

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL DE  
CRECIMIENTO Y DESARROLLO PARA REFERIR Y DESCARTAR  
OPORTUNAMENTE DISPLASIA DE CADERA EN NIÑOS  
MENORES DE 1 AÑO EN EL HOSPITAL DE APOYO PICHANAKI,  
2015-2016**

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

**JAVIER ISAÍAS CARHUAZ PEÑA**

**CALLAO - 2016  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |   |            |
|---|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO             | PRESIDENTA |
| ➤ MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA         | VOCAL      |

### ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 323

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 12/12//2016

Resolución Decanato N° 1830-2016-D/FCS de fecha 09 de Diciembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	4
1.2 OBJETIVO	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	11
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	14
2.1 ANTECEDENTES	14
2.2 MARCO CONCEPTUAL	17
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	48
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	53
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	53
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	54
3.3 PROCESOS REALIZADOS	58
<b>IV. RESULTADOS</b>	71
<b>V. CONCLUSIONES</b>	75
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	77
<b>VII. REFERENCIALES</b>	78
<b>ANEXOS</b>	81

## INTRODUCCIÓN

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad, y para ello es muy importante la intervención del profesional de enfermería en realizar el Control de CRED, ya que engloba un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas con el objetivo de evaluar, detectar, vigilar y referir de manera precoz y oportuna ante la presencia de riesgos, alteraciones o trastornos como puede ser un *CASO PROBABLE DE DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA (DDC)*, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna con la única intención de disminuir deficiencias y discapacidades en el futuro.

El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. El crecimiento y desarrollo son interdependientes y su etapa más crítica tiene lugar entre la concepción y los primeros años de vida, época en la cual todo el sistema musculo esquelético articular de todo ser humano se forma y desarrolla a la máxima velocidad. Si en estos periodos se altera el adecuado desarrollo de su sistema musculo esquelético del niño menor de 1 año, principalmente, se producirán consecuencias, que afectarán al niño y la niña durante toda su vida. (1)

En la institución Prestadora de Servicios de Salud, Red de Salud Pichanaki, específicamente en los consultorios de CRED, al momento de la evaluación física, se están identificando factores sospechosos en niños y niñas, de casos probables de DDC, y que sí, en algunos niños había resultado ser que tenía dicha patología; y que en otros niños fue descartada. No obstante, reconocemos que nos falta aún más experiencia para realizar por ejemplo las maniobras de *ORTOLANI Y BARLOW* en las edades adecuadas. Es por ello que, y está muy claro, que los primeros controles de CRED del Recién Nacido, es vital para poder identificar un

posible DDC, teniendo tiempo hasta los 3 meses en caso de que no se realizó dichas maniobras. El *DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA (DDC)* es una enfermedad, cuya sospecha y búsqueda durante los controles de CRED del recién nacido y en el control del niño sano, puede conllevar a enfermedad articular degenerativa prematura, alteraciones en la marcha y persistencia del dolor. En la actualidad, la historia natural de la enfermedad y la atención integral siguen siendo objeto de debate, debido a la discapacidad que puede conllevar en edades posteriores de la vida cuando los niños no reciben un tratamiento adecuado. (2)

Actualmente no existen lineamientos universales para el abordaje de este problema de salud en los niños que acuden a las Instituciones prestadoras de Servicios de Salud. De ahí la importancia de definir los criterios que servirán para la detección, la referencia, el diagnóstico y el tratamiento del DDC, principalmente en el primer nivel de atención, haciendo énfasis en aquellos pacientes con factores de riesgo y datos clínicos sugestivos de inestabilidad de la cadera que requieren de un seguimiento riguroso desde el nacimiento hasta el primer año de vida para identificar oportunamente esta enfermedad.

La finalidad de este informe de experiencia laboral es establecer el papel importante que desempeña el profesional de enfermería a través de las diferentes intervenciones que realiza en el control de CRED como son la detección oportuna de la enfermedad desde el nacimiento mediante la identificación de riesgos y estableciendo criterios de referencia al segundo o tercer nivel de atención.

Por lo tanto, las intervenciones de enfermería, favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención brindada en los consultorios de CRED, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades que constituye el objetivo central y la razón de ser de los Servicios de Salud. (3)

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1 Descripción de la situación problemática

Actualmente una de las grandes preocupaciones a nivel mundial es la situación de la Salud Infantil. Según la OMS: “En algunos países, la prevalencia de la desnutrición ha aumentado, y en el 2005, todavía había en el mundo unos 186 millones de niños menores de 5 años con retraso del crecimiento”. El crecimiento infantil es el más utilizado de los indicadores para el diagnóstico del estado nutricional. (4)

En el Perú, los lactantes alimentados exclusivamente al pecho durante los primeros 6 meses de vida conforman el 73% y los niños menores de 5 años que presentan un retraso del crecimiento son el 29.8%; un 5.4%, insuficiencia ponderal; y el 9.1% con sobrepeso infantil. (5)

Según la OPS, la prevalencia de déficit nutricional moderado en niños menores de 5 años en el Perú es de 29.8 % (6). Según el MINSA, se estima que la tasa de desnutrición crónica (talla para la edad), es del 25.4% en niños menores de cinco años. En el Plan Nacional Concertado de Salud se sostiene en los compromisos que el Estado ha asumido en materia de salud los objetivos de desarrollo del milenio, según prioridades de salud y teniendo como uno de sus objetivos: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años; y como meta: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años. (7) Dentro de las diversas actividades regulares del Ministerio de Salud, aquellas en las que mejor se concreta salvaguardar este propósito a través de la promoción y prevención de la salud; es la Evaluación de Crecimiento y Desarrollo como componente de la Atención Integral de Salud de la niña y el niño según la Norma Técnica 040-MINSA en el 2006, y en la NTS 087-2010 RM 990-2010/MINSA para el control crecimiento y desarrollo en la

niña y el niño menor de 5 años; que tiene como finalidad contribuir a mejorar el desarrollo integral de la población infantil, a través de la evaluación oportuna y periódica del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, promoviendo la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos del crecimiento y desarrollo, *para su atención y referencia oportuna*; promoviendo prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario. Considerando como responsable, al profesional de enfermería, en todos los niveles de atención. (8)

En las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) esta actividad viene siendo realizada por la enfermera, y cuyo rol en el control de Crecimiento y Desarrollo, está orientado a promover la salud física, mental y emocional del niño, así como prevenir enfermedades que alteran el proceso de crecimiento y desarrollo. Ello se concreta a través de las actividades preventivas promocionales, las cuales deben ser oportunas y, de acuerdo a la edad del niño cumpliendo con las normas nacionales establecidas. Al realizar las prácticas pre-profesionales de Salud del Niño y adolescente en los distintos Centros de Salud y al contrastarlos con otros, se observó que en el servicio de CRED, la enfermera atiende a un número determinado de niños según disposición de la Institución, por lo general independientemente de la edad y del tipo de paciente. El tiempo que le demandaba la atención generalmente variaba por cada grupo de niños en algunos casos, y en otros utilizaban casi el mismo tiempo de atención para todos. No se tomaba en cuenta la variabilidad de necesidades del niño según grupo etáreo y su demanda en tiempo, así como las necesidades de intervención con actividades preventivas promocionales. Al interactuar con las enfermeras ellas referían: "...Tengo que atender rápidamente porque hay muchos niños que esperan, y tenemos que atender a todos..." "Atendemos un promedio de 15 a 20 niños". No nos alcanza el tiempo porque a veces solo hay

una enfermera para todo el Centro de Salud y tenemos que ver también Inmunizaciones, ESNPCT, lo administrativo, el personal, ...etc. "...A veces no alcanza el tiempo para darle la orientación adecuada, porque hay que llenar muchos registros". "...Tenemos que llenar una hoja de productividad". Y al interactuar con algunas de las madres referían: "... la señorita atiende rapidito a mi hijito...solo lo pesa, lo talla y lo ve rápido...". Frente a esta situación, y a pesar de que en la última Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años del 2010 se establece que el tiempo mínimo por cada control es de 45 minutos de acuerdo a características de la demanda, dispersión de la población, capacidad instalada. (Número de consultorios), categoría y capacidad resolutive del establecimiento de salud; éste no se ajusta a la realidad, pues aun en la mayoría de los casos, el profesional de enfermería asume la responsabilidad de organización y gestión de otras estrategias en el establecimiento de salud reduciendo las horas de atención en consultorio, aunado a ello la demanda de pacientes que esperan atención. En tanto, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son las actividades de enfermería durante la consulta de CRED? Y, ¿cuánto es el tiempo promedio que utiliza la enfermera en la atención de los niños menores de 1 año durante la consulta de CRED?

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, y el desarrollo es definido como cambios en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente duraderas. Es un proceso que comienza desde la vida intra-uterina, y que envuelve varios aspectos que van desde el crecimiento físico, pasando por la

maduración neurológica, comportamental, cognitiva, social y afectiva del niño. Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, en el aspecto físico, la personalidad y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general; y brindar una atención de calidad y calidez en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo es responsabilidad directa del profesional de enfermería. 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 con discapacidad 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 mil 334 hogares, que representan 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) de hogares no existen personas con discapacidad. No es conocido 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 2012, 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. En este contexto resulta de singular importancia realizar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención y referencia oportuna, así como promover prácticas adecuadas del cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario. 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 y referencia efectiva (9). Igualmente se pone a disposición el manual de procedimientos para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.

En los últimos años, la incidencia de Displasia de Cadera o Displasia del Desarrollo de Cadera ha aumentado considerablemente, reportándose que oscilan entre 10 a 13%. Es una patología mundial con una incidencia variable de país a país. Existe una prevalencia actual de la patología que oscila de 0.8 a 1.6 casos por cada 1,000 nacidos vivos en países desarrollados pero con altas tasas que fluctúan de los 10 a 100 casos por cada 1,000 nacimientos entre las comunidades étnicas en donde los niños son tradicionalmente vestidos con sus caderas en extensión y aducción; siendo casi inexistente entre las comunidades afroamericanas, chinas y en algunas comunidades latinoamericanas en las que los recién nacidos

son transportados con las caderas en flexión y abducción. (10)

Hoy en día no hay un protocolo universal para abordar esta patología que debe tomarse como un problema de salud en los niños y niñas que nacen y asisten a los servicios de atención en salud, como es en el servicio de control de crecimiento y desarrollo de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, siendo hecho esta actividad por el profesional de enfermería. Por tal motivo es muy importante establecer las directrices y normativas que servirán para llegar al posible diagnóstico, referencia y el tratamiento de la displasia de cadera, en caso de que existiera, poniendo especial interés en los pacientes con factores de riesgo y examen físico que orienta a una inestabilidad de la cadera, la cual requiere un estricto control desde el nacimiento hasta los doce meses de edad. (11)

Los lineamientos para el abordaje de este problema de salud emitidos por la American Academy of Pediatrics – AAP- (siglas en inglés), Pediatric Orthopaedic Society of North America -POSNA-, American Academy of Orthopaedic Surgeons –AAOS- y la CANADIAN Task Force son imprecisos, por tal razón es imprescindible definir las guías orientadas a llegar a un adecuado y oportuno diagnóstico y referencia y terapéutica de la DDC a nivel local.

En nuestro medio, como es el Hospital de Pichanaki de categoría I - 2, así como en muchos hospitales y centros de salud de primer a cuarto nivel de atención de nuestra región, no se cuenta con datos estadísticos precisos, la realidad es que no sabemos cuál es la prevalencia de esta patología en nuestro medio, ni bien definidos los factores de riesgo predisponentes a esta condición, ya que muchas veces el posible diagnóstico y referencia es tardío y su enfoque no es en la prevención, detección ni referencia temprana, sino más bien se enfoca en el tratamiento para mejorar el desarrollo motor con las secuelas de esta patología; por lo cual se propone realizar un registro, para identificar niños con displasia de cadera y su relación

con factores predisponentes, en busca de detección precoz de esta patología.

Por tanto, se decide realizar el presente estudio, en el Hospital Pichanaki, considerado en nivel de categoría I – 2, que no cuenta con la capacidad resolutive en implementación de infraestructura adecuada, personal insuficiente para brindar una atención de calidad y calidez debido a la gran demanda de pacientes que tiene nuestro Hospital, ni de especialistas que puedan intervenir quirúrgicamente, donde el número de lactantes nacidos y atendidos en este nosocomio y consultorio de Crecimiento y Desarrollo no solo provienen del área del Distrito de Pichanaki con un total 55 mil habitantes, sino también del Distrito de Perené que cuenta con 25 mil habitantes, Provincia de Satipo y distritos aledaños como Rio Negro entre otros.

## **1.2 Objetivo**

Describir la intervención de enfermería en el control de Crecimiento y Desarrollo para referir y descartar oportunamente Displasia de Cadera en niños menores de 1 año en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2015-2016.

## **1.3 Objetivos específicos**

- Identificar los principales factores de riesgo oportunamente desde el nacimiento, asociados a la sospecha de un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera.
- Valorar el interrogatorio y la escucha atenta como herramienta de recolección de información sobre antecedentes familiares.
- Referir oportunamente al pediatra y/o a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive.

#### **1.4 Justificación**

El informe de experiencia profesional tiene por finalidad dar a conocer y explicar que a través del control de crecimiento y desarrollo realizado por el profesional de enfermería, se realice una evaluación de manera adecuada y oportuna a fin de detectar de manera precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades facilitando su diagnóstico, referencia y tratamiento oportuno, siendo uno de éstos trastornos del sistema musculoesquelético, como es un caso probable de una displasia de cadera en niñas o niños menores de 1 año. Así mismo, reducir la severidad y duración de la alteración, evitando secuelas, y disminuyendo la incapacidad. Por ello es importante que se realice la intervención correspondiente según la edad del niño, ejecutando las actividades programadas.

Seguidamente es lograr hacer entender que el control de crecimiento y desarrollo realizado por el profesional de enfermería no sólo es realizar la medición antropométrica del peso, la talla y circunferencia craneana, sino que implica un examen físico integral que ayude a identificar signos presuntivos de un caso probable de displasia de cadera y/o otras enfermedades.

Cuanto más temprano en meses de edad del niño o la niña sea identificado dichos signos presuntivos en el consultorio de crecimiento y desarrollo mejor será su pronóstico de recuperación reduciendo la incapacidad bio psico social.

No obstante, el tiempo de evaluación estandarizado en la norma técnica vigente, siendo ésta de 45 minutos por paciente, no se cumple por razones de política institucional siendo este un factor importante para garantizar la calidad de atención, el cual debe ser manejado en base a criterios técnicos que se ajusten a la realidad y a las necesidades. Además, que el tiempo de atención basada sólo en

la productividad, difícilmente garantiza la calidad de los servicios prestados.

**Nivel Teórico:** |El presente estudio servirá para incrementar el marco de conocimientos referente a la intervención de enfermería en el control de Crecimiento y Desarrollo para así realizar una evaluación de calidad en el tiempo adecuado, identificación y referencia oportuna de casos probables de niñas y niños menores de 1 año con posible DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA.

**Relevancia Social:** se beneficiará a los profesionales de enfermería que atienden a los pacientes lactantes y no lactantes menores de 5 años de edad, principalmente al grupo de los menores de 1 año y Recién Nacidos, que realizarán un examen físico de calidad y que identificarán factores de riesgo ante la sospecha de Desarrollo de Displasia de Cadera; ya que los factores de riesgo identificados, y las maniobras de Ortolani y Barlow que se complementan con la evaluación, serán fundamentales para desempeñar con éxito la labor en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Articulado Nutricional y así cumplir con el sistema de referencia que se desea implementar para finalmente brindar un trato humanizado a este tipo de pacientes y sentir la satisfacción como profesionales de enfermería que se hizo algo por la salud de ese niño o niña.

**Vista Práctica:** permitirá aumentar y mejorar las destrezas del profesional de enfermería en aspectos muy importantes como son:

Primero: identificar factores de riesgo en el niño y la niña.

Segundo: realizar un examen físico de calidad poniendo en práctica las maniobras de Ortolani y Barlow, entre otros.

Tercero: referir oportunamente al especialista ante la sospecha de Desarrollo de Displasia de Cadera.

Con la destreza que adquiere el profesional de enfermería lograremos hacer entender a todo el equipo de salud, al familiar o cuidador, sobre la importancia de realizar el Control de Crecimiento y Desarrollo a nuestros niños de manera continua y oportuna haciendo una evaluación de calidad y en el tiempo adecuado.

**Nivel económico:** el objetivo es prevenir o disminuir los costos sanitarios en los niños y niñas menores de 1 año con sospecha o diagnóstico de Desarrollo de Displasia de Cadera, ya que teniendo un diagnóstico de esta enfermedad antes del año de edad, demandaría menos gasto para la recuperación de un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera. Caso contrario, cuando el diagnóstico es tardío, generalmente mayores de 2 años, se incrementan los gastos afectando económicamente tanto al estado como a la familia, sobre todo afectaría con la salud del niño o la niña para toda la vida si no es superada dicha discapacidad y la calidad de vida no sería la misma.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

MARTÍNEZ CHUQUIPATA, Vanessa (Lima – Perú 2011), realizó el estudio “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”, cuyo objetivo es describir las principales actividades que realiza la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en los niños menores de 1 año, según etapas de atención, en el centro de salud de la RED V- Lima Ciudad. Se aplicó un estudio de tipo cuantitativo que permitió cuantificar y medir numéricamente las variables, de nivel aplicativo, método descriptivo, considerando que se estudia a la variable tal como se presenta en la realidad, y de corte transversal porque la información se obtiene en un determinado espacio y tiempo. La técnica que se utilizó es la observación directa y el instrumento fue una Lista de chequeo en el que se registró las actividades que desarrolla la enfermera durante la atención de los niños menores de 1 año en el servicio de CRED. El instrumento fue sometido a validez mediante el Juicio de Expertos de 3 enfermeras que laboran el servicio de CRED y 5 docentes especialistas en Investigación y Pediatría. Las consideraciones finales entre otras fueron:

*“...El Tiempo Promedio de Atención que recibieron los niños menores de 1 año durante la Evaluación del Crecimiento y Desarrollo fue de 20’41’’, considerando este tiempo promedio como un referente de atención basado en las actividades realizadas por la enfermera, el cual varío de acuerdo a la edad del niño y sus necesidades de atención...”*  
(12)

**Kelly Mylene, Bermúdez Menacho**, en el 2003, realizó un estudio sobre el “Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente crecimiento y desarrollo de los centros de salud de la dirección de salud V”, estudio de tipo cualitativo, descriptivo exploratorio; el método usado fue el enfoque etnográfico mediante la observación participante, cuya población fueron 10 enfermeras que laboraban en los consultorios de crecimiento y desarrollo correspondientes a la dirección de salud V lima- Ciudad, la técnica usada fue la entrevista no estructurada y el análisis documental además de la observación participante, el instrumento utilizado fue una guía de preguntas norteadoras. Las consideraciones finales entre otras fueron:

*“...El proceso real de cuidar en CRED, se relaciona con lo siguiente: valorizan cuanto y no como se atiende, es decir que ellas se preocupan entre otras cosas por la cantidad de niños como parte de su productividad que se emite en los informes operativos que solicita la DISA, los que se caracterizan por contemplar la cantidad y no la calidad de la atención...” (13)*

**LEPE ALARCÓN, Carlos Sebastián y LORCA SUAREZ, Javiera Andrea** (Santiago – Chile 2012), realizaron el estudio “Descripción del Desarrollo Psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con Displasia Luxante de Cadera que son tratados con correas de Pavlik en el Hospital Roberto del Rio”, cuyo objetivo es analizar el estado del desarrollo psicomotor en pacientes entre 4 y 10 meses de edad, que estén en tratamiento por Displasia Luxante de Cadera con Correas de Pavlik. Se aplicó un estudio del tipo descriptivo, de método transversal con diseño de investigación no experimental. Las consideraciones finales entre otras fueron:

*El mayor número de niños con Displasia Luxante de Cadera, que utilizan correas de Pavlik, como tratamiento a esta patología, no presentan alteraciones en el Desarrollo Psicomotor, según la EEDP, clasificando al 95% de los sujetos evaluados como Normales, y al 5% en riesgo de presentar retraso en el Desarrollo Psicomotor. (14)*

CABALLERO SAKIBARU, Marina Midory (Lima - Perú 2016), realizó el estudio "Prevalencia y los factores predisponentes que se asocian a la Displasia del Desarrollo de cadera en los lactantes de 01 mes y menores de 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología Pediátrica del Hospital de Ventanilla durante el periodo Enero - Diciembre 2014" cuyo objetivo es brindar la información necesaria acerca de la prevalencia y los principales factores predisponentes de Displasia del Desarrollo de Cadera al personal de salud, de tal manera que puedan ser reconocidos, evaluados y lograr un correcto diagnóstico para su posterior derivación a un centro de mayor nivel de complejidad y para el manejo adecuado por el especialista de esta patología. Se aplicó un estudio tipo observacional y retrospectivo y el diseño de la investigación es de tipo transversal, analítico con enfoque cuantitativo, los datos se obtuvieron de las Historias Clínicas de los lactantes atendidos. Ya que en el grupo predominante fueron aquellos lactantes menores de 6 meses, esto nos permitirá un diagnóstico oportuno logrando una corrección adecuada de la cadera en estos niños.

*El estudio de esta patología y sus factores predisponentes debe ser dinámica en el tiempo por lo que se recomienda plantear nuevos estudios y de mayor complejidad que contribuyan a mejorar la salud de los menores. (15)*

## **2.2 Marco Conceptual**

### **2.2.1 Norma Técnica de Crecimiento y Desarrollo**

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. (16)

### **2.2.2 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Las intervenciones de enfermería tienen una justificación científica que se desarrolla en base a los conocimientos que incluyen las ciencias naturales, la conducta y las humanidades. No obstante, las intervenciones de enfermería están apoyadas por principios científicos. Además, garantiza la calidad de la evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños, incrementa la acreditación como profesional, impulsa a la investigación, favorece la participación de los familiares a través de las consejerías de promoción y prevención de la salud, así mismo favorece la comunicación y coordinación entre los miembros del equipo de trabajo del Área Niño y también multidisciplinario.

### **Tipos de intervenciones de enfermería:**

- a. **Intervenciones interdependientes:** las actuaciones interdependientes definen las actividades que el profesional de enfermería realiza en cooperación con otros miembros del equipo de salud. Este tipo de intervención incluye, por ejemplo, las prescripciones realizadas por el pediatra, médicos, nutricionistas, referencia a odontología, pediatría, etc.
- b. **Intervenciones Independientes:** son las actividades que realizan los profesionales de enfermería sin una indicación médica. Es decir, son las actuaciones que el profesional de enfermería está autorizado a prescribir y ejecutar sin supervisión ni indicación de otros profesionales. Estas intervenciones comprenden: la evaluación física, educación sanitaria, promoción de la salud, pautas de estimulación temprana, explicar la importancia de consumir los multi micronutrientes, entre otros.
- c. **Intervenciones de cuidado directo:** consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. Como, por ejemplo: curación del cordón umbilical, técnicas de la lactancia materna exclusiva, tamizaje de anemia con hemocontrol, entre otros.
- d. **Intervención de enfermería de cuidado indirecto:** es un tratamiento realizado lejos del paciente, pero en beneficio del mismo. Incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinaria con otros profesionales. Éstas acciones apoyan y complementan la eficacia de las intervenciones de enfermería directa. Como, por ejemplo, interpretación de datos de laboratorio. (17)

### 2.2.3 CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y EL NIÑO SANO

Durante el control de crecimiento y desarrollo de la niña o niño menor de cinco años, *actividad netamente desarrollado por el profesional de enfermería*, 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/la enfermero(a) 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 y 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 o 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.

Periodicidad del Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y Niño Menor de Cinco Años:

**Tabla 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.

Fuente: Norma Técnica de salud de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de 5 años

Según la Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud neonatal, N° 106 – MINSA /DGSP-V.01 y con Resolución Ministerial 828-2013/MINSA, actualmente se realiza cuatro controles de Crecimiento y Desarrollo al Recién Nacido siendo éstos realizados a la 48 horas del alta del Recién Nacido como primer control, el segundo control es a los 7 días de vida del Recién Nacido, luego el tercero es a los 14 días de nacido, y finalmente el cuarto control es a los 21 días de nacido.

### 2.2.3.1 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.

- Carné de atención integral del menor de 5 años.
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Formato de Atención de acuerdo a sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento. (SIS u otro si corresponde).
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.
- Curvas de crecimiento P/E, T/E /PT y PC.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: En el menor de 30 meses: Test Abreviado Peruano (TAP). De 3 a 4 años: Pauta breve.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

#### **2.2.3.2 ELABORACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE SALUD INDIVIDUALIZADO:**

- El profesional responsable del control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento de salud socializa con los padres o cuidadores la importancia del plan de atención individualizado de cada niña y niño en el que se define número y frecuencia de controles, administración de micronutrientes, sesiones de estimulación temprana, consejería nutricional, administración de vacuna, diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades prevalentes de la niñez, salud bucal, visita familiar integral, sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otras actividades.
- El plan de atención orienta al profesional para derivar a las familias de niños y niñas en situación de riesgo psicosocial a equipos de salud especializados y programas de complementación nutricional o de registro

de identidad, así mismo facilita identificar y potenciar factores protectores del desarrollo integral del niño y la niña.

- El plan de atención permite calendarizar las atenciones de salud a fin de brindarlas de manera racional, continua y sistemática; este proceso se hará de acuerdo al instructivo correspondiente.
- El monitoreo del plan se realiza en cada contacto que la niña o niño tenga con el establecimiento de salud, en caso que la niña o niño no asista al establecimiento de salud el personal de salud designado realizará la visita domiciliaria correspondiente.

### **2.2.3.3 ACTIVIDADES E INTERVENCIONES EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

#### **EXAMEN FÍSICO**

Consideraciones generales:

Cumplir con las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de instrumentos, equipo médico y mobiliario) y se asegurará de tener las manos tibias. El ambiente de examen debe brindar comodidad y privacidad.

Antes de iniciar el examen, observar a la niña o niño en busca de algún signo de alarma y explorar a través de preguntas sencillas al adulto responsable de la niña o niño, sobre aspectos relacionados con la integridad física y emocional de la niña o niño; si el niño o niña ya habla es necesario incentivar su participación en la entrevista. Explicar a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña y niño sobre los procedimientos que se van a

realizar para obtener su colaboración, así como el de los niños; luego proceder al examen:

- Observar como la niña o niño se relaciona con los padres o adulto acompañante, si es irritable o tiene llanto continuo, la postura que tiene su cuerpo o la postura que adopta cuando se realiza el examen físico, durante del cual el niño o niña debe estar con poca ropa o desnudo. Iniciar el examen sin instrumentos, éstos se usarán progresivamente según sea necesario.
- Respetar la identidad e individualidad de la niña o niño y de la madre (aprender y recordar el nombre de la niña, niño y padres, usar voz suave y dulce para tratarlos).
- Tomar los signos vitales: temperatura, frecuencia respiratoria, pulso y presión arterial.
- Durante la evaluación se debe actuar de manera suave pero firme, con paciencia y delicadeza durante los procedimientos, explicando a los padres o acompañante los resultados obtenidos.

Consideraciones específicas según edad:

### **Recién Nacido (de 7 y 15 días)**

En el establecimiento de salud

- Examinarlo sobre la camilla de examen.
- Empezar con el examen físico en dirección céfalo-caudal y próximo distal.

Realizado por el profesional de enfermería o el médico con el objetivo de evaluar el crecimiento y desarrollo, identificar precozmente los signos de peligro en el RN y en la madre, verificar el aprendizaje y la práctica sobre el cuidado integral del

recién nacido (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón, vacunas, abrigo, afecto e identificación de signos de alarma y acciones a seguir); el control se realiza en el establecimiento de salud.

Incluye:

- Evaluación física y neurológica.
- Evaluación del crecimiento y la ganancia de peso.
- Evaluación de la alimentación y la práctica de la lactancia materna exclusiva.
- Identificación y/o verificación de factores de riesgo individual, familiar y del entorno que podrían interferir en el desarrollo integral del niño o niña:
  - a. **Factores biológicos:** bajo peso, prematurez o malformaciones congénitas.
  - b. **Factores ambientales:** contaminación intra domiciliaria del aire, del agua; pobreza etc.
  - c. **Factores familiares:** violencia intrafamiliar, disfunción familiar, consumo excesivo de alcohol y/o drogas ilícitas de personas significativas para el cuidado del niño.
- Verificación de vacunas del recién nacido según el esquema vigente.
- Identificación de signos de alarma.
- Consejería sobre el cuidado integral del RN (lactancia materna, higiene, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto, identificación de signos de alarma y acciones a seguir).

**De uno a seis meses:**

- Iniciar el examen, de preferencia en el regazo de la mamá y continuar la evaluación en la mesa de examen.

- Iniciar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a lo descrito.

**De siete meses a dos años:**

- Promover la participación activa del niño.
- Empezar con el examen del tórax, después continuar de acuerdo a lo descrito en la norma técnica.
- Respetar la identidad (llamarlo por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño.
- Verificar acceso a un programa de apoyo social o protección de derechos según corresponda.

**De dos años a cuatro años:**

- Respetar la identidad (llamarlo por su nombre) y el estado emocional de la niña o niño; permitir la compañía de los padres.
- Empezar con el examen físico siguiendo la dirección céfalo-caudal de acuerdo a lo descrito en la norma.
- Examinar sobre la camilla de examen, se puede hacer la mayor parte con la niña y niño sentado o de pie, promoviendo la participación del niño.
- Aprovechar el espacio para enseñar al niño o niña de acuerdo a la edad, sobre sus derechos, auto cuidado, la desconfianza ante extraños, el cuidado en su alimentación e higiene. Incentivar la confianza en el diálogo y contar a sus padres si alguien lo agrede o molesta.

#### 2.2.3.4 EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

##### Consideraciones previas

- La evaluación del desarrollo se realiza a todo niño o niña desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días de acuerdo a la periodicidad indicada y es responsabilidad del profesional de enfermería.
- La evaluación del desarrollo se realiza en cada control de acuerdo al esquema vigente y de ser posible en cada 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 evaluación del desarrollo se basa en la observación y aplicación de escalas del desarrollo, lo que permite detectar los llamados signos de alerta (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 de referencia y /o terapéutica).

Instrumentos para la evaluación del desarrollo de la niña y niño menor de 5 años

**Niñas y niños de 0 a 30 meses:** Test Peruano de Desarrollo del Niño (TPD). El Test determina el perfil en 12 líneas del desarrollo, correspondiente a diferentes comportamientos:

a. Comportamiento motor postural, que incluye las siguientes líneas de desarrollo:

Control de cabeza y tronco - sentado.

Control de cabeza y tronco - rotaciones.

Control de cabeza y tronco - marcha.

b. Comportamiento viso motor, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: Uso de brazo y mano. Visión.

c. Comportamiento del lenguaje, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: Audición. Lenguaje comprensivo. Lenguaje expresivo.

d. Comportamiento personal social, que incluye las siguientes líneas de desarrollo: Alimentación vestido e higiene. Juego. Comportamiento social.

e. Inteligencia y Aprendizaje.

**Niñas y niños de 3 y 4 años:** Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o PB (Pauta Breve). El Test mide el rendimiento en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora.

**Consideraciones previas a la evaluación**

- La evaluación debe hacerse con la participación de los padres o responsable del cuidado del niño, en un ambiente adecuado (sin ruidos molestos), con ropa cómoda, tratando de que la niña o niño se sienta menos temeroso. Se explicará a los padres los logros del desarrollo que su hijo debe alcanzar según su edad, para que puedan estimularlo adecuadamente en su hogar.

- En la primera evaluación explorar sobre la existencia de factores de riesgo para el desarrollo.
- Para la aplicación de los instrumentos de evaluación, el profesional de enfermería debe ser experto en el manejo de la guía y la batería respectiva para cada prueba, garantizando que durante la evaluación la atención del examinador se centre en la niña o niño y no en el material impreso.
- Los instrumentos deben administrarse sólo si la niña o niño está tranquilo y muestra condiciones adecuadas de salud. Si la niña o niño llora, está irritable, con sueño o enfermo, orientar y citar a los padres y/o responsables del cuidado de la niña y niño para evaluación posterior.
- El control de crecimiento y desarrollo de las niñas o niños prematuros se deberá realizar en establecimientos de salud de nivel 2 ó 3; es responsabilidad del médico pediatra, profesional de enfermería o médico general y se debe usar edad corregida hasta los 2 años.

#### Criterios para la interpretación de resultados

- La interpretación de resultados será de acuerdo al instrumento utilizado.
- Evaluación de niñas y niños de 0 a 30 meses utilizando el Test Peruano de desarrollo del niño. Los resultados pueden ser:
  - a. Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente

b. Riesgo para trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y presenta un factor de riesgo de acuerdo al Anexo N° 9. c. Trastorno del desarrollo: Cuando el niño o niña no ejecuta una o más de las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente y en la lectura del perfil se encuentra:

Desviación a la izquierda de un mes en un solo hito

Desviación a la izquierda de un mes en dos o más hitos.

Desviación a la izquierda de dos meses o más en un solo hito. Desviación a la izquierda de dos meses o más en dos ó más hitos.

Desviación a la izquierda de un solo hito, asociado a un factor de riesgo.

- Evaluación de la niña o niño de 3 y 4 años utilizando el Test abreviado de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TA) o Pauta Breve (PB) los resultados pueden ser:
  - a. Desarrollo normal: Cuando la niña y el niño ejecuta todas las conductas evaluadas según la edad cronológica correspondiente.
  - b. Déficit del desarrollo: Cuando una o más de las conductas evaluadas en el niño están en proceso de desarrollo o no las ejecuta.

### **2.2.3.5 Manejo de problemas del desarrollo según nivel de complejidad y capacidad resolutive.**

- Durante la evaluación del desarrollo el profesional, explicará y demostrará a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño, el modo y las pautas de estimulación al niño de acuerdo a los resultados obtenidos:

**a. Desarrollo normal:** Felicitar a los padres o cuidadores y mencionar los logros del niño o niña vinculados a las prácticas realizadas. Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y controlar de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.

**b. Riesgo para trastorno del desarrollo:** Analizar con los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño el factor o situación de riesgo detectado e identificar mecanismos para su disminución. Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación. En estos casos es necesario involucrar a la familia en el seguimiento para garantizar el control de acuerdo al calendario según edad y el nivel de desarrollo del niño y niña.

**c. Trastorno del desarrollo:** El manejo se hará con base a los factores causales encontrados y de acuerdo a lo descrito a continuación:

- ✓ Si el perfil muestra desviación a la izquierda de un mes en uno o más hitos: explicar y demostrar a los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño las medidas y pautas de estimulación que debe realizar en casa relacionadas con los factores y el trastorno encontrado, durante 2 meses, según el

esquema del desarrollo. Realizar como mínimo una visita domiciliaria antes del siguiente control. Reevaluar al niño cada mes. Si después de 2 meses de seguimiento con pautas de estimulación no mejora, **referirlo al establecimiento de salud de mayor complejidad.**

- ✓ Si el perfil muestra desviación a la izquierda de dos o más meses en uno o más hitos o el perfil muestra desviación a la izquierda de un solo hito asociado a un factor de riesgo: **Referirlo inmediatamente al establecimiento de salud de mayor complejidad y asegurarse que la referencia sea efectiva;** así mismo verificar la contra referencia para continuar con el seguimiento. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

**Déficit del desarrollo:** Explicar y demostrar medidas y pautas de estimulación y citar en 2 semanas para control, si mejora continuar con los controles de acuerdo al calendario según edad; si no mejora, derivar al nivel superior para evaluación por especialista. Si los padres no llevan a la niña o niño al establecimiento de referencia indicado, el profesional de enfermería debe organizar las acciones con el equipo multidisciplinario y otras instituciones responsables de la protección del niño a fin de hacer efectiva la referencia.

- La referencia se realizará al establecimiento con capacidad resolutoria para el posible diagnóstico identificado y tratamiento de los trastornos del desarrollo y se ajustará a la normatividad vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo.
- La contra referencia se realizará de acuerdo a lo establecido en la normatividad vigente, adicionalmente se enviará una copia de la ficha de evaluación del desarrollo indicando el manejo a seguir.
- Es responsabilidad del profesional de enfermería coordinar la referencia, contra referencia y seguimiento de niñas y niños.

#### **2.2.3.6 Organización de la atención**

- El control de crecimiento y desarrollo del menor de 5 años, es realizado en todos los establecimientos de salud de acuerdo a su categoría en los consultorios de atención integral del niño y está guiado por un fluxograma establecido de acuerdo a la realidad local; éste debe priorizar la atención de mayor riesgo, disminuir tiempos de espera, reducir oportunidades perdidas, optimizar el uso de los recursos disponibles, etc.

#### **2.2.3.7 Instrumentos de registro y seguimiento**

- Los instrumentos de registro de la atención son los siguientes:
  - Historia Clínica estandarizada que incluye: (Anexo N° 1)
    - Plan de atención.
    - Datos de filiación y antecedentes.

Evaluación del consumo de alimentos.

Formato de consulta.

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

Instrumento de evaluación del desarrollo de acuerdo a la edad. Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil.

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

#### **2.2.3.8 Ambiente y Equipamiento**

- Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario contar con uno o más ambientes debidamente acondicionados y equipados de acuerdo a la categoría.
- La infraestructura, equipamiento y mobiliario del consultorio de atención integral del niño se ajustará a la normatividad vigente.
- Los equipos para la toma de medidas antropométricas deberán cumplir con las especificaciones técnicas y control de calidad establecidas.

### **2.2.3.9 Equipo de Salud**

Para realizar el control de crecimiento y desarrollo es necesario que en cada establecimiento de salud de acuerdo a su categoría cuente con un profesional de enfermería; así mismo es necesario contar con un equipo multidisciplinario para realizar un manejo integral de los problemas del crecimiento y desarrollo. (18)

## **HALLAZGOS DE SIGNOS PRESUNTIVOS EN EL NIÑO MENOR DE UN AÑO A TRAVÉS DEL EXAMEN FÍSICO**

### **CASO PROBABLE DE DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA IDENTIFICADOS EN EL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

#### **2.2.4 DISPLASIA DE CADERA**

La displasia de caderas es una patología congénita en la cual, la cabeza del fémur y el acetábulo no están correctamente alienados.

El término «cadera luxada» significa pérdida de relación entre la cabeza femoral y el acetábulo y puede tratarse de una luxación reducible por manipulación o de una luxación irreducible. Puede ocurrir en cualquier etapa de su proceso madurativo; desde el período intra útero, la etapa perinatal o, posteriormente, durante la lactancia o la infancia.

El término «cadera luxable» significa una correcta relación entre la cabeza femoral y el acetábulo que puede perderse por manipulación externa. Anteriormente se utilizaba el término “luxación congénita de cadera” pero se ha sustituido por el de displasia ya que no todas las caderas se encuentran luxadas al nacimiento ni todas evolucionan hasta la luxación.

Incluye un amplio espectro de alteraciones de gravedad diversa, dependiendo del grado de incontinencia del acetábulo:

- La cadera luxada o verdadera luxación de la cabeza femoral fuera del acetábulo en reposo.
- La subluxación o cadera luxable: cuando la cabeza femoral está en el acetábulo, pero sale completamente al ser manipulada por la maniobra de Barlow.
- Las caderas laxas o inestables: la cabeza femoral no es concéntrica con el acetábulo y se desliza en él, pero no se puede luxar con la manipulación.
- Y anomalías radiológicas o ecográficas, sin repercusión clínica, que son origen de una displasia acetabular transitoria. (19)

En conjunto, se presupone una incidencia de DDC entre 20-40 casos por cada mil nacimientos; la mayoría son displasias transitorias que se resuelven espontáneamente en los primeros meses de la vida.

La incidencia de luxación de cadera y subluxaciones (displasias reales o progresivas) se estima en 1,5-5 casos por mil, y a ellas se deben dirigir los esfuerzos preventivos, ya que si no se tratan evolucionan en 12 meses hacia una incapacidad tan grave como fácil de evitar.

A largo plazo, se han descrito problemas de alteraciones de la marcha, dolor crónico y artritis degenerativa asociada a DDC.

#### **2.2.4.1 ETIOLOGÍA**

No parece existir una causa única de luxación congénita de cadera. La etiología es multifactorial, combinándose factores tanto mecánicos como fisiológicos por parte de la madre y el

niño, y en ocasiones factores ambientales que producirán la inestabilidad de la cadera y la subsiguiente luxación. Es muy manifiesto el carácter familiar, posiblemente por irregular desarrollo del techo cotiloideo, dato de gran valor al efectuar la historia clínica del recién nacido. (20)

#### **2.2.4.2 Factores o grupos de riesgo**

La prevalencia es 4:1 afectando a las niñas cuatro veces más que a los niños y puede ser unilateral, sobre todo en la pierna izquierda o bilateral. Se han identificado numerosos factores de riesgo que influyen en el desarrollo de una displasia de cadera, entre los cuales destacan:

- ❖ Historia familiar en padres
- ❖ Parto en presentación de nalgas
- ❖ Deformidades posturales Pies zambos, talos y metatarso adducto rígido
- ❖ Deformidades faciales y plagiocefalia
- ❖ Escoliosis postural neonatal
- ❖ Exploración anormal de la cadera.
- ❖ Malformación congénita
- ❖ Prematuridad.
- ❖ Sobrepeso al nacimiento.
- ❖ Oligohidramnios.
- ❖ Partos por cesárea
- ❖ Mujeres primerizas. (21)

### **2.2.4.3 DETECCIÓN PRECOZ Y REFERENCIA POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

El objetivo fundamental del cribado de la displasia del desarrollo de cadera es el diagnóstico precoz que permite un tratamiento sencillo y eficaz, mejorando el pronóstico. No obstante, dicha detección precoz puede realizarse en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo por el profesional de enfermería realizando un examen físico correcto que es la base principal para poder identificar un caso probable de displasia de cadera. (22)

Los exámenes que puede realizar el profesional de enfermería en el consultorio de crecimiento y desarrollo pueden ser los siguientes: MANIOBRA DE ORTOLANI, MANIOBRA DE BARLOW, LIMITACIÓN DE LA ABDUCCIÓN, SIGNOS DE GALEAZZI, TEST DE OBER, SIGNO DE PLIEGUES, ENTREVISTA CON EL FAMILIAR DEL NEONATO. Pero hay que tener en cuenta que los signos físicos cambian a medida que el niño crece, por lo que las eficacias de las maniobras a realizar tienen una función limitada en relación con la edad.

Por lo señalado se hace referencia de las maniobras que se deben de realizar según la edad del niño:

#### **✚ PERIODO NEONATAL**

- Maniobra de Ortolani
- Maniobra de Barlow

#### ✚ A PARTIR DEL PRIMER MES

- Limitación de la Abducción
- Signo de Galeazzi
- Test de Ober

I. **En el período neonatal**, el profesional de enfermería cuando hace los controles de crecimiento y desarrollo, puede realizar el examen físico de las caderas mediante las maniobras de *Ortolani* y *Barlow*.

**I.1 LA MANIOBRA DE ORTOLANI**, pretende comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Se realiza con el neonato en decúbito supino y relajado. Conviene explorar primero una cadera y luego la otra; nunca las dos a la vez. Con una mano se estabiliza la pelvis y con la otra se flexionan la rodilla y la cadera del otro lado 90° (hasta formar un “4”), pinzando el muslo entre el dedo pulgar (sobre la cara interna) y los dedos índice y medio que se colocan sobre el trocánter mayor (por la cara externa). De forma suave se realiza la abducción del muslo con el pulgar, a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro-arriba con los otros dedos.

La maniobra es positiva cuando “notamos que el fémur entra”; se trata de una sensación propioceptiva o *clíc* de entrada. (23) (ver Anexo N° 1)

**I.2 LA MANIOBRA DE BARLOW**, busca comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Se aplica en decúbito supino con las caderas flexionadas y en ligera abducción; manteniendo fija una cadera, la otra

se movilizará suavemente en aducción-abducción intentando luxarla al aducir, empujando el cuello del fémur hacia atrás y afuera; y luego reduciéndola en abducción.

Cuando la prueba es positiva se notará la sensación de salida de la cabeza femoral del acetábulo (*clic* de salida).

La prueba de *Ortolani* traduce una luxación de cadera y la de *Barlow* una cadera luxable. **Si alguna de estas maniobras es positiva se recomienda referirlo al especialista indicado.**

La percepción de un “clic” de cadera o chasquido se considera normal y no debe inducir la sospecha de Desarrollo de Displasia de Cadera. (Ver Anexo N° 2)

Ante una maniobra dudosa lo mejor es repetirla de forma tranquila, programando una nueva cita.

Después del primer mes, ambas pruebas pierden mucha sensibilidad y su repetición forzada puede no ser segura, por lo que no están indicadas. (24)

## **II. *Exploración de caderas en el primer año de vida (entre los 2 y 12 meses)***

La exploración de las caderas a partir del primer mes pretende detectar **signos indirectos de luxación**, que son debidos a la retracción de los músculos aductores.

**II.1 LA LIMITACIÓN DE LA ABDUCCIÓN**, es el signo clínico más fidedigno asociado a Desarrollo de Displasia de Cadera después de los tres meses. Se coloca al niño en decúbito supino, flexionando

caderas y rodillas y se realiza abducción suave de la cadera de un lado; en caso de que exista luxación resultará imposible una abducción mayor de 60° (se considera normal una abducción de, al menos, 75°) (Ver Anexo N° 3).

**II.2 EL SIGNO DE GALEAZZI**, aprecia un acortamiento relativo del fémur y se observa, con el niño en la misma posición de exploración anterior, cómo una rodilla queda más baja que la otra (Ver Anexo N° 4).

Otros signos indirectos, como la *asimetría de pliegues*, el *acortamiento relativo de un miembro* o la *desviación de la vulva en niñas* tienen una baja especificidad y sólo deben considerarse como signos de alerta para realizar una exploración más cuidadosa. A menudo, se deben a oblicuidad pélvica, un síndrome postural debido a la contractura de músculos abductores en una cadera “sana”.

### **II.3 OBLICUIDAD PÉLVICA**

- Es el cuadro que con mayor frecuencia se confunde con DDC.
- Se trata de un síndrome postural benigno debido a la contractura de los músculos abductores en una cadera “sana”; lo que condiciona oblicuidad de la pelvis.
- Se presenta con *asimetría de pliegues* y una extremidad inferior aparentemente más larga que la otra, al explorarlas en decúbito supino y en extensión.
- Signo de *Galeazzi* negativo.
- Si no se trata puede provocar DDC tardía.

- Se diagnostica mediante el *Test de Ober*: con el niño boca abajo, una mano estabiliza la pelvis, la otra mantiene la rodilla en flexión y se intenta aproximarla a la otra sin que bascule la pelvis. Cuando existe una oblicuidad pélvica, resulta imposible llevar la rodilla de la cadera “sana” a la línea media del cuerpo. Esta maniobra es doblemente útil, ya que aparte de demostrar la contractura en abducción, representa los ejercicios pasivos que los padres deben realizar al niño para el tratamiento de la oblicuidad pélvica. (25)

#### **2.2.4.4 ACTITUD A SEGUIR ANTE UNA DETECCIÓN DE CASO PROBABLE DE DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA**

La actitud a tomar por el profesional de enfermería ante la sospecha de un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera en neonatos y/o niños menores de 1 año en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo, deber ser cumplir con un tipo de Intervención de Enfermería que es la INTERVENCIÓN INTERDEPENDIENTE, siendo en este caso la **referencia oportuna** del paciente al profesional que le compete hacer el descarte de Desarrollo de Displasia de Cadera a través de los exámenes auxiliares que existen como son la Exploración Ecografía, Resonancia Magnética, Exploración Radiográfica, entre otros que es de competencia de los especialistas.

#### 2.2.4.5 RECOMENDACIONES DE EXPERTOS:

1. Debe realizarse exploración física de caderas a todo recién nacido, con maniobra de *Ortolani* y *Barlow* en el período neonatal (primer mes de vida) y examen cuidadoso de signos indirectos de luxación en controles posteriores hasta el año de edad.
2. Redactar en la historia clínica la existencia de factores de riesgo de sospecha de Desarrollo de Displasia de Cadera.
3. Realizar maniobras de *Ortolani* y *Barlow* en la primera semana de vida y en los controles de crecimiento y desarrollo del primer mes.
  - Si las maniobras de *Ortolani* o *Barlow* son positivas, derivar a especialista competente.
  - Si las maniobras son dudosas, reevaluar a las dos semanas; y si persiste la duda, referir a especialista competente.
  - El "*clic*" de cadera debe ser considerado un hallazgo normal. (26)

#### 2.2.4 Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson - 2012

Johnson publicó su "Modelo de Sistemas Conductuales" en 1980. En 1968 ya hace una primera propuesta, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad". Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a **prevenir** o recuperarse de una enfermedad o una lesión.

El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas

interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales (meta, predisposición a actuar, centro de la acción y conducta) y funcionales (protección de las influencias dañinas, nutrición y estimulación) para aumentar el desarrollo y prevenir el estancamiento. Son siete Dependencia, Alimentación, Eliminación, Sexual, Agresividad, Realización y afiliación.

El individuo trata de mantener un sistema balanceado, pero la interacción ambiental puede ocasionar inestabilidad y problemas de salud. La intervención de enfermería sólo se ve implicada cuando se produce una ruptura en el equilibrio del sistema. Un estado de desequilibrio o inestabilidad da por resultado la necesidad de acciones de enfermería, y las acciones de enfermería apropiadas son responsables del mantenimiento o restablecimiento del equilibrio y la estabilidad del sistema de comportamiento. Enfermería no tiene una función definida en cuanto al mantenimiento o promoción de la salud. Enfermería es una fuerza reguladora externa que actúa para preservar la organización e integración del comportamiento del paciente en un nivel óptimo bajo condiciones en las cuales el comportamiento constituye una amenaza para la salud física o social, o en las que se encuentra una enfermedad. (27)

La teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson se refiere a una meta paradigma ya que estudia un conjunto de teorías; persona, salud, cuidado y entorno. El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados. El hombre como sistema conductual trata de alcanzar un equilibrio a través de ajustes y adaptaciones que consigue hasta cierto punto, para actuar de forma eficaz y eficiente. Cada subsistema conductual tiene requisitos estructurales y funcionales.

Los subsistemas según Johnson son siete, a saber:

- **De dependencia:** promueve una conducta de colaboración que exige una respuesta recíproca, sus consecuencias son la aprobación, la atención o reconocimiento y la asistencia física. La conducta dependiente evoluciona desde un grado total de dependencia de los demás hasta un mayor grado de dependencia de uno mismo.
- **De ingestión:** tiene que ver con cómo, cuándo, qué y cuánto y en qué condiciones nos alimentamos; cumple así la amplia función de satisfacer el apetito. Se encuentra estrechamente relacionado con factores ecológicos, sociales además de biológicos.
- **De eliminación:** se relaciona con cuándo, cómo y en qué condiciones se produce la eliminación, en los aspectos biológicos de este subsistema influyen factores sociales y fisiológicos hasta el punto que pueden entrar en conflicto con él.
- **Sexual:** obedece a la doble función de procreación y de satisfacción, incluye el cortejo y el emparejamiento y del mismo modo contempla un amplio espectro de conductas asociadas con el papel sexual.

- **De agresividad:** consiste en proteger y conservar, y proviene de una intención primaria de dañar a los demás. La sociedad demanda límites en los modos de autoprotección y pide que se respete y proteja tanto a las personas como a su propiedad.
- **De realización:** su función consiste en controlar o dominar un aspecto propio del mundo circundante hasta alcanzar un cierto grado de superación. Se relacionan estrechamente las cualidades intelectuales, físicas, mecánicas y sociales.
- **De afiliación:** proporciona supervivencia y seguridad. Sus consecuencias son inclusión, intimidad y formación y mantenimiento sociales de un enlace social fuerte.

Según el modelo, los conceptos del meta paradigma son los siguientes:

**Persona:** es un sistema abierto, interrelacionado; se esfuerza constantemente en mantener una situación estable mediante la adaptación al entorno.

**Entorno:** hace referencia a un entorno externo e interno de la persona.

**Salud:** es un estado dinámico y difícil de conseguir, influido por factores biológicos, psicológicos y sociales. Se define como el equilibrio y la estabilidad del sistema conductual de la persona.

**Cuidado:** es una fuerza de regulación externa (en este caso el/la enfermera/o), con el fin de mantener o restaurar el equilibrio y la estabilidad del sistema. Conductual.

El Modelo del sistema conductual de Johnson es un modelo de atención de enfermería, que aboga por el fomento de funcionamiento conductual eficiente y eficaz en el paciente para prevenir la enfermedad. El paciente se define como sistema de comportamiento compuesto de 7 subsistemas de comportamiento.

Cada subsistema compuesto por cuatro características estructurales, es decir, conjunto de unidades, las elecciones y el comportamiento observable.

Los requisitos funcionales de cada subsistema incluyen

- (1) Protección de las influencias nocivas,
- (2) Provisión para el ambiente de consolidación, y
- (3) la estimulación del crecimiento.

Cualquier desbalance en un sistema da como resultado un desequilibrio. Es función de la enfermería para ayudar al paciente a volver al estado de equilibrio.

La teoría Johnson es un modelo de atención que se centra en las necesidades humanas, y el uso de la enfermería para promover el equilibrio y disminuir el estrés. Este modelo tiene varias aplicaciones en el ámbito de enfermería, incluyendo educación, administración, clínica y de investigación.

La teoría de Johnson ha ayudado a cambiar el foco de los programas de posgrado de enfermería de la enseñanza y la administración de especialistas en enfermería clínica y programas de enfermería profesional.

El modelo de comportamiento ha sido utilizado en la investigación en enfermería en poblaciones de pacientes, incluidos los no videntes, a los niños escolares y pacientes con cáncer.

El modelo de comportamiento se ha utilizado para desarrollar intervenciones de enfermería para los pacientes hospitalizados. Por

ejemplo, Rawls (1980) utilizaron el modelo para guiar la atención de un paciente adulto amputado y su imagen corporal distorsionada. El modelo también ha sido utilizado por Herbert (1989) para guiar el cuidado de un paciente con ictus que sufre de hemiplejía (Fawcett, 1984).

Johnson logra un cambio revolucionario en la forma en que la enfermería fue vista cuando se proclama diferente de la medicina. Johnson propuso la idea de que la enfermería debe centrarse en el comportamiento de una persona, más que en su estado de salud o condición de la enfermedad.

Las medidas de prevención primaria se han convertido en el foco de atención de la salud en un intento por reducir los costos sanitarios, así como de mejorar los resultados de salud del paciente. En este sentido, el modelo de Johnson es capaz de proporcionar un enfoque sistemático para las evaluaciones de enfermería y un método para guiar la atención del paciente. (28)

Hasta hoy en día la profesión de enfermería ha adaptado teorías de otras disciplinas; Johnson desarrolló su modelo basándose en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.

Johnson se basó también en las ideas de Florence Nightingale.

“La lógica, la semántica y la epistemología son la base de las disciplinas”

Los conceptos que maneja este modelo son “estrés” y “tensión”, (con el objetivo de reducirlos), en este sentido, se ha de entender la

utilización de este concepto propio de la psicología como una ligadura o un vínculo. Sin embargo, debe ser tomado en referencia al sentido que se le ha otorgado en la teoría o modelo de procedencia, ya que cualquier variación sería del todo equívoca y no cumpliría su función de procurar los nexos, a través de los cuales se podrían construir conceptos propios para la enfermería, omitiendo, además, la universalidad que debe caracterizar a la Ciencia.

### 2.3 Definición de Términos

- a) **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.
- b) **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.
- c) **Control de Crecimiento y Desarrollo:** Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar, evaluar 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, intervención y referencia, disminuyendo deficiencias y discapacidades en el futuro.

- d) **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 éstos, transitorios o definitivos.
- e) **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.
- f) **Factores Condicionantes de la Salud y Desarrollo del Niño:** Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psico emocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.
- g) **Factores de Riesgo:** Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso mórbido o incluso mortal. Estos factores de riesgo sumándose unos a otros pueden aumentar el efecto aislado de cada uno de ellos produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.

- h) **Cadera Luxable:** la cabeza de fémur se encuentra en el acetábulo pero puede ser desplazada completamente con una maniobra para después volver a reducirse.
- i) **Cadera Luxada:** la cabeza de fémur se encuentra completamente desplazada del acetábulo
- j) **Cadera Subluxada:** la cabeza femoral se encuentra dentro del acetábulo pero se puede provocar su desplazamiento sin sacarlo de esta cavidad completamente.
- k) **Displasia Acetabular:** está caracterizada por un acetábulo plano e incontinente y puede resultar en subluxación o luxación de la cabeza femoral.
- l) **Desarrollo de Displasia de Cadera (DDC):** comprende un espectro de anomalías que afectan la cadera del niño incluyendo la displasia acetabular y la mal posición de la cabeza femoral la cual va de un rango de leve subluxación hasta dislocación fija.
- m) **Cuadrantes de Putti:** formados por el entrecruzamiento de las líneas de Hilgenreiner y la de Perkins. La cabeza femoral se debe encontrar en forma normal en el cuadrante ínfero medial formado por las líneas de Hilgenreiner y de Perkins.
- n) **Línea de Hilgenreiner:** es una línea que se dibuja horizontalmente y que une los cartílagos trirradiados de la pelvis.

- o) **Línea de Perkins:** es una línea que pasa por el borde lateral de cada acetábulo y se dibuja perpendicularmente a la línea de Hilgenreiner.
- p) **Línea de Shenton:** es una línea curvilínea. Está definida por el borde medio de la cabeza femoral y el borde superior del foramen obturador. Un rompimiento de la línea de shenton sugiere desplazamiento de la cabeza femoral del hueso acetabular.
- q) **Maniobra de Barlow:** se utiliza para comprobar la luxabilidad de una cadera reducida. Consiste en colocar al niño en decúbito supino con las caderas en abducción a 45 grados mientras una cadera fija la pelvis, la otra se movilizará suavemente en aducción y abducción intentando deslizarla sobre el borde acetabular; con la finalidad de luxar la cadera. Con la cadera en aducción, el clínico empuja con su pulgar el cuello del fémur hacia afuera y hacia atrás mediante una presión axial sobre la diáfisis y luego reduciéndola en abducción. Se aconseja explorar cada lado por separado.
- r) **Maniobra de Ortolani:** se usa para comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. Con el paciente en decúbito supino, el médico flexiona las caderas y rodillas a 90 grados del niño, con el propósito de pinzar la cara interna del muslo entre el pulgar, el segundo y tercer dedo del explorador; esto comprimirá el relieve del trocante. Posteriormente, el muslo se abduce y se extiende con los dedos segundo y tercero presionando así, el trocánter hacia dentro en dirección al borde acetabular. Si se comprueba luxación, la cadera se reduce y en ese momento el clínico sentirá un clic fuerte y se evidenciará el resalte del muslo cuando se alarga.

- s) **Marcha Tipo Duchene:** en la DDC unilateral en un niño al caminar produce un patrón de marcha anormal (claudicante) cuando el problema es bilateral el patrón de marcha se describe como “contoneándose” o “de pato”.
  
- t) **Pliegues:** colocando al niño en decúbito supino se observa la asimetría de los pliegues glúteos y de los muslos, o en las niñas la desviación de la vulva.
  
- u) **Sistema de Referencia y Contra referencia:** se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a los pacientes, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.
  
- v) **Detección precoz:** empleo de los recursos clínicos necesarios, así como de las exploraciones complementarias, para diagnosticar una enfermedad o deficiencia de forma temprana en una fase inicial.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de Historias Clínicas (edad y diagnóstico), revisión de datos de la unidad de estadística y epidemiología del Hospital de Apoyo Pichanaki durante los años 2015 y 2016. Estos datos son coherentes y están relacionados al tema de estudio

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

**Autorización:** se solicitó la autorización respectiva a la jefatura de enfermería, a fin de tener acceso a los registros e historias clínicas.

**Recolección de datos:** Se coordinó con el responsable de la Unidad de Estadística de la Red de Salud Pichanaki para la obtención de datos de. Luego se revisaron las historias clínicas y los datos de la unidad de estadística y epidemiología del Hospital de Apoyo Pichanaki durante los años 2015 al 2016. Se consolidaron los datos de los pacientes lactantes que fueron diagnosticados con Displasia de Cadera después de nuestra oportuna evaluación y referencia.

**Procesamiento de datos:** el procesamiento de datos se realizó elaborando un consolidado sobre los pacientes lactantes que continúan acudiendo a sus controles de crecimiento y desarrollo. Este consolidado fue extraído de los datos de la unidad de estadística y epidemiología del Hospital de Apoyo Pichanaki durante los años 2015 al 2016

**Resultados:** los resultados son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: entrelazamos los datos y resultados que se encontraron en la investigación con los datos o información de la base teórica y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

### **3.2 Experiencia profesional**

Ingresé a laborar el 01 de Febrero del 2013 en el Área del Articulado Nutricional, servicio de Crecimiento y Desarrollo en el Consultorio N° 1. Desde la fecha que ingresé a laborar en el consultorio N° 1 de Crecimiento y Desarrollo siempre me he mantenido en dicho consultorio, además que apoyo con lo que es el manejo de Promoción de la Salud dentro del Articulado Nutricional en la meta de Familias que desarrollan prácticas y estilos de vida saludables dentro de su comunidad.

En el año 2016, a partir del mes de Febrero me dan la encargatura como coordinador del Articulado Nutricional de la Red de Salud Pichanaki y lo vengo asumiendo con toda la responsabilidad que me caracteriza como Licenciado en Enfermería, y sin duda mi meta es seguir creciendo como profesional para realizar las gestiones respectivas en beneficio del articulado y sobre todo brindar una atención de calidad y calidez a nuestros pacientes con todo el equipo de trabajo que se cuenta, que son ellos a quienes nos debemos.

En los consultorios de Crecimiento y Desarrollo de la Red de Salud Pichanaki se atiende a diario en promedio de 16 a 18 niños entre lactantes y no lactantes por consultorio, en la cual, el profesional de enfermería realiza la medición antropométrica, y al momento de la evaluación física se encuentra a un porcentaje del 2% del total de atendidos que tienen alguna patología por descartar, como es la sospecha de posible Desarrollo de Displasia de Cadera y otras patologías. No obstante, la intervención que realizamos los profesionales de enfermería es de REFERIR OPORTUNAMENTE para su descarte a

otro profesional de mayor competencia, siendo éste el Pediatra, el único que cuenta la Red de Salud Pichanaki. Cabe resaltar que el Pediatra sólo trabaja 15 días en la Red y luego ya no contamos con Pediatra.

Las personas que más acompañan a los niños y niñas que acuden a su control de crecimiento y desarrollo son las madres, y pocas veces es acompañada con el papá del niño o la niña.

Algunas madres muestran interés por conocer cómo va el crecimiento y desarrollo de su niño(a) y se les brinda algunas alternativas de solución en caso de que existiera la presencia de algún trastorno de su desarrollo, pero otras madres piensan que el control de crecimiento y desarrollo solamente involucra el saber su peso y talla de su hijo, nada más.

### **Descripción del área laboral**

El Hospital de Apoyo Pichanaki fue inaugurado el 31 de Mayo del año 1990 como Hospital II-1, actualmente cuenta con más de 85,230 adscritos, brindando prestaciones de salud en los servicios de Emergencia, Consulta Externa, Hospitalización, Centro Quirúrgico, Centro Obstétrico y sus especialidades: Medicina General, Cirugía, Pediatría, Ginecología, Anestesiología, Traumatología, Radiología (Rayos X, Ecografía, Patología (Laboratorio), Enfermería, Odontología, Obstetricia, Psicología, Farmacia y Tópico. Además de Programas Estratégicos como son Etapa Vida Niño (CRED, ESNI), ESNMPN, VIH-TBC, ESNEMYZ, No Transmisibles, PROMSA, EPIDEMIOLOGÍA, SALUD DE LAS PERSONAS, CONTROL VECTORIAL, CÁNCER DE CUELLO UTERINO, PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

De todos los servicios brindados, el informe describe lo concerniente al servicio brindado en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo. En cuanto a la infraestructura existen 4 consultorios de Crecimiento y Desarrollo, un ambiente de Triage que es compartido con la Estrategia de Materno perinatal.

### **Número de Recursos Humanos del Área:**

En de Crecimiento y Desarrollo trabajamos 6 Licenciados en Enfermería y un personal técnico (con turnos de 7:30 am – 13:30 pm). De los 6 profesionales de enfermería, 3 son contratados por la modalidad de CAS y 3 somos nombrados.

- Un licenciado en enfermería (nombrado), lleva la jefatura de Salud de las Personas y Epidemiología.
- Una licenciada en enfermería (nombrada), lleva la jefatura de Servicios de Salud, Calidad y también apoya en las atenciones de Crecimiento y Desarrollo.
- Un licenciado en Enfermería (nombrado), lleva la Coordinación del Articulado Nutricional, PROMSA del Área Niño, y también realiza atenciones en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo.
- Las 3 licenciadas en enfermería y la técnica en enfermería, contratadas por CAS, se dedican exclusivamente a la atención de Crecimiento y Desarrollo. Así mismo, desarrollan múltiples funciones dentro del Articulado Nutricional.

### **Funciones desarrolladas en la actualidad**

#### **a) Área Asistencial**

- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el paciente.
- Registrar en la Historia Clínica las medidas antropométricas como son el peso, la talla, perímetro cefálico, temperatura, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y presión arterial
- Registrar en la Historia Clínica la edad del niño(a), número de control de CRED, hacer un examen físico céfalo caudal y próximo distal de calidad, registrar signos de sospecha de un posible caso

de Desarrollo de Displasia de Cadera, y otras patologías que se puedan identificar para luego referirlo oportunamente.

- Registrar los diagnósticos de Crecimiento y Desarrollo concordantes con la ganancia de peso y talla. Además, realizar una evaluación según el registro por cada edad.
- Revisar el control anterior de CRED, para seguir la secuencia de intervenciones de enfermería en cuanto a realizar nuevamente las evaluaciones que no se cumplió en el control anterior, continuar con la suplementación, referir a especialista, referir a vacunas, referir a odontología, entre otras actividades.

#### **b) Área Administrativa**

- Planificar, ejecutar y controlar a todos los niños que acuden para su control de crecimiento y desarrollo.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias.
- Diseñar, implementar, evaluar y participar en programas de evaluación de la calidad de las actividades de enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas de la composición del trabajo de equipo de enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de CRED para mantener y mejorar los servicios brindados.
- Gestionar las referencias para cada caso

### c) Área Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de salud.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Coordinar capacitaciones para los SERUMS e internas de enfermería que rotan por el servicio de CRED.
- Impartir docencia en el puesto de trabajo.

### c) Área Investigativa

En el área de investigación, aún no se desarrollan investigaciones, pero se cuenta con guías, protocolos y manuales que se encuentran en constante revisión y actualización.

### 3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Para el desarrollo del presente informe describo una situación relevante de una paciente no lactante de 2 años y 10 meses de edad que ingresa el 5 de Febrero del 2014, cuando tenía 1 mes, al servicio de Crecimiento y Desarrollo del Articulado Nutricional en el Hospital de Apoyo Pichanaki para realizar su control correspondiente a su edad. Dicho control fue realizado por un profesional de enfermería.

Según el reporte en la Historia Clínica de N° 132055 de la niña Daniela Yeudiel Chagua Cantalicio, al examen físico céfalo caudal y próximo distal aparentemente se encontraba muy bien con diagnóstico de Crecimiento y Desarrollo NORMAL. En el llenado de la hoja de atención de la Historia Clínica se observa que dice que *presenta asimetría de pliegues cutáneos*; el cual es uno de los factores de sospecha de Desarrollo de Displasia de Cadera, aunque no necesariamente. Según la mamá de la niña, la Sra. Yesenia Cantalicio Castro, refiere que le preguntó al profesional de

enfermería si esa asimetría es normal o no; y el profesional de enfermería le dijo que si era normal y que va a desaparecer con el tiempo.

La Sra. Yesenia, mamá de Daniela, como toda madre responsable, continuaba llevándola al Hospital Pki para sus demás controles de CRED de los 2 y 3 meses de edad, y le manifestaban que estaba creciendo y desarrollando muy bien, con ganancia adecuada de peso y talla para la edad y respondiendo muy bien al examen de desarrollo de psicomotor. En los dos últimos controles de CRED, de 2 y 3 meses de edad, la Sra. Yesenia se percató que esos pliegues eran más prominentes y se notaba cada vez más y más. No obstante, esa asimetría de pliegues mantenía a la mamá de Daniela muy preocupada pensando que podría tratarse de un problema en el desarrollo de sus piernas.

Cabe la coincidencia, que cuando Daniela tenía 3 meses de edad, llegaron especialistas de Lima a una Clínica Particular de nuestra ciudad, entonces la Sra. Yesenia decide llevarla para que la evalúen. Fue entonces que le hicieron un examen físico y le sacaron una placa radiográfica, y los médicos diagnosticaron que tenía Desarrollo de Displasia de Cadera, le sugirieron que la lleve a Lima para que inicie tratamiento.

La Sra. Yesenia buscó apoyo en el Hospital de Apoyo Pichanaki para que la puedan referir a su hija a otro establecimiento de mayor capacidad resolutive, siendo éste el Hospital del Niño de la capital. Daniela fue evaluada por especialistas de dicho establecimiento, y le dijeron *QUE NO TENÍA NADA*. La Sra. Yesenia muy preocupada y no convencida de la respuesta que le dijeron, buscó la opinión de otro especialista en un consultorio particular; y le dijeron lo mismo, Daniela está sanita, no se preocupe. La Sra. Yesenia, angustiada e indignada por lo que le decían, logró conseguir una atención en el

HOGAR CLÍNICA SAN JUAN DE DIOS. El especialista que la atendió le pidió algunos exámenes auxiliares como es placa Radiográfica de Pelvis y Cadera y sin dudarlo, le diagnosticaron a Daniela que tenía Desarrollo de Displasia de Cadera Izquierda. Fue así que el especialista le recomendó que le mandara hacer un pañal de abducción especial de acuerdo a la edad de Daniela, sin embargo, la Sra. Yesenia hizo caso omiso a la recomendación de especialista y se compró uno ya hecho. Ese pañal que le había comprado, no le había ayudado en nada, mas por el contrario, agravó más aun el desarrollo de displasia de cadera, la mamá no sabía que hacer. Para ese entonces Daniela ya tenía 7 meses de edad.

La Sra. Yesenia decide volver nuevamente en el especialista que estaba tratando a Daniela, le mandó nuevamente hacerle los exámenes auxiliares, y el especialista le manifestó que la cadera de Daniela está luxada, que por lo tanto, tiene que ser intervenida quirúrgicamente. Es así que un 18 de Agosto del año 2014, Daniela es intervenida en el quirófano para que le puedan hacer REDUCCIÓN DE VÍA ADUCTORA IZQUIERDA. Queda enyesada de ambos miembros inferiores dejando libre la zona pélvica y perineal.

El tiempo que pasó Daniela enyesada, fue de 8 meses, y por esa razón ya no acudió a sus controles de CRED desde los 9 meses hasta el año y 5 meses de edad, como puede apreciarse en la tarjeta de control de CRED.

Nuevamente, un 22 de Abril del año 2015, Daniela es llevada por su mamá al Hogar Clínica San Juan de Dios de Lima para reevaluación por especialista, quien refiere que Daniela se ha recuperado y que ya le pueden retirar el yeso. Es así, que Daniela vuelve acudir nuevamente a los consultorios de CRED de nuestro

Hospital Pichanaki siendo el 12 de Junio del 2015, y de ahí en adelante viene acudiendo puntualmente a sus controles de CRED.

Factores de riesgo que presentó Daniela:

- Sexo: femenino
- Peso al nacer: 4.030 gr
- Talla : 53cm
- Madre Primeriza
- Edad gestacional: 40 ss.
- Asimetría de pliegues inguinales presentes
- Miembro afectado: MM.II. Izquierdo

De los casos que vengo haciéndole seguimiento son 3 niños más que a continuación detallo:

#### **1. Huamaní Chipana Jedalys**

- Historia Clínica: 139663
- Edad: 1 año 1 mes
- Sexo: femenino
- Peso al nacer: 2950 gr
- Talla al nacer: 48 cm
- N° de embarazo: primero
- Complicaciones: Ruptura Prematura De Membranas
- Controles de CRED:
  - 3-11-2015      1er CRED/RN, 8 días de edad
  - 10-11-2015    2do CRED/RN, 15 días de edad
  - 17-11-2015    3er CRED/RN, 21 días de edad
  - 26-11-2015    1er CRED, 1 mes de edad
  - 26-12-2015    2do CRED, 2 meses de edad
  - 26-03-2016    5to CRED, 5 meses de edad

Se evalúa a la niña y observan asimetría de pliegues cutáneos y le sugieren que le hagan el descarte de Displasia de Cadera, haciendo la interconsulta con el Pediatra.

- 26-05-2016 6to CRED, 7 meses de edad  
Mamá refiere que lo llevó al especialista en la ciudad de Lima y le hizo los exámenes auxiliares como es Radiología, y el resultado fue que tenía Desarrollo de Displasia de Cadera Derecha Leve, e inició tratamiento indicado.
- 08-06-2016 7mo CRED, 8 meses de edad  
Continúa con tratamiento para corregir la Displasia, utilizando el Arnes De Pavlik.
- 27-07-2016 8vo CRED, 9 meses de edad  
Niña cumple con tratamiento indicado, es evaluado nuevamente por especialista y señala que tiene que continuar con tratamiento.
- 11-08-2016 9no CRED, 9 meses de edad  
Continúa con asimetría de pliegues cutáneos al examen físico, y sigue con tratamiento.
- 26-08-2016 10mo CRED, 10 meses de edad  
Continúa con tratamiento.
- 26-09-2016 11avo CRED, 11 meses de edad  
Continúa con tratamiento.
- 02-11-2016 1er CRED; 1 año de edad  
Continúa con tratamiento.
- CITA: 26-12-2016.

## 2. Meza Ramos, Josué Álvaro

- Historia Clínica: 141812
- Edad: 7 meses
- Sexo: masculino
- Peso al nacer: 4130 gr
- Talla al nacer: 53 cm
- N° de embarazo: primero
- Complicaciones: ninguna
- Controles de CRED:
  - 19-04-2016      1er CRED/RN, 3 días de edad
  - 23-04-2016      2do CRED/RN, 7 días de edad
  - 30-04-2016      3er CRED/RN, 14 días de edad
  - 07-05-2016      4to CRED/RN, 21 días de edad
  - 16-05-2016      1er CRED, 1 mes de edad
  - 16-06-2016      2do CRED, 2 meses de edad
  - 16-07-2016      3er CRED, 3 meses de edad
  - 16-08-2016      4to CRED, 4 meses de edad

Se evalúa a la niña y observan asimetría de pliegues cutáneos

- 16-09-2016      5to CRED, 5 meses de edad
- 16-10-2016      6to CRED, 6 meses de edad
- 16-11-2016      7mo CRED, 7 meses de edad

Padres del niño lo llevaron en especialista para evaluar a su hijo, le sacaron una placa de Rayos X, y refiere que no hay Desarrollo de Displasia de Cadera.

- CITA: 16-12-2016.

Como se puede observar, la tendencia es más en el sexo femenino y en madres primerizas.

## **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA:**

### **VALORACIÓN:**

Se comenzó con la observación y valoración según los 11 Patrones Funcionales de M. Gordon y con la realización de entrevistas diarias con los padres, valoración de las tomas de lactancia materna y sus complicaciones y exploración física en cada control. Así, comenzamos a elaborar el plan de cuidados.

Por ello, abordamos el caso con un plan de cuidados integral e individualizado, tanto para prevenir y minimizar las complicaciones derivadas de la patología en Daniela como para educar a los padres en los cuidados de la pequeña en el domicilio como agentes de autocuidado principales.

### **Valoración general**

Dentro de los diferentes marcos existentes para la valoración enfermera de los pacientes, en este caso se han utilizado los 11 patrones funcionales de salud de Marjory Gordon.

- **Percepción: control de la salud:** la paciente se va a encontrar limitada en muchos movimientos por el arnés durante las 24h del día, al igual que sometida a las diferentes presiones y fricciones que ejercen las cuerdas del mismo sobre su piel.
- **Nutricional- metabólico:** la fase inicial de tratamiento con el arnés implica estar 24h con unas presiones mantenidas sobre la piel con riesgo de deterioro de la integridad cutánea. A su vez, la madre refiere dificultades para engancharla al pecho puesto que la posición en la que se encuentra la lactante no es la más idónea. A ello se le suma la estancia en neonatos que hace que no se establezca de forma precoz

la lactancia materna puesto que la madre no puede permanecer 24h junto a su hija al ser dada de alta con anterioridad al bebé, llegando a ser en ocasiones insuficiente.

□ **Eliminación:** la paciente mantiene un patrón de eliminación normal sin verse alterado por las circunstancias de su tratamiento.

□ **Actividad-ejercicio:** al estar 24h inmovilizada y manteniendo la abducción de caderas, Daniela presenta una disminución de la movilidad dentro de su periodo de desarrollo.

□ **Sueño- reposo:** el descanso entre tomas y el sueño no se ve alterado en ningún momento por el tratamiento a seguir.

□ **Cognitivo- perceptivo:** al observar a la paciente apreciamos que no se queda tranquila entre las tomas y que hay que hacerle cambios posturales con frecuencia cambiando los puntos de apoyo porque se pone irritable con facilidad.

□ **Autopercepción- auto concepto:** no se puede valorar alteración en la lactante en este patrón.

□ **Rol- relaciones:** la niña desde el nacimiento se queda ingresada en neonatos, situación con la que no contaban los padres, por lo que existe una ruptura del vínculo madre- hija , que se manifiesta en los padres con nerviosismo, ansiedad e incluso diferencia de opiniones en cuanto a los cuidados de la bebé.

□ **Sexualidad- reproducción:** este patrón no se ve alterado en Daniela.

□ **Afrontamiento- tolerancia al estrés:** al diagnóstico de la displasia de caderas se le suma la infección y la prolongación del ingreso hospitalario. La suma de los

diferentes acontecimientos y tratamientos hace que los padres se sientan estresados y con dificultades en el inicio del cuidado del bebé.

□ **Valores y creencias:** este patrón no se ve alterado en Daniela.

### **Planificación y ejecución de los cuidados**

Tras la valoración se detectan los problemas, identificando los siguientes diagnósticos según la clasificación NANDA:

1. Deterioro de la movilidad física relacionado a prescripción de restricción de movimientos.
2. Riesgo de lesión relacionado a alteración de la movilidad
3. Riesgo de retraso en el desarrollo, relacionado a trastornos congénitos.
4. Lactancia materna ineficaz relacionado a Interrupción de la lactancia materna.

### **INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA:**

- Terapia de ejercicios, movilidad articular.
- Monitorización de las extremidades inferiores.
- Fomento del ejercicio: estiramientos
- Identificación de riesgos.
- Cuidados perineales.
- Prevención de úlceras por presión.
- Vigilancia de la piel.
- Asesoramiento en la lactancia.
- Cambio de posición.
- Fomentar el apego.
- Cambio de posición y masajes
- Estimulación de la integridad familiar: familia con niño.

En calidad de enfermero de la especialidad de Crecimiento, Desarrollo y Estimulación Temprana en la Primera Infancia puedo afirmar que los cuidados de enfermería con profesionalismo y trato humanizado, y la adecuada educación a los familiares de la paciente son de suma importancia en la prevención de la complicación de la Displasia de Cadera y a disminuir también los riesgos de lesión a la piel relacionado a la alteración de la movilidad; ya que de esta manera se contribuye al bienestar de la paciente y también disminuyen los gastos sanitarios.

### **Innovaciones - Aportes**

- ❖ Se logró involucrar la participación e intervención del equipo de trabajo en el servicio de Crecimiento y Desarrollo brindando un trato humanizado al paciente lactante y no lactante menor de 1 año, y una atención de calidad y calidez con el objetivo de cumplir con las expectativas que cada madre y/o padre espera por parte del profesional de enfermería que controla y evalúa a su hijo. Esa calidad de servicio ofertada, hace que los padres se muestren interesados por volverlo a llevar nuevamente a su control de CRED a la Institución Prestadora de Servicios de Salud para conocer cómo se encuentra su estado nutricional y sobre todo, como se encuentra en la evaluación de su desarrollo psicomotor. No obstante, la demanda de pacientes que tenemos supera las expectativas del profesional que atiende CRED, haciendo que nosotros seamos responsables de atender a todos los pacientes que acuden al servicio y no dejar que ninguno de ellos se quede sin su control de crecimiento y desarrollo, y mucho menos las madres que acuden desde las zonas rurales, ya que ellas hacen un esfuerzo denodado en traerlos a sus niños para hacerle su control de Crecimiento y Desarrollo.

- ❖ Se implementó en el pasadizo de los consultorios de CRED con una buena señalización y un televisor, pantalla plana, que nos facilitó el Programa NUTRI WAWA, y que a través de dicho televisor se está difundiendo algunas enfermedades congénitas que pueda adquirir en el período de embarazo o desarrollarlas después del embarazo, como es el CASO PROBABLE DE DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA, el cual puede ser identificado por el profesional de enfermería y referirlo oportunamente, entre otros. Así mismo, programas educativos sobre la importancia de la Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses de edad del niño, la alimentación complementaria, la importancia de acudir puntualmente a los controles de Crecimiento y Desarrollo. Además insistir a los padres que el control de Crecimiento y Desarrollo no sólo es la medición de su peso y talla; sino que implica muchas intervenciones del profesional de enfermería hacia su hijo. No obstante, el equipo de trabajo nos hemos dado cuenta que el televisor es un buen distractor educativo por supuesto, y que las madres de los niños ya no están estresadas por lo que dicen, ¿a qué hora me llamará la licenciada?
- ❖ Se logró incrementar la demanda de pacientes debido a dos puntos muy importantes: Primero: los recién nacidos son atendidos en primera fila debido a que se corre el riesgo de enfermar por la misma edad del RN, y también por el estado de salud de la madre quien viene recuperándose después de un momento traumático que atravesó en el momento del parto, ya sea a través del parto natural o por cesárea. Segundo: las mamás que tienen hijos de un mes en adelante ya saben aproximadamente a qué hora les va a tocar su turno para hacerle su control de CRED, porque nuestra institución prestadora de servicios de salud ya viene repartiendo cupos un día antes de la atención desde el mes de Julio del presente año. No obstante, el reporte de Infecciones Respiratorias

Agudas ha disminuído, porque antes las mamás venían con sus hijos a las 3 ó 4 de la mañana para alcanzar un cupo de CRED, y poder controlar a su hijo en dicha Institución.

- ❖ El aporte más relevante que pudiera dar sería lo siguiente: identificar claros factores de riesgo en caso de sospecha de desarrollo de displasia de cadera, mejorar las técnicas de evaluación realizando las maniobras de Ortolani y Barlow realizados por el profesional de enfermería en los consultorios de CRED, y además incluir dentro de la norma técnica de crecimiento y desarrollo el *EXAMEN AUXILIAR DE RADIOLOGÍA, EN CADERAS, PAGADO POR EL SIS, A TODO NIÑO O NIÑA EN EL INTERVALO DE 3 A 6 MESES DE EDAD*, para que el especialista pueda descartar oportunamente un caso probable de desarrollo de displasia de cadera.

### **Limitaciones para el desempeño profesional**

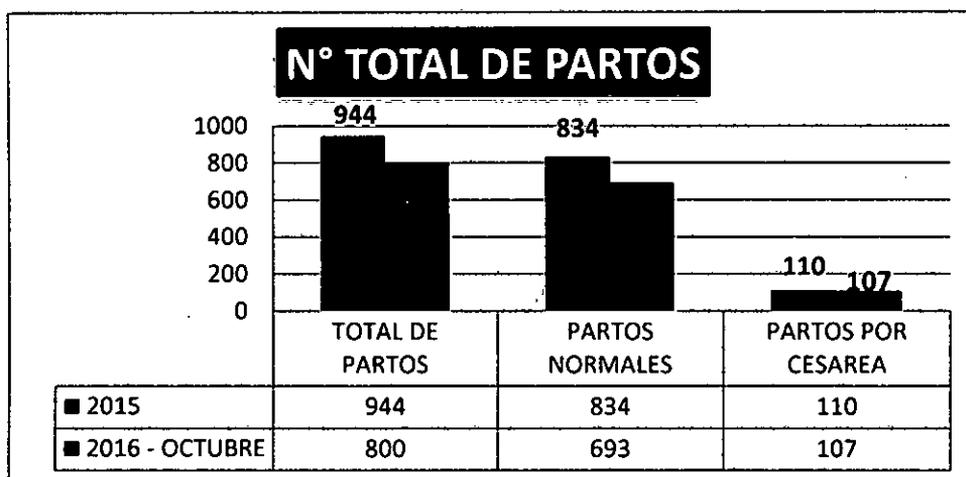
- ❖ Alta demanda de pacientes que acuden al Hospital Pichanaki para control de Crecimiento y Desarrollo.
- ❖ Tiempo promedio de atención por cada niño, es de 15 a 20 minutos; sabiendo que por Norma Técnica el tiempo adecuado a emplear por cada niño(a) debería de ser 45 minutos.
- ❖ Demasiada recarga administrativa, es decir, dentro del servicio de CRED, existen diferentes formatos dentro de la Historia Clínica que se tiene que llenar y presentar a diario como son: hoja de atención, la hoja del Plan De Atención Integral de Salud, Hoja de Datos Generales, la hoja de alimentación, las gráficas de Crecimiento que son 4, la hoja de Evaluación del Desarrollo. Además, llenar la tarjeta de control de CRED y Vacunas de la niña y el niño, llenar el Registro propio de CRED, llenar la Ficha Única De Atención (FUA) del SIS para cumplir la meta del SIS CAPITADO, llenar el Formato

- SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional), llenar la Hoja HIS, llenar las hojas del vaso de leche, entre otros.
- ❖ Durante el mes salimos 4 veces a realizar Atenciones Integrales de Salud a diferentes localidades, *fuera de nuestro turno*, para mantener buenas coberturas de atención, ya que éstas localidades se encuentran lejos, y que por ese motivo muchas madres no acuden por razones económicas a la Institución prestadora de Servicios de Salud para realizar el control de sus hijos.
  - ❖ Falta de conciencia y bajo grado de instrucción de los padres de familia en cuanto a promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
  - ❖ Nuestra institución prestadora de servicios de salud cuenta con un sistema deficiente de referencia y contra referencia para posibles casos de sospecha de DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA.
  - ❖ Sólo contamos con un Pediatra nombrado, que no es abasto para la cantidad de pacientes que acuden al servicio de Pediatría.
  - ❖ No contamos con Traumatólogo Pediátrico ni Ortopedista, pero si contamos con un Traumatólogo nombrado, que muy pocas veces o casi nunca aporta con la sospecha de un posible Desarrollo de Displasia de Cadera.
  - ❖ No contamos con datos estadísticos claros, porque hay poca notificación de éstos casos y no se le está dando la importancia del caso a éste tipo de enfermedades.
  - ❖ Finalmente, las limitaciones para realizar el presente informe fue el tiempo, debido a que estoy asumiendo la Coordinación del Articulado Nutricional y siempre te están llamando para reuniones, programación y evaluaciones dentro y fuera de nuestra jurisdicción.

#### IV. RESULTADOS

**CUADRO N° 4.1**

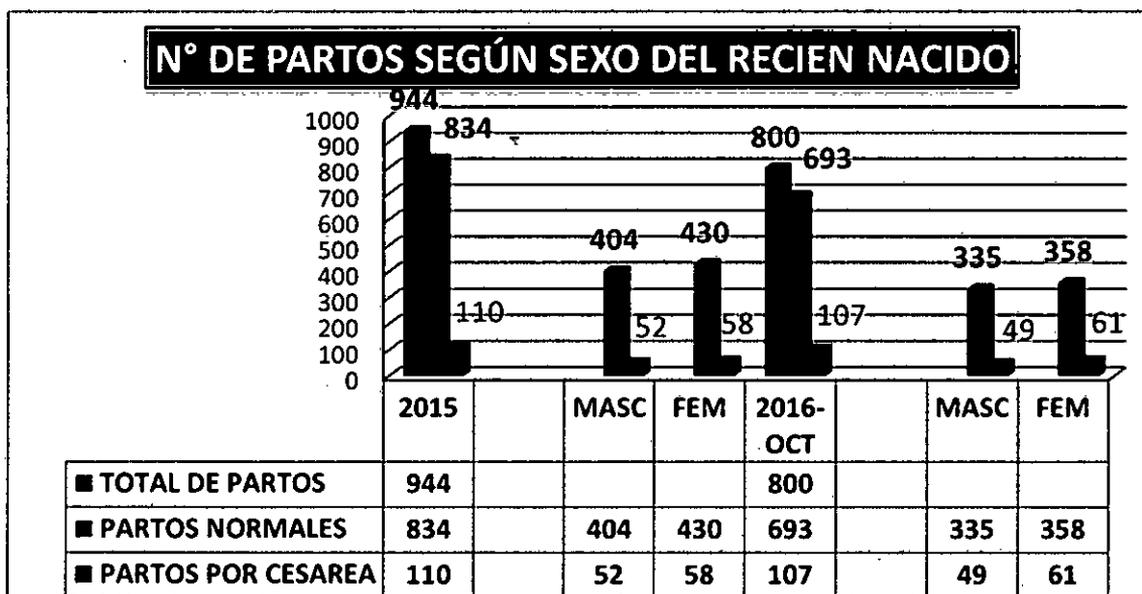
Número total de partos atendidos en Sala de Partos del servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Pichanaki en el periodo 2015 -2016.



Fuente: Oficina de Estadística e Informática  
RED DE SALUD PICHANAKI

**CUADRO N° 4.2**

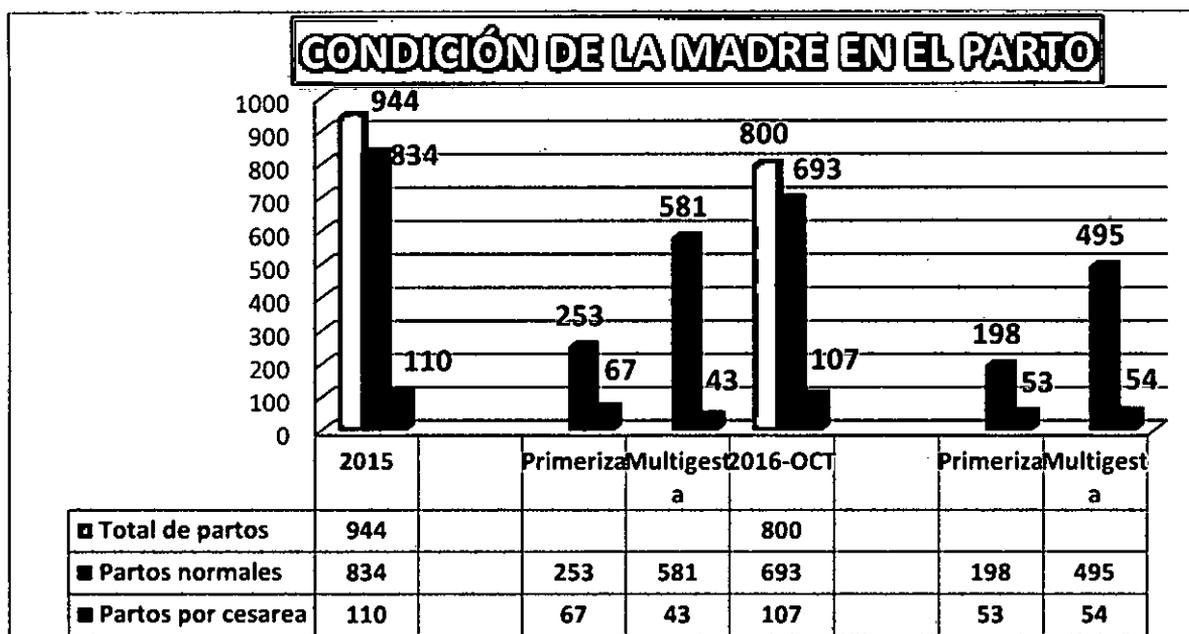
Número total de partos según sexo del Recién Nacido atendidos en Sala de Partos del servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Pichanaki en el periodo 2015 -2016.



Fuente: Oficina de Estadística e Informática  
RED DE SALUD PICHANAKI

### CUADRO N° 4.3

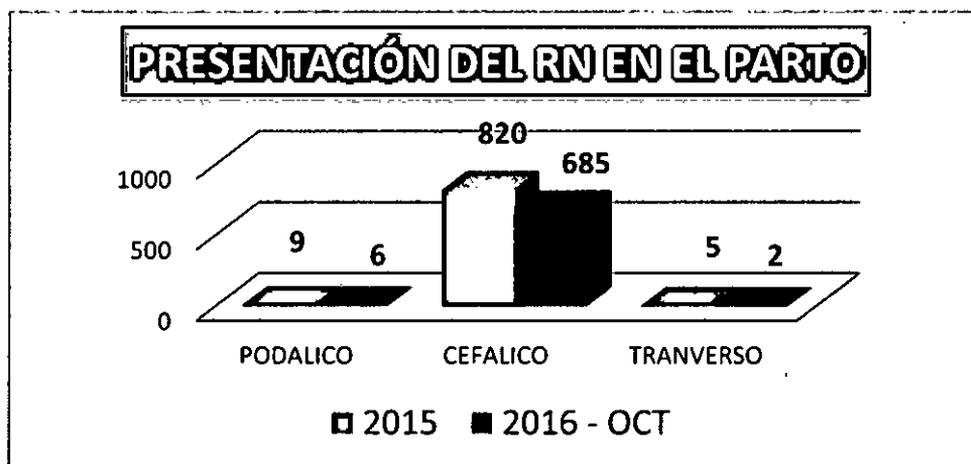
Número total de partos según la condición de la madre en relación a la primera gestación o varias gestaciones, atendidos en Sala de Partos del servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Pichanaki en el periodo 2015 -2016.



Fuente: Oficina de Estadística e Informática  
RED DE SALUD PICHANAKI

### CUADRO N° 4.4

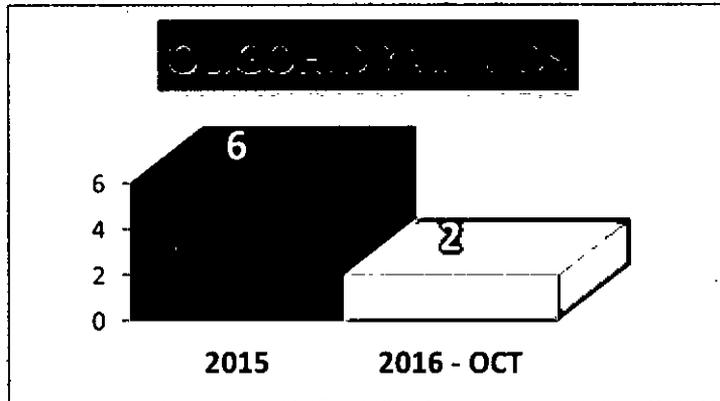
Número total de partos atendidos en Sala de Partos del servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Pichanaki en el periodo 2015 -2016, y su relación con la presentación del Recién Nacido.



Fuente: Oficina de Estadística e Informática  
RED DE SALUD PICHANAKI

### CUADRO N° 4.5

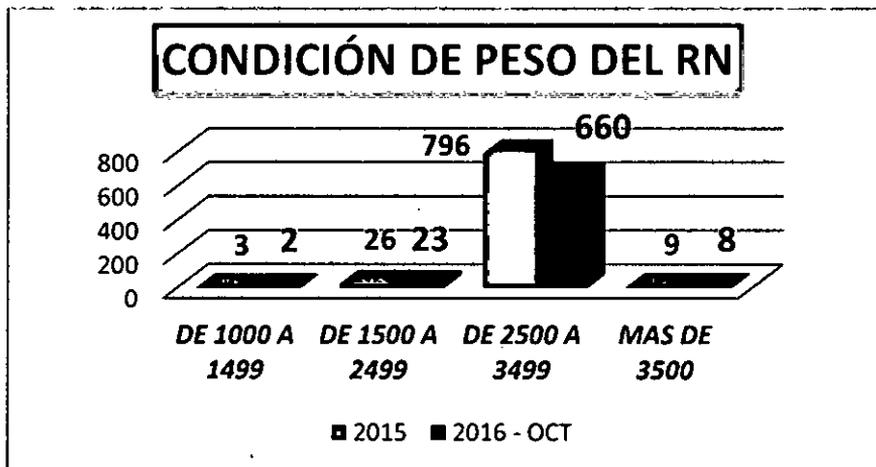
*Incidencia de Oligohidramnios, en relación al número total de partos atendidos en Sala de Partos del servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Pichanaki en el periodo 2015 -2016*



Fuente: Oficina de Estadística e Informática  
RED DE SALUD PICHANAKI

### CUADRO N° 4.6

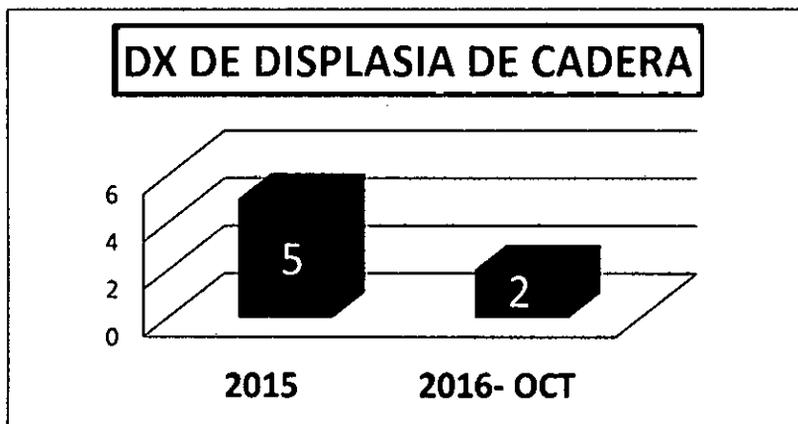
*Condición del peso del Recién Nacido en relación al número total de partos atendidos en Sala de Partos del servicio de Obstetricia del Hospital de Apoyo Pichanaki en el periodo 2015 -2016*



Fuente: Oficina de Estadística e Informática  
RED DE SALUD PICHANAKI

### CUADRO N° 4.7

*Incidencia de niños identificados con Displasia de Cadera en consultorios externos del servicio de medicina del Hospital de Apoyo Pichanaki en el periodo 2015 -2016*



*Fuente: Oficina de Estadística e Informática  
RED DE SALUD PICHANAKI*

## V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada permiten que el profesional de enfermería desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para realizar una evaluación de calidad, eficiente y segura, y referir oportunamente al paciente lactante menor de 1 año al especialista que amerite o a otra Institución Prestadora de Servicio de Salud de mayor capacidad resolutive cuando se logre identificar factores de riesgo en caso de sospecha de Desarrollo de Displasia de Cadera.
- b) La evaluación no bien hecha al niño menor de 1 año en los primeros días y meses de su vida, podría tener un impacto significativo a futuro en la calidad de vida del niño menor de 1 año si es que nosotros, como profesionales de enfermería, no identificamos oportunamente los factores de riesgo que puedan conllevar a un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera, que incluirían las restricciones físicas, como la deambulación o marcha principalmente, cambios en el estilo de vida y necesidad de adaptaciones a la sociedad. Para muchos de los niños o niñas, el aislamiento generado por su padecimiento y su respectivo tratamiento afectarían las interacciones sociales, lo que resultaría en sentimientos de soledad y confinamiento.
- c) El impacto de una buena evaluación a niños menores de 1 año realizada por el profesional de enfermería, ha hecho que se identifiquen esos factores de riesgo a través de la entrevista a la madre, un examen físico de calidad, el hecho de realizar las maniobras de Ortolani y Barlow, que por cierto nos falta un poco más de experiencia, entre otros; ha hecho que a través de lo ya mencionado se pudo referir oportunamente a varios niños que sospechábamos como probable caso de Desarrollo de Displasia de

Cadera y que de los cuales un porcentaje de ellos fueron Diagnosticados por especialistas de otras Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, que SI TENÍAN DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA y otro porcentaje de niños donde se descartó que no tenían dicha enfermedad pese a que existían factores de riesgo; pero nosotros como profesionales de enfermería cumplimos con nuestra labor de evaluar, identificar y referir oportunamente con el único objetivo de prevenir el DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA.

Hoy en día, esos niños que fueron diagnosticados con Desarrollo de Displasia de Cadera ya se encuentran recuperados totalmente y continúan viniendo a sus controles de CRED, y es una satisfacción para el equipo de enfermería. Otros continúan con tratamiento y estamos seguros que se van a recuperar.

- d) El profesional de enfermería si puede hacer prevención primaria del desarrollo de displasia de cadera.
- e) El diagnóstico temprano de la Desarrollo de Displasia de Cadera es un trabajo en equipo y multidisciplinario.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Todos los recién nacidos deben ser valorados mediante una exploración física de la cadera en su primera semana de vida por el profesional especializado de enfermería.
- b) Considerar en la hoja de atención de la Historia Clínica de todo niño o niña, los factores de riesgo que se pudieran identificar las cuales podrían asociarse a Desarrollo de Displasia de Cadera.
- c) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en realizar la exploración física intencionada mediante las maniobras de Ortolani y Barlow dentro del primer mes de vida del niño o niña. Éstas maniobras son de mucha utilidad hasta los 3 meses de edad del niño o niña; después de los 3 meses de edad hasta los 6 meses de edad se recomienda hacer otras evaluaciones como son el signo de Galeazzi entre otros.
- d) Implementar la enseñanza en el Pre y Postgrado y en el equipo de salud que atiende a recién nacidos y niños menores de 1 año, la cual debería de ser una búsqueda sistemática para descartar esta patología.
- e) No dejar de evaluar permanentemente en cada control de CRED a cada niño, las cuales deben estar basados en las experiencias del profesional de enfermería.
- f) Socializar el sistema de referencia y contra referencia a todo el equipo de salud de nuestra Red de Salud Pichanaki.
- g) Mejorar el sistema de información en la Unidad de Estadística e Informática para tener fácil acceso en cuanto a la incidencia de casos diagnosticados por los médicos como es el Desarrollo de Displasia de Cadera.

## VII. REFERENCIALES

- (1) MINISTERIO DE SALUD – PERÚ. “Norma Técnica de salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”.
- (2) Ministerio de Salud – Chile. “Normas Técnicas de Estimulación y Evaluación del Desarrollo Psicomotor del menor de 06 Años”. 2004.
- (3) Arrmon K, Gilding A, TuckerK, Maclver D. Trust Guideline for Developmental Dysplasia of the Hip (DDH) Norfolk and Norwich University Hospital (NHS) 2006:2-9
- (4) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2010. GINEBRA. SUIZA. pg 12,-24, [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)  
Consultado el 2/11/16
- (5) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. ESTADÍSTICAS SANITARIAS MUNDIALES 2010. GINEBRA. SUIZA. pg 107 [http://www.who.int/whosis/whostat/ES\\_WHS10\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf)  
Consultado el 2/11/16.
- (6) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ESTADÍSTICAS.2008  
[http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&task=view&id=2470&Itemid=2003](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=2470&Itemid=2003) consultado el 4/11/16
- (7) ONU “OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO”. Tomado el 28-11-09 disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>
- (8) MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo en el niño y niña menor de 5 años. 2010.
- (9) MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo en el niño y niña menor de 5 años. 2010.
- (10) Carlos A Vidal Ruíz, Jelitze Sosa Colomé. Factores predisponentes para la presencia de displasia del desarrollo de la cadera. Revista Mexicana de Ortopedia Pediátrica (internet) Vol. 15, Núm. 1 Enero-Junio 2013 pp. 6-8 (consultado ...) Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/opediatria/op-2013/op131b.pdf>.
- (11) María José Cuenca F, Paola Andrea Gordillo. Prevalencia de displasia de cadera en desarrollo diagnosticadas por radiología convencional en niños y niñas de 9 a 12 meses del Hospital Castanier creso. Azogues, enero – diciembre 2013.

- (12) MARTÍNEZ CHUQUIPATA, Vanessa (Lima – Perú 2011), realizó el estudio “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”
- (13) BERMÚDEZ M., Nelly M. Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente crecimiento y desarrollo de los centros de salud de la dirección de salud V-2003. Tesis para optar el título de Licenciatura en Enfermería. UNMSM. 2004.
- (14) LEPE ALARCÓN, Carlos Sebastián y LORCA SUAREZ, Javiera Andrea (Santiago – Chile 2012), realizaron el estudio “Descripción del Desarrollo Psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con Displasia Luxante de Cadera que son tratados con correas de Pavlik en el Hospital Roberto del Rio”
- (15) CABALLERO SAKIBARU, Marina Midory (Lima - Perú 2016), realizó el estudio “Prevalencia y los factores predisponentes que se asocian a la Displasia del Desarrollo de cadera en los lactantes de 01 mes y menores de 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología Pediátrica del Hospital de Ventanilla durante el periodo Enero - Diciembre 2014”.
- (16) MINISTERIO DE SALUD – PERÚ. “Norma Técnica de salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años”.
- (17) Cano, A. (2010). Proceso del Cuidado de Enfermería. De intervenciones de enfermería Lic. Alejandro Cano Mejía docente de Uladech, Huaraz – Perú. Disponible en: <http://es.slideshare.net/Alejandrocanomerjia/intervenciones-de-enfermeriaa-canom>.
- (18) MINSA. Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo en el niño y niña menor de 5 años. 2010.
- (19) Lowell and Winters’s Pediatric Orthopaedics. Chapter 23. Stuart L. Weinstein: Developmental hip Dysplasia and Dislocation. Raymond T. Morrissy and Stuart L. Weinstein editors. Fifth edition, Volume 2, pag 906. Lippincott Williams and Wilkins, 2001.
- (20) Asociación española de Pediatría. Protocolos diagnósticos Terapéuticos de la AEP: neonatología. Disponible en: [www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia](http://www.aeped.es/documentos/protocolos-neonatologia).
- (21) CABALLERO SAKIBARU, Marina Midory (Lima - Perú 2016), realizó el estudio “Prevalencia y los factores predisponentes que se asocian a la Displasia del Desarrollo de cadera en los

lactantes de 01 mes y menores de 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología Pediátrica del Hospital de Ventanilla durante el periodo Enero - Diciembre 2014”.

- (22) Clinical Practice Guideline: Early Detection of developmental Dysplasia of the Hip. American Academy of Pediatrics. Pediatrics 2000; 105(4): 896-905.
- (23) Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2006. [consultado 21 de marzo de 2015]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Cadera.htm>
- (24) Sánchez Ruiz-Cabello FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En Recomendaciones PrevInfad / PAPPS [en línea]. Actualizado octubre de 2006. [consultado 21 de marzo de 2015]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Cadera.htm>.
- (25) American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement and Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. Clinical Practice Guideline: Early detection of developmental dysplasia of the hip. Pediatrics 2000; 105(4): 896-905.
- (26) American Academy of Pediatrics. Surgical Advisory Panel. Pautas para la remisión de pacientes a los especialistas quirúrgicos pediátricos. Pediatrics (ed. Esp) 2002; 54(1): 50-53.
- (27) R. L. Wesley (1997): Teorías y modelos de enfermería. McGraw-Hill Interamericana, México.

# **ANEXOS**

## Matriz de Informe de Experiencia Profesional

Determinación del problema	Objetivo	Marco Teórico	Experiencia Profesional	Resultados	Conclusiones	Recomendaciones
<p>Actualmente una de las grandes preocupaciones a nivel mundial es la situación de la Salud Infantil. Dentro de las actividades regulares del Ministerio de Salud, es la Evaluación de Crecimiento y Desarrollo (CRED) como componente de la Atención Integral de Salud de la niña y el niño según la Norma Técnica 040-MINSA en el 2006, y en la NTS 087-2010 RM 990-2010/MINSA para el control del CRED en la niña y el niño menor de 5 años; que tiene como finalidad contribuir a mejorar el desarrollo integral de la población infantil, a través de la evaluación oportuna y periódica del CRED, promoviendo la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos</p>	<p>Describir la "Intervención de enfermería en el control de Crecimiento y Desarrollo para referir y descartar oportunamente Displasia de Cadera en niños menores de 1 año en el Hospital de Apoyo Pichanaki, 2015-2016".</p>	<p><b>Antecedentes</b> CABALLERO SAKIBARU, Marina Midory (Lima - Perú 2016), realizó el estudio "Prevalencia y los factores predisponentes que se asocian a la Displasia del Desarrollo de cadera en los lactantes de 01 mes y menores de 12 meses evaluados en consultorio externo de Traumatología Pediátrica del Hospital de Ventanilla durante el periodo Enero - Diciembre 2014"</p> <p><b>Marco conceptual</b> <b>Teoría del Sistema Conductual de Dorothy Johnson - 2012</b>, promueve el "funcionamiento conductual eficiente y efectivo en el paciente para prevenir la enfermedad". Basó su modelo en la idea de Florence Nightingale acerca de que la enfermería está designada a ayudar a las personas a <b>prevenir</b> o</p>	<p><b>Recolección de datos</b> Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de historias clínicas de la unidad de estadística del Hospital de Apoyo Pichanaki, durante los años 2015 al 2016. Estos datos están relacionados al tema en estudio.</p> <p><b>Experiencia profesional</b> Ingresé a laborar el 01 de Febrero del 2013 en el Área del Articulado Nutricional, servicio de Crecimiento y Desarrollo en el Consultorio N° 1.</p>	<p><b>El cuadro 1.</b> nos muestra número total de partos llevados a cabo en forma natural y a través de cesáreas realizados en sala de partos del "Hospital de Apoyo Pichanaki" durante los años 2015 y 2016.</p> <p><b>El cuadro 2.</b> Podemos observar la tendencia de recién nacidos, en los dos últimos años, es mayor en el sexo masculino a comparación del sexo femenino, siendo el grupo del sexo masculino un total de 456 y de 488 del sexo</p>	<p>a) La experiencia profesional y la preparación adecuada permiten que el profesional de enfermería desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para realizar una evaluación de calidad, eficiente y segura, y referir oportunamente al paciente lactante menor de 1 año al especialista que amerite o a otra Institución Prestadora de Servicio de Salud de mayor capacidad resolutive cuando se logre identificar factores de riesgo en caso de sospecha de Desarrollo de Displasia de Cadera.</p>	<p>a) Todos los recién nacidos deben ser valorados mediante una exploración física de la cadera en su primera semana de vida por el profesional especializado de enfermería.</p> <p>b) Considerar en la hoja de atención de la Historia Clínica de todo niño o niña, los factores de riesgo que se pudieran identificar las cuales podrían asociarse a Desarrollo de Displasia de Cadera.</p> <p>c) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en realizar la exploración física intencionada mediante las maniobras de Ortolani y Barlow dentro del primer mes de vida del niño o niña. Éstas maniobras son de mucha</p>

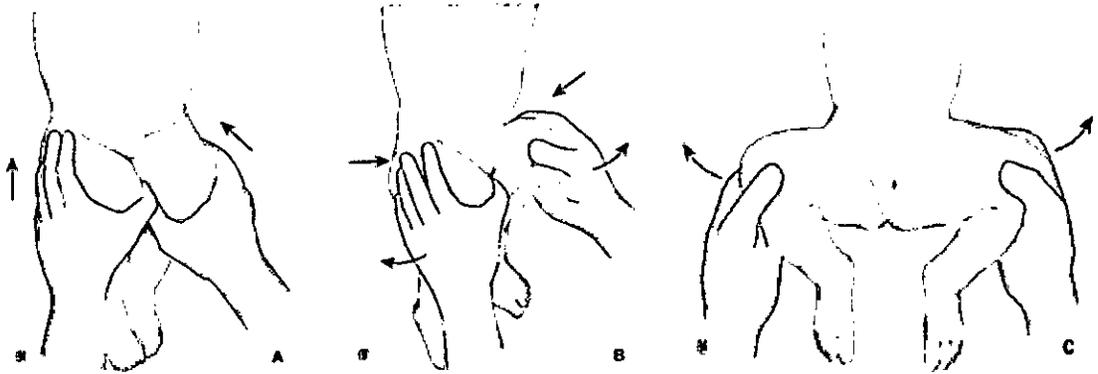
<p>del CRED, para su atención y referencia oportuna. El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. Hoy en día, no hay un protocolo universal para abordar una de las patologías como es por ejemplo del Desarrollo de Displasia de Cadera, que debe tomarse como un problema de salud en los niños y niñas que nacen y asisten a los servicios de atención en salud, como es en el servicio de control de CRED de todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, siendo hecho esta actividad por el profesional de enfermería. Por tal motivo es muy importante establecer las directrices y normativas que servirán</p>		<p>recuperarse de una enfermedad o una lesión. El modelo de Johnson considera a la persona como un sistema conductual compuesto de una serie de subsistemas interdependientes e integrados, modelo basado en la psicología, sociología y etnología. Según su modelo la enfermería considera al individuo como una serie de partes interdependientes, que funcionan como un todo integrado; estas ideas fueron adaptadas de la Teoría de Sistemas.</p> <p><b>Definición de términos</b></p> <p>a) <b>Crecimiento:</b> 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).</p> <p>b) <b>Desarrollo:</b> Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran mayor capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración,</p>	<p>Desde la fecha que ingresé a laborar en el consultorio N° 1 de Crecimiento y Desarrollo siempre me he mantenido en dicho consultorio, además que apoyo con lo que es el manejo de Promoción de la Salud dentro del Articulado Nutricional en la meta de Familias que desarrollan prácticas y estilos de vida saludables dentro de su comunidad. En el año 2016, a partir del mes de Febrero me dan la encargatura como Coordinador del Articulado Nutricional de la Red de Salud Pichanaki, y lo vengo asumiendo con toda la responsabilidad que me caracteriza como Licenciado en</p>	<p>femenino en el 2015, y de 384 del sexo masculino y de 419 del sexo femenino en el 2016.</p> <p><b>El cuadro 4.</b> Podemos observar en cuanto a la presentación del recién nacido en el momento del parto durante los años 2015 y 2016 siendo la relación que guardan entre ellos la siguiente: Podálico de 9 a 6, Cefálico de 820 a 685 y Transverso de 5 a 2.</p> <p><b>El cuadro 7.</b> Podemos observar la cantidad de casos diagnosticados con Displasia de Cadera durante los años 2015 y 2016 siendo</p>	<p>b) La evaluación no bien hecha al niño menor de 1 año, en los primeros días y meses de su vida, podría tener un impacto significativo a futuro en la calidad de vida del niño si es que, nosotros como profesionales de enfermería, no identificamos oportunamente los factores de riesgo que puedan conllevar a un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera, que incluirían las restricciones físicas, como la deambulación o marcha principalmente, cambios en el estilo de vida y necesidad de adaptaciones a la sociedad. Para muchos de los niños o niñas, el aislamiento generado por su padecimiento y su respectivo tratamiento afectarían</p>	<p>utilidad hasta los 3 meses de edad del niño o niña; después de los 3 meses de edad hasta los 6 meses de edad se recomienda hacer otras evaluaciones como son el signo de Galeazzi entre otros.</p> <p>a) Implementar la enseñanza en el Pre y Postgrado y en el equipo de salud que atiende a recién nacidos y niños menores de 1 año, la cual debería de ser una búsqueda sistemática para descartar esta patología.</p> <p>b) No dejar de evaluar permanentemente en cada control de CRED a cada niño, las cuales deben estar basados en las experiencias del profesional de enfermería.</p>
--	--	--	---	--	---	---

<p>para llegar al posible diagnóstico, referencia y el tratamiento de la displasia de cadera, en caso de que existiera, poniendo especial interés en los pacientes con factores de riesgo y examen físico que orienta a una inestabilidad de la cadera, la cual requiere un estricto control desde el nacimiento hasta los doce meses de edad.</p> <p>En nuestro medio, como es el Hospital de Pichanaki de categoría II-1, así como en muchos hospitales y centros de salud de primer a cuarto nivel de atención de nuestra región, no se cuenta con datos estadísticos precisos, la realidad es que no sabemos cuál es la prevalencia de esta patología en nuestro medio, ni bien definidos los factores de riesgo predisponentes a esta condición, ya que muchas veces el posible</p>		<p>diferenciación e integración de sus funciones.</p> <p>c) <b>Control de Crecimiento y Desarrollo:</b> Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar, evaluar 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.</p> <p>d) <b>Trastorno del Desarrollo:</b> 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.</p> <p>e) <b>Factores Condicionantes de la Salud y Desarrollo del Niño:</b> Son variables de origen genético y</p>	<p>Enfermería, y sin duda mi meta es seguir creciendo como profesional para realizar las gestiones respectivas en beneficio del articulado y sobre todo brindar una atención de calidad y calidez a nuestros pacientes con todo el equipo de trabajo que se cuenta, que son ellos a quienes nos debemos.</p> <p><b>Procesos realizados</b> Para el desarrollo del presente informe describo una situación relevante de una niña de 2 años de edad que acude al consultorio de CRED y que ingresa el 5 de Febrero del 2014, haciendo sus controles continuos hasta los 7 meses</p>	<p>éstos de 5 y 2 respectivamente. Cabe resaltar que éstos casos fueron <b>DIAGNOSTICADOS EN OTRA</b> Institución Prestadora de Servicio de Salud, mas no en nuestro Hospital de Apoyo Pichanaki debido a que no contamos con los Especialistas, mas si con Licenciados en Enfermería que realizan un examen físico de calidad logrando identificar factores de riesgo que podría tratarse de un caso probable de Desarrollo de Displasia de Cadera, el cual se cumple con referir a los especialistas.</p>	<p>las interacciones sociales, lo que resultaría en sentimientos de soledad y confinamiento.</p>	
--	--	---	---	---	--	--

<p>diagnóstico y referencia es tardío y su enfoque no es en la prevención, detección ni referencia temprana, sino más bien se enfoca en el tratamiento para mejorar el desarrollo motor con las secuelas de esta patología; por lo cual se propone realizar un registro, para identificar niños con displasia de cadera y su relación con factores predisponentes, en busca de detección precoz de esta patología.</p>		<p>ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psicoemocionales y políticos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.</p> <p>f) <b>Desarrollo de Displasia de Cadera (DDC):</b> comprende un espectro de anormalidades que afectan la cadera del niño incluyendo la displasia acetabular y la mal posición de la cabeza femoral la cual va de un rango de leve subluxación hasta dislocación fija.</p>	<p>de edad, siendo operada luego a los 8 meses de edad por razones de ser diagnosticada con Desarrollo de Displasia de Cadera.</p>			
--	--	---	--	--	--	--

## ANEXO N° 1

### MANIOBRA DE ORTOLANI



*Maniobra de Ortolani. que permite hacer una evaluación bilateral y comparativa de la estabilidad de la cadera. (A - C).*

## ANEXO N° 2

### MANIOBRA DE BARLOW



*Maniobra de Barlow. Permite evaluar con precisión la estabilidad de la cadera al estabilizar la pelvis con la mano contralateral (A-C). permite advertir un resalte de salida y un resalte de entrada de la cabeza femoral en el acetábulo.*

### ANEXO N° 3

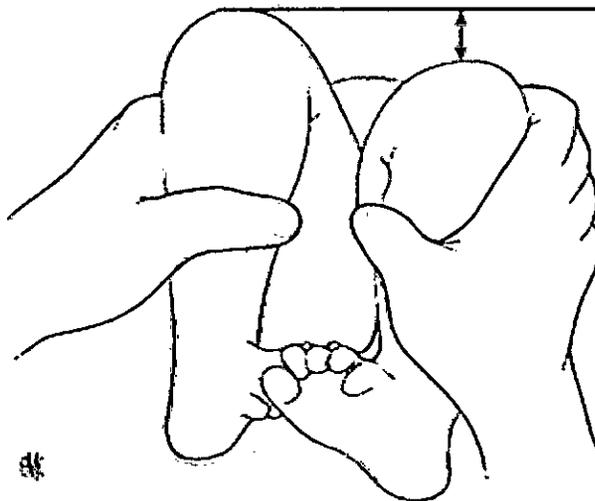
#### LIMITACIÓN DE LA ABDUCCIÓN



*En esta imagen observamos una limitación de la abducción de la cadera izquierda*

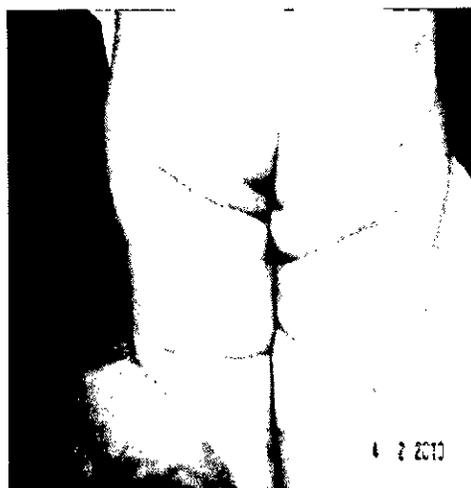
### ANEXO N° 4

#### SIGNO DE GALEAZZI

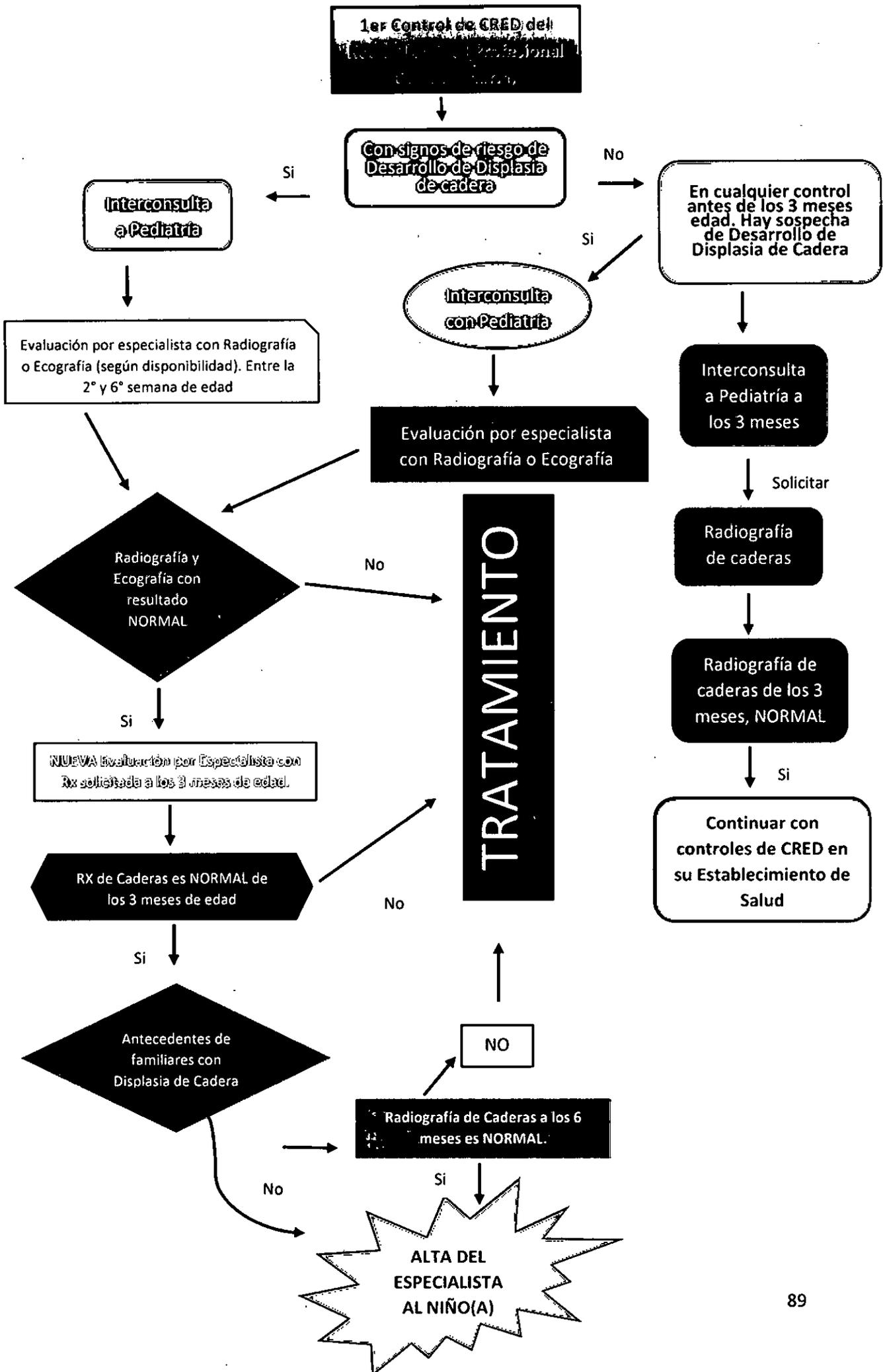


*Acortamiento del muslo izquierdo claramente visible en posición de rodillas flexionadas.*

ANEXO N° 5  
ASIMETRÍA DE PLIEGUES



# FLUXOGRAMA DE IDENTIFICACIÓN Y REFERENCIA DE SOSPECHA DE DISPLASIA DE CADERA



# FORMATO DE REGISTRO DE CASO PROBABLE DE DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: .....

FECHA: \_\_\_\_\_

N° DE HISTORIA CLÍNICA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ meses

SEXO: M F

PESO: \_\_\_\_\_ gramos

TALLA: \_\_\_\_\_ cm

## ANTECEDENTES:

HISTORIA FAMILIAR DE DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA, QUIENES:

SI \_\_\_\_\_

NO \_\_\_\_\_

MADRE PRIMIGESTA:

EMBARAZO MÚLTIPLE:

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

NÚMERO DE HIJOS EN TOTAL:

\_\_\_\_\_

PRESENTACIÓN DEL FETO AL MOMENTO DEL PARTO:

Podálica \_\_\_\_\_ Cefálica \_\_\_\_\_ Transverso \_\_\_\_\_

OLIGOHIDRAMNIOS:

SI \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

ASIMETRÍA DE PLIEGUES: Si \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

MANIOBRA DE ORTOLANI (+) Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

SIGNO DE BARLOW (+) Sí \_\_\_\_\_

No \_\_\_\_\_

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

PROBABLE DDC: ..... Otros Diagnósticos: .....

FIRMA DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

**EVIDENCIAS DE CASOS DIAGNOSTICADOS Y CASOS PROBABLES DE  
DESARROLLO DE DISPLASIA DE CADERA**



*Fuente: Elaboración Propia*



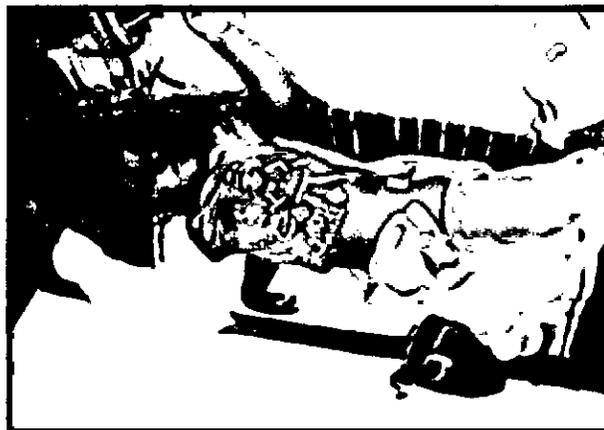
*Fuente: Elaboración Propia*



*Fuente: Elaboración Propia*



*Fuente: Elaboración Propia*



*Fuente: Elaboración Propia*



CLINICA San Juan de Dios 2012

Nombre: *[Handwritten Name]*

Fecha: *[Handwritten Date]*

2. Tener en cuenta que es importante seguir las instrucciones, ya que si no se cumplen, el paciente puede presentar complicaciones en la operación.

CLINICA San Juan de Dios 2012

Nombre: *[Handwritten Name]*

Fecha: *[Handwritten Date]*

2. Tener en cuenta que es importante seguir las instrucciones, ya que si no se cumplen, el paciente puede presentar complicaciones en la operación.

CLINICA San Juan de Dios 2012

Nombre: *[Handwritten Name]*

Fecha: *[Handwritten Date]*

2. Tener en cuenta que es importante seguir las instrucciones, ya que si no se cumplen, el paciente puede presentar complicaciones en la operación.

Fuente: Elaboración Propia

CLINICA San Juan de Dios 2012

2. Tener en cuenta que es importante seguir las instrucciones, ya que si no se cumplen, el paciente puede presentar complicaciones en la operación.

3. Deberá ser:

4. No debe tener pulseras, aretes u otros objetos en el cuerpo.

D. Ayuno Preoperatorio

**Comida 8 a.m.**  
Último alimento líquido hasta 11 a.m.  
(el desayuno menor de 2 horas hasta 8 a.m.)

**Comida 2 a.m.**  
Desayuno ligero hasta las 8 a.m. (líquido)

2. Tener en cuenta que es importante seguir las instrucciones, ya que si no se cumplen, el paciente puede presentar complicaciones en la operación.

Fuente: Elaboración Propia

CLINICA San Juan de Dios LIMA

SERVICIO DE IMAGENOLÓGIA

Fecha: *[Handwritten Date]*

2. Tener en cuenta que es importante seguir las instrucciones, ya que si no se cumplen, el paciente puede presentar complicaciones en la operación.

Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia

**HISTORIA N°** 15963

HUMANI CHIRANJA COLOMBIA  
 APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

**RED DE SALUD PICHANAKI**

DNI. N° 79394584

MANEJE CON SU AÑO EN SUS VISITAS DE RECORDOS Y ACTUALICE CADA AÑO

2012		2022	
2013		2023	
2014		2024	
2015		2025	
2016		2026	
2017		2027	
2018		2028	
2019		2029	
2020		2030	
2021		2031	

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |

Fuente: Elaboración Propia

