarrollo.

- Organización y ejecución de actividades de seguimiento a los niños con necesidades y/o problemas.
- Monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por el equipo de salud en el control de crecimiento y desarrollo.
- Realizar planes operativos que incluyan actividades que promuevan y organicen el servicio de crecimiento y desarrollo.
- Analizar indicadores de estructura, proceso e impacto
- Elaboración de informes estadísticos mensuales de las actividades realizadas en el control de crecimiento y desarrollo

FUNCION DOCENTE:

- Información, educación y comunicación a los padres y/o cuidadores de los niños sobre pautas de crianza a los niños.
- Realizar actividades de promoción de la salud
- Realizar Sesiones demostrativas sobre técnicas de lactancia materna
- Realizar sesiones demostrativas sobre alimentación complementaria
- Brindar conocimientos sobre el control de crecimiento y desarrollo a los estudiantes de las carreras de enfermería

3.2 PROCESOS REALIZADOS EN LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONSULTORIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

Hasta el año 2010 no se contaba con los instrumentos adecuados para brindar un cuidado integral del control de crecimiento y desarrollo del niño.

Con la Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y del niño menor de 5 años aprobada en el año 2010, se dieron los lineamientos para poder realizar el control de crecimiento y desarrollo en forma integral del niño menor de 5 años es así que actualmente se brinda una atención integral realizando actividades tales como una entrevista de Enfermería, con la finalidad de investigar los factores determinantes de la salud del niño, controlando su peso, talla y perímetro cefálico para evaluar el crecimiento, diagnosticar y/o detectar problemas nutricionales en los niños tales como desnutrición global, desnutrición aguda o desnutrición crónica, valorando todas las áreas corporales podemos detectar problemas, anomalías físicas, neurológicas y fisiológicas que alteren el crecimiento y desarrollo del niño. Evaluó el Desarrollo Psicomotor del niño, con la finalidad de detectar problemas y/o trastorno en el desarrollo del niño y poder derivar a tiempo a un especialista. Verifico el carnet de control de crecimiento y desarrollo del niño e inmunizaciones para averiguar el estado vacunal del niño y aplicarle las vacunas que le correspondan según su edad y calendario de vacunación normado por la Estrategia Nacional de inmunizaciones, ya que las vacunas son sustancias capaces de inducir una

respuesta inmunológica en un ser vivo, esta respuesta conferida por los anticuerpos brinda protección de las enfermedades conocidas como inmunoprevenibles.

Administro Micronutrientes y Vitamina A, con la finalidad de corregir y prevenir la deficiencia de hierro, vitamina A y ayudar a proteger la salud de los niños, la administración de estas vitaminas reduce la anemia por deficiencia de hierro, la desnutrición crónica, la gravedad de las infecciones (diarrea, infecciones respiratorias agudas y sarampión), favorece el crecimiento y es vital para el funcionamiento adecuado de la visión. Así como también realizo detección de enfermedades Prevalentes de la Infancia (enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias), detección de la anemia y parasitosis a través de los exámenes de laboratorio y la administración de quimioprofilaxis antiparasitaria. La detección de Problemas Visuales en los niños menores de 3 años lo realizo a través de la evaluación de los reflejos corneales, a través de la fijación y seguimiento de objetos o por medio de la inspección visual y para niños mayores de 3 años de edad a través de la evaluación de la agudeza visual. La detección de Problemas Auditivos lo realizo a través de la detección de signos indirectos de déficit auditivo como, no reaccionar ante sonidos inesperados, no gira la cabeza en dirección al sonido de la voz, no comprende órdenes y poder derivar a tiempo al especialista. La detección de Problemas de Salud Bucal, con la finalidad de detectar riesgos, alteraciones o malformaciones congénitas de la cavidad bucal, a través de

la observación simple de la cavidad bucal, derivando al especialista en caso que detectar algún problema y/o alteración. Así también se orienta a las madres y/o cuidadores sobre los hábitos de higiene oral para prevenir la caries dental. La detección de Violencia Familiar y Maltrato infantil, esta actividad lo realizo a través de la búsqueda de factores de riesgo (moretones en brazos del niño, descuido de la higiene del niño, falta de vacunas, desnutrición) y factores protectores, recabando información sobre aspectos psicosociales, dinámica familiar, evaluando la calidad del vínculo afectivo entre padres e hijos, cuidado que proveen a los niños, presencia de síntomas que sugieren abandono, trato negligente, carencia afectiva, actitud de los padres frente al establecimiento de normas y límites (castigo físico, correcciones verbales desproporcionadas). Orientación y consejería sobre estimulación temprana y cuidado integral del niño de acuerdo a su edad, con la finalidad de fortalecer el vínculo afectivo entre los padres y/o cuidadores del niño, con lo cual se afianza la seguridad y autoestima y confianza del niño y mejorar sus habilidades y destrezas en las áreas específicas del desarrollo: lenguaje, área motora, social, emocional y cognitiva. Consejería Integral, con la finalidad de ayudarlos a identificar factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo del niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado del niño de acuerdo a la realidad, fortaleciendo las practicas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.

Otra de las actividades que realizo en el control de crecimiento y desarrollo es la elaboración y monitoreo del Plan de Atención de Salud individualizada del niño, donde se socializa con los padres y/o cuidadores de los niños el Plan Individualizado para cada niño donde defino con fechas el número y frecuencia de controles que va a recibir el niño, fecha que le toca la administración de cada vacuna, administración de micronutrientes, consejería nutricional, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la infancia, salud bucal, administración de quimioprofilaxis antiparasitaria, sesiones educativas y demostrativas sobre lactancia materna exclusiva, alimentación complementaria, etc. Este Plan de Atención Integral de Salud me ha permitido calendarizar las atenciones de salud a fin de brindarlas de manera racional, continua y sistemática, el monitoreo de este plan lo realizo en cada contacto que el niño tenga con el establecimiento de salud, en caso que el niño no asista al establecimiento de salud, realizo la visita domiciliaria correspondiente.

Las visitas domiciliarias son experiencias enriquecedoras en la atención integral de al niño menor de 5 años de edad ya que me ha permitido desarrollar acciones de capacitación, acompañamiento y seguimiento de los niños con problemas y/o riesgos para su salud y poder evaluar el cuidado que brinda la madre y fortalecer practicas claves en el cuidado del niño. Una de las estrategias que utilizo para que la visita domiciliaria sea efectiva es comunicarle vía telefónica a la madre la fecha cuando se va a ejecutar la visita domiciliaria y evitar el rechazo por parte de la familia visita. Al realizar esta actividad las

madres se muestran contentas y agradecidas por la importancia que le estamos dando al cuidado de sus niños.

Una de las experiencias que causo mucho impacto en la población de la jurisdicción de establecimiento de salud san José es la realización del festival del churre mamón que fue promocionado por la Dirección Regional de Salud Piura, donde pude ampliar mi cobertura de atención en el control de crecimiento y captar a niños que nunca le habían realizado un control de crecimiento y desarrollo. En dicha actividad contamos con un gran número de profesionales de la salud como son Licenciadas de Enfermería, Médicos generales, pediatras y nutricionistas, así como también pudimos detectar problemas y/o trastornos en su crecimiento y desarrollo del niño y poder referirlos a los especialistas.

Una de las experiencia que me causo mucho impacto es el haber atendido a una niña que no se le había diagnosticado todavía el síndrome de Cornelia de Lange, la niña llevo a los 10 meses de edad presentando problemas de cabeza pequeña para su edad (microcefalia) , mirada perdida, cejas muy pobladas y unidas el centro y serios problemas en su crecimiento (le faltaba peso y talla para su edad) ,problemas en su desarrollo psicomotor (no se sentaba y no caminaba sola) y problemas de lenguaje (balbuceaba sonidos). Con serios problemas de visión (No seguía con la mirada los objetos) Al observar estas característica fue referida al especialista (Pediatra) quien lo refirió al hospital del niño de Lima en donde le diagnosticaron que tenía el Síndrome de Cornelia de Lange. La niña se

encuentra en continuos controles con especialistas en fisioterapia, terapia de lenguaje, neurólogo. Ahora la niña camina, pero continúa con problemas en el área de lenguaje y problemas en la visión.

Se cuenta con ciertas limitaciones para la atención del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años como son: no contar con materiales e instrumentos adecuados como lo estipula la norma de control de crecimiento y desarrollo: balanza de bascula para niños mayores de 2 años de edad así como también los infantómetros y tallímetros adecuados, falta de historias clínicas adecuadas por grupos atareos, falta de especialistas como pediatra en forma permanente, nutricionista, fisioterapeuta, especialista en terapia de lenguaje y tampoco se cuenta con un centro referencia del ministerio de salud para referir a los niños detectados con problemas y/o riesgos que necesiten ser atendidos por especialistas.

IV. RESULTADOS

CUADRO N°4.1. POBLACIÓN PROGRAMADA SEGÚN GRUPO ETAREO

CLAS SAN MIGUEL

ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 SAN JOSE

Población Programada	2014	2015	2016
<1 año	285	311	220
1 año	295	321	443
2 años	299	328	449
3 años	305	350	455
4 años	310	390	502
Visitas Domiciliarias	800	900	1000
Sesiones Demostrativas	80	90	100
Sesiones Educativas	30	35	40
IRAS No Complicadas	696	696	759
IRAS Complicadas	234	105	100
EDAS no Complicadas	297	192	189
EDAS Complicadas	12	15	18

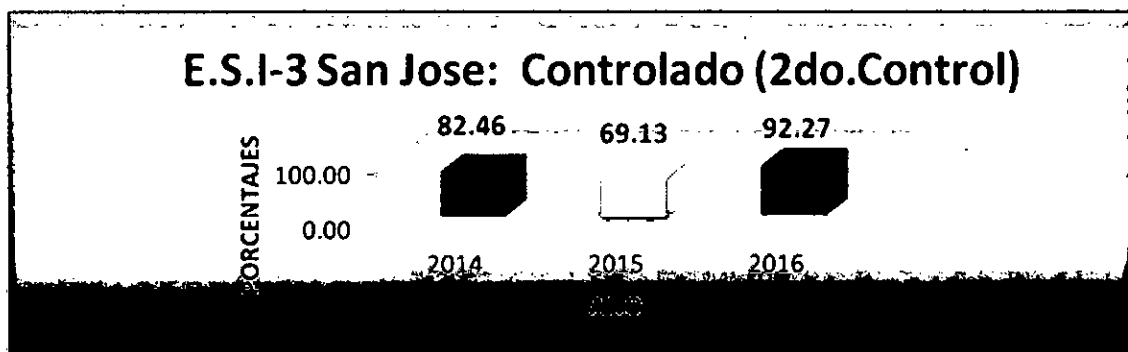
FUENTE: NFORME MENSUALES DE LA ESTRATEGIA CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

**CUADRO N° 4.2. COBERTURA DE ATENCIONES DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO EN NIÑOS RECIEN NACIDOS**

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
Controlado (2do.Control)	235	82.46	215	69.13	203	92.27

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

**GRAFICO N°4.2. COBERTURA DE ATENCIONES DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO EN NIÑOS RECIEN
NACIDOS**



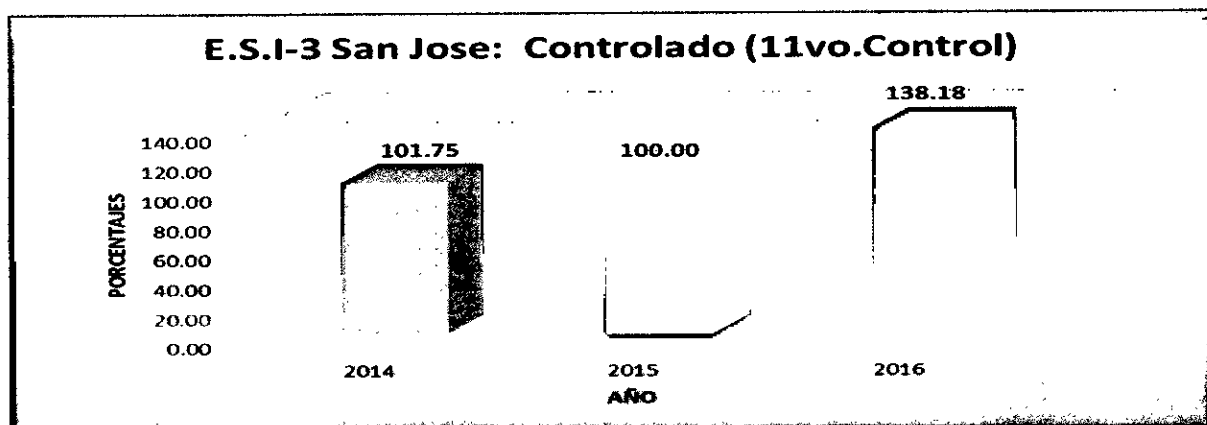
ANALISIS : Como se observa en el grafico las coberturas de atencion del control de crecimiento en niños Recien nacidos ha ido en aumento en el año 2014 se tuvo una cobertura de 82.46% y para el año 2016 aumento a un 92.27% de cobertura. Esto debido a que aumentaron el numero de licenciadas de enfermeria para realizar el control de crecimiento y desarrollo a los niños.

CUADRO N° 4.3. COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS > 1 AÑO

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
Controlado (11vo.Control)	290	101.75	311	100.00	304	138.18

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

GRAFICO N°4.3. COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS > 1 AÑO



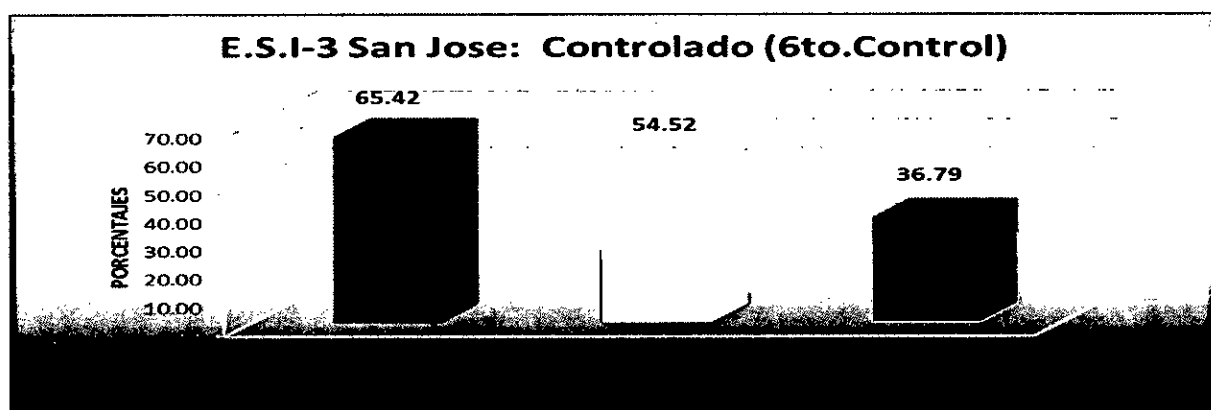
ANÁLISIS: En el gráfico se observa que el número de atenciones recibidas por los niños menores de un año han ido en aumento año tras año desde el año 2014 se observa una cobertura de 101%, en el año 2015 una cobertura de 100% y terminando el año 2016 con una cobertura de 138%. Este aumento debido a que en este grupo etareo los controles de crecimiento están acompañados con las vacunas que deben recibir el niño en su calendario de vacunación

CUADRO N° 4.4. . COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 1 AÑO

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
Controlado (6to.Control)	193	65.42	175	54.52	163	36.79

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

GRAFICO N|4.4. . COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 1 AÑO



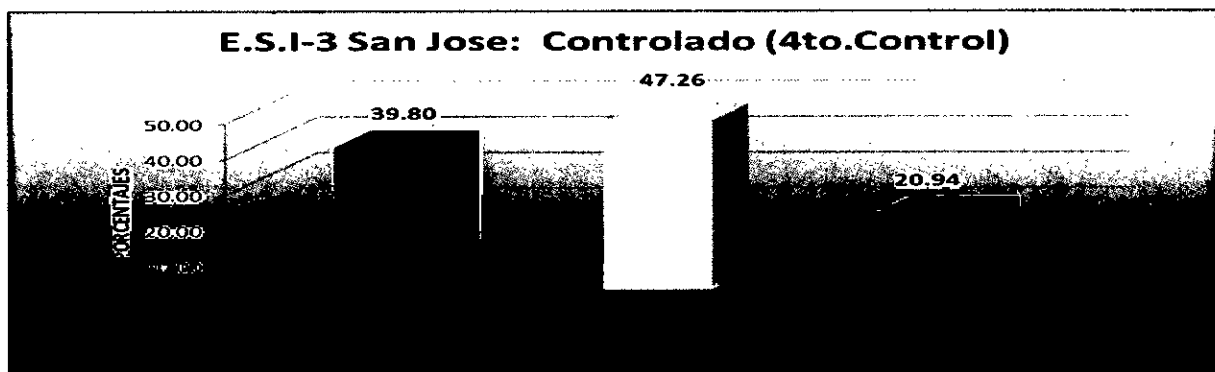
ANALISIS: En el grafico se observa que el numero de atenciones en los niños de un año de edad han ido disminuyendo año tras año desde el año 2014 se tuvo una cobertura de atenciones de 65.42%, en el año 2015 de 54.52% y terminando el año 2016 con una cobertura de 36.79%. Esta baja en las coberturas de atenciones se debe a que el niño de un año de edad ya a culminado su calendario de vacunacion y la madre lo lleva al niño a la vacuna mas que al control de crecimiento y desarrollo.

CUADRO N° 4.5. . COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 2 AÑO

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
Controlado (4to.Control)	119	39.80	155	47.26	94	20.94

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

GRAFICO N|4.5. . COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 2 AÑO



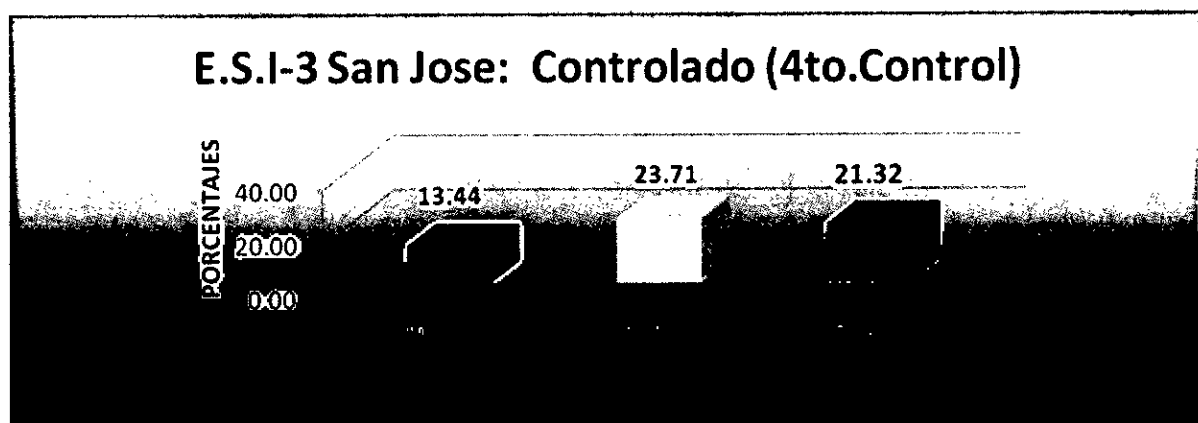
ANÁLISIS: En el grafico se observa que las coberturas de atenciones en niños de dos años de edad ha ido en descenso desde el año 2014 que se tuvo una cobertura de atención de 39.80% y al terminar el año 2016 se tiene una cobertura del 20.94%. En este grupo etareo es igual también se han culminado la aplicación de la gran parte de vacunas del calendario de vacunación y la madre ya no lleva al niño al control de crecimiento y desarrollo

CUADRO N° 4.6. . COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 3 AÑOS

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
Controlado (4to.Control)	41	13.44	83	23.71	97	21.32

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

GRAFICO N° 4.6. COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 3 AÑOS



ANALISIS: En el grafico se observa que la cobertura de atenciones en niños de 3 años de edad ha ido en un leve ascenso desde el año 2014 se tuvo una cobertura de atencion del 13.44% y para el año 2016 se tuvo un ligero aumento en la cobertura de atencion a un 21.32%. En este grupo etareo ha habido un ligero aumento en las coberturas de atencion debido a que a estos niños de esta edad se los ubica en los centros de educacion inicial y es ahí donde se les realiza el control de crecimiento y desarrollo mas que en el establecimiento de salud.

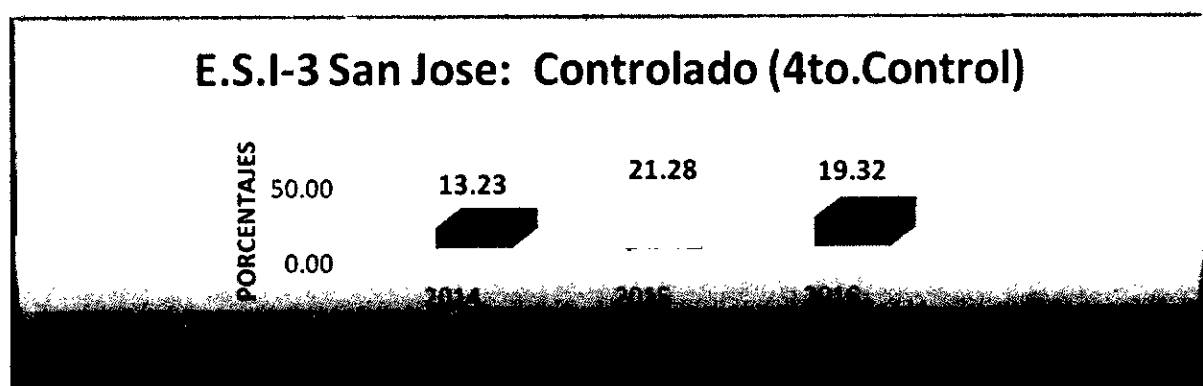
CUADRO N° 4.7. . COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 4 AÑOS

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
Controlado (4to.Control)	41	13.23	83	21.28	97	19.32

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

GRAFICO N° 4.7 COBERTURA DE ATENCIONES EN NIÑOS DE 4

AÑO



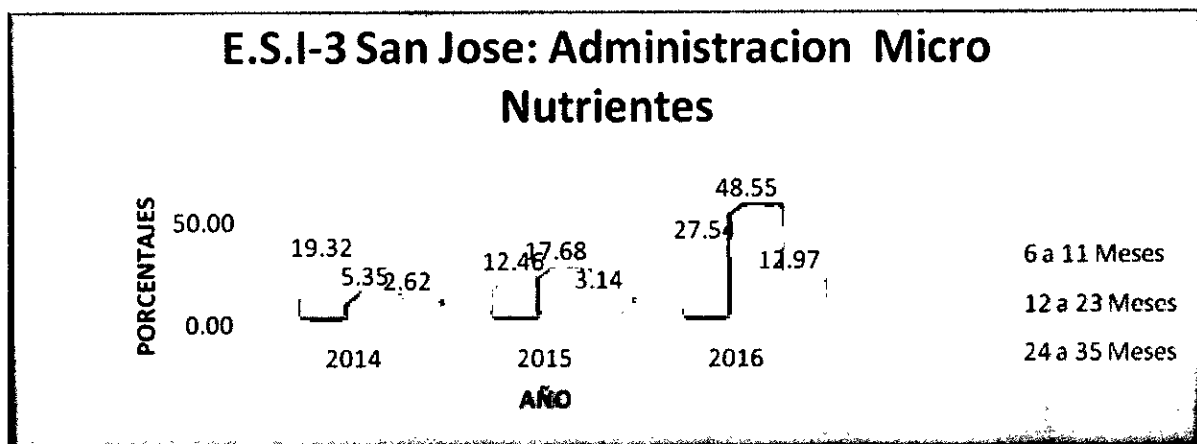
ANÁLISIS: En el grafico se observa un ligero aumento en las coberturas de atención en el niño de 4 años de edad, en el año 2014 se observa una cobertura de atención del 13.3%, en el año 2015 de 21.28% y en el año 2016 una cobertura de 19.32%. Este aumento se debe a que a esta edad el control de crecimiento y desarrollo está ligada con la aplicación de la vacuna de 4 años de edad.

**CUADRO N° 4.8. COBERTURA DE ATENCIONES ADMINISTRACION DE
MICRONUTRIENTES**

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
6 a 11 Meses	57	19.32	40	12.46	122	27.54
12 a 23 Meses	16	5.35	58	17.68	218	48.55
24 a 35 Meses	8	2.62	11	3.14	59	12.97

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

**GRAFICO N° 4.8. COBERTURA DE ATENCIONES ADMINISTRACION DE
MICRONUTRIENTES**



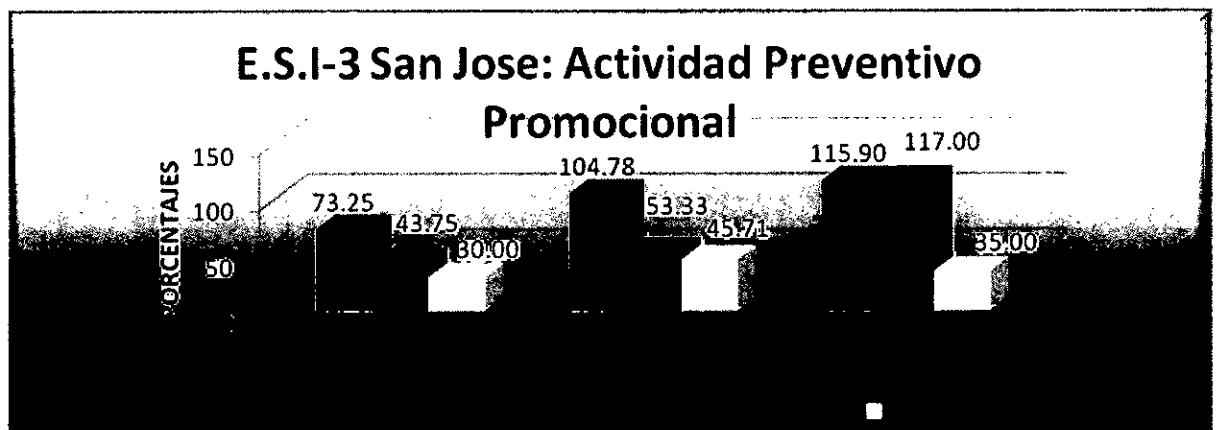
ANALISIS: En el grafico se observa que la administracion de micronutrientes se ha incrementado en el grupo etareo de 12meses a 23 meses desde el año 2014 (5.35%), en el 2015(17.68%) y en el año 2016 (48.55%)

**CUADRO N° 4.9. . COBERTURA DE ATENCIONES EN ACTIVIDADES
PREVENTIVAS PROMOCIONALES**

Unidad de Medida	AÑO					
	2014		2015		2016	
	Ejec	%	Ejec	%	Ejec	%
Visitas Domiciliarias	586	73.25	943	104.78	1159	115.90
Sesiones Demostrativas	35	43.75	48	53.33	117	117.00
Sesiones Educativas	9	30.00	16	45.71	14	35.00

Fuente: Informes mensuales de la Estrategia CRED

**GRAFICO N°4.9 . COBERTURA DE ATENCIONES EN ACTIVIDADES
PREVENTIVAS
PROMOCIONALES**



ANÁLISIS: En el grafico se observa que las actividades Preventivo Promocionales han ido en aumento, las coberturas de visita domicilio en el año 2014 fue de 73.25%, en el año 2015 de 104.78% y en el año 2016 de 115.90%, lo mismo sucede con las coberturas de atención de sesiones demostrativas que en el año 2014 se tuvo una cobertura de 43.75%, en el año 2015 de 53.33% y en el año 2016 una cobertura de 117.0%. En sesiones educativas se observa en el año 2014 una cobertura del 30% en el año 2015 una cobertura de 45.71% y en el año 2016 una cobertura de 35%.

V. CONCLUSIONES

- a. El número de atenciones en los niños recién nacidos ha ido incrementándose desde el año 2014 con una cobertura de atención de 82.42%, en el año 2015 con una cobertura de atención de 69.13% y llegando al año 2016 con una cobertura de atención del 92.27%.
- b. El número de atenciones recibidas por los niños menores de un año han ido en aumento año tras año desde el año 2014 se observa una cobertura de atención de 101%, en el año 2015 una cobertura de atención de 100% y terminando el año 2016 con una cobertura de atención de controles de crecimiento y desarrollo de 138%. Este aumento debido a que en este grupo etareo los controles de crecimiento están acompañados con las vacunas que deben recibir el niño en su calendario de vacunación
- c. El numero de atenciones en los niños de un año de edad han ido disminuyendo año tras año desde el año 2014 se tuvo una cobertura de atenciones de 65.42%, en el año 2015 de 54.52% y terminando el año 2016 con una cobertura de atencion de 36.79%. Esta baja en las coberturas de atenciones se debe a que el niño de un año de edad ya a culminado su calendario de vacunacion y la madre lo lleva al niño a la vacuna mas que al control de crecimiento y desarrollo.
- d. Las actividades Preventivo Promocionales han ido en aumento, las coberturas de visita domiciliaria en el año 2014 fue de 73.25%, en el año 2015 de 104.78% y en el año 2016 de 115.90%, lo mismo sucede con las

coberturas de atención de sesiones demostrativas que en el año 2014 se tuvo una cobertura de 43.75%, en el año 2015 de 53.33% y en el año 2016 una cobertura de 117.0%. En sesiones educativas se observa en el año 2014 una cobertura del 30% en el año 2015 una cobertura de 45.71% y en el año 2016 una cobertura de 35%. Esto debido a que se está dando énfasis a estas actividades preventivo promocionales en el marco de reducir la desnutrición crónica y la anemia infantil

- e. El control de crecimiento y desarrollo realizado en forma integral se puede detectar a tiempo patologías como el Síndrome de Cornelia de Lange que afectan el crecimiento y desarrollo e intervenir oportunamente.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Posibilitar en la institución espacios de reflexión para que el equipo de salud y específicamente el personal de enfermería tome conciencia acerca de la importancia del control de crecimiento y desarrollo y su implicancia en el futuro del niño.
- b. El personal de enfermería debe incentivar al y sensibilizar a los padres y/o cuidadores de los niños sobre la importancia de la atención del control de crecimiento y desarrollo en sus niños para que así de esta manera no haya una disminución de coberturas de atención en niños a partir del año de edad.
- c. Implementar estrategias para facilitar la adherencia al Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo de los niños mayores de un año hasta los 4 años de edad.
- d. El Centro de Salud San José debe contar con un equipo multidisciplinario y con un adecuado perfil para la atención de los niños que acuden al Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo.

VII. REFERENCIALES

1. Arana Regules JM. Nuevas Perspectivas en Atención Primaria. 3rd ed. Madrid: Santos S.A; 1994.
2. UNICEF. Unicef Perú. [Online].; 2015 [cited 2016 Enero 7. Available from: www.unicef.org/Peru/spanish.htm.
3. Henao CM, Berberi DY. factores sociales y demográficos relacionados con la asistencia al programa de crecimiento y desarrollo. Revista CES Salud Pública. 2013 Junio; 4(1).
4. MINSA. Reforma en salud hacia el año 2020. [Online].; 2013 [cited 2014 Octubre 28. Available from: www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013.pdf.
5. UNICEF. Únete por la niñez. [Online].; 2015 [cited 2016 Enero 27. Available from: www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF_Reporte_Nutrición_ESP_15-4.PDF.
6. Andina Agencia Peruana de Noticias. Andina agencia Peruana de Noticias. [Online].; 2014 [cited 2015 Enero 27. Available from: www.andina.com.pe.
7. RPP Noticias. Incremento de anemia infantil. [Online].; 2013 [cited 2015 Enero 27. Available from: www.rpp.com.pe.
8. INEI. Inversión en la Infancia Perú. 2015. Datos específicos y actuales.
9. Pollitt E. Consecuencias de la Desnutrición en el Escolar Peruano. 1st ed. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2002.
10. Mogollón M. Coberturas de Crecimiento y Desarrollo. Estadístico. Piura: Centro de Salud de San José, Piura; 2016.


11. Libia S. Informe Anual de CRED. Estadístico. Piura: MINSA, Piura; 2016.
12. Salud Total. Informativo de Crecimiento y Desarrollo. 2014. Fuente entendible.
13. Bastidas M, Posada A, Ramírez H. El Niño Sano. 3rd ed. Colombia: Medellín; 2005.
14. Wong D. Enfermería pediátrica. 4th ed. España: Mosby-Doyma; 1993.
15. Castro C, Durand E. Crecimiento y Desarrollo. 2nd ed. Colombia: Universidad de Antioquía; 2003.
16. MINSA. Norma técnica de CRED. [Online].; 2011 [cited 2015 Marzo 24. Available from: www.midis.gob.pe/NT_CRED_MINSA2011.PDF.
17. Pender N. Una reflexión en torno a su comprensión. El Modelo de Promoción de la Salud. 2008 Diciembre; 4(1).
18. CEPAL. Programa de Crecimiento y Desarrollo colectivo del Taller de los Niños. Innovación Social. 2014 Noviembre; 3(2).
19. Llampa G, Mendoza R. Factores que influyen en la ausencia al control del niño sano. [Online].; 2004 [cited 2016 Febrero 10. Available from: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/llampa_graciela.pdf.
20. Definiciones y conceptos en estadística. Definiciones. [Online].; 2014 [cited 2014 Noviembre 30. Available from: www.deis.gov.ar/definiciones.htm.
21. FACSO. Publicaciones. [Online].; 2015 [cited 2015 Enero 13. Available from: www.facso.uchile.cl.htm.

22. Frase Célebre. Temas Humanismo. 2014. Definición muy de acorde a lo que busco.
23. De Conceptos. Ciencias Jurídicas. 2014. Excelente ayuda.
24. Centro de Innovación en tecnología y pedagogía. Campuscitep. 2015. Buena ayuda.
25. The Dictionary. The fredictionary. 2015..
26. Biblioteca Virtual de Salud. Ayuda de tareas economía. 2014..
27. SEDIC. Autoformación. 2014..
28. Estado de la Niñez en el Perú. Primera edición: Enero 2004. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia en el Perú. UNICEF
29. Estrada Vélez V. Motivos de inasistencia al programa de crecimiento y desarrollo en el hospital San Vicente de Paúl Caldas. Tesis doctoral. Caldas: Hospital San Vicente de Paúl, Antioquía; 2009-2010.
30. Parraguez Orellano KA, Reque Llontop ST. Características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar en un centro de salud. Tesis Para Optar el Título de Licenciada en Enfermería. Lambayeque: Centro de Salud Toribia Castro, Chiclayo; 2014.
31. Quevedo. Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y de la niña menor de dos años en el Centro Materno Infantil Tablada de Lurín, Lima; 2014.

ANEXOS

Anexo N° 1

Formato de historia clínica de la niña y el niño

	Ministerio de Salud		1						
PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD									
N° de Historia Clínica		Código Afiliación SIS u otro Seguro :							
Apellidos		CUI/DNI							
Nombres		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	F. de Nac.						
Dirección / Referencia		Edad	DNI						
Madre, Padre o adulto responsable del cuidado del niño									
Problemas y Necesidades									
N°	Prestaciones de salud	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha	Fecha
1	Atención del recién nacido								
2	Control de Crecimiento y desarrollo del niño.								
3	Administración de Micro nutrientes (suplemento)	Hierro							
		Vitamina "A"							
		Otros							
4	Sesión de estimulación temprana								
5	Consejería Nutricional								
4	Sesión de estimulación temprana								
5	Consejería Nutricional								
6	Administración de vacuna								
7	Detección, Dx y Tratamiento:	Anemia							
		Parasitosis							
8	Salud (fuerza)	Atención odontológica							
		Aplicación de barnices y/o sellantes							
		Tto. Recuperativo (obstruc. y/o anodónic.)							
9	Visita Familiar Integral								
10	Atención de patologías prevalentes								
11	Sesiones educativas								
12	Sesiones demostrativas								
13	Otros								

FERIA INFANTIL DEL CHURRE MAMON



RECREACIÓN EN FERIA INFANTIL DEL CHURRE MAMON



ATENCIÓN OFTALMOLÓGICA EN LA FERIA DEL CHURRE MAMON

