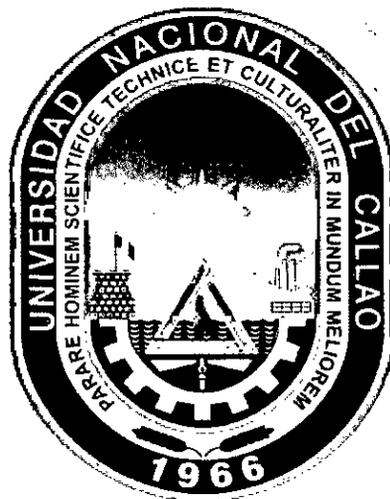


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ACTIVIDADES DE LA ENFERMERA EN EL PROGRAMA DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DEL
HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNÁNDEZ – VILLA EL SALVADOR-
LIMA 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

MARTHA KARINA ARAUJO MACAHUACHI

Callao, 2016
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--------------------------------------|------------|
| ➤ DR. LUCIO ARNULFO FERRER PEÑARANDA | PRESIDENTE |
| ➤ DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ Y ROJAS | SECRETARIA |
| ➤ MG. LUZ CHAVELA DE LA TORRE GUZMÁN | VOCAL |

ASESORA: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

Nº de Libro: 01

Nº de Acta de Sustentación: 010-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 19/06/2017

Resolución Decanato N° 1266-2017-D/FCS de fecha 09 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	02
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	03
1.1 Descripción de la situación problemática	03
1.2 Objetivo	05
1.3 Justificación	05
II. MARCO TEÓRICO	06
2.1 Antecedentes	06
2.2 Marco Conceptual	09
2.3 Definición de Términos	28
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	30
3.1 Recolección de datos:	30
3.2 Experiencia profesional	30
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	31
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	41
VI. RECOMENDACIONES	42
VII. REFERENCIALES	43
ANEXOS	45

INTRODUCCIÓN

El presente informe de las actividades que realiza la enfermera esta dirigido a los niños menores de un año que se atienden en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital Uldarico Rocca Fernández de Villa Salvador, para dar a conocer la actividad de la enfermera y sus implicancias en el desarrollo del niño, lo que está documentado con investigaciones y datos estadísticos que evidencian como a lo largo de este tiempo se ha ido detectando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia con las intervenciones para lograr un desarrollo normal en el niño.

Para su entendimiento, se ha dividido en seis capítulos que explicar desde diversas opiniones el proceso que detallamos en las actividades diarias, en el primer capítulo se expresa la descripción del problema desde un punto de vista mundial y nacional; en el segundo capítulo, detallamos el Marco teórico con los antecedentes del problema y el marco conceptual además de algunas definiciones de términos; en el tercer capítulo hacemos referencia a nuestra experiencia en la institución con detalles de nuestras actividades, asimismo se describe el proceso de la recolección de datos y los procesos de manejo de la información; En el cuarto capítulo refiere a los resultados obtenidos, el quinto capítulo las conclusiones y por ultimo las recomendaciones.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La OMS estima que 10% de la población de cualquier país está constituido por personas con algún tipo de discapacidad. La presencia de algún miembro de estas características en los hogares se indagó en los Censos Nacionales de Población y Vivienda del 2007. Se entiende por persona con discapacidad, a aquella que tiene alguna dificultad permanente física o mental, que limita una o más actividades de la vida diaria. Los resultados censales señalan que, en 735,334 hogares, o sea el 10,9% del total de hogares del país, existe al menos una persona con discapacidad física o mental, mientras que en el 89,1% (6 millones 18 mil 740) no existen personas con discapacidad.

No se conoce en la actualidad el número de niños peruanos que tienen retraso en el desarrollo mental, motor, social y emocional como consecuencia del deficiente estado de salud y nutrición y del ambiente físico desfavorable que rodea la gestación, el nacimiento y los primeros años de vida en condiciones de exclusión. Sin embargo, de acuerdo a los resultados de la última encuesta ENDES 2010, se sabe que el 17.9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrá deficiencias en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo (1).

De acuerdo al Fondo Internacional de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), una gran proporción de niños en el Perú enfrenta una situación caracterizada por la baja calidad de vida, escasez de oportunidades, falta de acceso a los servicios básicos y pobreza que no sólo responden a situaciones recientes, sino que son consecuencia de la

acumulación a lo largo de generaciones de carencias económicas y barreras sociales que se traducen en morbi-mortalidad infantil (2).

El Ministerio de Salud pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones del Sector Salud la "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de 5 años", documento en el que se establecen las disposiciones técnicas para la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años; identificando oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva (3).

En el consultorio de CRECIMIENTO Y DESARROLLO del Hospital Uldárico Rocca Fernández – Es Salud de Villa Salvador, se observan un sinnúmero de eventos que ameritan exponer para su solución, existe gran demanda de población menor de un año, recursos humanos insuficientes, ambiente congestionado por colocación de muebles y cadena de frío, presión de las madres para la atención de enfermería, lo que implica extender nuestras atenciones proporcionando "cupos adicionales" y por ende aumento de atención en cada turno, todo esto implica que las enfermeras realicemos nuestras actividades de atención y evaluación con mayor rapidez lo que redundaría en el examen físico no sea minucioso y la consejería a las madres sobre el cuidado en sus niños que de por sí ya se muestra insuficiente o insatisfactorio.

Nuestro rol como profesional de la salud es dar importancia a la identificación en forma temprana los problemas relacionados al desarrollo y crecimiento del niño y con ello actuar rápidamente. La valoración del crecimiento y desarrollo debe ser una práctica continua y permanente, pues no debemos esperar a que los daños se manifiesten, dado que llegar a este momento, sólo nos deja un camino urgente, el cual es reparar el daño el mismo que incrementaría la demanda de atención ya que se tiene que derivar al especialista o directamente merecer un programa de terapia de rehabilitación.

1.2 Objetivo

- Describir las actividades de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo en niños menores de 1 año del Hospital Uldarico Rocca Fernández – Villa el Salvador - Lima 2016.

1.3 Justificación

El presente informe de experiencia laboral profesional se justifica por que en el programa de Crecimiento y Desarrollo la enfermera juega un papel muy importante en la atención que brinda al niño, ya que cuenta con habilidades y destrezas, trato humano empático y sobre todo con adecuada capacidad de interrelación con la madre que es de vital importancia ya que ella va a ser la que nos conduzca y acerque al niño a fin de realizar una evaluación integral de crecimiento y desarrollo de acuerdo a su edad.

Así mismo se podrá identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia en las intervenciones para lograr un desarrollo normal y mejorar la calidad de vida.

La mejora en la atención del programa de Crecimiento y Desarrollo del niño sano beneficiara al niño, la madre (madres adolescentes, añosas, primerizas) y a la organización; es de alto impacto en los niños, porque si se detecta a tiempo las anomalías como problemas de psicomotricidad, detección temprana de la anemia y parasitosis que nos pueden llevar a gestionar la derivación al especialista para que lo pueda resolver y así evitar complicaciones y gastos a la institución en tratamientos largos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

- **FLORES** Peña, Yolanda, 2012, realizó su estudio en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México sobre percepciones maternas del Cuidado del Niño Sano en la cual como objetivo del estudio fue analizar el cuidado de enfermería del niño sano (CNS) y distinguir si se trata de cuidado centrado en procedimientos o centrado en el usuario. Los conceptos del proceso de trabajo de enfermería y micro política del trabajo en salud fundamentaron el presente estudio cualitativo. Se realizó observación sistemática directa a 87 consultas de CNS en una Unidad de Medicina Familiar y entrevista semi estructurada a 25 madres que acudieron con su hijo a la consulta de CNS. La saturación de datos y comprensión del significado fueron los criterios para el número de observaciones y entrevistas. Se aplicó análisis temático. Se encontró que la actividad se centra en procedimientos, lo que no puede ser considerado CNS. Las madres valoran la atención integral y solicitan información del crecimiento y desarrollo de su hijo. Se recomienda abordar tópicos educativos y establecer relación de confianza que permita brindar cuidado centrado en el usuario (4).
- **LAGUADO** Jaimes, Elveny, 2013, realizó un estudio en la Universidad Cooperativa de Colombia sobre el Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos nos menciona que el crecimiento y desarrollo de los niños, requiere el fortalecimiento del vínculo con los padres, para que intervenga las necesidades desde las diferentes dimensiones; el profesional de enfermería como cuidador, desde el contacto inicial con los padres e hijos, mediante el apoyo educativo orientado al objetivo central de hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo en sus diferentes etapas. Materiales y

Métodos: Información de un caso revisado en práctica formativa del programa de crecimiento y desarrollo de una Institución de Salud de baja complejidad, del área metropolitana; aplicando el proceso de enfermería y el análisis de la situación del paciente desde el referente teórico de Kathryn Barnard. Resultados: El proceso de enfermería realizado en el caso, permite priorizar el cuidado, el cual se orienta al apoyo educativo de los padres, contribuyendo a intervenir las condiciones que afecta el crecimiento y desarrollo, según las necesidades identificadas. Discusión y Conclusiones: Mediante la intervención oportuna a los padres orientada al apoyo educativo, permite que identifiquen los cuidados que se deben modificar y que fortalecen el crecimiento y desarrollo. El enfermero en formación mediante la aplicación del proceso de enfermería en su práctica formativa, le permite reconocer el lenguaje estandarizado fortalece la unidad de criterio para su ejercicio profesional (5).

- **LÓPEZ** Tirado, Bertha Milagros, en el año 2014 realizó un estudio cuyo título es "Nivel de satisfacción de las madres de niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de Crecimiento y Desarrollo del hospital Santa Rosa", cuyo objetivo fue: Determinar el nivel de satisfacción de las madres con niños/as menores de 2 años sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 81 madres. La Técnica fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo escala de Likert modificada, que se aplicó previo consentimiento informado. Conclusiones: El nivel de satisfacción de las madres sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo, la mayoría es de medio a baja referida a que le brinda algunas veces pautas de estimulación temprana, se preocupa por

conocer las razones de su inasistencia , está pendiente de la seguridad, las condiciones físicas del ambiente a veces agradables , limpios y ordenados, seguido de un mínimo porcentaje significativo alta ya que educa sobre los cuidados de su niño(a) en el hogar acerca de la alimentación según la edad , higiene oral , estimulación temprana , limpieza e higiene , ventilación de la casa , sueño y reposo , entre otros.(¹) (6).

- **CHAMBILLA** Gonzáles, Lourdes, en el año 2010 realizó un estudio cuyo título es "Percepción de las madres sobre la calidad de atención de enfermería en el Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de un año del Centro de Salud La Molina" cuyo objetivo fue: Determinar la percepción de las madres sobre la calidad de atención que brinda el profesional de enfermería. La metodología fue descriptiva, corte transversal, tomando como muestra a 50 madres, se aplicó a través de la entrevista, un instrumento escala tipo Lickert modificada, llegando a las siguientes conclusiones: "El nivel de percepción de las madres sobre la calidad de atención brindada por la enfermera en el componente CRED del C.S. La Molina, un porcentaje significativo (58%) expresa que es medianamente favorable referido a que: no respeta creencias y costumbres de la madre, lo favorable esta dado porque la enfermera realiza el control de peso y talla al niño, y lo desfavorable, porque la enfermera no entrega indicaciones escritas al finalizar la consulta". Mediante esta investigación se obtuvo un aporte fundamental en lo que concierne a antecedentes de los últimos años. También aportó conocimientos básicos de estructuración y modelo de marco teórico (7).

2.2 Marco Conceptual

Programa de Atención Integral de Salud del Niño, que comprende desde la fecundación hasta los 9 años.

Se divide en los siguientes subgrupos:

- Niño por nacer: desde la concepción hasta antes del nacimiento.
- Recién nacido: desde el nacimiento hasta los 28 días.
- Niño menor de 1 año: desde los 29 días hasta los 11 meses y 29 días
- Niño de 1-4 años: desde el año hasta los 4 años, 11 meses y 29 días
- Niño de 5-9 años: desde los 5 años hasta los 9 años, 11 meses y 29 días

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica de ambos. Asimismo, se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar oportunamente acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y niño. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen físico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación del desarrollo e instrumentos para valoración del crecimiento físico, entre otros. Esta información es consignada en la historia clínica.

El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera Individual, integral, oportuna, periódica secuencial.

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

- Es oportuna, cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar el crecimiento y desarrollo que corresponde a su edad.
- Es periódico, porque se debe realizar de acuerdo a un cronograma establecido de manera individual y de acuerdo a la edad de la niña y el niño.
- Es secuencial, porque cada control actual debe guardar relación con el anterior Control, observando el progreso en el crecimiento y desarrollo, especialmente en los periodos considerados críticos (8).

2.2.1 CRECIMIENTO

Es el proceso del incremento de la masa corporal que se produce por el aumento del tamaño y el número de células que conllevan al aumento de órganos y tejidos considerando la dirección, velocidad y secuencias (fases). Este proceso de multiplicación celular en donde se divide y sintetizan nuevas proteínas, ocurre por dos mecanismos:

a) Hiperplasia o aumento del número de células, que ocurre a través de la multiplicación celular.

b) Hipertrofia o aumento del tamaño de las células.

- La dirección y la secuencia de los fenómenos de crecimiento dependen más de los factores genéticos y neuroendocrinos, mientras que la velocidad está ampliamente influenciada por las condiciones del ambiente.
- En el cuerpo humano los tejidos y órganos que lo integran, aumentan en sus magnitudes con ritmo alterno. Los distintos tipos de crecimiento tisular determinan gradualmente la estructura corporal y la masa del niño.
- Se distinguen cuatro diferentes fases:
 - **General:** Conjunto del cuerpo, dimensión externa y de los sistemas orgánicos.
 - **Neural:** Cerebro, medula espinal y dimensiones de la cabeza.

- **Linfático:** Timo, ganglios linfáticos y masas linfáticas intestinales.
- **Genital:** Gónadas, mamas.

ETAPAS DEL CRECIMIENTO HUMANO

- **Periodo Prenatal:** De la concepción al parto.
 - Terminal: De la concepción hasta las 2 semanas.
 - Embrional: De 2 a 8 semanas.
 - Fetal: De 8 a 40 semanas (nacimiento).
- **Periodo de Lactancia:** Del nacimiento a los 12 o 18 meses.
 - Neonatal: Del nacimiento a los 27 o 28 días.
 - Lactante: De 1 a 12 meses.
- **Primera Infancia:**
 - Lactante mayor: De 1 a 2 años.
 - Preescolar: De 3 a 5 años.
 - Infancia media (edad escolar): De 6 a 11 años
- **Final de la infancia:**
 - Prepuberal: De 10 a 13 años.
 - Adolescencia: De 13 hasta aprox. 18 años.

2.2.2 DESARROLLO

Es un proceso dinámico de organización sucesiva de funciones biológicas, psicológicas y sociales que se presentan en compleja interacción con el medio y es reflejada o evidenciada por el aumento de la autonomía del niño. Este proceso expansivo que ayuda al niño a adquirir nuevas conductas también genera nuevos comportamientos.

Principios del Desarrollo

La identificación de logros alcanzados por el niño en cada una de las etapas de su desarrollo, constituye la base de su evolución que le permite el equilibrio y la madurez.

Se debe tener en cuenta los siguientes principios:

- El desarrollo es un proceso integral, dinámico y continuo.
- El desarrollo es una sucesión ordenada de etapas o fases que son previsibles.
- Cada etapa o fase del desarrollo se caracteriza por una organización basada en los niveles anteriores, pero cualitativamente originales.
- No hay una correlación exacta entre la aparición de cada etapa y la edad cronológica ya que los ritmos de las funciones son propios de cada individuo.
- Las tendencias direccionales son: céfalo-caudal, próximo distal y globales específicas.
- Lograr mayor capacidad funcional a través de los fenómenos de maduración, diferenciación e interacción de las funciones.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Conjunto de cambios somáticos y funcionales que se produce en el ser humano y se inicia desde el momento de la concepción y se extiende a través de la gestación, la infancia, la niñez, la adolescencia y adultez.

Control de crecimiento y desarrollo: Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento, y de este modo reducir la severidad y

duración de la alteración, evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

Estimulación Temprana: Conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño sano las experiencias que éste necesita para desarrollar al máximo sus potencialidades.

Los primeros años de vida del ser humano son altamente trascendentes, porque en esta etapa ocurre la mayor velocidad de crecimiento y desarrollo del cerebro. Si en estos períodos ocurren situaciones que alteran el desarrollo del cerebro, las capacidades del niño y niña quedaran afectadas notablemente. Por ello el control de la niña y niño en estos primeros años es una de las estrategias más efectivas para promover que este crecimiento y desarrollo sea adecuado y asegure el desarrollo de estas capacidades (9).

2.2.3 ENFERMERÍA Y EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

En el control de crecimiento y desarrollo se detecta de manera oportuna riesgos y/o alteraciones, identificando factores determinantes para prevenir problemas en el crecimiento y desarrollo, y de esa manera promover prácticas adecuadas de cuidado de la niña y niño.

En los Centros de Salud, el control de CRED es realizado por el profesional de enfermería, sensible, con actitudes y comportamientos apropiados. Teniendo en cuenta las necesidades, características y capacidades de la familia, respetando el contexto socio cultural. El control de crecimiento y desarrollo es de responsabilidad de la/el enfermero (o) en todos los niveles de atención. Según la normatividad vigente, el control de crecimiento y desarrollo de la niña y niño menor de 5 años se debe realizar de acuerdo al siguiente esquema (anexo N°

1)

Instrumentos a ser utilizados en el control de crecimiento y desarrollo

Historia Clínica estandarizada, forma parte de una carpeta familiar e incluye:

- Plan de atención.
- Datos de filiación y antecedentes.
- Evaluación de la alimentación.
- Formato de consulta.
- Carnet de atención integral del menor de 5 años.
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño
- Curvas de crecimiento P/E, T/E /PT y PC.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: En el menor de 30 meses: Test Abreviado peruano (TAP). De 3 a 4 años: Pauta breve.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

ESQUEMA DE ATENCIÓN DEL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

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

- **Recepción** cordial a los padres y/o cuidadores de la niña y/o niño.
- **Revisión y apertura** del cuaderno de atención integral de salud del niño: calendario de vacunación, curva del crecimiento, evaluación del desarrollo y otros.
- **Apertura** y revisión de la historia clínica del niño.
- **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

- Ingreso a la base de datos del sistema.
- Según el diagnóstico y capacidad resolutoria del establecimiento de salud, realice la interconsulta o referencia.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO, SEGÚN ETAPAS DE ATENCIÓN

Es el conjunto de actividades integrales, ordenadas que se aplica de manera individual que consiste en:

- **Entrevista Inicial:** 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, ambiente familiar. Entre las actividades de atención directa se deben tener en cuenta la recepción a los padres o cuidadores, la realización de entrevista previa propiamente dicha, y la explicación de los procedimientos y actividades a realizar. Además, que el prestador de salud es responsable de verificar el cumplimiento del esquema de vacunación de acuerdo al calendario vigente.
- **Evaluación del Crecimiento:** Es la apreciación física, que identifica la talla, el peso y las áreas corporales del niño con la finalidad de detectar riesgos o alteraciones, esta valoración se obtendrá con la antropometría y el examen físico.
- **Antropometría:** es el procedimiento que mide las diferentes dimensiones del cuerpo, como el peso, la talla o estatura, perímetro cefálico, braquial, torácico, longitud de los pliegues cutáneos y otros. Debiéndose realizar en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud y de acuerdo a criterios establecidos. El perímetro cefálico se mide hasta los 36 meses.

Los valores de peso, longitud o estatura son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento y la valoración del estado nutricional.

- **Examen físico:** es la combinación de varias técnicas (inspección, palpación, auscultación, percusión), que nos permiten valorar todas las áreas corporales tratando de captar algún problema(s) o anomalía (s), este examen es céfalo-caudal, es decir de la cabeza a los pies, en algunos casos puede variar dependiendo de la actitud que presenta el niño al momento de realizar el examen; una condición básica para realizar el examen físico es que el niño este desvestido o con un polo ligero, la observación debe ser minuciosa sin descuidar ninguna parte del cuerpo.
- **Examen neurológico:** es un examen que consiste en la evaluación de los reflejos, debiéndose realizar según las guías de atención al recién nacido y a los 3,4, 5, 6 y 9 meses de edad, además es necesario tener en cuenta, la existencia de factores de riesgo pre y post natales, preguntar en cada examen por la calidad de sueño, es decir si la niña o niño tiene dificultad para conciliar el sueño, si despierta fácilmente con cualquier ruido, o si solo duerme por periodos cortos tener en cuenta el llanto y la irritabilidad continua y persistente. Este examen incluye la evaluación de los reflejos primarios en el recién nacido, tono muscular y postura. Y la evaluación de los pares craneales según la edad.
- **Evaluación de la visión:** Es importante para evitar un déficit visual en el niño debiendo realizar la detección precoz e intervención oportuna, a fin de evitar secuelas que repercutan posteriormente en su proceso de aprendizaje y en el desarrollo adecuado de sus capacidades y desarrollo óptimo. La evaluación debe seguir tres pasos de acuerdo a la edad del niño.

- **Evaluación de la audición:** es importante pues puede ser causa de problemas de aprendizaje asociados a patologías auditivas así también llevar al retardo o alteraciones del lenguaje. Debe ser evaluado según las guías de atención específicamente hasta los 7 meses, luego se hará en función de los signos de alarma que puedan presentar. La evaluación de la audición en los niños de 0 a 2 años se basa en el comportamiento del niño en relación con el sonido a lo largo de estas edades.
- **El monitoreo del crecimiento,** en el que se evalúa el progreso de la ganancia de peso, longitud o altura de acuerdo a como avanza la edad del niño; la evaluación se realiza utilizando las medidas antropométricas (peso, longitud, talla y perímetro cefálico) las mismas que son tomadas en cada contacto de la niña o niño con los servicios de salud y son comparadas con los patrones de referencia vigentes, determinando la tendencia y velocidad del crecimiento; el monitoreo del crecimiento se realiza tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros de crecimiento y graficándolos como puntos unidos por una línea denominada curva o carril de crecimiento, que representa el mejor patrón de referencia para el seguimiento individual de la niña o el niño.

Después se realiza la **clasificación o diagnóstico nutricional**, para el que se necesita la edad, sexo, peso y talla del niño. En el que se debe tomar en cuenta indicadores como: peso para la edad gestacional, perímetro cefálico para la edad gestacional, peso para la edad(P/E), peso para la talla(P/T), talla para la edad(T/E), índice de masa corporal(IMC).

SUPLEMENTACIÓN CON HIERRO

Suplementación preventiva con hierro para niñas y niños de seis meses a treinta y cinco meses de edad.

El objetivo de la suplementación es prevenir la anemia por deficiencia de hierro, la misma que es el resultado de una ingesta insuficiente, pérdida excesiva, reservas limitadas o requerimientos aumentados de hierro. La prescribe el profesional que realiza el control de la niña o niño.

- En niños y niñas mayores de 12 meses y menores de 36 meses la administración del suplemento de hierro se realizará durante 6 meses en forma continua por año.
- La administración preventiva de suplemento de hierro debe ser suspendida cuando los niños y niñas esta recibiendo antibióticos.
- En niños y niñas menores de 36 meses que residen en zonas endémicas de malaria se debe descartar la presencia de la enfermedad (identificación del parásito) y dar tratamiento antes del inicio de la suplementación.
- El suplemento de hierro no constituye la totalidad del requerimiento de la niña y niño, por lo tanto paralelamente debe promoverse el aumento de consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro y de alta biodisponibilidad; mejorar la consistencia e incrementar la frecuencia de las comidas; mejorar el consumo de alimentos ricos en vitamina C; el consumo de alimentos fortificados con hierro (harina de trigo u otros destinados a poblaciones de riesgo) y evitar sustancias que inhiben la absorción de hierro, como bebidas gasificadas, infusiones, café, etc.
- El personal de salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento es el responsable del seguimiento y de desarrollar estrategias que aseguren la adherencia al proceso de suplementación (visita domiciliaria, consejería, etc.).
- El personal de salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud garantizara el dosaje de

hemoglobina a todas las niñas y niños a partir de los seis meses de edad una vez por año, para descartar anemia.

Esquema de suplemento con hierro:

- En niños y niñas de 6 meses a 35 meses, a término, con adecuado peso al nacer, administrar de 35 a 40 mg. de hierro elemental por semana, desde los 6 meses de edad y durante 6 meses al año.
- En prematuros se prescribe 2 mg. de hierro elemental/kg de peso/día desde el segundo mes y durante 12 meses.

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

La evaluación del desarrollo se basa fundamentalmente en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta que es la expresión clínica de una desviación del patrón normal del desarrollo. Este no supone, necesariamente la presencia de patología neurológica, pero su detección obliga a realizar un seguimiento riguroso del niño que lo presenta y, si persiste, iniciar una intervención terapéutica. Debe realizarse en cada control de acuerdo al esquema vigente. 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, se produce en sentido céfalo-caudal y en dirección próximo- distal, influyendo en este proceso de desarrollo se influyen diversos factores individuales, sociales y culturales.

La evaluación del desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años se realiza a través de las siguientes pruebas:

- Escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP): es una prueba que mide el coeficiente del desarrollo psicomotor del niño de 0 a 24 meses, a través de la evaluación del rendimiento de tareas frente a ciertas situaciones. Las áreas a evaluar son:

coordinación, lenguaje, social y motoras. Contiene 75 ítems, distribuidos en 15 grupos de edad que son los más representativos en el desarrollo del niño.

- El test de desarrollo 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 abreviado (T.A) o pauta breve de evaluación del desarrollo psicomotor es un extracto de las edades más significativas del EEDP y TEPSI con el fin de facilitar su uso por personal no profesional responsable del control de crecimiento y desarrollo.
- En la Norma Técnica de Salud del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de 5 años (2010), se establece:
En el menor de 30 meses: Test Abreviado Peruano (TAP) y de 3 a 4 años: Pauta breve.

Evaluación del desarrollo de la niña y niño de 0 a 30 meses.

El instrumento a utilizar para evaluar el desarrollo de la niña o niño de 0 a 30 meses es el Test Peruano de Desarrollo del Niño. El Test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

Comportamiento motor postural:

- Control de cabeza y tronco en posición sentado
- Control de cabeza y tronco para rotaciones.
- Control de cabeza y tronco en Marcha

Comportamiento viso motor:

- Uso del brazo y la mano.
- Visión.

Comportamiento del lenguaje:

- Audición
- Lenguaje comprensivo.
- Lenguaje expresivo
- *Comportamiento personal social:*
- Alimentación vestido e higiene.
- Juego.

Comportamiento social.

- inteligencia y Aprendizaje

CONSEJERÍA INTEGRAL

La consejería es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizar los problemas encontrados en la evaluación e identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad, fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo.

La consejería se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia y permite establecer un acuerdo negociado sobre las prácticas y acciones identificadas, registrándolos en la historia clínica. Se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes) de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la enfermedad, higiene personal/ lavado de manos, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, fomento

de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre etc.).

- El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.
- La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad. Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta (alimentos de origen animal, alimentos fuentes de hierro) ambiente de tranquilidad y afecto.
- La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con los servicios de salud tanto si éste se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) y oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes).
- La consejería puede reforzarse con actividades grupales como las sesiones educativas y demostrativas.
- Consejería en lactancia materna La realizan los integrantes del equipo de salud que hayan recibido la capacitación respectiva. Puede ser una actividad individual o colectiva.

LA LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA (LME)

Es cuando el niño(a) no ha recibido ningún alimento sólido ni líquido (agua, té y otros), ni otro tipo de leche que no fuera la materna durante los primeros seis meses de vida. Lactancia materna tiene múltiples ventajas tanto para él bebe, la madre, la familia y la sociedad.

La lactancia materna debe iniciarse inmediatamente después del nacimiento, si es posible en el lugar donde se realizó el parto para establecer una relación estrecha entre la madre y el recién nacido. Otra de las razones es la importancia de brindar la primera leche, de color amarillo brillante conocida como calostro, la cual es vital por su función de protección al niño contra enfermedades, es de fácil digestión, tiene alto valor nutritivo y ayuda al niño a evacuar sus primeras heces. La leche materna se caracteriza por brindar el exacto equilibrio de macro nutrientes (proteínas, hidratos de carbono, lípidos), vitaminas, minerales, que se requieren para un adecuado desarrollo anatómico y funcional del niño. Por otra parte, en la leche materna se encuentran también anticuerpos protectores contra gran cantidad de infecciones virales y bacterianas. Dado que el sistema inmunológico de los recién nacidos sólo alcanza su madurez plena hacia los seis meses de vida, la lactancia actúa como una modalidad de inmunización pasiva semejante a ciertas vacunas (10).

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA EL BEBE

- Protección contra infecciones respiratorias, gástricas, intestinales y de oído.||
- Evita las diarreas.
- Ayuda a su buen desarrollo neurológico.
- Protección y barrera contra las alergias.
- Menor probabilidad de ser obesos en su infancia. Estudios recientes demuestran que cuanto más tiempo dure el amamantamiento, disminuye la obesidad infantil.
- Excelente nutrición ya que contiene todos los nutrientes que él bebe necesita.
- Facilidad en la digestión y asimilación de nutrientes.

- Alto contenido de sustancias inmunológicas (anticuerpos) y anti-infecciosas mejorando el sistema de defensa del bebe.
- Favorece el desarrollo dental y mandibular.
- Protección frente a la deshidratación. Un bebe alimentado con leche materna no tiene necesidad de agua.

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA PARA LA MADRE

- Reducción del útero a su tamaño normal rápidamente después del parto.
- Disminución de hemorragias o sangrado después del parto,
- Protección contra el cáncer de mama, como así también de ovarios,
- Ayuda a recuperar el peso anterior rápidamente,
- Fortalece la autoestima materna
- Satisfacción emocional de la madre
- Menor riesgo depresión pos parto
- Crea fuerte vínculo madre- hijo
- Menor costo económico

LACTANCIA MATERNA: LAS 7 REGLAS DE ORO PARA TENER ÉXITO

- La educación durante el embarazo es fundamental. Es muy importante que tanto las madres como los padres reciban información suficiente sobre la lactancia materna.
- La lactancia materna debe ser iniciada en las primeras horas después del parto En este momento el bebé está alerta y dispuesto a mamar. Posteriormente suelen entrar en una fase de sueño que les dura aproximadamente 24 horas.

- El contacto piel con piel (madre-hijo) es fundamental. Cuanto más tiempo, mejor. Favorece la lactancia materna y el vínculo materno filial, aumenta la producción de leche y mejora el agarre del bebé.
- El agarre correcto al pecho es determinante para el éxito de la lactancia.
- El cuerpo y la cabeza del bebé deben estar alineados, de manera que no tenga que doblar el cuello.
- La boca del bebé debe estar abierta ampliamente, abarcando el pezón y parte de la areola.
- El pezón debe quedar situado profundamente en la boca del niño, al final del paladar duro

TEORÍA DE ENFERMERÍA

Modelo de Promoción de la salud – Nola Pender

Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción.

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

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

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

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

Metaparadigmas:

- **Salud:** Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- **Persona:** Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.
- **Entorno:** No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- **Enfermería:** El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal (11).

TEORÍA DE INTERACCIÓN PADRE -HIJO KATHRYN E. BARNARD

Principales conceptos y definiciones

Un interés central de la obra de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres – hijo como un sistema interactivo. Barnard sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptiva.

Barnard ha definido los siguientes términos:

1. Claridad de los mensajes del niño

Para participar en una relación sincronizada, él niño debe enviar señales a la persona que lo cuida. El acierto y la claridad con que se manifiestan estos mensajes facilitaran o dificultara su interpretación por los padres e inducirá los cambios oportunos en su actitud. Los niños muestran signos de muchas clases: sueño, alegría, alerta, hambre y saciedad, así como los cambios en la actividad corporal. Cuándo un niño se manifiesta con señales confusas o ambiguas puede deteriorarse la capacidad de adaptación de los cuidadores.

2. Respuesta del niño al cuidador

Al igual que el niño debe enviar señales a sus padres para reclamar cambios de actitud de ellos, también ha de aprender leer los signos que estos le transmiten para adaptar a su vez su conducta. Obviamente, si el niño no responde a las claves que le envíen las personas que lo cuidan no será posible la adaptación.

3. Sensibilidad de los padres a las señales de los niños

Los padres igual que los niños, deben ser capaces de leer con precisión las señales que se comunican para modificar su actitud en el sentido oportuno. Pero además existen otras influencias que actúan sobre la sensibilidad de los padres. Cuando están preocupados por otros aspectos de sus vidas como los laborales o los económicos, los conflictos emocionales o las renciones matrimoniales es posible que lo alcancen su grado normal de sensibilidad. Solo cuando se mitigan estas tenciones los padres serán capaces de leer adecuadamente los signos que trasmiten a sus pequeños.

4. Capacidad de los padres para aliviar el malestar del niño

Algunas señales enviadas por el niño indican la necesidad de que los padres le ayuden. La eficacia que estos demuestran para aliviar las tensiones de sus hijos depende de varios factores.

5. Actividades de los padres que fomentan el crecimiento social y emocional

La capacidad para emprender actividades que fomenten el crecimiento social y emocional depende de la adaptación global de los padres. Estos han de ser capaces de mostrar afecto al niño de comprometerse en interacciones sociales como las que se asocian a la alimentación y de ofrecer un refuerzo social de acuerdo a las conductas sociales.

6. Actividades de los padres que fomentan el crecimiento cognitivo

En numerosos estudios se ha demostrado que el crecimiento cognitivo se favorece mediante una estimulación situada justo por encima del nivel de comprensión del niño

2.3 Definición de Términos

- **Actividades de enfermería:** Es el conjunto de intervenciones y procedimientos realizado por la enfermera dirigidas a los niños menores de 1 año durante su control de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud y que serán evaluadas a través de una Lista de Chequeo.
- **Niños menores de 1 Año:** Son aquellos niños a partir del 7º día de nacido hasta los lactantes menores con 11 meses 29 días, que acuden al Centro de Salud para su Control de Crecimiento y Desarrollo.

- **Control de Crecimiento y Desarrollo:** Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por la enfermera (o), con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de los niños, a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico y tratamiento.
- **Crecimiento:** Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.
- **Desarrollo:** Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, físico y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe se recolecta se utilizaron los siguientes datos:

- Ley N° 27657, Ley del Ministerio de Salud
- Ley N° 29344, Ley Marco del Aseguramiento Universal en Salud.
- Los registros diarios de la estrategia sanitaria de control de crecimiento y desarrollo del HURF.
- Datos de la Oficina Soporte informático del Hospital.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia laboral profesional se inicia en el mes de septiembre de 1998 con el SERUMS para la Fuerza Armada Peruana (FAP) en Talara-Piura, fue una experiencia gratificante y enriquecedora, en el cual realizaba actividades comunitarias en la localidad, desarrollando los programas de EDA, IRA, Malaria, TBC, Inmunización, CRED, como también en la Base de la FAP, poniendo más énfasis en el programa ITS e Inmunización.

Posteriormente ingreso a EsSalud en marzo del 2000, en el cual se habían inaugurado nuevos hospitales, donde me designaron al Hospital Uldarico Roca Fernández-Villa el Salvador. En ese entonces, un hospital nuevo, por lo tanto, enfermería tuvo que implementar los ambientes y organizar la dinámica de funcionabilidad del hospital para una buena atención al usuario. Me hice cargo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, donde la primera tarea fue trabajar en la implementación y organización, además de realizar paralelamente la atención diaria a los niños consultantes.

En el año 2003 pase a laborar al servicio de Neonatología, cubriendo las áreas de alojamiento conjunto, intermedios y atención del parto, allí tuve la oportunidad de participar en la educación a las madres en temas determinantes para su futuro como la importancia de la Lactancia Materna y los cuidados en el recién nacido.

En el año 2007 retorno al servicio de Consulta Externa laborando en los diferentes tópicos: curación e inyectables, programas preventivos: VIH/ ITS, CRED.

En el año 2010 la jefatura de enfermería me designa la coordinación de consulta externa tanto del personal a cargo como la parte administrativa, a la vez teniendo mi labor asistencial como enfermera en el servicio programado.

En los 18 años de experiencia laboral profesional que llevo me he dedicado básicamente a la atención primaria y desde hace 9 años que vengo rotando por el servicio de crecimiento y desarrollo enfatizando la promoción y prevención en las madres para mejorar la calidad de salud en sus niños y disminuir las posibilidades de asistencia para atención hospitalaria.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Los procesos realizados en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Hospital de EsSalud de Villa Salvador, Uldarico Roca Fernández, se inician hace nueve años, dado que existe gran demanda de población menor de un año; en esta área, se brinda atención de lunes a sábado en turnos de mañana y tarde; en cada turno en un inicio se programaban veinticuatro niños para la atención, además se otorgaban citas adicionales hasta por diez cupos en cada turno. Esta sobrecarga generaba una evaluación restringida al niño lo que impedía muchas veces la detección temprana de algunas anomalías propias del crecimiento y desarrollo como

alteraciones motoras, de lenguaje, estimulación, etc., que, al no ser detectadas a tiempo, podrían generar complicaciones futuras.

Al inicio se observó la falta de recursos humanos de enfermeras en el programa de crecimiento y desarrollo, se tenía la necesidad de otro consultorio, por la alta demanda de atenciones en el control de niño sano, así como también existía la carga laboral del equipo por la excesiva demanda de consultas.

Se gestionó entonces la disminución de la programación de atenciones de 24 a 18 consultas, y la programación de dos enfermeras en el turno mañana y una enfermera en el turno tarde; posteriormente se logró la implementación con los materiales y los muebles de escritorio para acondicionar en ese mismo ambiente a dos enfermeras con sus respectivos pacientes, estos grandes cambios se lograron ya que en ese tiempo se dividió la población adscrita a villa el salvador en el Hospital Guillermo Kaelym de la Fuente y el Ipress de Villa Salud, disminuyendo así nuestra población de asegurados, y generando una oportunidad en mejorar la atención que brinda nuestro programa.

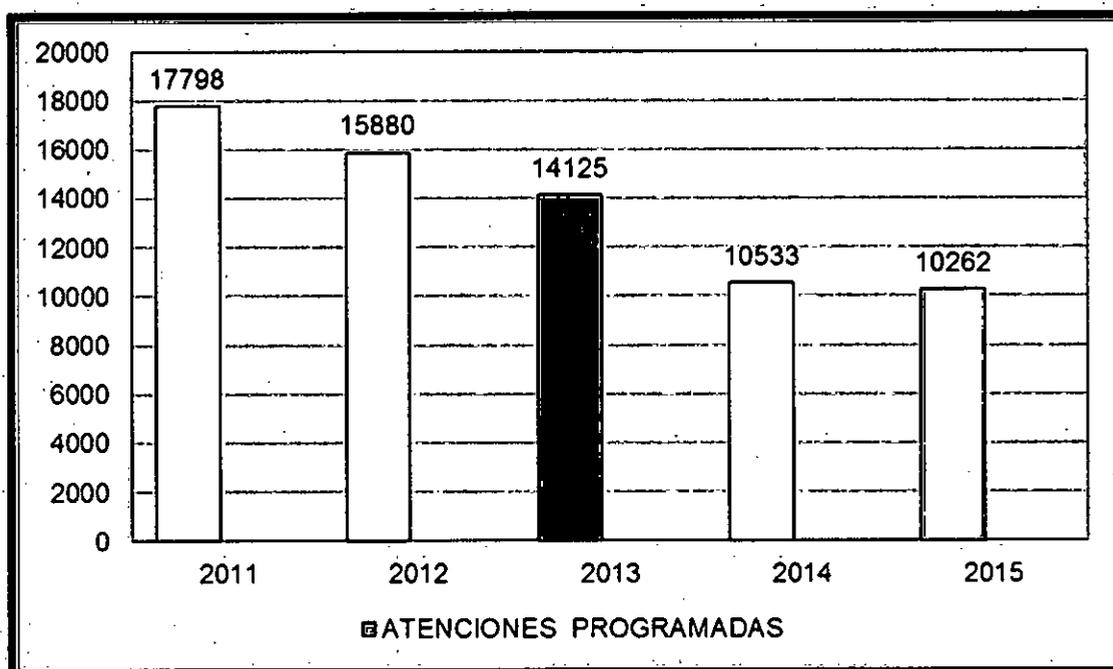
En el consultorio laboramos dos enfermeras en el turno de mañana, una programada en Control de Crecimiento y Desarrollo y otra en el Programa de Inmunizaciones, cuando se dispone de algún consultorio libre, la enfermeras separan a fin de buscar la atención adecuada en relación a la privacidad del paciente, sin embargo cuando la atención se realiza en un solo consultorio, nos encontramos con el impedimento de hacer un buen control de evaluación ya que el espacio resulta reducido y la sobrecarga de consultas saturan el trabajo porque se atienden 48 niños programados, más 20 adicionales, a pesar que hemos conversado con los responsable de la Gestión del hospital, solo se piensa en la productividad y cobertura en la atención masiva.

Estas motivaciones nos llevaron a dividir las atenciones tanto crecimiento y desarrollo como inmunizaciones, generando incomodidades para el personal asistencial como para las madres

Luego de las gestiones realizadas ante la jefatura de enfermería y la gerencia del hospital logramos que se nos acepte la separación y el consultorio, pero siendo la institución muy pequeña y no contar con suficiente consultorio se nos aceptó dividirlo en el mismo ambiente cada enfermera con su computadora y sus materiales respectivos para la atención de sus niños programándose así a solo 18 niños a cada una. Actualmente la enfermera atiende a los niños programados integralmente, brinda los cuidados educativos y despeja las dudas de las madres cuidadoras brindando así una atención mejorada y de calidad.

IV. RESULTADOS

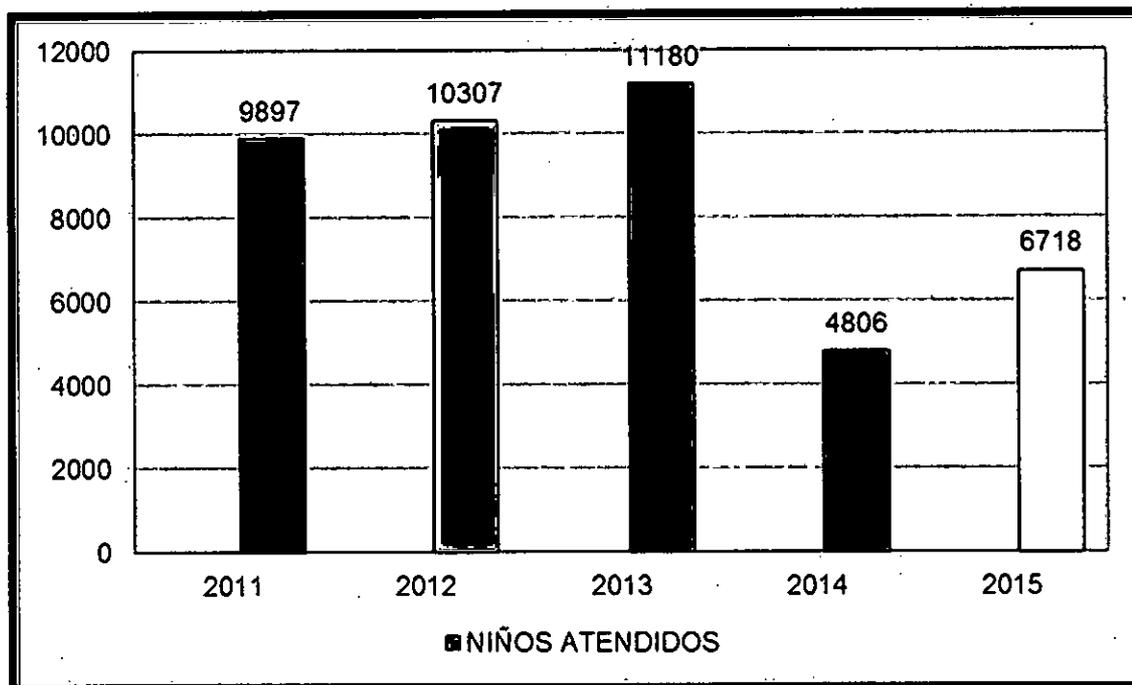
GRÁFICO 4.1: NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CON CITAS PROGRAMADAS EN EL CONSULTORIO DE CRED DEL HOSPITAL ULDARICO ROCCA FERNANDEZ



FUENTE: oficina de soporte informatico H.U.R.F.

Se puede evidenciar que en el año 2011 las atenciones programadas eran de 17798 niños menores de 1 año comprendía a toda la población del distrito, ya en el año 2015 disminuyen a 10262 niños ya que los pacientes fueron derivados a otras instituciones como el Hospital Guillermo Kaylin de la Fuente y al Ipress Villa Salud.

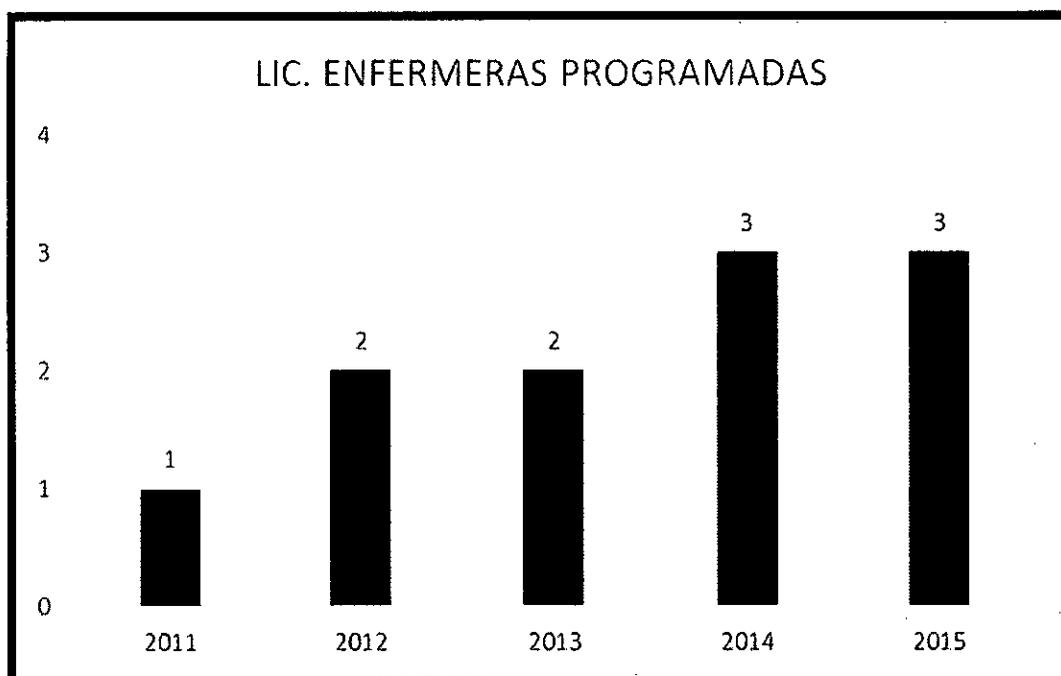
GRÁFICO 4.2: NIÑOS MENORES DE 1 AÑO ATENDIDOS EN EL CONSULTORIO CRED DEL H.U.R.F.



FUENTE: oficina de soporte informático H.U.R.F.

Se observa que en el año 2011 al 2013 las atenciones van en aumento llegando a 11180 en el 2013, ya en el año 2014 hay una disminución por la tercerización en las atenciones en EsSalud (lo cual se presenta como una oportunidad), que determina una disminución drástica del número de atenciones en el 2015 llegamos a 6718 atenciones mostrándose que va en aumento por el natural crecimiento demográfico y a propia solicitud de los pacientes por regresar al hospital.

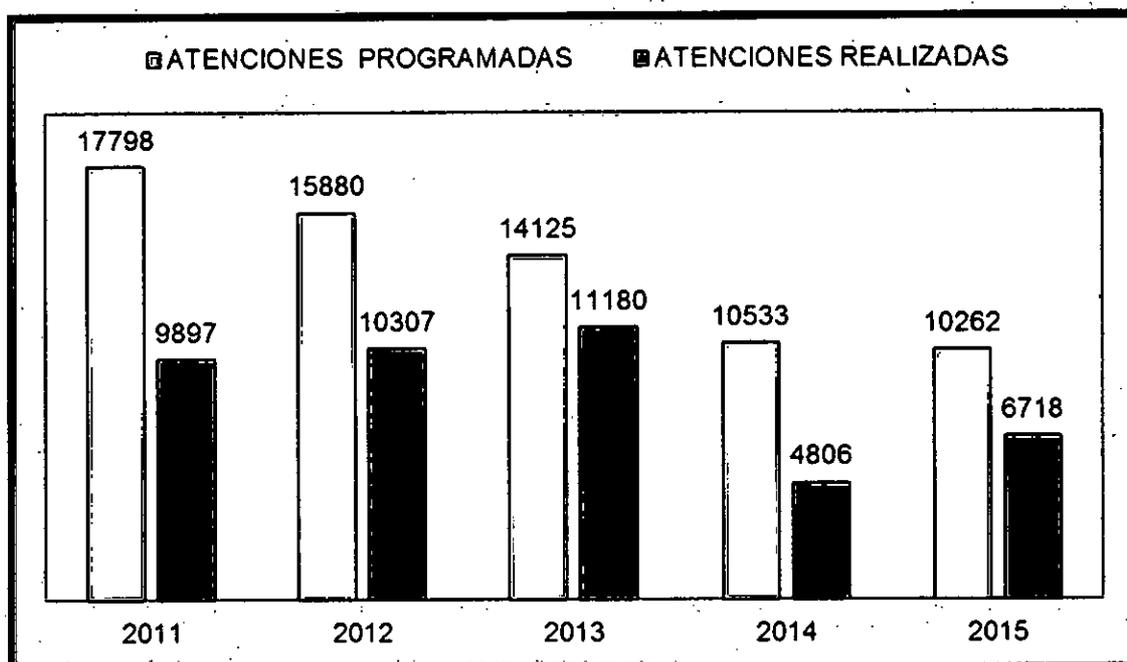
GRÁFICO 4.3: ENFERMERAS PROGRAMADAS EN EL CONSULTORIO DE CRED DEL HURF EN LOS AÑOS DE 2011- 2015



FUENTE: oficina de soporte informático H.U.R.F.

Se puede evidenciar que en año 2011 había solo una enfermera programada para prestar servicios en el consultorio de CRED puesto que se atendían solo en el turno de la mañana, ya luego en el 2012 y 2013 se otorgaron ambos turnos mañana y tarde siendo así no se cubrían las demandas de atenciones, ya en el año 2014 a la actualidad se cuenta con 3 enfermeras 2 de ellas programadas en el turno mañana y una en la tarde cada una con su propia programación.

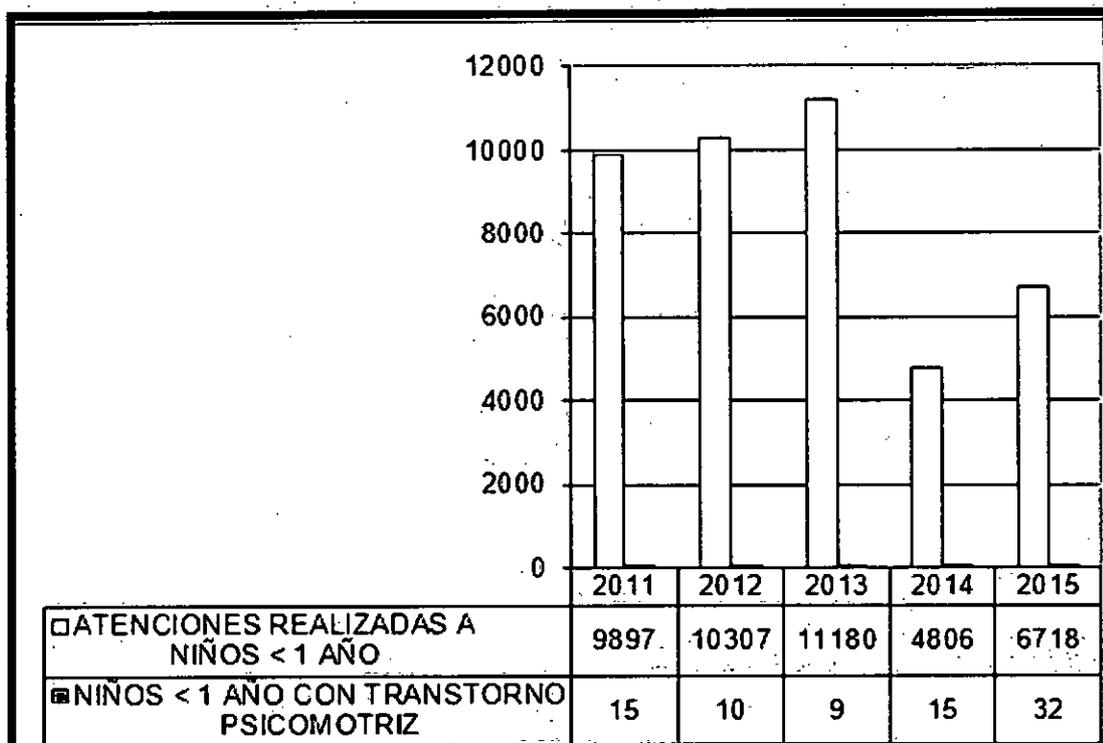
GRÁFICO 4.4: COMPARACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO CITADOS Y ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE CRED DEL HURF.



FUENTE: oficina de soporte informático H.U.R.F

Se puede observar detalladamente que, en el año 2011 se realizaban un 56 % de atenciones del total programados y ya posteriormente en el año 2015 se alcanza un 66% existiendo una evidente diferencia y esta se da debido a la deserción de muchos pacientes por la larga espera en la cita.

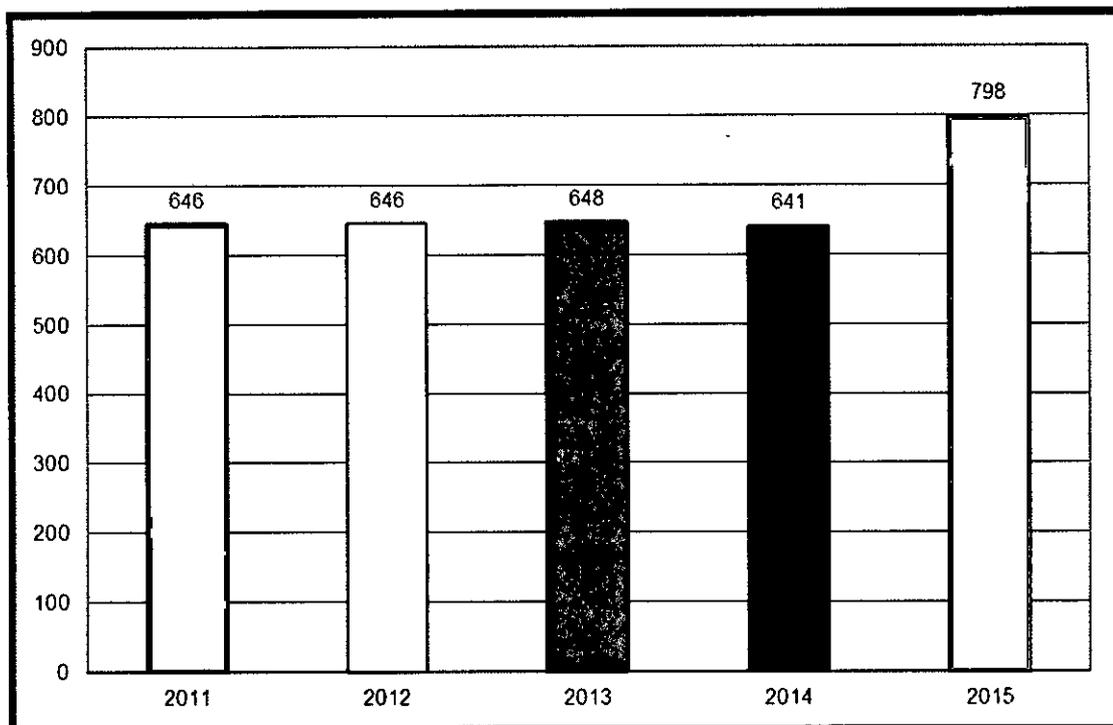
GRÁFICO 4.5: NIÑOS MENORES DE 1 AÑO DIAGNOSTICADOS CON TRASTORNO PSICOMOTRIZ EN EL HURF.



FUENTE: oficina de soporte informatico H.U.R.F.

Cómo se aprecia en el grafico 4.5, el número de niños identificados con trastorno psicomotor evidencio un aumento en el año 2015 de 1% a un 4 % debido a que a partir de esa fecha la enfermera dispone de mayor tiempo por el incremento de personal para la evaluación de CRED y se puede lograr a diagnosticar oportunamente.

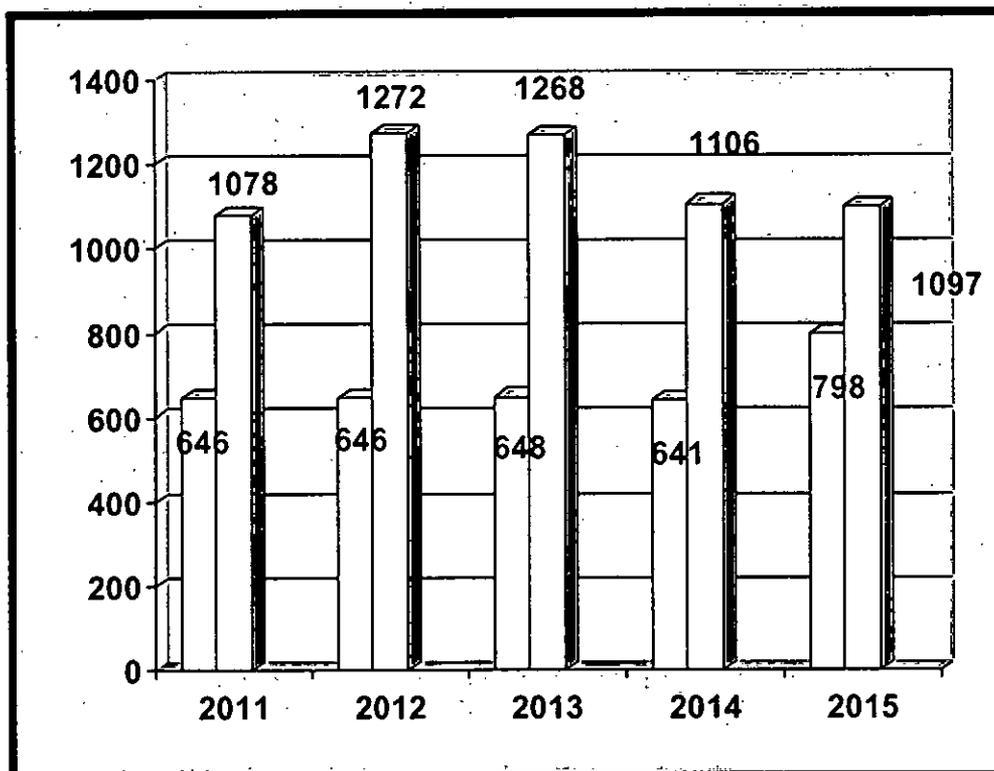
GRÁFICO 4.6: NIÑOS QUE LLEGARON AL 6° CONTROL DE CRED CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA EN EL HURF



FUENTE: oficina de soporte informático H.U.R.F.

La lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses aumento en el año 2015 debido a que los recién nacidos tienen una cita al 7° y al 15° día de vida con enfermería en el consultorio de CRED es ahí donde aprovechamos en realizar consejería sobre la LME, se cuenta también con mayor disponibilidad y tiempo por parte de enfermería durante la atención, Este proceso se mide con la llegada de cada uno de los niños al sexto con trol de CRED.

GRÁFICO N° 4.7: NÚMERO DE LACTANTES DE 6 MESES QUE TUVIERON 6 CONTROLES Y LLEGARON CON LME DEL 2011-2015.



FUENTE: Informes operacional de crecimiento y desarrollo.

Análisis: Se observa en el año 2011 se alcanzaba un 60% en LME y ya en el 2015 alcanzamos a un 73% de niños que a su 6to control llegan con LME evidenciándose así un incremento en la educación a las madres a la no administración de sucedáneos o lactancia mixta.

V. CONCLUSIONES

- a) Se ha concluido que se ha disminuido la cantidad de niños citados y que después de la intervención las atenciones a los niños menores de 1 año han mejorado.
- b) Se ha logrado alcanzar un 73% de niños que a su 6to control de crecimiento y desarrollo han llegado con lactancia materna exclusiva.
- c) Si bien es cierto que las consultas han ido disminuyendo paulatinamente a raíz de la creación de nuevos centros, esto ha permitido mayor tiempo de dedicación a la evaluación de los pacientes.
- d) Se ha logrado que de 6718 niños menores de 1 año atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo en el año 2015 se ha detectado a 32 niños con trastorno psicomotriz las cuales fueron referidos al pediatra.

VI. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones del presente estudio son:

- a) Que el profesional de Enfermería del HURF - EsSalud elabore o diseñe estrategias orientadas a optimizar y mejorar el trato y satisfacción al usuario, para que pueda contribuir a mejorar la calidad de atención que brinda a la madre y niño en el servicio.
- b) Es necesario que el profesional de enfermería brinde consejería las madres sobre un control adecuado del crecimiento y desarrollo de sus niños con la visión de contribuir a otorgarles una vida saludable presente y futura.
- c) Gestionar a la gerencia del HURF que disponga la implementación de un consultorio adicional para la exclusividad en las atenciones de CRED.
- d) Incrementar el número de talleres y actividades educativas con las madres y sus niños.

VII. REFERENCIALES

1. ASOCIACIÓN TALLER DE LOS NIÑOS “Compartiendo con los Demás”, Módulo auto instructivo para trabajo grupal con madres y padres de niños menores de 5 años en el Programa de Crecimiento y Desarrollo Colectivo. [Internet]. Perú; [consultado 05 noviembre 2016}, disponible en:
http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf
2. NACIONES UNIDAS DERECHOS HUMANOS [Internet].Perú; [consultado el 7 noviembre del 2016}, disponible en:
<http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>
3. NORMA TÉCNICA DE SALUD para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, 2016,[Internet].Perú; {consultado 10 de noviembre 2016} disponible en: http://datos.minsa.gob.pe/sites/default/files/norma_cred.pdf
4. FLORES PEÑA Yolanda, percepciones maternas del Cuidado del Niño Sano revista Latino América. Enfermería vol. 20 no.2,2012, {Internet}, Nuevo León México, [consultado el 15 de noviembre del 2016}, disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000200009&script=sci_arttext&tlng=es
5. LAGUADO JAIMES, Elveny, Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos, Revista Cuidarte, Programa de Enfermería – Universidad de Santander ,2013, {Internet}, Colombia, {consultado el 05 de diciembre del 2016} Disponible en:
<http://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/17/146>

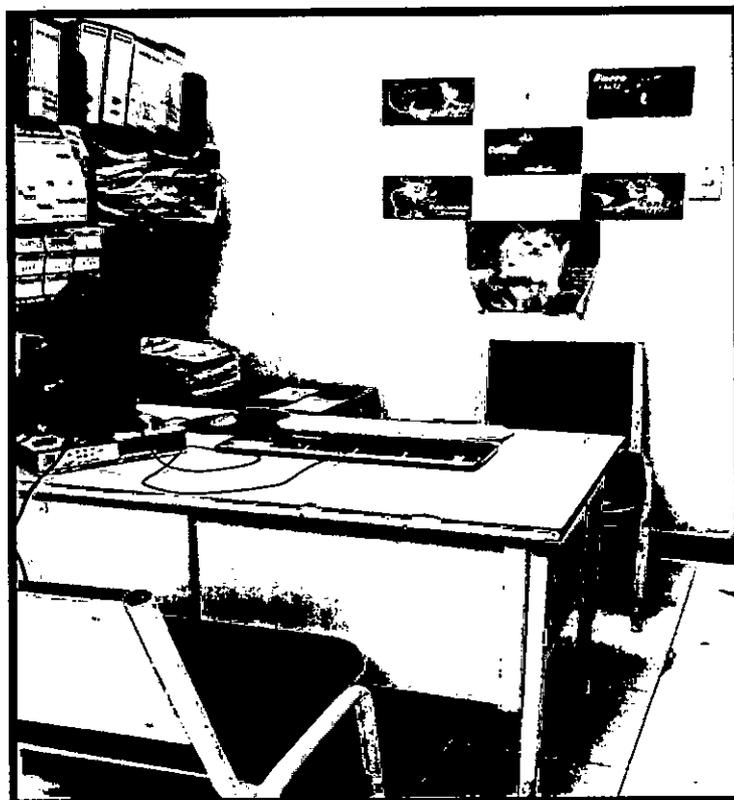
6. LÓPEZ TIRADO, Bertha Milagros, "Nivel de satisfacción de las madres de niños/as de 2 años sobre la calidad de atención del profesional de enfermería en el programa de crecimiento y desarrollo del Hospital Santa Rosa", {Internet}. Perú 2014 [consultado el 06 de diciembre del 2016] disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4809/1/Lopez_Tirado_Bertha_Milagros_2015.pdf
7. CHAMBILLA GONZÁLES, Lourdes, "Percepción de las madres sobre la calidad de atención de enfermería en el Control de Crecimiento y Desarrollo en niños menores de un año del Centro de Salud La Molina". 2010, {Internet}. Perú. [consultado el 06 de diciembre del 2016] disponible en:
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1040/1/Guevarra_ss.pdf
8. PLAN NACIONAL CONCERTADO DE SALUD Pág. 13, 2007, {Internet}. Perú, [consultado el 06 de diciembre del 2016] disponible en:
https://extranet.who.int/nutrition/gina/sites/default/files/PER%202007%20-%20Plan_Nacional_Salud.pdf
9. MINISTERIO DE SALUD (MINSA) {Internet}. Perú, [consultado el 06 de diciembre del 2016] disponible en:
www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/dgsp/Mais.doc
10. Lactancia materna exclusiva módulo II ,2012,{Internet}, Republica de Panamá, {consultado el 06 de diciembre del 2016}, disponible en:
<http://www.medicos.cr/web/documentos/boletines/BOLETIN%200801/LACTANCIA%20MATERNA%20EXCLUSIVA.pdf>
11. EL CUIDADO NOLA PENDER {Internet}. Perú [consultado el 06 de diciembre del 2016] disponible en:
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe/2012/06/nola-pender.html>

ANEXOS

ANEXO N°1

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años		
Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	2	7 y 15 días de vida.
De 01 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m y 9m, 10m y 11 m
De 12 a 23 meses	6	12m, 14m, 16m, 18m, 20m, 22 meses.
De 24 a 59 meses	12 (4 por año)	24m, 27m, 30m, 33m, 36m, 39m, 42m, 45 m, 48m, 51m, 54m y 57 meses.

Consultorio CRED



Fuente: Propia



Fuente: Propia

Realizando las medidas antropométricas



Fuente: Propia

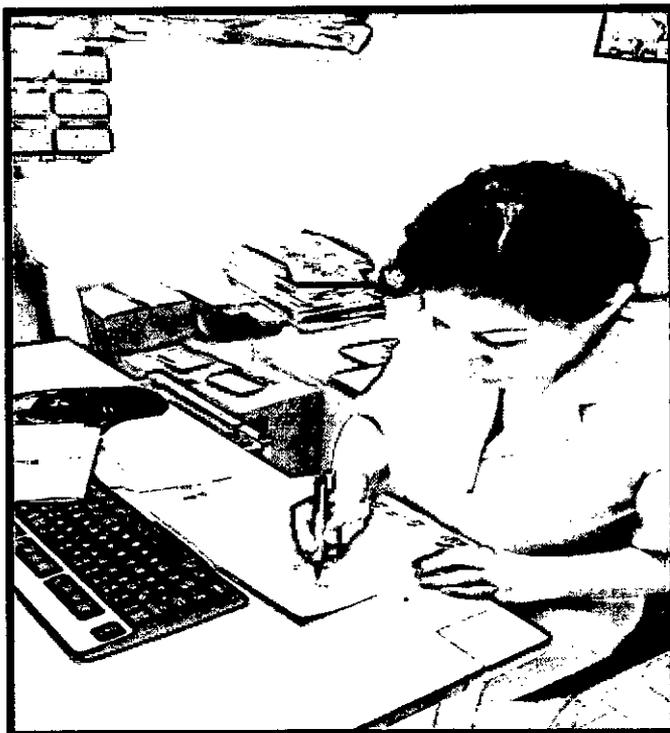


Fuente: Propia



Fuente: Propia

Realizando los registros



Fuente: Propia

Brindando educación a las madres sobre lactancia materna exclusiva



Fuente: Propia

Brindando educación a las madres sobre cuidado del niño



Fuente: Propia



Fuente: Propia



Fuente: Propia



Fuente: Propia