

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA, CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DEL HOSPITAL
TAMBOBAMBA – APURÍMAC, 2012-2014**

TRABAJO ACADÉMICO

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

DELIA ROMÁN TELLO

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dr. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA : PRESIDENTE
- Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO : SECRETARIA
- Mg. WALTER RICARDO SAAVEDRA LÓPEZ : VOCAL

ASESOR : Mg. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº DE LIBRO : 05

Nº DE ACTA : 555 - 2017

Fecha de Aprobación del Informe Laboral: 10 de noviembre del 2017

Resolución de Decanato Nº 3146-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre de 2017 de designación del Jurado Examinador del 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 OBJETIVOS	4
1.3 JUSTIFICACIÓN	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES	7
2.2 MARCO CONCEPTUAL	10
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	24
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.3 PROCESOS REALIZADOS	28
IV. RESULTADOS	30
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

El control de crecimiento y desarrollo del niño (CRED) es el conjunto de actividades que permiten vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos y alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

En el contexto de la salud pública, los niños representan el futuro de un país, su crecimiento y desarrollo adecuado deben ser una de las máximas prioridades de las sociedades, para ello la participación del profesional de enfermería es muy importante porque contribuye en favor de la salud infantil ejecutando actividades preventivas promocionales.

El presente informe de experiencia profesional titulado "intervenciones de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de cinco años en el hospital Tambobamba - Apurímac 2012-2014", tiene por finalidad describir las intervenciones de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del niño que contribuirá a monitorear y evaluar el impacto de las intervenciones realizadas por el equipo de salud.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

El control de crecimiento y desarrollo del niño es una actividad netamente de enfermería que abarca múltiples actividades tales como son: antropometría inmunizaciones, suplementación, desparasitación y estimulación temprana, asimismo se detecta de manera oportuna riesgos o factores determinantes, con el propósito de implementar acciones de prevención, y promover prácticas adecuadas del cuidado de la niña y niño. Para ello el profesional utiliza la entrevista, la observación, el examen clínico, anamnesis, exámenes de laboratorio, aplicación de instrumentos de evaluación de desarrollo e instrumentos para la valoración del crecimiento físico, entre otros. Esta información se consigna en la historia clínica.

Desde 1990, la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años ha disminuido en un 53%. La tasa anual mundial de reducción de la mortalidad de menores de 5 años registrada desde 2000 a 2015 fue de más del doble que la alcanzada en la década de 1990. Entre 2000 y 2015, todas las regiones registraron progresos notables en la supervivencia infantil. En África subsahariana, la tasa promedio anual de descenso de la mortalidad de menores de 5 años ha aumentado desde el 1,6% durante la década de 1990, al 4,1% a partir de 2000. (1)

La anemia infantil afecta 43.6% de los niños y niñas de 6 a 36 meses de

edad, siendo más prevalente entre los niños de 6 a 18 meses, sector en el que 6 de cada 10 niños presenta anemia. La desnutrición infantil se ha reducido en los últimos años, sin embargo aún afecta al 13.1% de menores de 5 años en el 2016: en la áreas rurales llega al 26.5 y 7.9% en las urbanas. En el último decenio nuestro país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil, aún persisten inequidades a nivel regional y en zonas de pobreza, lo que exige la continuidad de las acciones destinadas a disminuir estas brechas (2).

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015, Apurímac es una de los departamentos con más altos índices de anemia y desnutrición infantil. En esta región, el 56.8% de los niños menores de tres años y el 43.3% de los niños menores de cinco años, sufren de anemia.

La desnutrición crónica infantil también es alta en Apurímac. De acuerdo a la ENDES 2015, el 22.3% de los niños menores de cinco años de esa región sufren de desnutrición crónica, nivel significativamente mayor al promedio nacional, que es de 14.4% (3).

1.2 Objetivo General

Describir las intervenciones de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo del niño menos de 5 años, en el Hospital Tambobamba-Apurímac 2012-2014.

1.3 Justificación

El control de crecimiento y desarrollo del niño es una actividad de salud pública de mayor costo y una de las más grandes preocupaciones a nivel mundial cuya finalidad es Contribuir al desarrollo integral de niñas y niños de cero a cinco años y a mejorar su salud y nutrición.

Dentro de las metas a nivel nacional para el 2021, se propone reducir la anemia y desnutrición crónica infantil a un 19% y 6.4% respectivamente.

Asimismo el presente informe profesional se justifica en:

A Nivel teórico: El presente informe servirá para hacer conocer la situación real de la salud de la población infantil que constituye un componente básico en el desarrollo humano.

A nivel metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer las intervenciones que se realiza en el consultorio de crecimiento y desarrollo y poder contribuir a elevar su calidad de vida como base para un desarrollo sostenible del país, basado en el marco del modelo de atención integral de salud (MAIS).

A nivel social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden en el consultorio de crecimiento y desarrollo, asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de CRED y brindar una excelente atención.

A nivel práctico: El presente informe es de gran importancia para Enfermería, porque según la Norma Técnica de Salud vigente, es la enfermera o enfermero, el responsable del control de crecimiento y desarrollo en todos los niveles de atención. Por tanto, teniendo referentes de tiempos promedios de los grupos etáreos según necesidades prioritarias para el niño, le permitirá organizar la atención que brinda. Fortaleciendo así, su desempeño en el desarrollo de las actividades que realiza como esencia de su profesión del cuidado que brinda.

A nivel económico: Es responsabilidad del establecimiento de salud, la gestión y apoyo administrativo en cumplimiento de las disposiciones normativas que garanticen una atención de calidad. En tanto, el presente estudio le permitirá tener una visión del marco en el que se desarrolla la atención del control de crecimiento y desarrollo a fin de que busquen estrategias que mejoren la calidad del servicio y por tanto la satisfacción del usuario. Así mismo se reafirma su importancia, ya que son pocos los estudios realizados sobre las intervenciones de enfermería en el primer nivel de atención.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

GONZALES-ACHUY, E. et al; Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. Rev. Perú Med. Exp. Salud Publica 2016, vol.33, n.2, pp.224-232. ISSN 1726-4642. Cuyo objetivo es identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Amazonas, Loreto y Pasco, Perú, de enero a diciembre de 2012.

Los Materiales y métodos fueron el estudio de casos-contrroles pareados. Se definió como caso al niño que no completó 11 controles CRED hasta cumplir 11 meses de edad, y como control, aquel niño con 11 controles CRED para la misma edad. La relación entre cada factor con el cumplimiento del CRED se estableció mediante la prueba de McNemar ($p < 0,05$) y como medida de fuerza de asociación el odds ratio (OR) para muestras pareadas (IC 95%).

Cuyos Resultados fueron Siete factores, luego del control de diversas variables, están asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED. El factor común, en las tres regiones, fue que se dejó de atender alguna vez al niño, lo que se asoció, de tres a cinco veces, con la chance de no cumplir los controles CRED en Loreto y Pasco,

mientras que en Amazonas se presentó un efecto opuesto (OR 0,58; IC95%0,81).

Llegando a la conclusión que existen factores relacionados con el cumplimiento del CRED en niños menores de un año que varían según región. Uno de los principales obstáculos identificados son las múltiples funciones que deben desarrollar los profesionales que laboran en CRED, por lo que se pierden oportunidades de atención al niño; en tal sentido debe garantizarse la dotación suficiente de personal e inculcar permanentemente el buen trato que debe brindarse a los pacientes (4).

MARTÍNEZ CHUQUITAPA, V. L.; "Actividades de enfermería y tiempo promedio de atención que reciben los niños menores de 1 año durante su control de crecimiento y desarrollo - Centro de Salud Lince – 2010", es un estudio de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, de corte transversal, que utiliza el método descriptivo (estudio de tiempos).

Se realizó con el objetivo de determinar las actividades que realiza la enfermera y el tiempo promedio de atención que reciben los niños menores de 1 año durante su control de crecimiento y desarrollo. Se utilizó la técnica de observación, y como instrumentos una lista de chequeo y una hoja de registros, que fueron validados por jueces expertos.

Los resultados se presentaron en gráficos para facilitar la comprensión de los hallazgos según los grupos de edad observados.

Luego del análisis y discusión se llegaron a las siguientes conclusiones: Las actividades que realiza la enfermera en la evaluación del crecimiento y desarrollo son diversas, según sus necesidades y la edad del niño ; en la "Evaluación del Crecimiento" fueron principalmente: evaluación antropométrica, examen físico, examen neurológico, evaluación de la visión y de la audición; y en la "Evaluación del Desarrollo", la evaluación del desarrollo psicomotor con la EEDP y/o TA y la demostración de procedimientos. Además de la Entrevista Inicial, Consejería, Registro de datos y la interconsulta o referencia del niño. Respecto al Tiempo Promedio de Atención utilizado por la enfermera en la Evaluación del Crecimiento y Desarrollo de los niños menores de 1 año, este fue de 20'41". Considerando el tiempo promedio en cada una de sus etapas: Entrevista Inicial el 10.05 % de la atención (2'05"); a la Evaluación del Crecimiento, para la Antropometría el 13.73% (2'50") y el 17.74% (3'40") para el examen físico; mientras que la Evaluación del Desarrollo demanda el 17.79% (3'41") de la atención. La consejería obtuvo una mayor proporción con el 21.02% (4'21"); así también, el registro de datos ocupa el 13.34%(2'46") respecto al total. La interconsulta o Referencia corresponde al 6.33% de la atención, con un tiempo promedio de (1'19"). Las actividades que realiza la enfermera en función del tiempo varían de acuerdo a la edad del niño y sus necesidades de atención (5).

PARRAGUEZ KA; et al. (2015); realizaron un estudio sobre, "Características Maternas que intervienen en el incumplimiento de la

atención integral del niño Preescolar en un Centro De Salud - Lambayeque 2014".

El objetivo de este estudio fue describir y estimar la frecuencia de las características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar del Centro de Salud Toribia Castro. Este estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, transversal se realizó priorizando a los niños preescolares. La población estuvo conformada por las madres de los niños Preescolares del ámbito de influencia del Centro de Salud; siendo la muestra 166 madres. Los resultados fueron los siguientes; las edades de las madres que incumplen en dicha asistencia oscilan entre 19 a 34 años, que corresponden a un 83.7%. El 34.9% ha culminado la secundaria, el 42.2% son convivientes y el 95.8% son amas de casa. Así mismo el 48.2% refiere que no encuentra cita en el horario que lo solicita y el 44.6% manifiesta que el tiempo de espera para la atención es más de 2 horas (6).

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Control de crecimiento y desarrollo del niño: El control de crecimiento y desarrollo del niño es una intervención de salud, que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hacer un acompañamiento a la familia, detectar precoz y oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las

oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña o niño. El resultado a nivel de la madre o padre y cuidadores de niña y niños, es la mejora de sus prácticas de alimentación, crianza y cuidado, pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

Objetivos del control de crecimiento y desarrollo: Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones.

Lineamientos de política en el sector salud. En los Lineamientos de Política en Salud 2007-2020 podemos considerar entre otros:

- Atención Integral de Salud a la mujer y el niño privilegiando las acciones de promoción y prevención.
- Mejoramiento progresivo del acceso a los servicios de salud de calidad.
- Desarrollo de los Recursos Humanos.
- Financiamiento en función de resultados.
- Tener en cuenta los objetivos sanitarios nacionales 2007-2020, las metas, estrategias e intervenciones se toma como una de las principales: Reducir la mortalidad infantil y la desnutrición crónica en niños menores de 5 años (7).

Uno de los lineamientos sectoriales del MINSA es el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), que conceptúa a la salud como la capacidad y

el derecho, individual y colectivo, de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo. Esto supone priorizar y consolidar acciones con énfasis en la promoción y prevención, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y personas con discapacidad. Es así, como el MAIS aborda las diversas necesidades en cada etapa de su vida, niñez, adolescencia, adultez y adulto mayor, desarrollándose mediante tres enfoques transversales: equidad de género, derecho e interculturalidad.

Los dos ejes del MAIS, el eje de las necesidades de salud y el eje de las prioridades sanitarias, permiten ordenar las respuestas socio-sanitarias ante la complejidad de las necesidades de salud, con participación de otros sectores e incorporando las diferentes modalidades de intervención. El eje de las necesidades de salud tiene como propósito lograr la protección en salud, entendida como la cobertura de sus principales necesidades de salud, las derivadas de los daños físicos, emocionales, sociales o en una disfuncionalidad o discapacidad; este eje opera a través de los programas de atención integral, los cuales contemplan Paquetes de Cuidados Esenciales que incluyen acciones de prevención, recuperación y rehabilitación, en los ámbitos intramural y extramural (8).

ETAPA NIÑO: En el que se considera:

- Paquete de Atención Integral de Salud del Recién Nacido.

- Paquete de Atención Integral de Salud del niño de 1mes a 11 meses 29 días.
- Paquete de Atención Integral de Salud del niño de 1 a 4 años.
- Paquete de Atención Integral de Salud del niño de 5 a 11 años.

Según la Norma Técnica de Salud para la atención integral de salud de la niña y el niño, en el 2006; se debe brindar una atención integral de salud con calidad a la niña y niño, que responda a sus necesidades de salud y contribuya a elevar su calidad de vida como base para un desarrollo sostenible del país. Por tanto el personal de salud deberá implementar las intervenciones esenciales para la atención de las niñas y niños, tanto individuales como comunitarios. En el 2017, la Norma Técnica de Salud 137- 2017/MINSA para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y niño menor de cinco años, considera:

- La población objetivo para el control de crecimiento y desarrollo es la niña y niño de 0 a 4 años 11 meses 29 días con prioridad menor de 36 meses.
- La población estimada a atender por año por cada subsector se determina considerando la responsabilidad en cada ámbito jurisdiccional.
- Los criterios de programación definidos por el nivel nacional, son utilizados para determinar la meta física niñas y niños controlados por grupo de edad en las diferentes jurisdicciones sanitarias.
- La asignación de recursos humanos para realizar el control de

crecimiento y desarrollo está determinado por la meta física, el tiempo promedio utilizado por control (45 minutos) características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada. (Número de consultorios), categoría y capacidad resolutive del establecimiento de salud. El monitoreo del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial.

- Es individual, porque cada niño es un ser, con características propias, específicas por lo tanto debe ser visto desde su propio contexto y entorno.
- Es integral porque aborda todos los aspectos del crecimiento y desarrollo: la salud, el desarrollo psico-afectivo y la nutrición del niño.
- Es oportuna cuando el monitoreo se realiza en el momento clave para evaluar su 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 del 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.

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:

1. General: Conjunto del cuerpo, dimensión externa y de los sistemas orgánicos.
2. Neural: Cerebro, medula espinal y dimensiones de la cabeza.
3. Linfático: Timo, ganglios linfáticos y masas linfáticas intestinales.
4. Genital: Gónadas, mamas.

ETAPAS DEL CRECIMIENTO HUMANO:

PERIODO PRENATAL: De la concepción al parto:

- Germinal: 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 28 días.
- Lactante menor: 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. 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 reflejo 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:

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

TEORÍAS DEL DESARROLLO (9)

- Según Erickson: Está orientada a identificar el desarrollo de la personalidad sana en contraste con la patológica, valiéndose de los conceptos biológicos.

Desarrollo Psicosocial:

- Confianza básica Vs Desconfianza (0 - 12 o 18 meses).
- Autonomía Vs Vergüenza (12 o 18 meses- 3 años).
- Iniciativa Vs Culpa (3 - 6 años).
- Inteligencia o destreza Vs Interioridad (6 – 12 años).
- Identidad Vs Confusión de Identidad (Adolescencia).

- Según Gesell: estudia el desarrollo psicomotor considerando las áreas de: lenguaje, adaptación, motricidad y coordinación.

Prioriza el factor biológico.

Áreas de Desarrollo:

- Control postural y desarrollo psicomotriz.
- Coordinación psicomotriz y conducta adaptativa.
- Según Piaget: Trata sobre el desarrollo del conocimiento y pensamiento infantil, como un conjunto de cambios relacionados con la edad, para adaptarse al ambiente. Se describen dos procesos:
 - Asimilación y acomodación.

Desarrollo Intelectual:

- Sensorio motor (0-2 años)
- Pre-operacional (2-7 años)
- Operaciones concretas (7- 12 años)
- Operaciones formales (mayor de 12 años)
- Según Freud: Describe que todas las personas nacen con una energía que está en relación a la libido.

Desarrollo Psicosexual:

- Oral (0-1 año)
- Anal (1 -2 años)
- Fálica (2 - 5 años)
- Latencia (5 – 12 años)
- Genital (12 - madurez)

El crecimiento y desarrollo son partes de un proceso integral cualitativo que puede ser modificado positiva o negativamente por las condiciones del medio, tales como la nutrición, la enfermedad, aspectos socioeconómicos y culturales.

Del mismo modo, es necesario contar con diversas teorías que estudien los fenómenos relacionados con el mismo; la teórica Kathryn Barnard, con su teoría de la Interacción para la Evaluación de la Salud Infantil, propone evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños y de las relaciones, el desarrollo de los niños y las familia. Barnard, establece que el sistema padres-hijo es influido por las características individuales de cada uno de sus miembros y que dichas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema (10).

2.3 Definición de términos:

CRECIMIENTO.- Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo, que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Es un proceso que está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos. Se mide por medio de las variables antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico, etc.

DESARROLLO.- Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico,

cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.

CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO.-Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

RIESGO PARA TRASTORNO DEL DESARROLLO.- Es la probabilidad que tiene una niña o un niño por sus antecedentes pre, peri o postnatales, condiciones del medio ambiente o su entorno (factores de riesgo), de presentar en los primeros años de la vida, problemas de desarrollo, ya sean cognitivos, motores, sensoriales o de comportamiento, pudiendo ser estos, transitorios o definitivos.

TRASTORNO DEL DESARROLLO.- Es la desviación significativa del "curso" del desarrollo, como consecuencia de acontecimientos de salud o de relación con el entorno que comprometen la evolución biológica, psicológica y social. Algunos retrasos en el desarrollo pueden compensarse o neutralizarse de forma espontánea, siendo a menudo la intervención la que determina la transitoriedad del trastorno. Operativamente se aprecia al determinar el perfil de desarrollo como resultado de la evaluación a través de instrumento definido en la presente

norma.

CRECIMIENTO ADECUADO O NORMAL.- Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados (+ - 2DE). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

CRECIMIENTO INADECUADO O RIESGO DEL CRECIMIENTO.- Condición en la niña o niño que evidencia, pérdida, ganancia mínima o ganancia excesiva de peso, longitud o talla, por lo tanto la tendencia de la curva no es paralela a las curvas del patrón de referencia vigente, aun cuando los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad (+- 2 DE).

ESTIMULACIÓN TEMPRANA.- Conjunto de acciones con base científica, aplicada de forma sistemática y secuencial en la atención de la niña y niño, desde su nacimiento hasta los 36 meses, fortaleciendo el vínculo afectivo entre padres e hijos y proporcionando a la niña y niño las experiencias que ellos necesitan para desarrollar al máximo sus potencialidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales.

ANTROPOMETRÍA.- Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico entre otros.

CONSEJERÍA.- Es un proceso educativo comunicacional concebido como un dialogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo del niño y la niña, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

ESCALA DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO (EEDP).- Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses.

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR (TEPSI).- Es un instrumento que evalúa el desarrollo mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Evalúa tres áreas: coordinación lenguaje y motricidad. El test se encuentra estandarizado para niños de 2 a 5 años.

DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO (DIT).- Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO (TPED).- Es un instrumento que permite medir el perfil general del desarrollo psicomotor del niño, detectando retrasos funcionales y orgánicos. Consta de 12 hitos o áreas de desarrollo: control de cabeza y

tronco sentado, control de cabeza en rotaciones, control de cabeza y tronco en marcha, uso de brazos y manos, visión, audición, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, comportamiento social, alimentación, vestido e higiene, juego, inteligencia y aprendizaje. El test se encuentra estandarizado de para niños de 1 hasta 30 meses.

**ESQUEMA DE PERIODICIDAD DE CONTROLES DE LA NIÑA Y NIÑO
MENOR DE CINCO AÑOS.**

EDAD	CONCENTRACION	PERIODICIDAD
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7, 14 y 21 días de vida
De 1 a 11 meses	11	1m, 2m, 3m, 4m, 5m, 6m, 7m, 8m, 9, 10m, 11m
De 1 a 1 año, 11 meses	6	1 año 1 año 2 meses 1 año 4 meses 1 año 6 meses 1 año 8 meses 1 año 10 meses
De 2 a 2 años, 11 meses	4	2 años 2 años 3 meses 2 años 6 meses 2 años 9 meses
De 3 a 3 años, 11 meses	4	3 años 3 años 3 meses 3 años 6 meses 3 años 9 meses
De 4 a 4 años, 11 meses	4	4 años 4 años 3 meses 4 años 6 meses 4 años 9 meses

Fuente: NTS N°137-MINSA/2017 (11).

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional, los datos fueron recolectados durante el año 2016 son datos de los años 2013 al 2015, se utilizó la técnica de la observación directa y análisis documental, los datos se obtuvieron a partir de los registros de enfermería, informes paralelos en ese entonces y parte de los reportes del Novafis, para lo cual se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores, e informes operacionales.

3.2 Experiencia profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional

Egresada de la universidad Tecnología de los Andes Apurímac el año 2009, comencé mi experiencia profesional como Serums en el puesto de salud Ocobamba, de mayo 2010 a mayo 2011, asumiendo, responsabilidades de coordinación de área niño, inmunizaciones, cadena de frío, programa de TBC, Nutrición, promoción de la salud, Epidemiología y jefatura personal, una vez concluido, trabajé por contrato del gobierno regional de Apurímac en el puesto de salud de Huirahuacho, donde hice labores como enfermera asistencial hasta febrero del 2012, ese mismo año postulé e ingresé a una plaza vacante por suplencia en el hospital Tambobamba II-1 de la provincia de Cotabambas, empecé a laborar

desde el 12 de marzo del 2012 donde encontré a 5 colegas que cubrirían todos los servicios como emergencias, hospitalización, sala de partos, sala de operaciones y consultorios externos, todas ellas CAS. No había buena organización, se pasaba vista medica hasta las 10 de la mañana, donde la colega que tenía que estar atendiendo en consultorio externo (área niño) también pasaba vista médica, y las madres con su niños esperando la hora de consulta y muchas de ellas se iban y no retornaban; por otro lado no había buen control y seguimiento de niños había deserción tanto en controles y vacunas asimismo nos pedían coberturas en todos los indicadores la cual no se podía alcanzar por las políticas de la institución, por lo tanto los problemas identificados en el servicio de crecimiento y desarrollo son los siguientes:

- Insuficiente número de enfermeras en el Hospital Tambobamaba que cubren todos los servicios.
- Déficit de personal de enfermería que genera sobrecarga laboral e insatisfacción del usuario, bajas coberturas.
- Insatisfacción del usuario por falta de atención oportuna (atención desde las 9-10 de la mañana por asistencia de todo el personal de enfermería a visita médica)
- Insuficiente número de consultorios para el control de crecimiento y administración de vacunas.

Ese mismo año empezó a funcionar y ser autónomos las unidades ejecutoras como es la RED DE SALUD COTABAMBAS, y a mediados del

2013 se tuvo una reunión de licenciados en enfermería juntamente con el director del hospital donde se acordó se dividiera y se atiende por consultorios diferenciados y que rote exclusivamente 2 licenciados a consultorio de (área niño) con el objetivo de mejorar coberturas e indicadores y cerrar brechas en cuanto concierne a área niño.

Es entonces desde el año 2013 que se viene trabajando de manera organizada donde una de las intervenciones que se hizo en el consultorio de niño a través de la coordinadora del PAN del hospital es:

- Contar con una licenciada más en consultorio de enfermería para lo cual se gestionó a la dirección ejecutiva y administrativa mediante documento de gestión.
- Contar con un consultorio más, donde se implementó el DIT (DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO) con el cual aumento la afluencia de madres y niños por ende se aumentó las coberturas.
- Asimismo se implementó el consultorio de vacunatorio donde los niños reciben sus vacunas correspondientes.

A la fecha somos tres colegas que laboramos en el consultorio de área niño. Cada uno asume responsabilidades y realizan funciones de administración, asistencial y docencia, donde se ve reflejado el trabajo en equipo y en las evaluaciones del POI se observa un gran avance en cuanto a coberturas en comparación de años anteriores.

Descripción en el área laboral:

El hospital Tambobamba II-1 especializada en materno neonatal se ubica en el departamento de Apurímac provincia Cotabambas a una altura de 3500msm, con una población asignada de 4800 personas afiliadas al SIS, a la fecha contamos con de 530 niños menores de 5 años según padrón nominal.

El hospital Tambobamba se creó el año 2006 y la actual estructura organizacional, no se encuentra actualizada de acuerdo a las normas vigentes; lo que conlleva a que los documentos de gestión: reglamento de organización y funciones(ROF),manual de organización y funciones (MOF), manual de procedimiento(MAPRO) y cuadro de asignación del personal (CAP),estén desactualizados.

El hospital Tambobamba, cuenta con 60 trabajadores de salud conformado por:

5 médicos, 8 enfermeros (3 en consultorio permanentemente y 5 en hospitalización), 6 obstetras, 1 biólogo, 2 técnicos en laboratorio, 14 técnicos en enfermería, 2 químicos farmacéuticos, 1 técnico en farmacia, 1 nutricionista, 2 odontólogos, 2 psicólogos, 1 asistente social, 1 médico veterinario, 2 técnicos en sistemas, 3 conductores de ambulancia, 2 personal de limpieza, 2 personales de cocina y lavandería, 1 personal de seguridad y 1 equipo de especialistas itinerantes conformado por ginecólogo, anestesiólogo y pediatría). Donde se ofrece las siguientes

prestaciones como:

Medicina, obstetricia, enfermería, odontología, laboratorio, psicología, servicio social, nutrición, ginecología, pediatría, anestesiología, rayos x, emergencia, y hospitalización.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial: Control de niño sano, inmunizaciones, manejo de cadena de frío, suplementación, profilaxis antiparasitaria, estimulación temprana, tamizaje neonatal, visita domiciliaria,

b) Área Administrativa: Con encargatura de coordinación, elaboración, recepción, análisis y consolidación de informes, programación de trabajo en equipo, coordinaciones con autoridades.

c) Área Docencia: Capacitación, orientación al personal de salud, charlas informativas, sesiones educativas y demostrativas a los usuarios de salud, promotores de salud,

d) Área Investigación: Apoyo en la recolección de muestra en el plan de trabajo contra la anemia en niños menores de 6 meses, presentado por la coordinadora del programa articulado nutricional 2015-2016.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

INLEMENTACION DEL DIT:

Teniendo en cuenta que el control de crecimiento y desarrollo del niño es importante sobre todo en niños menores de 5 años, el año 2013 a través de la coordinadora del programa articulado nutricional se implementó el

área de desarrollo infantil temprano en el consultorio de crecimiento y desarrollo con el objetivo de mejorar la atención integral sobre todo en niños menores de 3 años donde al niño se le brinda una atención con calidez respetando y ofreciendo un espacio donde se desenvuelva libremente.

Para la implementación del DIT se vio que se involucraron el director del hospital y el director de la Red de salud Cotabambas apoyándonos sobre todo con el financiamiento y la contrata de un nuevo personal más de enfermería.

IMPLEMENTACIÓN DEL CONSULTORIO DEL CONSULTORIO DE VACUNATORIO:

También se implementó el consultorio de vacunatorio con la finalidad de garantizar la calidad de las vacunas y optimizar la prevención de infecciones a través de la vacunación, asimismo para lograr nuestra meta de brindar una atención cálida, segura y confiable, cuyo objetivo es lograr coberturas de vacunación iguales o superiores al 95%, con el fin de disminuir la población susceptible y eliminar o erradicar las enfermedades que se previene a través de las vacunas, asimismo se implementó con el objetivo de que el niño al acudir con su madre al consultorio del niño no tenga miedo y diferencie los ambientes de vacunatorio y consultorio CRED. De la inauguración participaron las autoridades del hospital y la red de salud conjuntamente con todo el personal de salud.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

CUADRO COMPARATIVO DE COBERTURA EN CRED, 2012, 2013, 2014

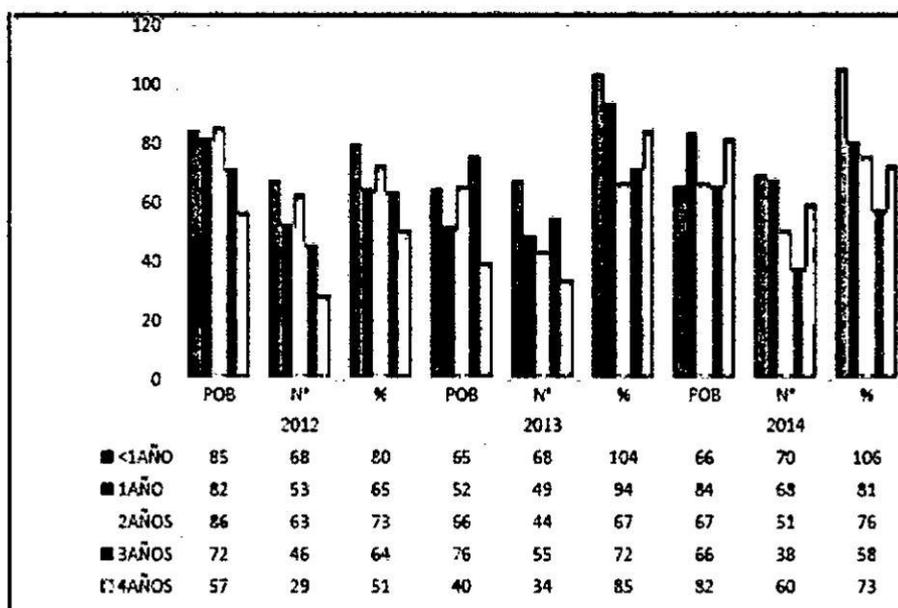
Grupo Edad	2012			2013			2014		
	POB	N°	%	POB	N°	%	POB	N°	%
<1AÑO	85	68	80%	65	68	104	66	70	106%
1AÑO	82	53	65%	52	49	94%	84	68	81%
2AÑOS	86	63	73%	66	44	67%	67	51	76%
3AÑOS	72	46	64%	76	55	72%	66	38	58%
4AÑOS	57	29	51%	40	34	85%	82	60	73%
TOTAL	382	259	68%	299	250	84%	365	287	76%

Fuente: Consolidado de informes paralelos.

En el cuadro 4.1 podemos observar sobre todo en el año 2014 que de un total 82 niños programados de 4 años, 60 niños acudieron al control CRED que hacen un 73% en comparación de años anteriores. Asimismo se observa que la cobertura en la población de 0 a 3 años se mantiene considerablemente.

GRAFICO N° 1

GRAFICO COMPARATIVO DE COBERTURA EN CRED, 2012, 2013, 2014



En el grafico 4.1 podemos observar sobre todo en el año 2014 que de un total 82 niños programados de 4 años, 60 niños acudieron al control CRED que hacen un 73% en comparación de años anteriores. Asimismo se observa que la cobertura en la población de 0 a 3 años se mantiene considerablemente.

CUADRO 4.2

CUADRO COMPARATIVO DE COBERTURAS EN CRED SEGÚN SEXO, 2012

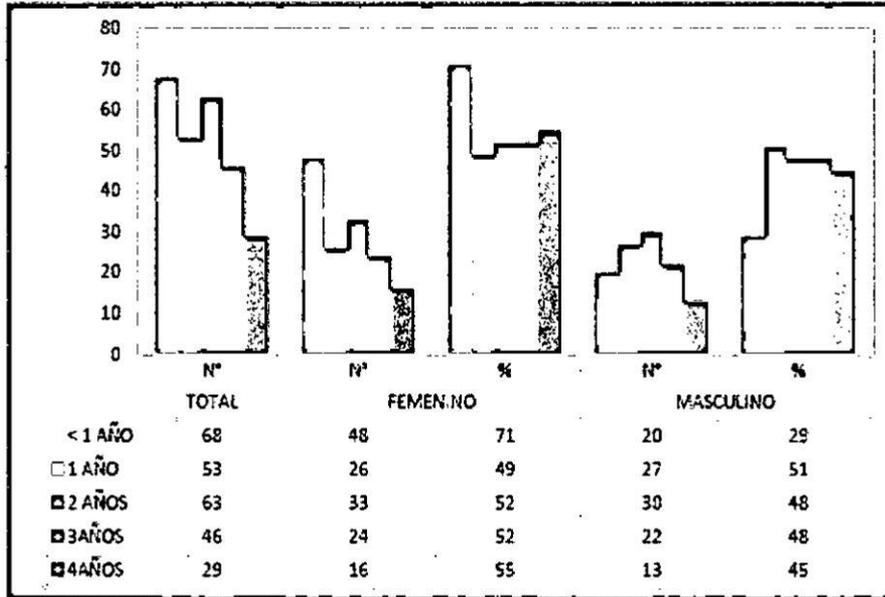
GRUPO EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 1 AÑO	48	71	20	29	68	26.2
1 AÑO	26	49	27	51	53	20.4
2 AÑOS	33	52	30	48	63	24.3
3 AÑOS	24	52	22	48	46	18
4 AÑOS	16	55	13	45	29	11.1
TOTAL	147	279	112	221	259	100

Fuente: consolidado de informes CRED.

En el cuadro 4.2 del año 2012, se puede observar que de un total de 68 niños menores de 1 año con CRED completo, el 71% corresponde al sexo femenino (48 niñas) y el 29% corresponde al sexo masculino (20 niños), siendo el sexo femenino con mayor prevalencia

GRAFICO 4.2

GRAFICO COMPARATIVO DE COBERTURAS EN CRED SEGÚN SEXO, 2012



En el grafico 4.2 del año 2012, se puede observar que de un total de 68 niños menores de 1 año con CRED completo, el 71% corresponde al sexo femenino (48 niñas) y el 29% corresponde al sexo masculino (20 niños), siendo el sexo femenino con mayor prevalencia.

CUADRO 4.3

CUADRO COMPARATIVO DE COBERTURA EN CRED SEGUN SEXO, 2013

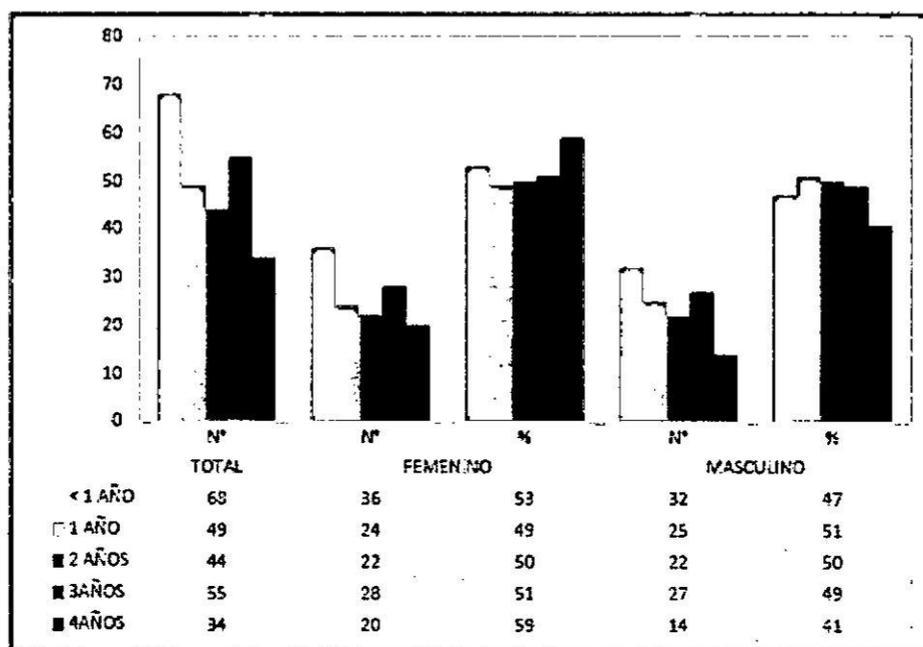
GRUPO EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 1 AÑO	36	53	32	47	68	27.2
1 AÑO	24	49	25	51	49	19.6
2 AÑOS	22	50	22	50	44	17.6
3 AÑOS	28	51	27	49	55	22
4 AÑOS	20	59	14	41	34	13.6
TOTAL	130	262	120	238	250	100

Fuente: Consolidado informe CRED.

En el cuadro 4.3 en el año 2013, se puede observar que de un total de 68 niños menores de 1 año con CRED completo 53% corresponde al sexo femenino (36 niñas) y 47% corresponde al sexo masculino (32 niños), siendo el de mayor prevalencia el sexo femenino.

GRAFICO 4.3

GRAFICO COMPARATIVO DE COBERTURA EN CRED SEGUN SEXO, 2013



En el grafico 4.3 en el año 2013, se puede observar que de un total de 68 niños menores de 1 año con CRED completo 53% corresponde al sexo femenino (36 niñas) y 47% corresponde al sexo masculino (32 niños), siendo el de mayor prevalencia el sexo femenino

CUADRO 4.4

CUADRO COMPARATIVO DE COBERTURAS EN CRED SEGÚN SEXO, 2014

GRUPO EDAD	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
< 1 AÑO	52	74	18	26	70	24
1 AÑO	42	62	26	38	68	24
2 AÑOS	25	49	26	51	51	18
3 AÑOS	21	55	17	45	38	13
4 AÑOS	32	53	28	47	60	21
TOTAL	172	293	115	207	287	100

Fuente: consolidado de informes CRED.

En el cuadro 4.4 en el año 2014 se puede observar que de un total de 70 niños menores de 1 año con CRED completo 74% corresponde al sexo femenino (52 niñas), 26% corresponde al sexo masculino (18 niños, de un total 68 niños de 1 año con CRED completo 62% corresponde al sexo femenino (42 niñas), 38% corresponde al sexo masculino (26 niños) y de 60 niños de 4 años con CRED completo 53% corresponde al sexo femenino (32 niñas), 47% corresponde al sexo masculino (28 niños), con prevalencia también del sexo femenino. La diferencia entre la población infantil según sexo, se podría decir de que hay más mujeres que varones.

VI. RECOMENDACIONES

Se recomienda lo siguiente:

1. Al profesional:

Que el profesional de Enfermería del consultorio de crecimiento y desarrollo, formule estrategias orientadas a mejorar la calidad de atención que brinda a los niños en CRED y lograr que la madre se sienta satisfecha para su próximo retorno.

2. Institución: Que haya más involucramiento por parte del director del hospital y el director de la Red de salud Cotabambas que nos apoyen sobre todo con el financiamiento.

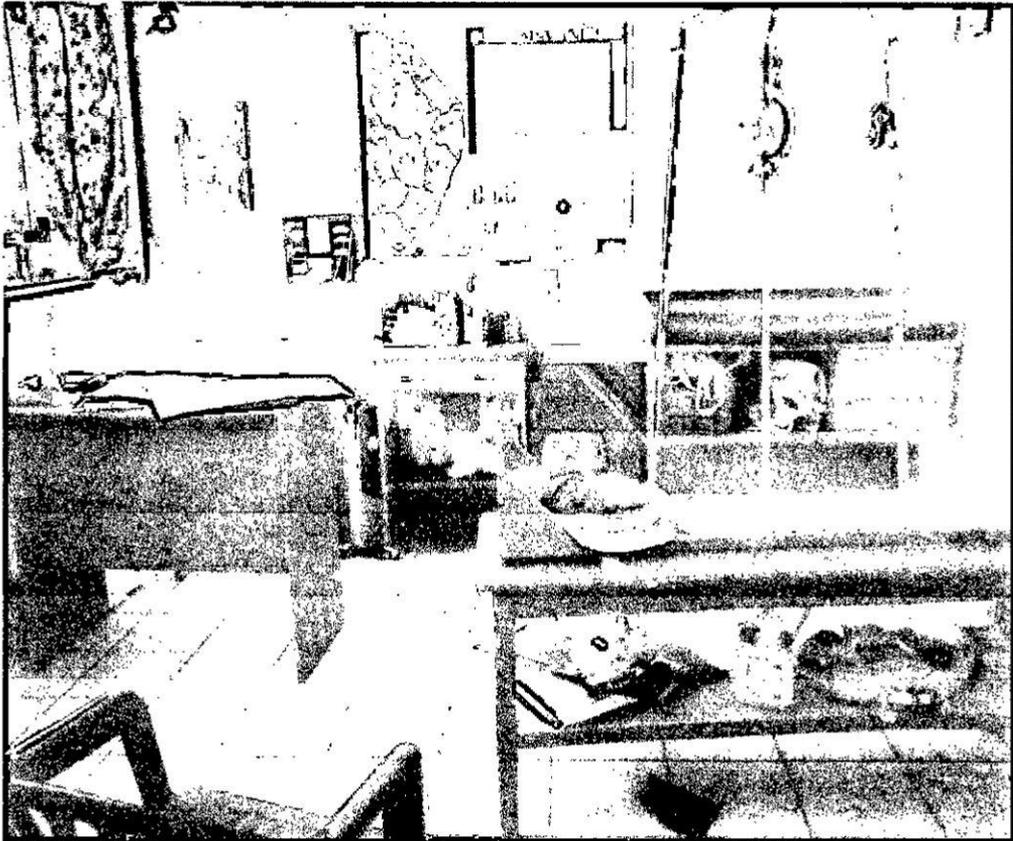
3. Al servicio: Continuar con las actividades del control de crecimiento y desarrollo y trabajo en equipo.

VII REFERENCIAS

1. Infancia E. mdl. Una oportunidad para cada niño. 2016.
2. Salud Md. Documento técnico: Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica infantil en el Perú: 2017-2021. 2017.
3. 2015 ee. Lactancia y nutrición de niñas y niños. 2015.
4. Gonzales-Achuy eel Pa jpg. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de amazonas, Loreto Pasco. Revista Perumed.
5. Martínez Chuquitapa VI. "Actividades de enfermería y tiempo promedio de atención que reciben los niños menores de 1 año durante su control de crecimiento y desarrollo- centro de salud lince 2010". Tesis. Lima: Centro de salud lince, Lima; 2011.
6. Ka p, al.(2015) e. "características maternas que intervienen en el incumplimiento de la atención integral del niño preescolar en el centro de salud Lambayeque 2014". Tesis. Lambayeque: centro de salud Lamabayequ, Lambayeque; 2015.
7. Salud Md. Plan nacional concertado de salud 2007-2021. 2007.
8. Salud Md. Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad. 2011.
9. Hellen JG. Psicología educativa y del desarrollo. Psicología y mente. 2016 enero.

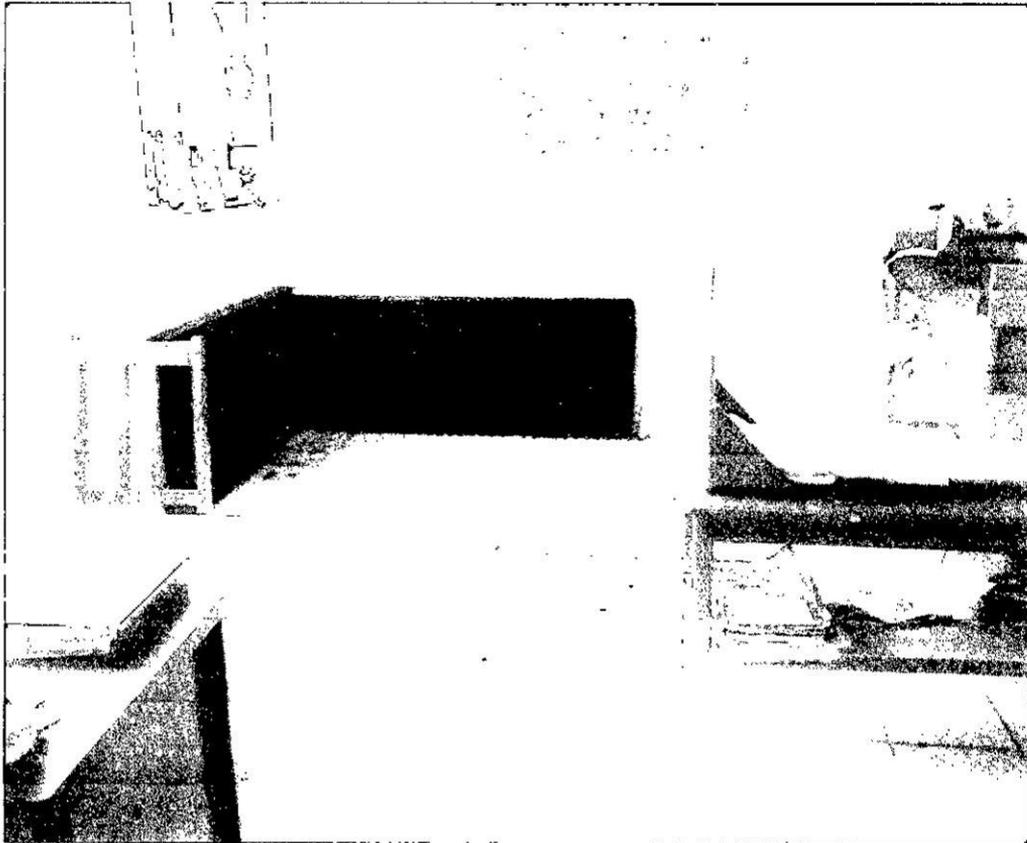
ANEXO

ANEXO N° 01



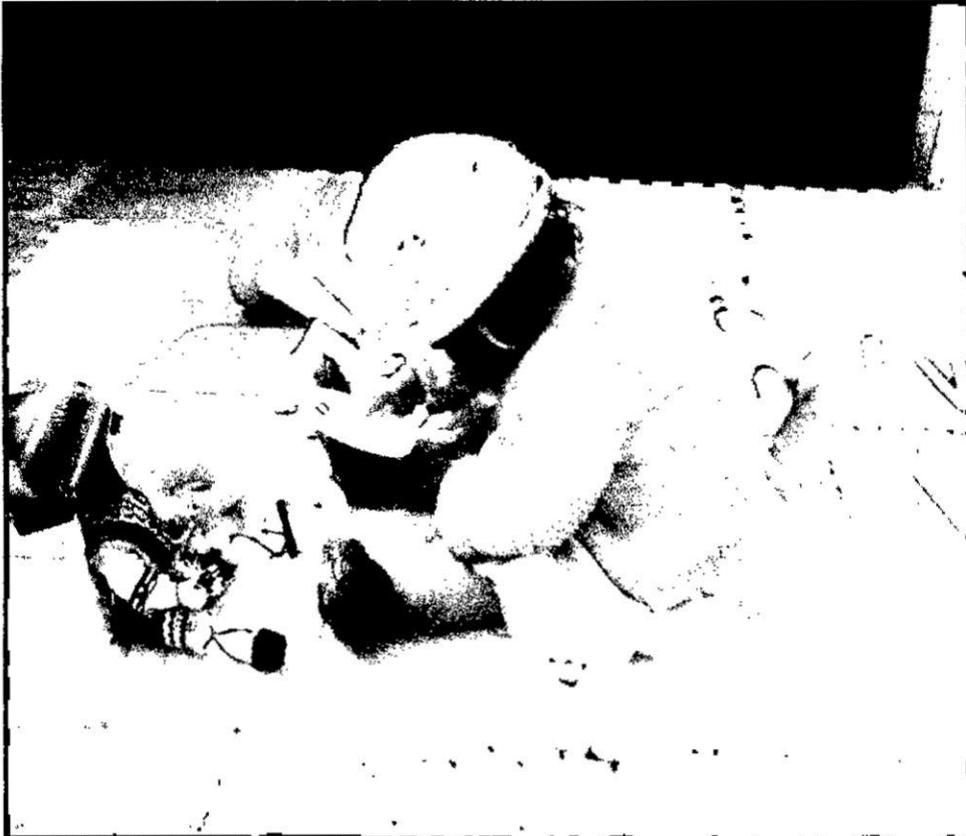
Consultorio de niño sano 2012-2013 antes de implementación del DIT donde no se contaba con ningún espacio para que el niño juegue y se observe su desenvolvimiento.

ANEXO N° 02



Proceso de la implementación del DIT en el consultorio N°1 donde se realiza la compra de pisos micro porosos para que el niño sobre todo menor de tres años disfrute de los juguetes y se observe los organizadores del desarrollo. (Vínculo del apego, la comunicación, exploración, equilibrio postural y orden simbólico).

ANEXO N° 03



Niña disfrutando del juego del DIT. Donde se observa más el organizador de la postura y exploración. (Se respeta los principios de base: autonomía, respeto, seguridad afectiva y postura)

ANEXO N°4



Niño de 7 meses también se encuentra disfrutando el espacio del DIT se observa los organizadores de exploración, y postura.

ANEXO N° 05



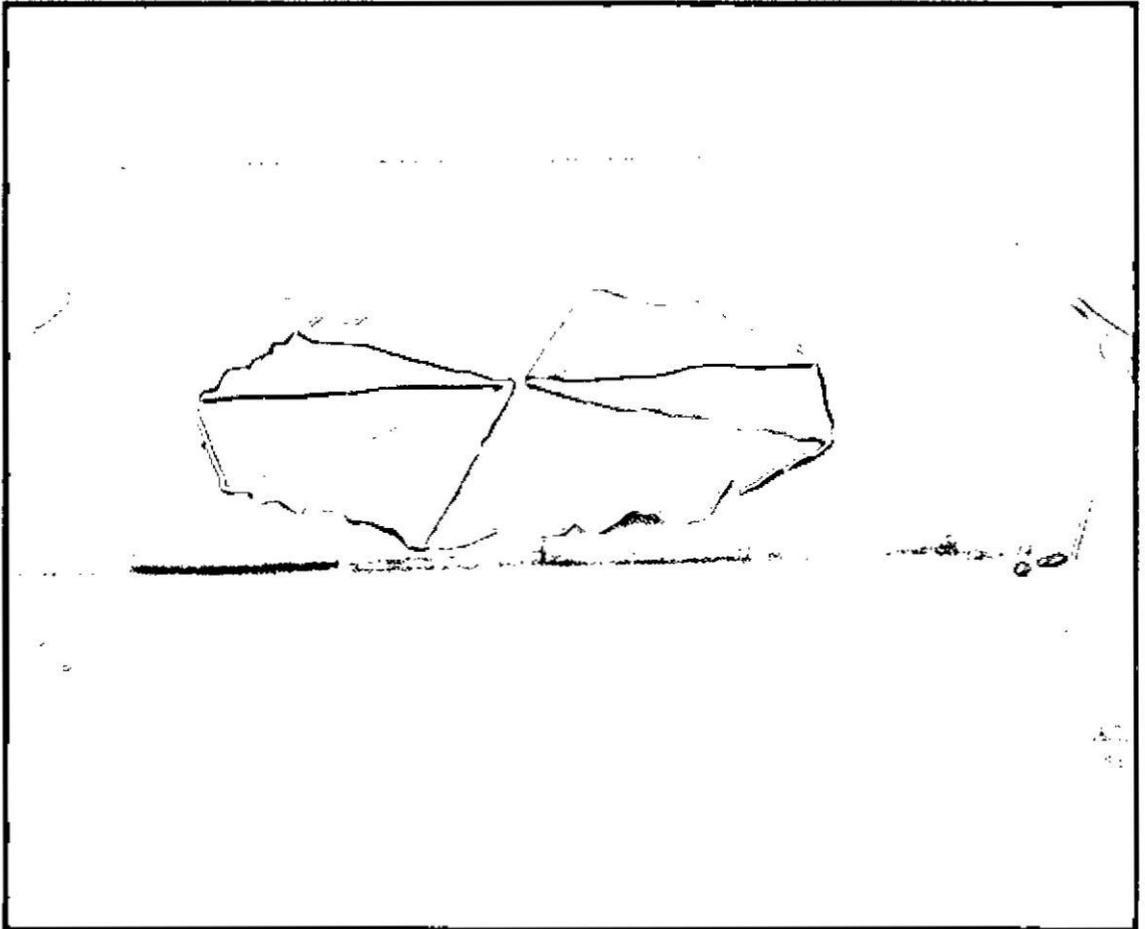
Acabado de la implementación del espacio del DIT en el consultorio N°1,
donde el niño disfrutará con más seguridad de los juegos.

ANEXO N°6



Proceso de implementación del DIT en el segundo consultorio CRED, donde se observa el pintando de planchas de triplay para techo con el apoyo del personal de salud.

ANEXO N° 7



Avance de implementación del DIT en el consultorio niño N°2

ANEXO N°8



Acabado de implementación del DIT en el segundo consultorio CRED con juguetes.

ANEXO N°9



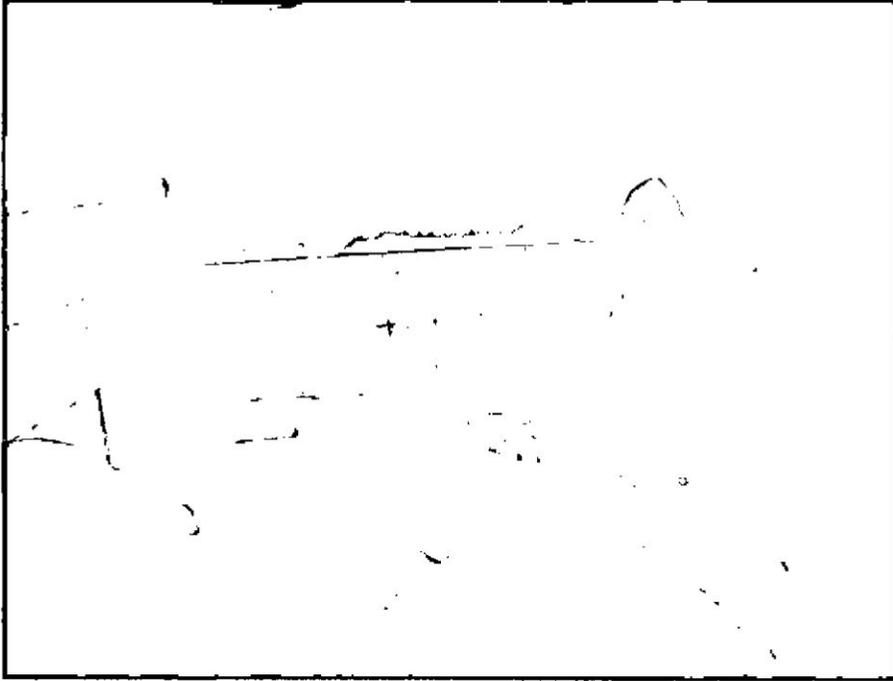
Acompañamiento de la madre al control CRED donde se observa el vínculo afectivo entre la niña y su progenitora.

ANEXO N°10



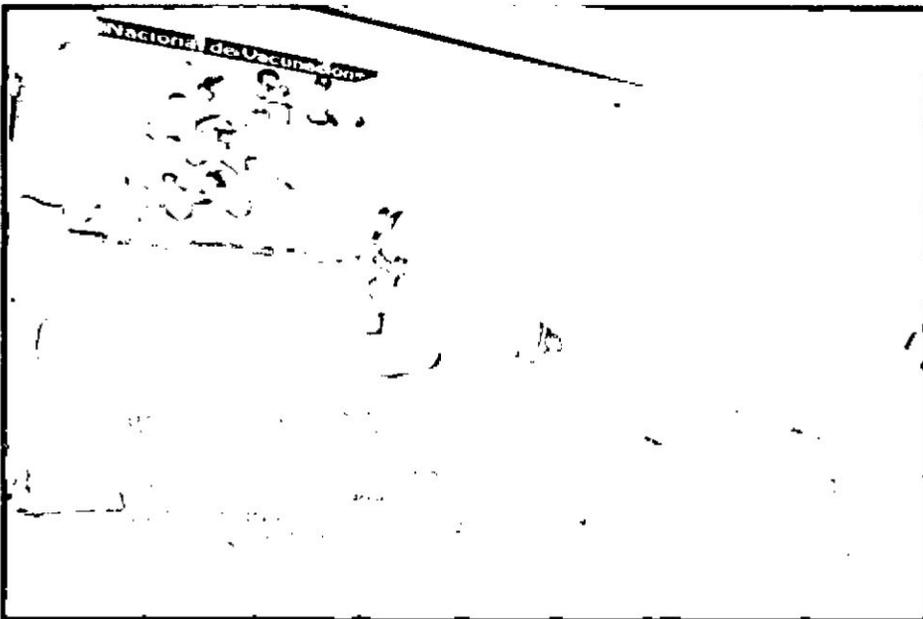
Acompañamiento del padre al control CRED. Se observa que el padre también lleva al control a su niño y poco a poco se va cambiando a la sociedad machista que existe en la provincia de cotabambas.

ANEXO N°11



Implementación del vacunatorio. Donde se observa a los trabajadores colocando mayólicas.

ANEXO N°12



Acabado del consultorio de vacunatorio

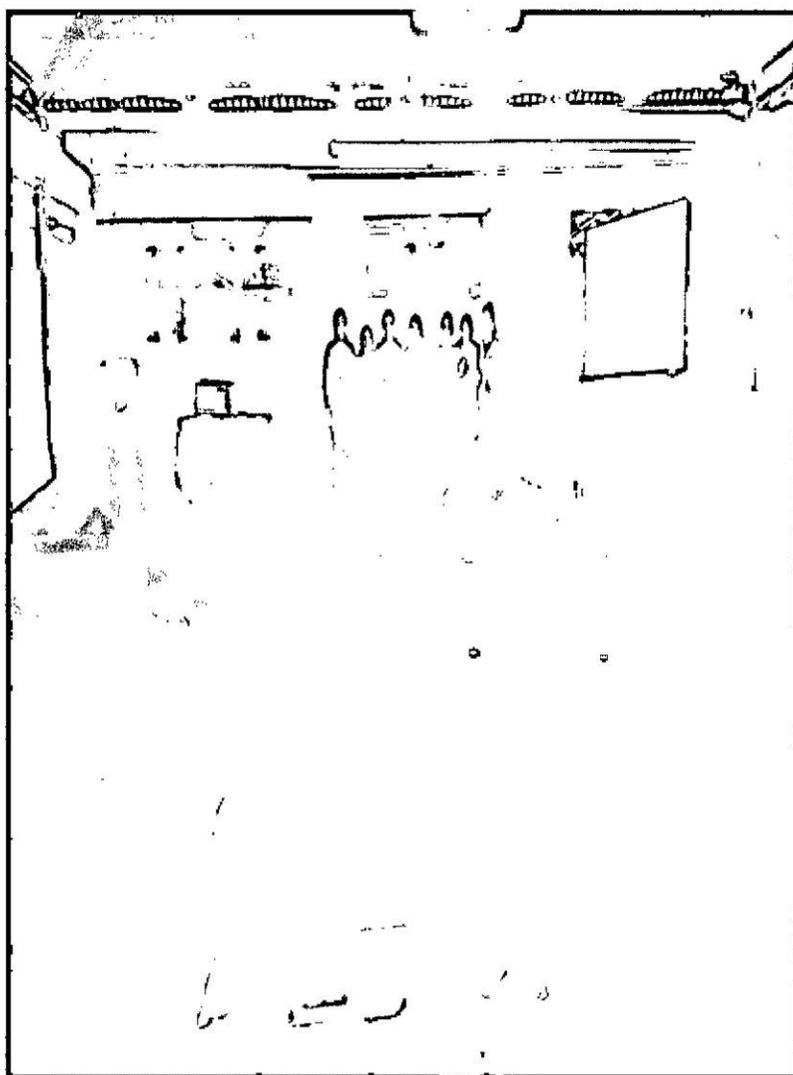
ANEXO N°13



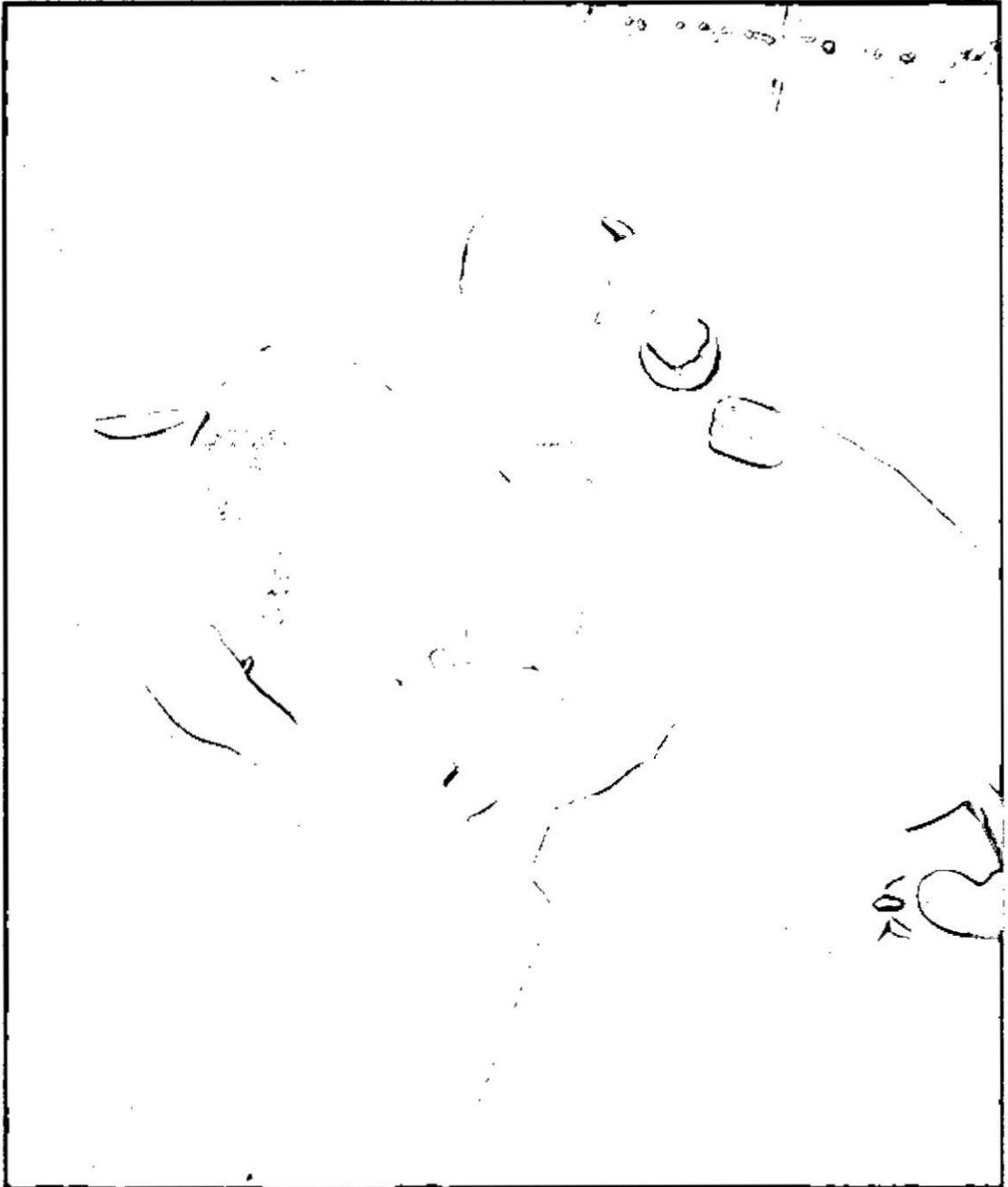
Consultorio de vacunatorio implementado con lavadero jabón líquido papel toalla para practicar el lavado de manos antes y después de vacunar al niño.

ANEXO N°14

Curso taller al personal de salud Serums en Antropometría.



ANEXO N°15



Proceso de capacitación de antropometría.

ANEXO N°16



Clausura de la capacitación al personal Serums en Antropometría.