

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



**ACTIVIDADES ANTE LA DESERCIÓN AL CONTROL
DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS NIÑOS
MENORES DE TRES AÑOS EN EL PUESTO DE
SALUD CULLHUAS. HUANCAYO. 2014-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIA**

EIRA LEONOR POMA MUNGUÍA

CALLAO, 2018

PERÚ

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Eira Leonor Poma Munguía', is located in the bottom right corner of the page.

HOJA DE REFERENCIA DE JURADO

MIEMBROS DE JURADO EXAMINADOR:

MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA	Presidenta
DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI	Secretaria
DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA	Vocal

ASESOR: DR. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA

N° DE LIBRO: 005

N° DE ACTA DE SUSTENTACIÓN: 031

Fecha de aprobación de Trabajo Académico: 19/01/2018

Resolución de Decanato N°072-2018-D/FCS de fecha 17 de Enero del 2018 de designación de Jurado Examinador de Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

LIC. POMA MUNGUÍA EIRA LEONOR

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN.....	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	4
1.1 Descripción de la situación problemática:.....	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación.....	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.2 Marco conceptual	11
2.3 Definición de Términos.....	37
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	42
3.1 Recolección de datos	42
3.2 Experiencia profesional	43
3.3 Procesos realizados	44
IV. RESULTADOS	46
V. CONCLUSIONES.....	54
VI. RECOMENDACIONES	55
VII. REFERENCIAS:.....	56
ANEXOS.....	58

INTRODUCCIÓN

El control del crecimiento y desarrollo es una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hacer un acompañamiento a la familia, detectar precoz y oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña y el niño. El resultado esperado, a nivel de la madre, padre y cuidadores de niñas y niños, es la mejora de sus prácticas de alimentación crianza y cuidado, pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

La población infantil constituye un grupo muy importante para toda sociedad, el desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción del capital social, por lo tanto se debe de monitorear de manera adecuada y oportuna la evolución y desarrollo de los niños, siendo deber del estado velar por su desarrollo y preocuparse por su bienestar a través de instituciones, entidades protectoras, estrategias sanitarias y los programas de salud que son implementados para su atención.

El presente trabajo académico profesional, tiene por finalidad describir las actividades realizadas que contribuyeron a disminuir la deserción al control de crecimiento y desarrollo y también dará pie a la formulación de

estrategias adecuadas y así poder proponer posibles soluciones a la problemática mencionada. De igual manera se dará a conocer las experiencias vividas, aportaciones, dificultades, conocimientos adquiridos en la actividades diarias que va enriqueciendo en el día a día del servicio donde se labora, permitiendo así, comparar o confrontar la teoría con la realidad diaria los cuales formaran parte fundamental en el desarrollo de las actividades futuras en mi desempeño como Profesional de Enfermería.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática:

El control de Crecimiento y Desarrollo es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermera(o), con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño; detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

Desde la Declaración Universal de los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas desde el año de 1959, relata que los niños deben gozar de los beneficios de la seguridad social. "Tendrán derecho a crecer y a desarrollarse en buena salud: con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención prenatal y postnatal.

El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos adecuados"

En el ámbito internacional, en el país de Uruguay se registró que los niños menores de cinco años no acudían al control de crecimiento y desarrollo en los servicios de salud y que casi no lo hacía con la frecuencia recomendada y que el proceso de vacunación ocurría en forma más lenta que la esperada de acuerdo a las normas del país.

Estas situaciones se observaron especialmente luego de los 24

meses de edad, fuertemente vinculadas a las condiciones sociales, de pobreza de los hogares , así como también a ciertos comportamientos de riesgo como el hábito de fumar y al estado de ánimo de la madre del niño.

En nuestro país se ha venido realizando esfuerzos para proporcionar a las poblaciones los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, mediante la intervención de los determinantes de la salud y la reducción de la inequidad. Esto se desarrolla fundamentalmente a través de los siguientes campos: formulación de políticas públicas saludables, creación de ambientes favorables para la salud en pro del bienestar especialmente de los niños, fortalecimiento de la acción y la participación comunitaria.

Ahora bien la efectividad del programa del control de CRED se ve afectada por la deserción a los controles, esto debido a diversos factores, como pueden ser las creencias que tengan las madres sobre la importancia del programa, no contar con la cercanía a un centro de salud al cual pueda llevar a su niño, etc., pudiendo ser muchos los factores que interfieran en el cumplimiento al control CRED.

1.2 Objetivo

Describir las actividades ante la deserción al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de tres años en el Puesto de Salud de Cullhuas. Huancayo. 2014-2016.

Explicar el trabajo académico profesional que garantiza el informe presentado.

1.3 Justificación

El presente trabajo académico profesional se justifica porqué en el Puesto de Salud de Cullhuas se ha podido observar a través del tiempo (2014) que las madres de familia no asistían con sus niños oportunamente al control de crecimiento y desarrollo lo que originaba las tasas de deserción, que afectaban la imagen del desempeño del personal profesional responsable con efecto grave y negativo para la salud de los niños.

Se justifica además de la aplicación de las estrategias adecuadas se podrá proponer mecanismos de solución para revertir la situación encontrada de las tasas de deserción al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de tres años.

Se justifica de los resultados expuestos o encontrados se podrán proponer la normatividad pertinente a fin de universalizar la experiencia laboral expuesta.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

CASTRO C, Salazar M. en León – Nicaragua (2009), realizaron un estudio sobre *“Factores culturales y socioeconómicos de madres con niños de 1-4 años relacionados a inasistencia al programa de vigilancia, crecimiento promoción y desarrollo del Centro de Salud Mantica Berio .Agosto – Octubre 2007”*, cuyo objetivo fue determinar los factores culturales y socioeconómicos de la madre de los niños de 1-4 años relacionado con la inasistencia al programa de vigilancia, crecimiento y desarrollo (VPCD) del Centro de Salud Mantica Berio en el periodo comprendido de Agosto – Octubre del 2007 – León. Tipo de Estudio: Descriptivo y de corte transversal; cuyos resultados fueron: El estudio refleja que un buen porcentaje de las madres son solteras, razón por las que muchas de ellas tienen que trabajar para subsidiar los gastos en su casa, motivo por el cual refieren que no tienen tiempo para asistir al programa. En relación al nivel de escolaridad el estudio refleja que la mayoría de las madres alcanzaron un nivel de secundaria incompleta. Razón por la cual la población tiene un déficit de educación sanitaria y conocimiento sobre prevención de los problemas de salud.

ASCARATE Farias M, Oliveira Soppi A, Silva Casafuz P. en Montevideo – Uruguay (2012), realizaron un estudio sobre *“Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/niñas menores a 2 años del Centro de Salud Cerro”*, con el objetivo de describir las causas del incumplimiento del control de salud del niño menor a 2 años en el Centro de Salud Cerro. Se realiza una investigación de carácter cuantitativo, descriptivo, transversal; cuyos resultados fueron: Con respecto a los resultados obtenidos en la investigación, se concluye que la causa primordial por la cual los responsables de los niños incumplen al control pediátrico, fueron “me dormí, me olvidé”. Se destaca carencias en la accesibilidad administrativa referida por los adultos, los cuales manifiestan largos tiempos de espera previo al control de salud, considerándolo como un punto a fortalecer.

PRINCIPE Arteaga C, Valverde Sanchez G. en Trujillo – Perú (2016), realizaron un estudio sobre *“Factores Biosocioculturales Maternos y deserción al control de crecimiento y desarrollo del niño de 3 y 4 años. Centro de Salud Unión”*, con el objetivo de determinar la relación entre los factores biosocioculturales maternos y deserción al control de crecimiento y desarrollo del niño/a de 3 y 4 años atendidos en el Centro de Salud Unión – Trujillo, 2016. Su investigación consistió en un tipo de estudio correlacional; cuyos resultados fueron: Los factores

biosocioculturales maternos con respecto: Edad de madres de niños/as de 3 y 4 años tienen el promedio de 20–29 años, tienen grado de instrucción secundaria completa; estado civil conviviente, tienen un hijo y trabajan dentro del hogar. Madres con niños/as de 3 años presenta un nivel alto de conocimiento sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo; madres con niños de 4 años presenta un nivel medio de conocimiento sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo. Que existe una alta relación significativa entre los factores biosocioculturales maternos: Nivel de conocimientos sobre la importancia al control de crecimiento y desarrollo en madres con niños de 3 y 4 años, y la deserción al control de crecimiento y desarrollo.

BENAVENTE Arapa B, Gallegos Laura A, en Paucarpata – Arequipa – Perú (2015), realizaron un estudio “*Factores relacionados a la deserción del control de crecimiento y desarrollo niños menores de 4 años C.S. Ampliación Paucarpata - 2015*”, cuyo objetivo es identificar los factores socioeconómicos, culturales y de accesibilidad que se relacionan con la deserción al control CRED en niños menores de 4 años atendidos en el C.S. Ampliación Paucarpata 2015. La presente investigación es de tipo descriptivo, correlacional de corte transversal, cuyos resultados fueron: El trabajo de investigación muestra que los factores socioeconómicos estudiados, la edad de la madre y la edad del

niño están relacionados con la deserción del control CRED, no encontrándose relación con el estado civil, el ingreso familiar, la ocupación, el número de hijos y el sexo.

Los factores culturales; grado de instrucción de la madre y la razón de no tener tiempo para llevar al niño a los controles CRED es la principal causa de deserción, no encontrándose relación entre el nivel de conocimientos de la madre y la deserción.

ENRIQUEZ Nazario A, Pedraza Vela Y, en Pimentel – Perú (2017), realizaron un estudio sobre *“Factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños 1-4 años del Distrito de Reque - 2016”*, con el objetivo de determinar los factores socioculturales asociados a la inasistencia al control de crecimiento y desarrollo de las madres de niños de 1-4 años del Distrito de Reque-2016. Su investigación fue de tipo cuantitativo; cuyos resultados fueron: Los factores sociales más predominantes en las madres son: su ocupación ya que el 58% de las madres cumplen el rol de ama de casa; con respecto a la condición económica el salario solo llega de 400 a 850 en un 45.9%; residen en pueblos jóvenes con un 34.8%; y de ellas el 50.7% son convivientes, cuyos resultados fueron:

Los factores culturales de las madres que presentan un mayor porcentaje son: el conocimiento de lo que se brinda en el servicio,

el 41.5% de las madres indicaron que en el control de crecimiento y desarrollo solo se pesa y se talla al niño; también el motivo por el cual no asisten, es el que hacer en el hogar con un 24.2%, por ultimo de ella un 39.1% estudiaron hasta nivel secundario.

2.2 Marco conceptual

El Ministerio de Salud pone a disposición de todos los equipos de gestión y prestadores de las organizaciones del Sector Salud la Norma **Técnica Sanitaria N° 137- MINS/2017** "Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menores de Cinco años".

El control del crecimiento y desarrollo es una intervención de salud que tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, hacer un acompañamiento a la familia, detectar precoz y oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de enfermedades; facilitar su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir riesgos, deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña y el niño. El resultado esperado, a nivel de la madre, padre y cuidadores de niñas y niños, es la mejora de sus prácticas de alimentación

crianza y cuidado, pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano.

Los Objetivos de esta Norma Técnica de Salud son:

- Establecer las disposiciones técnicas para el control del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños menores de cinco años en los establecimientos de salud.
- Identificar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo para su atención efectiva, incentivando la participación activa de la familia y cuidadores en las intervenciones.
- Establecer las pautas que faciliten el proceso del control del crecimiento y desarrollo con enfoque preventivo promocional, de equidad, de interculturalidad y de derechos.¹

CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO: VALORACIÓN:

- Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales:

Durante el control del crecimiento y desarrollo se identificarán los diferentes factores de riesgo que pudieran influir o afectar el óptimo crecimiento y desarrollo infantil.

La primera evaluación psicosocial se realiza en el primer control (recién nacido), integrando y reevaluando los factores identificados durante el control prenatal; en los controles siguientes se reevalúa la situación de riesgo detectado en los controles anteriores.

Los factores de riesgos individuales, sociales y medio-ambientales que afectan el desarrollo infantil y que deben tomarse en cuenta durante el control del crecimiento y desarrollo son: Niño o niña sin controles, niño o niña en adopción, ausencia de cuidador estable, menor de 34 semanas de gestación o peso de nacimiento menor de 2.500 gr, enfermedad biológica y congénita en el recién nacido, enfermedad crónica en la niña o niño, alteración del desarrollo psicomotor (DSM), malnutrición por déficit en la niña o niño, discapacidad física en la niña o niño, comportamiento alterado del sueño, alimentación y/o sedentarismo en la niña o niño, alteración de la salud mental en la niña o niño: abuso sexual, maltrato físico, psicológico y emocional, niña o niño sin acceso a educación por ruralidad y/o sin vacante, niña o niño fuera del sistema escolar formal.

- Evaluación física y neurológica:

El examen físico se realiza en cada control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando diversas técnicas (inspección, auscultación, palpación y percusión) e instrumentos

como: estetoscopio pediátrico/neonatal, linterna, cinta métrica, guantes, pantoscopio, podoscopio, termómetro de uso personal, tensiómetro pediátrico, camilla pediátrica, solera, papel toalla, jabón líquido, estufas o ventilador.

De acuerdo a la edad de la niña y el niño, el examen físico se realizará en una camilla, una colchoneta, en brazos de la madre o sentado en la falda del padre o cuidador. Independientemente de la edad de la niña o niño, se debe explicar el procedimiento a realizar, utilizando un lenguaje claro, sencillo y directo tanto a la niña o niño como a la madre, padre o cuidador principal.

La evaluación neurológica es parte de la evaluación física y se realiza de acuerdo a la edad de la niña o niño.

- Evaluación de la función visual:

El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la visión en el desarrollo integral de la niña o niño. La falta de detección temprana de errores refractarios puede comprometer su potencial visual de forma permanente, debido a que la falta de estímulo visual conduce a una disminución en la agudeza visual.

El objetivo de la evaluación durante el control del crecimiento y desarrollo es la identificación precoz de anomalías de la visión de la niña o niño y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista.

Las niñas y niños nacidos que presenten factores de riesgo en la función visual, deben ser referidos inmediatamente para su evaluación por el especialista.

- Evaluación de la función auditiva:

El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo debe considerar la importancia de la audición en el desarrollo integral durante el proceso de aprendizaje de la niña y el niño; así mismo, hay que tener presente que la pérdida de la función auditiva es causa de déficit irreversible en la comunicación y las habilidades psicosociales, de cognición y alfabetización; igualmente, corresponde atender el diagnóstico precoz (antes de los 3 meses), la implementación temprana del tratamiento con prótesis auditivas bilaterales (antes de los 6 meses) y un seguimiento apropiado, así como la educación a la familia permiten que niñas y niños hipoacúsicos se desarrollen en forma similar a sus pares norma-oyentes o de acuerdo con su nivel cognitivo.

El objetivo de la evaluación es la identificación precoz de cualquier elemento (factores de riesgo, antecedentes conductuales), que pudiera relacionarse a una hipoacusia (congénita o adquirida) y referir oportunamente para su evaluación y manejo por un especialista.

- Evaluación para descartar enfermedades prevalentes:

La detección de infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas agudas se realiza siguiendo la metodología AIEPJ2.

El dosaje de hemoglobina en niñas y niños se realizará a los 4, 9 y 18 meses y a partir de los 24 meses, una vez al año. En el caso de los niños que presenten anemia las atenciones se realizarán de acuerdo a la NTS 134-MINSN2017 "Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas".

El descarte de parasitosis en niñas y niños se realiza a partir del primer año de edad, una vez al año.

- Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro:

Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá verificar el cumplimiento del Esquema Nacional de

Vacunación vigente y administrar la vacuna si es que corresponde. Asimismo, deberá verificarse el cumplimiento de la suplementación de hierro y su entrega si fuere el caso.

- Evaluación del crecimiento y estado nutricional:

La valoración antropométrica se deberá realizar en cada control del crecimiento y desarrollo a toda niña o niño desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses 29 días, a través de la oferta fija (establecimientos de salud u otros escenarios de la comunidad) y/o de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes), la cual considerará la medición del peso y de la talla.

Los valores de peso, talla y perímetro cefálico deberán ser registrados en la historia clínica y en el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años.

La medición del perímetro cefálico se debe realizar hasta los 36 meses de edad a toda niña y niño a término y pre término, con mayor énfasis en zonas de riesgo endémico por Zika.

Los valores de peso o talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento como para la valoración del estado nutricional.

La valoración antropométrica se realizará de acuerdo a la edad y sexo. Cada niña o niño tiene su propia velocidad de crecimiento.

La velocidad del crecimiento (direccionalidad) demanda que la calidad de la evaluación antropométrica sea más exigente en proporción a la edad de la niña o el niño.

La curva de crecimiento se graficará tomando dos o más puntos de referencia de los parámetros obtenidos del peso y talla. Uniendo uno y otro punto se forma la tendencia y la velocidad de la curva de la niña o el niño.

- Evaluación del desarrollo:

Para evaluar el desarrollo de la niña y el niño se usará las siguientes escalas:

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

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

El Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED), es una simplificación de la EEDP y TEPSI para ser

utilizado tanto por el personal profesional de la salud como no profesional de la salud.

Se establece evaluar el desarrollo psicomotor de la niña y niño menor de 5 años de la siguiente manera:

De 0 a 30 meses TPED, de 2 a 18 meses con EEDP u de 4 años con TEPSI.

- Tamisaje de violencia y maltrato.

La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo tanto si este se da a través de oferta fija (establecimientos de salud, otros escenarios de la comunidad) como de la oferta móvil (brigadas o equipos itinerantes). Se debe aplicar la "Ficha de Tamizaje de maltrato infantil y violencia familiar".

Si se detectan signos de maltrato o violencia se realizará la referencia inmediata de acuerdo a la normatividad vigente e informar a las instancias de apoyo local (defensorías, Defensoría Municipal del Niño y del Adolescente DEMUNA, entre otras).

- Evaluación bucal:

Desde el primer control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud de enfermería, médico pediatra o médico general responsable de la atención, revisará la cavidad bucal de la niña o niño para verificar la aparición de los primeros dientes, para detectar posibles lesiones de caries u otras patologías.

Toda niña y niño debe ser revisado por un odontólogo o especialista en odontopediatría antes del año de edad, con el fin de recibir la aplicación de barniz de flúor y un refuerzo de las pautas para el cuidado de la salud bucal.

Aquellas niñas y niños que presenten alteraciones o malformaciones congénitas serán referidos inmediatamente al nivel de atención correspondiente para ser evaluados por el especialista.

- Evaluación ortopédica:

Durante el control del crecimiento y desarrollo se deberá realizar el descarte de displasia de cadera, marcha y pie plano.

a. Displasia de cadera: El descarte de displasia de cadera se evaluará a través del signo de Ortolani, signo de Barlow y limitación de la abducción.

b. Marcha: Se evalúa a partir de los 15 meses. Para hacer un buen examen de la marcha, hay que dejar a la niña o niño con

pocas prendas, mirarlo por adelante, atrás y lateralmente, primero en reposo y luego caminando. En reposo, solo con ropa interior, y de pie, observando la simetría del cuerpo de frente y de espalda, las articulaciones, los huesos (pelvis, escápula) y los pliegues. Lateralmente, deben evaluarse las curvas de la columna, buscando una patología frecuente como dorso curso o hiperlordosis lumbar. Luego pedirle a la niña o niño que camine, idealmente varios metros, para observar la simetría o claudicación y estabilidad de la marcha.

c. Pie plano: Después de los 2 años es posible empezar el descarte del pie plano, ya que en los menores existe una almohadilla de grasa palmar que aumenta el área del pie con el suelo. En caso de existir pie plano en niños y niñas mayores de 2 años, es necesario identificar si es flexible o rígido. (4)

DIAGNÓSTICO:

- Crecimiento: El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia y velocidad del proceso se clasifica en:

a) Crecimiento adecuado

Condición en la niña o niño que evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad (± 2 DE alrededor de la

mediana). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

b) Crecimiento inadecuado

Condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niña y niño tienen su propia velocidad de crecimiento, el que se espera que sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia del crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo del crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentran dentro de los puntos de corte de normalidad(± 2 DE).

El profesional de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo deberá hacer uso del kit del Buen Crecimiento Infantil para todas las niñas y niños menores de 12 meses, en el marco de la consejería CRED y atención infantil.

- Desarrollo:

a) Escala de Evaluación del desarrollo Psicomotor (EEDP) para la niña y niño de 0 a 24 meses.- Para esta escala de evaluación se obtiene los diagnósticos por intermedio de dos procedimientos:

. Por el perfil de desarrollo psicomotor

Es una apreciación del rendimiento de la niña y niño, a través de las distintas áreas del desarrollo (coordinación, social, lenguaje y motor).

De esta manera se aprecia la desviación de la curva del desarrollo.

Marcar una línea vertical a la derecha de la edad cronológica, en meses de la niña o niño atravesando las 4 áreas del desarrollo.

Se observan los últimos ítems aprobados de cada área encerrándolos en un círculo y uniéndolos. Si la línea está hacia adelante (derecha), el desarrollo psicomotor tiene un buen o alto rendimiento, si está quebrada y va hacia atrás (izquierda), debe considerarse una de las áreas como riesgo y como retraso si es más de uno o proyectado a más de dos áreas.

. Por el coeficiente de desarrollo

Para obtener el Coeficiente de Desarrollo (CD) debe convertirse la razón (EM/EC) a un puntaje estándar, el valor obtenido se clasificará según los puntajes: Mayor o igual a 85 = Normal, entre 84 a 70 = Riesgo, menor o igual 69 = Retraso.

b) Test peruano de Evaluación del Desarrollo del Niño (TPED) para el niño de 0 a 30 meses.- Para obtener el diagnóstico de este tamizaje se encierra en un círculo la edad cronológica trazando una línea en todas las áreas evaluadas. Luego se unirán las marcas

de todos y cada uno de los hitos logrados. Con esta línea continua se obtiene el perfil de desarrollo psicomotor de la niña o niño evaluado. El diagnóstico que se obtiene puede ser:

Desarrollo normal: si el perfil de desarrollo psicomotor obtenido no muestra desviación, adelanto del desarrollo psicomotor: si la línea de desarrollo está desviada a la derecha de la edad cronológica actual, trastorno del desarrollo: si la línea del desarrollo está desviada a la izquierda de la edad cronológica actual y riesgo para trastorno del desarrollo: si no hay desviación de la línea a la izquierda, pero existe el antecedente de al menos un factor de riesgo.

c) Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI) para el niño de 2 a 5 años.- El diagnóstico de interpretación de este instrumento se clasifica a través de dos procedimientos:

Por el puntaje de desarrollo psicomotor obtenido: Puntaje T: Para obtener el Puntaje T (PT) se suman los items aprobados por áreas del desarrollo psicomotor (coordinación, lenguaje y motora), calificándose como puntaje bruto (PB). El valor obtenido se clasificará según los siguientes puntajes: Mayor o igual a 40 = Normal, entre 39 a 20 = Riesgo y menor o igual 19 = Retraso.

Por el perfil de desarrollo psicomotor: Permite observar en forma gráfica el rendimiento total basados en el puntaje T y de los

subtest obtenidos en las distintas áreas del desarrollo de coordinación, lenguaje y motora.⁵

INTERVENCIÓN:

Todo control del crecimiento y desarrollo debe ser acompañado por una consejería según sea el caso. Para brindar la consejería a las madres, padres o cuidadores de las niñas y niños que están creciendo bien o que presentan problemas en su crecimiento y/o desarrollo, el personal de la salud debe tener en consideración lo siguiente: Escuchar a las madres, padres o cuidadores para conocer sus antecedentes e inquietudes, establecer un diálogo respetuoso y conducido, realizar preguntas abiertas: ¿Cómo? ¿Qué? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por qué? ¿Quién?, atender y expresar gestos que demuestren interés como mover la cabeza y manifestar algunas afirmaciones, demostrar empatía, es decir, tener capacidad de ponerse en el lugar del otro, imaginar cómo se está sintiendo y entenderlo, de tal manera que la otra persona se sienta cómoda y comprendida, evitar utilizar diminutivos (mamita, hijita, señito entre otros), aludiéndolos por sus nombres a las madres, padres o cuidadores de la niña o niño, crear un ambiente de confianza y ofrecer apoyo.

Dependiendo de la edad y necesidad de la niña y del niño, para la realización de la consejería el personal de la salud se tendrá en

cuenta prioritariamente los siguientes temas: Lactancia materna, nutrición y salud bucal.

Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud deberá programar las actividades de sesión demostrativa que se desarrollarán según Documento Técnico "Sesiones Demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil, así como las sesiones de atención temprana del desarrollo"

El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de la entrega del micronutriente según normativa vigente.

El personal de la salud que efectúa el control del crecimiento y desarrollo es el responsable de derivar a la niña y niño al médico para el manejo y tratamiento de la parasitosis y anemia, la misma que se realizará según norma técnica y guías de práctica clínica vigente.⁶

SEGUIMIENTO:

Para el seguimiento de las niñas y niños se utilizará un sistema de citas programadas, las mismas que serán determinadas en cada control y de mutua acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño. Las citas se establecerán considerando

los intervalos mínimos establecidos en el esquema de periodicidad para el control del crecimiento y desarrollo. La frecuencia de citas se incrementará cuando se identifiquen riesgos o problemas en la niña o niño.

Para niñas y niños con problemas de crecimiento y nutricionales se programarán las citas con intervalos de 7 días, de acuerdo a la necesidad, hasta lograr la recuperación.

La visita domiciliaria constituye la estrategia por excelencia para realizar el seguimiento y consolidar las prácticas en el cuidado de la niña y el niño, ya que permite: Hacer el acompañamiento a la familia para fortalecer las prácticas clave. Evaluar el avance y ajustar los acuerdos negociados.

Se realizarán visitas domiciliarias con prioridad en los siguientes casos: Niñas y niños nacidos en domicilio, niñas y niños que no acuden a citas programadas, niñas y niños que presenten crecimiento inadecuado, niñas y niños con riesgo para el desarrollo, niñas y niños con trastornos del desarrollo, niñas y niños que reciben tratamiento para la anemia o suplementación con hierro deberán ser monitorizados a través de la visita domiciliaria, con el objetivo de ofrecerles una buena consejería y asegurar la adherencia, niñas o niños en riesgo y víctimas de violencia o maltrato infantil.⁷

PERIODICIDAD DEL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA NIÑA Y NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS:

- Todo recién nacido recibirá necesariamente 4 controles: a las 48 horas del alta y posteriormente un control cada semana. Los controles pueden ser realizados en el establecimiento de salud o en domicilio, siempre con la presencia y participación activa de la familia.
- Toda niña y niño, menor de 1 año, recibirá 11 controles de acuerdo al esquema con un intervalo mínimo de 30 días.
- Toda niña y niño de 1 año, recibirá sus 6 controles de acuerdo al esquema.
- Toda niña y niño, entre 2 años hasta 4 años 11 meses 29 días, recibirá sus 4 controles anuales.
- El control del crecimiento y desarrollo se realiza en el establecimiento de salud y el tiempo promedio utilizado para el control es de 45 minutos.
- Para las niñas y niños prematuros y/o bajo peso se consideran 18 controles: A las 24 horas de haber salido de alta, cada 72 horas los primeros 15 días, semanalmente hasta salir de método canguro, cada 15 días hasta los tres meses de edad, mensualmente hasta el año de edad, cada dos meses hasta los dos años de

edad, cada tres meses hasta los tres años de edad, cada seis meses hasta los cinco años de edad.⁸

INSTRUMENTOS DE REGISTRO A SER UTILIZADOS EN EL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

- La historia clínica estandarizada forma parte de una carpeta familiar e incluye: Plan de atención integral, evaluación de la alimentación y formato de consulta.
- Registro de seguimiento de la atención integral de salud de la niña y el niño.
- Registro diario de atención de acuerdo al sistema vigente.
- Instrumentos de evaluación del desarrollo: Test Peruano de Evaluación del Desarrollo del niño (TPED), Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), Test de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (TEPSI).
- Gráficos del patrón de crecimiento PIE, T/E, P/T y PC según la OMS 2006.
- Ficha de tamizaje de violencia familiar y maltrato infantil (VIF).
- Carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años.

- Formato de atención de acuerdo al sistema de aseguramiento que garantice el financiamiento.
- Todos los instrumentos de registro utilizados deben ser llenados correctamente (letra legible, sin enmendaduras, detallando todas actividades realizadas), en cada control del crecimiento y desarrollo.
- Los establecimientos de salud cuenten con el equipamiento y conexión a internet, necesarios para implementar el registro electrónico desarrollado por la Oficina General de Tecnologías de la Información del Ministerio de Salud, deberán utilizar esta herramienta durante la atención del control del crecimiento y desarrollo, evitando llenar los instrumentos de registro adicionales.⁸

El presente trabajo académico se sustenta en la **Teoría de Nola J. Pender – Modelo de la Promoción de la Salud.**

Nola Pender, enfermera, autora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. Se interesó en la creación de un modelo enfermero que diera respuestas a la forma cómo las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.⁹

El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable “hay que promover la vida

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

El MPS (Modelo de Promoción de la Salud) pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr.

El MPS: identifica los factores cognitivos y perceptuales como los principales determinantes de la conducta de promoción de salud.

Perfil del estilo de vida promotor de la salud: su objetivo es valorar el estilo de vida promotor de la salud.

Balanzas de beneficios-barreras del ejercicio físico: sirve para calibrar los factores cognitivos y perceptivos de los beneficios percibidos y de las barreras percibidas para el ejercicio físico.

El MPS expone de forma amplia los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de la conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia el accionar que promoverá la salud. Está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de

aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather.

El primero, postula la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta e incorpora aspectos del aprendizaje cognitivo y conductual, reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Señala cuatro requisitos para que éstas aprendan y modelen su comportamiento: atención (estar expectante ante lo que sucede), retención (recordar lo que uno ha observado), reproducción (habilidad de reproducir la conducta) y motivación (una buena razón para querer adoptar esa conducta).

El segundo sustento teórico, afirma que la conducta es racional, considera que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad. De acuerdo con esto, cuando hay una intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo. La intencionalidad, entendida como el compromiso personal con la acción, constituye un componente motivacional decisivo, que se representa en el análisis de los comportamientos voluntarios dirigidos al logro de metas planeadas.

En síntesis, el MPS plantea las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud, ésta es el punto en la mira o la expresión de la acción dirigida a los

resultados de la salud positivos, como el bienestar óptimo, el cumplimiento personal y la vida productiva. Vista así, la promoción de la salud es una actividad clave en los diferentes ámbitos en que participan los profesionales de enfermería, esta consideración fundamenta la relevancia de analizar los trabajos que se han realizado en torno a dicho modelo a fin de identificar los intereses que orientan su uso y los hallazgos de las investigaciones. ¹⁰

Metaparadigmas:

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

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

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

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

Persona: Las personas buscan crear condiciones de vida mediante las cuales puedan expresar su propio potencial de la salud humana.

Las personas valoran el crecimiento en las direcciones observadas como positivas y el intento de conseguir un equilibrio personalmente aceptable entre el camino y la estabilidad.

Los individuos buscan regular de forma activa su propia conducta. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables.

Entorno: Las personas interactúan con el entorno teniendo en cuenta toda su complejidad biopsicosocial, transformando progresivamente el entorno y siendo transformados a lo largo del tiempo.

Los profesionales forman parte del entorno interpersonal, que ejerce influencia en las personas a lo largo de la vida.

La reconfiguración iniciada por uno mismo de las pautas interactivas de la persona entorno es esencial para el cambio de conducta

Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la base de cualquier plan de reforma de

tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (11)

Aceptación por parte de la comunidad enfermera.- El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como arte implica la formación en la formación en la promoción de la salud. Los profesionales de la enfermería creen que el MPS es de suma importancia porque se aplica a lo largo de toda la vida y es útil en una amplia variedad de situaciones. El interés clínico en las conductas de salud representa un cambio filosófico que enfatiza la calidad de las vidas al lado de la salvación de estas. Además, existen cargas financieras, humanas y del entorno en la sociedad cuando los individuos no se comprometen con la prevención y la promoción de la salud. El MPS aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, ofreciendo un medio para comprender como los consumidores pueden verse motivados para alcanzar la salud personal.

Cada vez más el MPS se incorpora al plan de estudios de la enfermería como un aspecto de la valoración de salud, enfermería de salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar.

El MPS es un instrumento para la investigación. El instrumento de investigación de Pender y otros investigadores han demostrado la precisión empírica del modelo. Los investigadores continúan informando acerca del uso del modelo como un marco de referencia en sus estudios. Este modelo tiene implicaciones para la aplicación, destacando la importancia de la valoración en el individuo de los factores que se cree que influyen en los cambio de conducta de salud.

El MPS es fácil de comprender. Las definiciones conceptuales ofrecen claridad y llevan a una mayor comprensión de la complejidad de los fenómenos de la conducta de la salud.

La investigación utilizada para obtener el modelo se basó en muestras de hombres, mujeres, jóvenes, ancianos, sanos y enfermos. El instrumento de investigación incluye la aplicación en una gran variedad de situaciones, las consideraciones respecto a la cultura y la diversidad apoyan la comprobación del modelo en diversas poblaciones.

El modelo ha recibido el apoyo de la demostración por parte de Pender y otros autores como marco de la explicación de la promoción de la salud. El modelo sigue evolucionando mediante programas planificados de investigación. La investigación empírica continuada, especialmente los estudios de intervención, se encarga de mejorar el

ANEXO 02

CUADROS DE DESERCIÓN DEL AÑO 2014

Meses	< 1 Año												
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°		
Enero	1	3	0	3	3	1	2	1	0	1	1		
Febrero	3	-	4	-	3	3	-	2	1	1	1		
Marzo	1	3	-	4	-	2	4	-	1	1	-	1	1
Abril	1	1	3	-	3	-	1	4	1	-	1	1	-
Mayo	2	1	1	3	-	3	1	1	3	1	-	2	-
Junio	-	2	1	1	3	-	2	-	1	2	1	-	-
Julio	6	2	2	-	1	3	-	3	-	2	1	6	3
Agosto	2	6	2	1	-	1	3	-	2	-	2	2	1
Setiembre	2	2	5	1	1	-	1	3	-	2	-	2	1
Octubre	2	2	2	4	1	1	-	1	2	-	2	2	3
Noviembre	-	2	2	2	4	-	1	-	2	2	-	100.0	-
Diciembre	1	-	2	2	2	4	-	-	-	1	2	33.3	1
Enero	-	1	-	2	1	1	3	1	-	-	1	0.0	-
Febrero			1	-	2	1	1	3	-	-	-	100.0	
Marzo	1			1	-	2	1	1	3	-	-	100.0	17
Abril	1	1			1	-	3	1	1	3	-	#iDIV/0!	10
Mayo		1	1			1	-	2	1	1	3	50.0	
Junio			1	1			1	-	2	1	1	50.0	
Julio	2							1	-	2	1	50.0	
Agosto		1		1					1	-	3	-50.0	
Setiembre	3		1		2					1	-	#iDIV/0!	
Octubre	1	3	0	1		2					1	0.0	
Noviembre	3	1	3	1	1		1						
Diciembre	1	2	2	4	1	1		1					

tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal. (11)

Aceptación por parte de la comunidad enfermera.- El bienestar como especialidad de la enfermería ha aumentado notablemente durante la última década. La práctica clínica actual como arte implica la formación en la formación en la promoción de la salud. Los profesionales de la enfermería creen que el MPS es de suma importancia porque se aplica a lo largo de toda la vida y es útil en una amplia variedad de situaciones. El interés clínico en las conductas de salud representa un cambio filosófico que enfatiza la calidad de las vidas al lado de la salvación de estas. Además, existen cargas financieras, humanas y del entorno en la sociedad cuando los individuos no se comprometen con la prevención y la promoción de la salud. El MPS aporta una solución enfermera a la política sanitaria y la reforma del cuidado de salud, ofreciendo un medio para comprender como los consumidores pueden verse motivados para alcanzar la salud personal.

Cada vez más el MPS se incorpora al plan de estudios de la enfermería como un aspecto de la valoración de salud, enfermería de salud comunitaria y cursos centrados en el bienestar.

Desarrollo Infantil Temprano (DIT).- Es un proceso progresivo, multidimensional, integral y oportuno durante el cual la niña y el niño construyen capacidades cada vez más complejas que les permiten ser competentes, a partir de sus potencialidades, para lograr autonomía e interacción con su entorno en pleno ejercicio de sus derechos.⁽¹³⁾

Control del crecimiento y desarrollo.- Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial.¹³

Antropometría.- Es el proceso de medición de las dimensiones y algunas características físicas del cuerpo humano, a través de las variables antropométricas como peso, longitud (talla), perímetro cefálico, entre otros.¹³

Atención temprana del desarrollo.- Es el conjunto de acciones que promueve el desarrollo infantil temprano y está orientado a potenciar las capacidades y las condiciones del ambiente donde interactúan la niña y el niño desde su nacimiento hasta los cinco (5) años de edad, para facilitar su mejor crecimiento y desarrollo.¹³

Consejería.- La consejería es un proceso educativo comunicacional concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a la madre, padre o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación del crecimiento y desarrollo de la niña o niño, y a explorar con ellos las alternativas para solucionarlos o mejorarlos.¹³

Deserción.- Es un fenómeno social ocasionado por diversas causas ya sean políticas, económicas, familiares, etc. Lo cual debe ser estudiado detenidamente para determinar las posibles soluciones, así como también su prevención.¹³

Visita domiciliaria.- Actividad desarrollada por el personal de la salud y/o agentes comunitarios capacitados con el objetivo de desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial, así como verificar y fortalecer prácticas clave como lactancia materna, alimentación

complementaria, adherencia a los suplementos de hierro, consumo de micronutrientes, lavado de manos, higiene, cepillado dental, cuidado del cordón umbilical, vacunas, abrigo, afecto; interacción, atención temprana del desarrollo y espacios de juego en casa. Asimismo, identifican los signos de peligro y las acciones que se deben tomar.¹³

Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP).- Es un instrumento de medición del desarrollo y funciones psicológicas. Evalúa cuatro áreas: lenguaje, social, coordinación y motora. El test se encuentra estandarizado para niños de 0 a 24 meses.¹³

Test de Desarrollo Psicomotor (TEPSI).- Es un instrumento que evalúa el desarrollo mediante la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. Evalúa tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad. El test se encuentra estandarizado para niños de 2 a 5 años.¹³

Enfoque de buen trato.- El buen trato es una forma de relación entre las personas, se basa en el reconocimiento, respeto y valoración de la dignidad del otro u otra. Se caracteriza por el uso de la empatía para entender y dar sentido a las necesidades de los o las demás, y de la comunicación efectiva entre las personas a fin de compartir genuinamente las necesidades, la resolución no

violenta de conflictos y un adecuado ejercicio de la jerarquía y del poder en las relaciones.¹³

Factores determinantes de la salud, nutrición y desarrollo del niño.- Son variables de origen genético y ambiental con componentes nutricionales, neuroendocrinos, metabólicos, socioculturales, psico-emocionales, políticos y económicos que condicionan de manera positiva o negativa el proceso de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño.¹³

Factores de riesgo.- Característica, circunstancia o situación detectable que aumenta la probabilidad de padecer, desarrollar o estar especialmente expuesto a un proceso de morbilidad y mortalidad produciendo un fenómeno de interacción negativo para el crecimiento y desarrollo de la niña o niño.¹³

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Para la recolección de datos del trabajo académico profesional se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de enfermería del servicio, informes analíticos mensuales, hojas de información sistematizada report mensuales, reporte de estadística mensual, cuadros de tasa de deserción, registro de seguimiento de los niños menores de tres años y evaluaciones anuales de la estrategia; de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

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

- Autorización: Se solicitó la respectiva autorización a la Jefatura del Puesto de Salud de Cullhuas, esto, me permitió tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- Recolección de datos.
- Procesamiento de datos.
- Resultados.

- Análisis e interpretación de resultados.

3.2 Experiencia profesional

En mi experiencia laboral en el primer de atención en el consultorio de atención de etapa de vida niño del Puesto de Salud de Cullhuas, Categoría I-2, encontré que las madres de familia con niños menores de tres años no acudían oportunamente a sus citas programadas al control de crecimiento y desarrollo de acuerdo a sus edades; no lo hacen porque solo acuden hasta los 12 meses de edad, ya que en este tiempo los niños vienen la mayoría solo a sus vacunas; las madres referían “que se olvidaban de sus citas porque no tenían tiempo, tenían que ir a la chacra a trabajar”, esta actividad propia de la madre generalmente centrada en la agricultura constituye un elemento aportante en la economía de la familia y se toma como pretexto o justificación para incumplir a los respectivos controles y vacunaciones de sus hijos. Las labores en la agricultura de la jurisdicción de Cullhuas es la única actividad económica para el sustento de las familias.

Esta situación se evidencia constantemente en nuestro puesto de salud lo que es informado en los respectivos informes mensuales que utilizamos para este fin; en nuestra preocupación por solucionar estas deficiencias a partir del año 2014 nos propusimos implementar

actividades adicionales independientemente para fortalecer nuestras coberturas en CRED.

El establecimiento de salud actualmente cuenta con el siguiente equipo de salud: una enfermera nombrada, un médico (CAS), una obstetra y tres técnicos en enfermería todos nombrados, en la cual se realizan atenciones en las diferentes estrategias sanitarias nacionales. Actualmente el equipo de salud se encuentra muy comprometido en disminuir las tasas de deserción de crecimiento y desarrollo.

Las actividades preventivo – promocional como: consejerías integrales, sesiones educativas, sesiones demostrativas, visitas domiciliarias; fortalecieron el vínculo entre la madre y la enfermera para mejorar la confianza a fin de que tomen conciencia y se logró sensibilizar e informar sobre la importancia del cuidado de la salud de sus niños y que acudan puntualmente a sus citas programadas de crecimiento y desarrollo de sus menores hijos.

3.3 Procesos realizados

Después de hacer un análisis de la situación encontrada, en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y desarrollo del Puesto de Salud de Cullhuas, donde se identifica los problemas y se busca dar alternativas de solución, con el fin de buscar la eficiencia en la atención al niño menor de tres años y para lo cual se toma las

siguientes acciones: Se elabora el plan de trabajo donde se da a conocer los objetivos, metas y estrategias según los indicadores de gestión.

La recolección de datos se ha procesado de los informes analíticos e informes de his-report mensuales y cuyos datos obtenidos serán procesados en una programa informático excel que nos darán como resultados estadísticos.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

POBLACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS SEGÚN PADRÓN NOMINAL

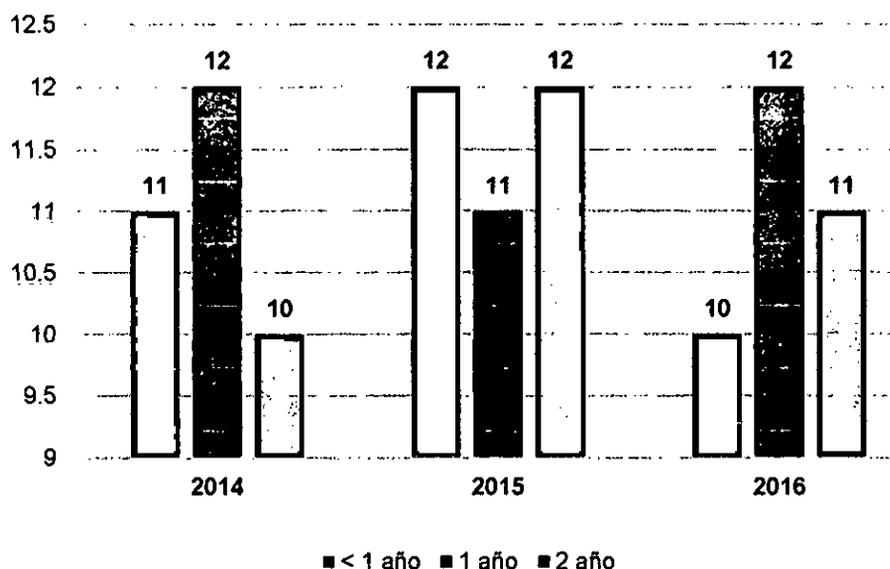
P.S. CULLHUAS – HUANCAYO 2014 – 2016

EDAD/AÑO	2014	2015	2016
< 1 año	11	12	10
1 año	12	11	12
2 año	10	12	11
TOTAL	33	35	33

FUENTE: Padrón Nominal del P.S. Cullhuas

GRÁFICO N° 4.1

POBLACION DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS SEGÚN PADRÓN NOMINAL P.S. CULLHUAS - HUANCAYO 2014-2016



En el gráfico N° 01 se observa que el número de niños menores de tres años que radican en la jurisdicción del P.S. Cullhuas es una constante; evidenciándose que no hay mucha migración y son población estable.

CUADRO N° 4.2

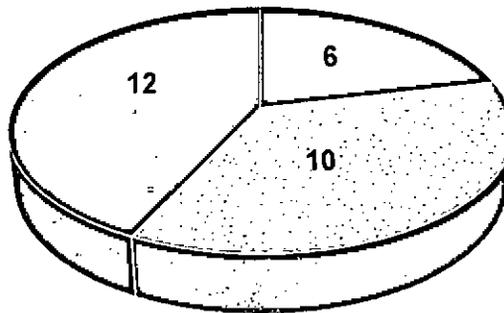
ACTIVIDADES PREVENTIVO-PROMOCIONALES: SESIONES DE CONSEJERIA INTEGRAL A LAS MADRES DE FAMILIA

ACTIVIDAD / AÑO	2014	2015	2016
CONSEJERIA INTEGRAL	6	10	12

FUENTE: Registro de actividades preventivo promocionales de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del P.S. Cullhuas.

GRÁFICO N° 4.2

SESIONES DE CONSEJERIA INTEGRAL A LAS MADRES DE FAMILIA DEL P.S. CULLHUAS



■ 2014 ■ 2015 ■ 2016

En el gráfico N° 02 se observa que el número de sesiones de consejerías integrales a las madres de familias con niños menores de 3 años; durante los últimos años ha ido incrementándose y de esta manera disminuir la deserción.

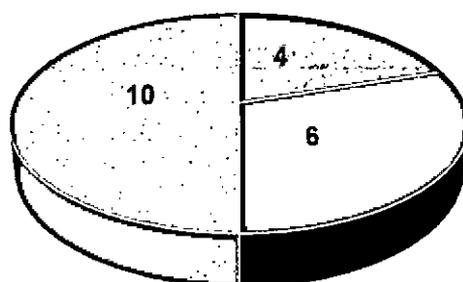
CUADRO N° 4.3
ACTIVIDADES PREVENTIVO-PROMOCIONALES: SESIONES
EDUCATIVAS A LAS MADRES DE FAMILIA

ACTIVIDAD / AÑO	2014	2015	2016
SESIONES EDUCATIVAS	4	6	10

FUENTE: Registro de actividades preventivo promocionales de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del P.S. Cullhuas.

GRÁFICO N° 4.3

ACTIVIDADES PREVENTIVO-PROMOCIONALES:
SESIONES EDUCATIVAS A LAS MADRES DE
FAMILIA DEL P.S. CULLHUAS



• 2014 • 2015 • 2016

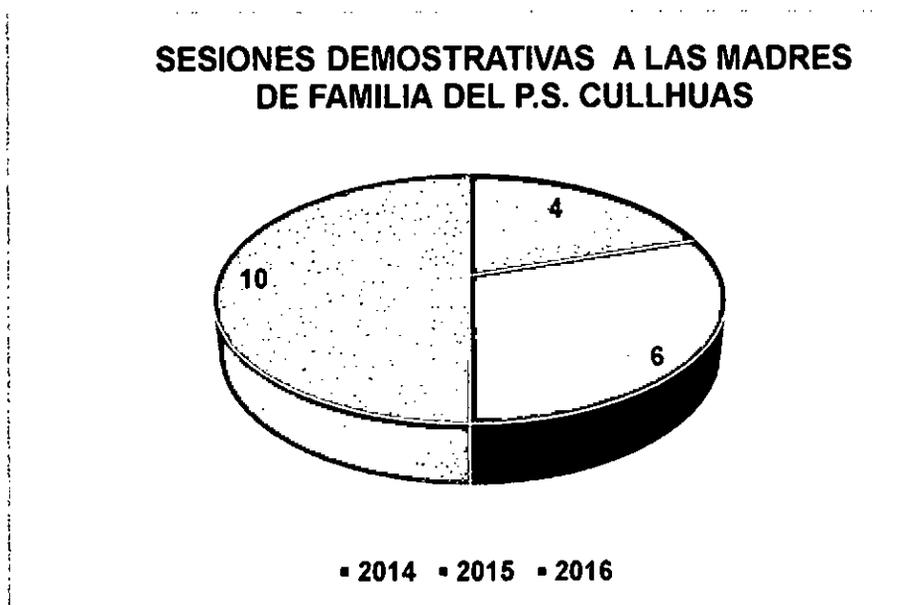
En el gráfico N° 03 se observa que el número de sesiones educativas (Importancia del control CRED, lavado de manos, suplementación de multimicronutrientes y alimentación balanceada para disminuir la desnutrición crónica y anemia) a las madres de familias con niños menores de 3 años de grupos organizados (Programa del Vaso de Leche, Cuna Mas y Juntos); durante los últimos años ha ido incrementándose y es otra estrategia para disminuir la deserción.

CUADRO N° 4.4
ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES: SESIONES DEMOSTRATIVAS A LAS MADRES DE FAMILIA

ACTIVIDAD / AÑO	2014	2015	2016
SESIONES DEMOSTRATIVAS	4	6	10

FUENTE: Registro de actividades preventivo promocionales de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del P.S. Cullhuas.

GRÁFICO N° 4.4



En el gráfico N° 04 se observa que el número de sesiones demostrativas (Lavado de manos, alimentación balanceada para disminuir la desnutrición crónica y anemia) a las madres de familias con niños menores de 3 años de grupos organizados (Programa del Vaso de Leche, Cuna Mas y Juntos); durante los últimos años ha ido incrementándose y contribuir a disminuir la deserción.

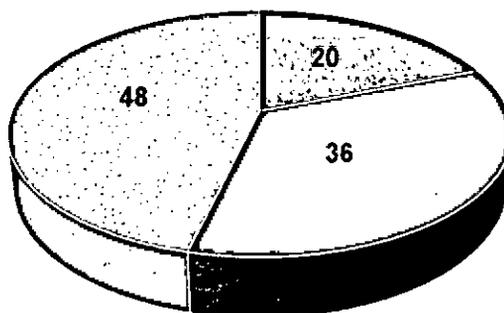
CUADRO N° 4.5
ACTIVIDADES PREVENTIVO PROMOCIONALES: VISITAS
DOMICILIARIAS A LAS MADRES DE FAMILIA

ACTIVIDAD / AÑO	2014	2015	2016
VISITAS DOMICILIARIAS	20	36	48

FUENTE: Registro de actividades preventivo promocionales de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del P.S. Cullhuas.

GRÁFICO N° 4.5

VISITAS DOMICILIARIAS A LAS MADRES DE FAMILIA DEL P.S. CULLHUAS



• 2014 • 2015 • 2016

En el gráfico N° 05 se observa que el número de visitas domiciliarias a las madres de familias con niños menores de 3 años que no acuden oportunamente al control CRED durante los últimos años ha ido incrementándose y es otra estrategia para disminuir la deserción. Las visitas domiciliarias que se realiza es para continuar sensibilizando sobre el control CRED, suplementación y adherencia de multimicronutrientes, tratamiento de anemia y prevención de la anemia y desnutrición crónica.

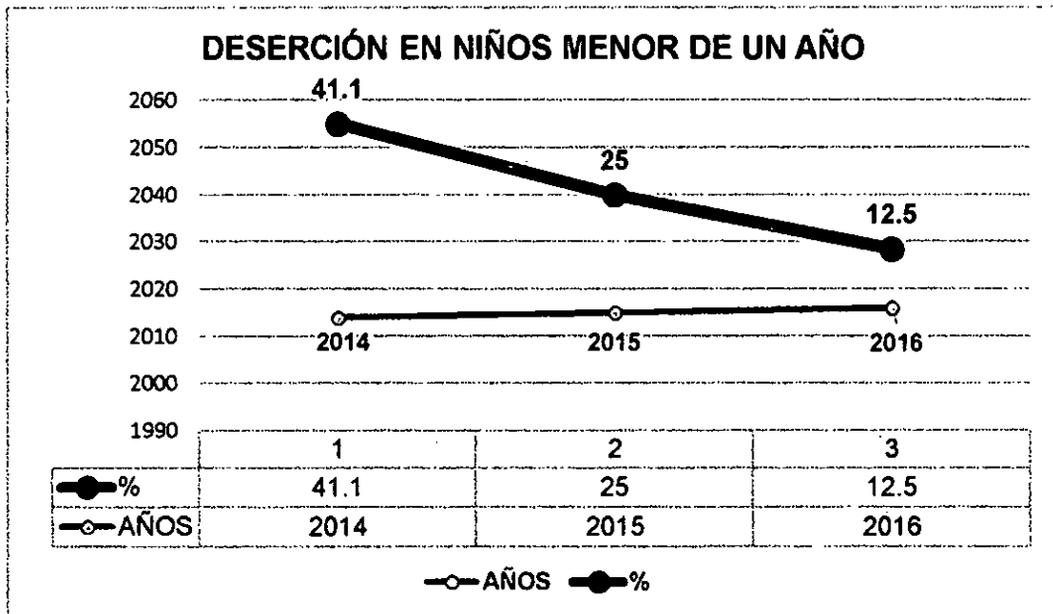
CUADRO N° 4.6

DESERCIÓN AL CONTROL CRED EN NIÑOS MENORES DE 1 AÑO

<u>2014</u> $\frac{1^\circ - 11^\circ}{1^\circ} \times 100$	<u>2015</u> $\frac{1^\circ - 11^\circ}{1^\circ} \times 100$	<u>2016</u> $\frac{1^\circ - 11^\circ}{1^\circ} \times 100$
$\frac{17 - 10}{17} \times 100 = 41.1\%$	$\frac{16 - 12}{16} \times 100 = 25.0\%$	$\frac{16 - 14}{16} \times 100 = 12.5\%$
17	16	16

FUENTE: Cuadros de Deserción de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del P.S. Cullhuas.

GRÁFICO N° 4.6



En el gráfico N° 06 se observa que el porcentaje de deserción del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 1 año en estos últimos 3 años ha ido disminuyendo progresivamente. Del año 2014 al año 2015 disminuyó 16.4% puntos y del año 2015 al 2016 fue de 12.5%.

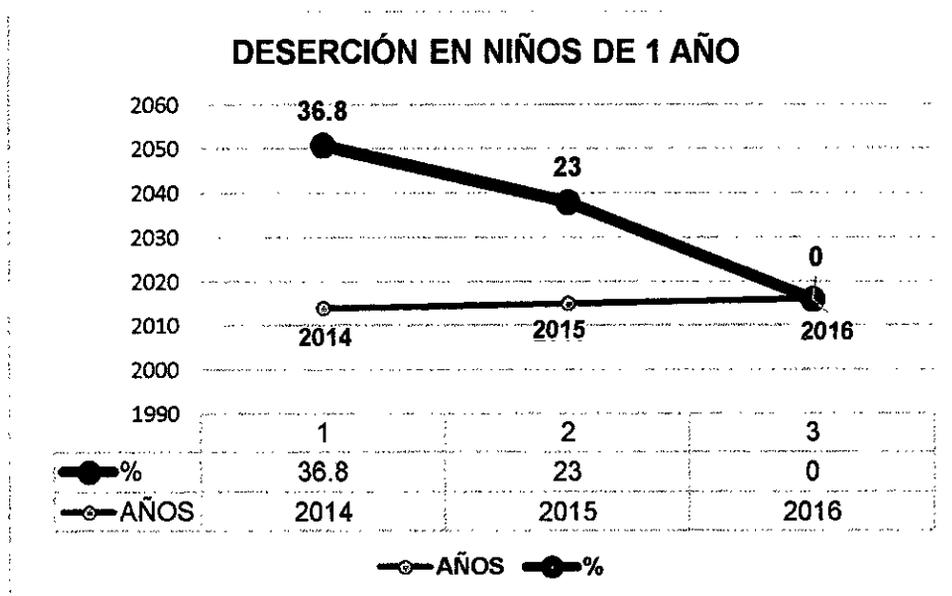
CUADRO N° 4.7

DESERCIÓN AL CONTROL CRED EN NIÑOS DE 1 AÑO

2014 $\frac{1^\circ - 6^\circ}{1^\circ} \times 100$	2015 $\frac{1^\circ - 6^\circ}{1^\circ} \times 100$	2016 $\frac{1^\circ - 6^\circ}{1^\circ} \times 100$
$\frac{19 - 12}{19} \times 100 = 36.8\%$	$\frac{13 - 10}{13} \times 100 = 23.0\%$	$\frac{11 - 11}{11} \times 100 = 0\%$
19	13	11

FUENTE: Cuadros de Deserción de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del P.S. Cullhuas.

GRÁFICO N° 4.7



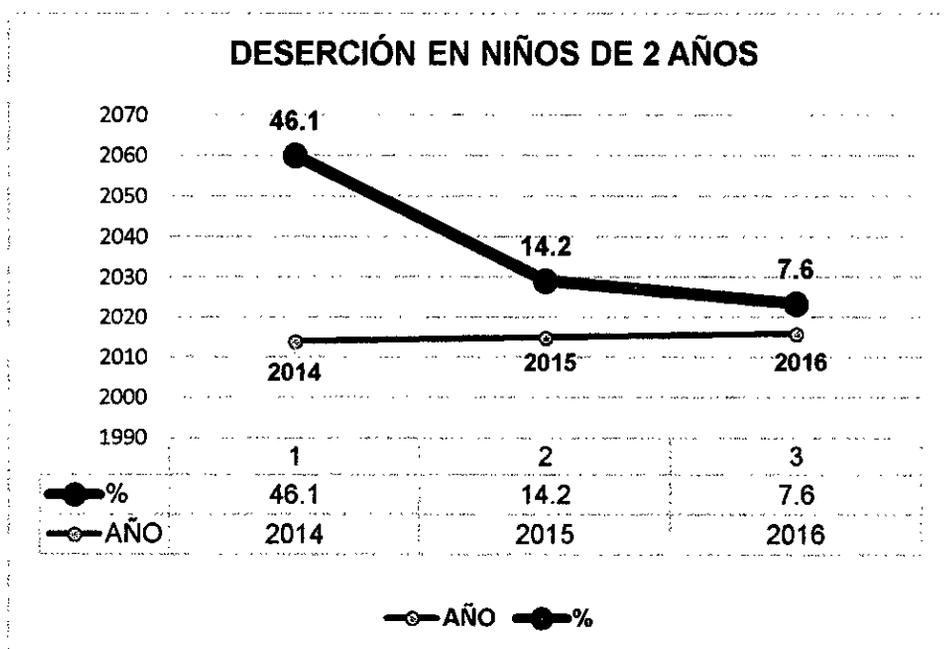
En el gráfico N° 07 se observa que el porcentaje de deserción del control de crecimiento y desarrollo de los niños de 1 año en estos últimos 3 años ha ido disminuyendo. Del años 2014 al año 2015 fue de 13.8%, del año 2015 al 2016 disminuyó 23% y en 2016 se logra una deserción de 0% siendo un porcentaje óptimo.

CUADRO N° 4.8
DESERCIÓN AL CONTROL CRED EN NIÑOS DE 2 AÑOS

2014 $\frac{1^\circ - 4^\circ}{1^\circ} \times 100$	2015 $\frac{1^\circ - 4^\circ}{1^\circ} \times 100$	2016 $\frac{1^\circ - 4^\circ}{1^\circ} \times 100$
$\frac{13 - 7}{13} \times 100 = 46.1\%$	$\frac{14 - 12}{14} \times 100 = 14.2\%$	$\frac{13 - 12}{13} \times 100 = 7.6\%$

FUENTE: Cuadros de Deserción de la Estrategia de Crecimiento y Desarrollo del P.S. Cullhuas.

GRÁFICO N° 4.8



En el gráfico N° 08 se observa que el porcentaje de deserción del control de crecimiento y desarrollo de los niños de 2 años en estos últimos 3 años ha ido disminuyendo progresivamente. Del año 2014 al año 2015 disminuyó 31.9% puntos y del año 2015 al 2016 fue de 6.6%.

V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el enfermero (a) desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro a los niños menores de tres años.

- b) Las madres de familia con niños menores de tres años que no acudían a sus citas programadas oportunamente porque se dedican a la actividad agrícola, actualmente esas inasistencias ha disminuido notablemente y por ende la deserción en el control de crecimiento y desarrollo.

- c) Desarrollando las actividades preventivo – promocional como: consejerías integrales, sesiones educativas, sesiones demostrativas, visitas domiciliarias, a los padres de familia; se logró sensibilizar e informar sobre la importancia oportuna al control de crecimiento y desarrollo de sus menores hijos.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Mejorar los procedimientos de atención de enfermería respecto al control de crecimiento y desarrollo en los niños menores de tres años del Puesto de Salud de Cullhuas.
- b) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en la atención al niño menor de tres años en la estrategia sanitaria de control de crecimiento y desarrollo.
- b) Contribuir en la implementación del consultorio de enfermería adecuado y diferenciado para la atención exclusiva de la estrategia sanitaria de control de crecimiento y desarrollo.
- c) Considerar el suficiente y permanente recurso profesional de enfermería, para la atención exclusiva de la estrategia CRED.
- d) Elaboración un plan de intervención, para mejorar o reforzar actividades ante un problema presentado, una vez que ha sido analizado.
- e) Establecer un buen sistema de captación y seguimiento de los niños para el control de crecimiento y desarrollo, especialmente en los niños menores de tres años.
- f) Continuar sensibilizando a las madres y a los miembros de la familia para la organización de los quehaceres del hogar, además explicarles sobre la importancia, ventajas que trae consigo llevar a sus niños al control de crecimiento y desarrollo de manera oportuna, y las consecuencias de no llevar al niño al control de crecimiento y desarrollo.
- g) Continuar con las actividades preventivo – promocionales.

VII. REFERENCIAS:

1. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017.
Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/Transparencia/01InformacionInst/archivolegaldigital/Directiva2017/RM_N_537-2017-MINSA.pdf
2. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 2.-5.
3. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 6.
4. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 6.-12.
5. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 13.-18.
6. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 18.-20.

7. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 20.
8. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 21.-22.
9. **Aristizabal G**; Blanco D; Sanchez A; Ostiguín R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender, Una reflexión en torno a su comprensión. Revista UNAM. 2011. Fecha de Acceso: 20 de Noviembre del 2017. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfuni/eu-2011/eu114c.pdf>
10. **Marriner A**; Raile M. (2007) Modelos y teorías de Enfermería. España-Barcelona. 6 ed. Elsevier.
11. **Marriner Tomey A**, Raile Alligood M, (2011) Modelos y teorías en enfermería, Madrid: Elsevier España; 7a ed, Elsevier. Capítulo 21.
12. **Marriner Tomey A**, Raile Alligood M, (2011) Modelos y teorías en enfermería, Madrid: Elsevier España; 7a ed, Elsevier. Capítulo 21.
13. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 cinco años. Perú. 2011. Fecha de acceso: 19 de noviembre del 2017, 3.

ANEXOS

ANEXO 01

Esquema de Periodicidad de Controles de la niña y niño menor de cinco años

Edad	Concentración	Periodicidad
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7,14 y 21 días de vida.
De 1 año – 1 año, 11 meses	6	1 año, 1 año 2 meses, 1 año 4 meses, 1 año 6 meses, 1 año 8 meses, 1 año 10 meses.
De 2 años – 2 años 11 meses	4	2 años, 2 años 3 meses, 2 años 6 meses, 2 años 9 meses.
De 3 años – 3 años 11 meses	4	3 años, 3 años 3 meses, 3 años 6 meses, 3 años 9 meses.
De 4 años – 4 años 11 meses	4	4 años, 4 años 3 meses, 4 años 6 meses, 4 años 9 meses.

ANEXO 02

CUADROS DE DESERCIÓN DEL AÑO 2014

Meses	< 1 Año												
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°		
3 Enero	1	3	0	3	3	1	2	1	0	1	1		
Febrero	3	-	4	-	3	3	-	2	1	1	1		
Marzo	1	3	-	4	-	2	4	-	1	1	-	1	1
Abril	1	1	3	-	3	-	1	4	1	-	1	1	-
Mayo	2	1	1	3	-	3	1	1	3	1	-	2	-
Junio	-	2	1	1	3	-	2	-	1	2	1	-	-
Julio	6	2	2	-	1	3	-	3	-	2	1	6	3
Agosto	2	6	2	1	-	1	3	-	2	-	2	2	1
Setiembre	2	2	5	1	1	-	1	3	-	2	-	2	1
Octubre	2	2	2	4	1	1	-	1	2	-	2	2	3
Noviembre	-	2	2	2	4	-	1	-	2	2	-	100.0	-
Diciembre	1	-	2	2	2	4	-	-	-	1	2	33.3	1
14 Enero	-	1	-	2	1	1	3	1	-	-	1	0.0	-
Febrero			1	-	2	1	1	3	-	-	-	100.0	
Marzo	1			1		2	1	1	3			100.0	17
Abril	1	1			1		3	1	1	3		#iDIV/0!	10
Mayo		1	1			1		2	1	1	3	50.0	
Junio			1	1			1		2	1	1	50.0	
Julio	2							1		2	1	50.0	
Agosto		1		1					1		3	-50.0	
Setiembre	3		1		2					1		#iDIV/0!	
Octubre	1	3	0	1		2					1	0.0	
Noviembre	3	1	3	1	1		1						
Diciembre	1	2	2	4	1	1		1					

Meses	1 año						DESERC.			
	1°	2°	3°	4°	5°	6°				
2013	Enero	1	1	2	1	1	0			
	Febrero	1	2	4	2	-	-			
	Marzo	3	1	2	-	1	4	3	2	
	Abril	1	3	1	1	1	-	1	1	
	Mayo	1	1	-	3	-	-	1	1	
	Junio	3	-	1	1	1	2	3	1	
	Julio	1	2	1	-	2	-	1	1	
	Agosto	2	1	-	1	1	2	2	1	
	Setiembre	1	-	3	-	-	1	1	1	
	Octubre	-	4	1	2	-	1	-	1	
	Noviembre	2	1	1	3	1	-	100	2	1
	Diciembre	1	-	1	-	2	-	100	1	-
2014	Enero	3	2	2	1	2	2	33	3	1
	Febrero	1	1	1	2	1	1	-	1	1
	Marzo	-	1	-	1	1	1	-	19	12
	Abril	-	2	1	1	1	1	67		
	Mayo		1	1	1	1	1	-		
	Junio	4	1	1	-	2	1	50		
	Julio	1		-	2	2	1	-		
	Agosto	-	3	1	-	-	1	#iDIV/O!		
	Setiembre	5	2		1	1	1	50		
	Octubre	1	1	3	3	1	-	100		
	Noviembre	1	3	3		1	1			
	Diciembre	0	1	1	3	3	1			

Meses	2 años				DESERC.		
	1°	2°	3°	4°			
2013	Enero	0	0	0	3		
	Febrero	0	0	0	0		
	Marzo	0	0	1	1		
	Abril	2	1	0	0	2	1
	Mayo	1	0	0	0	1	1
	Junio	0	0	1	0	0	0
	Julio	1	1	0	1	1	1
	Agosto	1	1	0	0	1	1
	Setiembre	0	0	0	0	0	0
	Octubre	3	1	1	0	#iDIV/0!	3 3
	Noviembre	1	1	1	0	#iDIV/0!	1 0
	Diciembre	0	0	0	0	#iDIV/0!	0 0
2014	Enero	0	3	0	1	50	0 0
	Febrero	3	1	1	1	-	3 0
	Marzo	1	0	0	0	#iDIV/0!	1 0
	Abril	1	0	3	1	-	13 7
	Mayo	2	3	0	1	-	
	Junio	0	0	0	0	#iDIV/0!	
	Julio	1	1	0	3	-	
	Agosto	1	1	1	0	100	
	Setiembre	2	0	0	0	#iDIV/0!	
	Octubre	1	3	1	0	#iDIV/0!	
	Noviembre		0	2	0	100	
	Diciembre	0	1	0	0		

CUADROS DE DESERCIÓN DEL AÑO 2015

Meses	< 1 Año											DESERC.				
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°					
2014	Enero	0	1	0	2	1	1	3	1	0	0	1				
	Febrero	-	-	1	-	2	1	1	3	-	-	-				
	Marzo	1	-	-	1	-	2	1	1	3	-	-		1	-	
	Abril	1	1	-	-	1	-	3	1	1	3	-		1	-	
	Mayo	-	1	1	-	-	1	-	2	1	1	3		-	1	
	Junio	4	-	1	1	-	-	1	-	2	1	1		4	3	
	Julio	2	4	-	-	-	-	-	1	-	2	1		2	2	
	Agosto	-	1	4	1	-	-	-	-	1	-	3		-	-	
	Setiembre	3	-	1	3	2	-	-	-	-	1	-		3	3	
	Octubre	1	3	-	1	3	2	-	-	-	-	1		1	1	
	Noviembre	3	1	3	1	1	3	1	-	-	-	-	#iDIV/0!	3	2	
	Diciembre	1	2	2	4	1	1	3	1	-	-	-	#iDIV/0!	1	0	
2015	Enero	-	2	2	1	4	-	2	3	1	-	-	100.0	-	-	
	Febrero			2	2	1	4	-	2	3	1	-	100.0			
	Marzo	5			2	2	1	3	-	2	3	1	#iDIV/0!	16	12	
	Abril	1	5			2	2	1	3	-	2	3	25.0			
	Mayo	1	1	4			2	2	1	3	-	2	0.0			
	Junio		1	1	4			2	2	1	3	-	#iDIV/0!			
	Julio	1		1	1	4			2	2	1	3	0.0			
	Agosto		1		1	1	4			-	2	1	0.0			
	Setiembre	1		1		1	1	2			-	2	33.3			
	Octubre	2	1	0	1		1	1	2			0	100.0			
	Noviembre	2	2	2	1	1		1	1	2						
	Diciembre	2	2	2	2	0	1		1	1	2					

Meses	1 año						DESERC.			
	1°	2°	3°	4°	5°	6°				
2014	Enero	3	2	2	1	2	2			
	Febrero	1	1	1	2	1	1			
	Marzo	-	1	-	1	1	1	-	-	
	Abril	-	2	1	1	1	1	-	-	
	Mayo	-	1	1	1	1	1	-	1	
	Junio	4	1	1	-	2	1	4	3	
	Julio	1	-	-	2	2	1	1	2	
	Agosto	-	3	1	-	-	1	-	2	
	Setiembre	5	2	1	1	1	1	5	-	
	Octubre	1	1	3	3	1	-	1	2	
	Noviembre	1	3	3	-	1	1	67	1	
	Diciembre	-	1	1	3	3	1	-	0	
2015	Enero	1	1	2	1	1	-	#iDIV/0!	1	0
	Febrero	-	1	-	-	2	-	#iDIV/0!	-	0
	Marzo	1	-	1	3	2	1	#iDIV/0!	13	10
	Abril	-	-	1	1	2	3	25		
	Mayo	3	1	-	-	2	2	(100)		
	Junio	2	-	-	1	-	2	#iDIV/0!		
	Julio	-	-	1	-	1	-	100		
	Agosto	3	2	-	-	-	2	(100)		
	Setiembre	1	-	-	1	-	-	100		
	Octubre	0	3	0	1	0	0	#iDIV/0!		
	Noviembre	1	1	1	-	1	0			
	Diciembre	0	0	3	0	1	0			

	Meses	2 años				DESERC.		
		1°	2°	3°	4°			
2014	Enero	0	3	0	1			
	Febrero	3	1	1	1			
	Marzo	1	0	0	0			
	Abril	1	0	3	1		1	2
	Mayo	2	3	0	1		2	1
	Junio	0	0	0	0		0	0
	Julio	1	1	0	3		1	1
	Agosto	1	1	1	0		1	2
	Setiembre	2	0	0	0		2	1
	Octubre	1	3	1	0	#iDIV/0!	1	0
	Noviembre	2	0	2	0	100	2	1
	Diciembre	0	1	0	0	100	0	2
2015	Enero	3	2	2	2	(100)	3	1
	Febrero	0	1	0	1	50	0	1
	Marzo	1	0	2	0	#iDIV/0!	1	0
	Abril	3	3	0	1	-	14	12
	Mayo	0	1	1	2	(100)		
	Junio	3	0	1	1	50		
	Julio	2	0	2	0	100		
	Agosto	2	0	2	1	50		
	Setiembre	1	4	0	2	#iDIV/0!		
	Octubre	1	1	0	1	67		
	Noviembre	0	5	0	1	#iDIV/0!		
	Diciembre	0	1	4	0			

CUADROS DE DESERCIÓN DEL AÑO 2016

Meses	< 1 Año											DESERC.				
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°					
15 Enero	-	2	2	1	4	-	2	3	1	-	-					
Febrero	-	-	2	2	1	4	-	2	3	1	-					
Marzo	5	-	-	2	2	1	3	-	2	3	1		5	2		
Abril	1	5	-	-	2	2	1	3	-	2	3		1	1		
Mayo	1	1	4	-	-	2	2	1	3	-	2		1	1		
Junio	-	1	1	4	1	-	2	2	1	3	-		-	-		
Julio	1	-	1	1	4	-	-	2	2	1	3		1	1		
Agosto	-	1	-	1	1	4	1	-	-	2	1		-	-		
Setiembre	1	-	1	-	1	1	2	-	-	-	2		1	2		
Octubre	2	1	0	1	0	1	1	2	-	-	0		2	2		
Noviembre	2	2	2	1	1	0	1	1	2	-	-	# DIV/0	2	2		
Diciembre	2	2	2	2	0	1	0	1	1	2	-	# DIV/0	2	2		
-16 Enero	-	2	2	2	2	-	1	-	1	1	2	60.0	-	0		
Febrero	1	-	2	2	2	2	-	1	-	1	1	0.0	1	1		
Marzo	-	1	-	2	2	2	2	-	1	-	1	0.0	16	14		
Abril	1	-	1	-	2	2	2	2	-	1	-	# DIV/0				
Mayo	3	1	-	1	-	2	2	2	2	-	1	0.0				
Junio	1	3	1	-	1	-	2	2	2	2	-	# DIV/0				
Julio	-	1	3	1	-	1	-	2	2	2	2	-100.0				
Agosto	2	-	1	3	1	-	1	-	2	2	2	0.0				
Setiembre	1	2	-	1	3	1	-	1	-	2	2	0.0				
Octubre	-	1	2	-	1	3	1	-	1	-	2	0.0				
Noviembre	0	0	1	2	0	1	3	1	0	1	0					
Diciembre	1	0	0	1	2	0	1	3	1	0	1					

Meses	1 año						DESERC.		
	1°	2°	3°	4°	5°	6°			
2015	Enero	1	1	2	1	1	0		
	Febrero	-	1	-	-	2	-		
	Marzo	1	-	1	3	2	1	1	1
	Abril	-	-	1	1	2	3	-	1
	Mayo	3	1	-	-	2	2	3	3
	Junio	2	-	-	1	-	2	2	-
	Julio	-	3	1	-	1	-	-	1
	Agosto	3	2	-	-	-	2	3	3
	Setiembre	-	-	3	1	-	-	-	1
	Octubre	-	3	-	1	-	-	-	-
	Noviembre	1	1	1	3	1	-	100	1
	Diciembre	-	-	3	-	1	-	#iDIV/0!	0
2016	Enero	-	1	1	1	3	1	-	0
	Febrero	1	-	-	4	1	1	#iDIV/0!	1
	Marzo	1	-	-	1	-	3	-	11
	Abril	4	1	1	-	4	-	100	
	Mayo					1	1	#iDIV/0!	
	Junio	1	1	1	1	-	3	-	
	Julio	1		1			1	#iDIV/0!	
	Agosto	1	3		1			#iDIV/0!	
	Setiembre	2	2		1			100	
	Octubre	2	1	1	1	2	0	#iDIV/0!	
	Noviembre	2	2	0		1	0		
	Diciembre	0	1	2	1	1	1		

Meses	2 años				DESERC.		
	1°	2°	3°	4°			
2015	Enero	3	2	2	2		
	Febrero	0	1	0	1		
	Marzo	1	0	2	0		
	Abril	3	3	0	1	3	2
	Mayo	0	1	1	2	0	0
	Junio	3	1	1	1	3	3
	Julio	2	3	2	0	2	1
	Agosto	2	0	2	1	2	1
	Setiembre	1	4	1	2	1	3
	Octubre	1	1	3	1	67	1
	Noviembre	0	5	0	1	#iDIV/0!	0
	Diciembre	0	1	4	1	-	0
2016	Enero	0	0	4	2	33	0
	Febrero	0	0	2	0	#iDIV/0!	0
	Marzo	1	0	2	3	-	1
	Abril	2	0	1	1	50	13
	Mayo	3	0	0	1	50	12
	Junio	0	1	0	3	(200)	
	Julio	0	0	0	1	-	
	Agosto	3	4	0	0	#iDIV/0!	
	Setiembre	1	2	0	0	#iDIV/0!	
	Octubre	0	0	2	0	#iDIV/0!	
	Noviembre	0	3	0	1	#iDIV/0!	
	Diciembre	1	1	2	0		

Familia del Distrito de Cullhuas



SESIONES DE CONSEJERIA INTEGRAL



Madres de familia beneficiarias del Programa de Vaso de Leche



Madres de familia beneficiarias del Programa Juntos

SESIONES EDUCATIVAS



Madres de familia beneficiarias del Programa Cuna Mas



Madres de familia beneficiarias del Programa Juntos



Madres de familia beneficiarias del Programa de Vaso de Leche

SESIONES DEMOSTRATIVAS



Educando a las madres de familia sobre una buena alimentación balanceada para prevenir la desnutrición crónica infantil



Preparación de alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia infantil



Preparación de alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia infantil
conjuntamente con la Promotora de salud

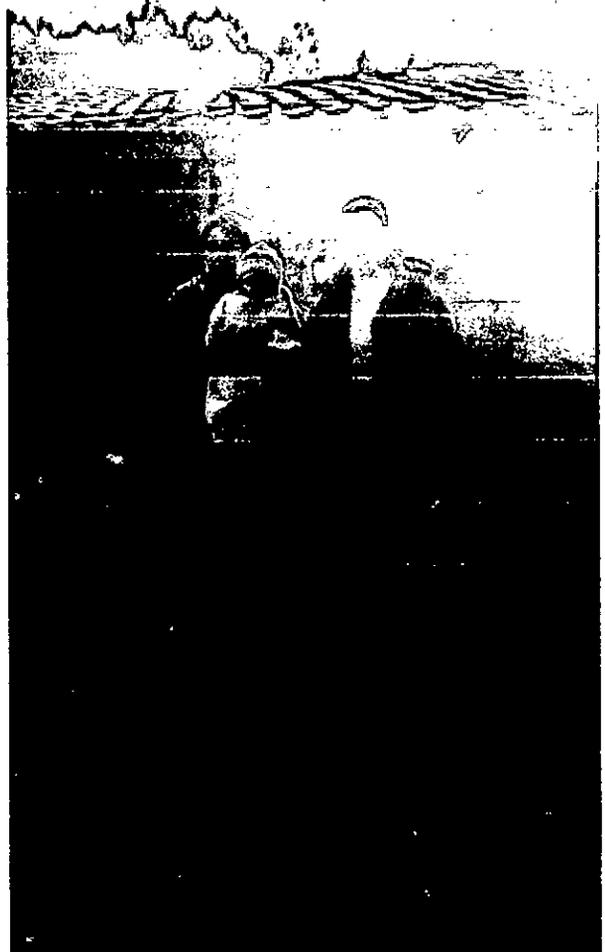


Enseñando a las madres de familia sobre el correcto lavado de manos



Madre de familia e hijos demostrando el correcto lavado de manos

VISITAS DOMICILIARIAS A LAS FAMILIAS



Visitas domiciliarias para seguimiento de vacunas y CRED a los niños menores de tres años



Familia recibiendo consejería sobre cocinas saludables



Visita integral a familia para verificar el consumo de multimicronutriente



Sensibilizando a la familia sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo

MADRES DE FAMILIA QUE ACUDEN AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



Madre de familia recibiendo orientación y consejería sobre el consumo de los multimicronutrientes