

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO
MENOR DE UN MES EN EL CONSULTORIO DIFERENCIADO DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE
SALUD I- 4 CHILCA, HUANCAYO 2019**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO Y
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

INGA MELGAR JESSICA

CALLAO, 2020

PERÚ

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
2. MARCO TEÓRICO:.....	9
2.1. Antecedentes del estudio.	9
2.2. Bases teóricas	20
2.3. Marco conceptual o referencial.....	24
3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	37
PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	37
3.1. Justificación:	37
3.2. Objetivos:.....	38
3.2.1. Objetivo general:	38
3.2.2. Objetivos específicos:	38
3.3. Metas:.....	38
3.4. Programación de actividades:	39
3.5. Recursos:	44
3.5.1. Recurso materiales:	44
3.5.2. Recursos humanos	45
3.6. Ejecución:.....	45
3.7. Evaluación:.....	46
4. CONCLUSIONES:.....	47
5. RECOMENDACIONES:	48
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:.....	49
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

La meta establecida, asociada a la mortalidad neonatal y durante la niñez en los Objetivos de Desarrollo Sostenible adoptados por la Organización de las Naciones Unidas, se encuentra la de garantizar que todos los niños tengan vidas sanas y promover su bienestar.

La Micro Red Chilca, el año 2018 tuvo una tasa de mortalidad de 6 por mil nacidos vivos, el cual motivó la ejecución del presente trabajo, como propuesta de mejora en cumplimiento de la NTS N° 106 - MINSA / DGSP - V.01. y NTS N° 137 – MINSA-2017/DGIESP. Su importancia radica en garantizar la atención oportuna e integral al niño menor de un mes en un consultorio diferenciado como una de las principales actividades para la disminución de la morbimortalidad e identificación precoz de situaciones de riesgo y alteraciones del crecimiento y desarrollo. Así mismo porque permitirá lograr el cumplimiento del convenio del Seguro Integral de Salud y Convenio de Gestión, orientados a mejorar la salud de la población priorizada y lograr las transferencias presupuestales para mejorar la capacidad resolutoria de la Institución Prestadora de Salud.

Este trabajo, se realizó en la Institución Prestadora de Salud Chilca, establecimiento de salud de Nivel I-4, que se encuentra en el Distrito de Chilca, Provincia de Huancayo, perteneciente a la Red de Salud Valle del Mantaro, DIRESA Junín; con capacidad resolutoria para satisfacer las necesidades de salud de la persona, familia y comunidad, mediante acciones intramurales y extramurales y a través de estrategias de promoción de la salud, prevención de riesgos y control de daños a la salud, así como las de recuperación y rehabilitación de problemas de salud, para lo cual cuenta como mínimo con las Unidades Productoras de Servicios (UPSS) de consulta externa, laboratorio, salud ambiental, farmacia e internamiento.

La población asignada a la Institución Prestadora de Salud Chilca es de 49072 habitantes, de los cuales 4871 son menores de cinco años y 949 corresponden al grupo etáreo de menores de un mes, grupo más vulnerable de la vida del ser humano, porque se dan los mayores riesgos para su sobrevivencia, muerte, enfermedades, complicaciones y secuelas.

En cuanto a mi experiencia profesional, a la fecha tengo 15 años de ejercicio laboral en las diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de la DIRESA Junín. Actualmente laboro en la Institución Prestadora de Salud Chilca – Huancayo, desempeñando el cargo de Coordinadora de Etapa Vida Niño. Como enfermera asistencial y parte del equipo multidisciplinario de atención del niño, he podido evidenciar una atención parcializada para el control de crecimiento y desarrollo del niño, es decir basada únicamente al cumplimiento de productividad del personal, sin considerar la vulnerabilidad del niño menor de un mes y la diferenciación de consultorios; así como una inadecuada dotación de recurso humano, que no satisface la demanda de la población; ocasionando deserción e incumplimiento en los indicadores de evaluación.

La Unidad Productora de Servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo de esta institución, brinda atención al niño de 0 a 11 años de edad, de lunes a sábado, en los turnos de mañana y tarde; cuenta con 7 enfermeros, y cuatro consultorios, los cuales no eran diferenciados y tampoco se contaba con el equipo y materiales necesarios para la atención. La demanda de usuarios supera la oferta, atendándose por día un promedio de 63 niños, cuyos padres o cuidadores realizan colas desde la madrugada para obtener un cupo de atención, sin considerar la vulnerabilidad de los recién nacidos y puérperas, el cual conlleva a una alta deserción de niños menores de un mes, así mismo se evidencia complicaciones de la salud porque la madre o cuidador principal desconoce los signos de alarma en este grupo de edad.

Es así que la ejecución del presente trabajo académico tiene por objetivo brindar una atención integral al niño menor de un mes en el consultorio diferenciado de crecimiento y desarrollo de la Institución Prestadora de Salud I - 4 Chilca, Huancayo 2019, tendiente a fomentar estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida de la población.

1. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Organización Mundial de Salud (OMS) define la mortalidad neonatal como la muerte producida entre el nacimiento hasta los 28 días de vida. La tasa de mortalidad neonatal es un indicador de impacto que permite valorar prioritariamente la calidad de la atención inmediata del recién nacido y de los controles de crecimiento y desarrollo.

En los últimos decenios, la mortalidad mundial de los menores de cinco años se ha reducido al haberse avanzado en la respuesta a las enfermedades infantiles, mientras que la mortalidad neonatal continua en aumento. (1)

En el 2016, alrededor de 15 000 niños y niñas fallecieron diariamente antes de cumplir cinco años, de los cuales un 46% murieron durante sus primeros 28 días de vida según un nuevo informe de las Naciones Unidas. Durante el primer mes, casi la mitad de los fallecimientos tienen lugar en las primeras 24 horas de vida y un 75% durante la primera semana.

El informe, titulado *Levels and Trends in Child Mortality 2017* (Niveles y tendencias de la mortalidad infantil 2017) revela que, aunque el número de niños que mueren antes de los cinco años se encuentra en un nuevo mínimo - 5,6 millones en 2016, en comparación con casi 9,9 millones en el 2000 – la proporción de menores de cinco años que mueren en la etapa neonatal ha aumentado del 41% al 46% durante el mismo periodo de tiempo. (1)

Según el informe publicado por UNICEF, la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DAESA) –que componen el Grupo Interinstitucional sobre la estimación de la mortalidad en la niñez– 60 millones de niños morirán antes de cumplir cinco años entre 2017 y 2030, siendo la mitad de ellos recién nacidos.

En el 2017, la mayoría de las muertes de recién nacidos ocurrieron en dos regiones: Asia meridional (39%) y África subsahariana (38%). La mitad de todas las muertes de recién nacidos se registraron en cinco países: la India

(24%), el Pakistán (10%), Nigeria (9%), República Democrática del Congo (4%) y Etiopía (3%).

En el 2018 se estima que 2,5 millones de recién nacidos murieron en el mundo, el primer mes de vida, lo que equivale aproximadamente a 7000 recién nacidos por día. (2)

En América Latina y el Caribe (ALC), entre 8% a 9% de la población mundial son niños menores de 5 años (ONU, 2017). De los 2.6 millones de muertes que suceden al año a nivel mundial durante la etapa neonatal (UNICEF, 2018), alrededor de 100.000 ocurren en ALC. Con estas cifras, ALC está bajo el promedio mundial con respecto a la Tasa de Mortalidad Neonatal (TMN), solo superado por Asia del Este y los países desarrollados.

La situación de las muertes neonatales en Bolivia, Ecuador, El Salvador y Honduras es similar a la de ALC global. La mayor causa de muerte neonatal en todos los países es el nacimiento prematuro, seguido por asfixia y trauma (Bolivia, Honduras) o las malformaciones (Ecuador y El Salvador).

Haití aparece como el país que en la región presenta una tasa de mortalidad más alta con 1 muerte por cada 41 recién nacidos, seguido de Dominica (1 de cada 42), Guyana (1 de cada 50) y Bolivia (1 de cada 53).

En las antípodas, Cuba es el país con la tasa de mortalidad neonatal más baja con 1 muerte por cada 417 recién nacidos, seguido de Antigua Barbuda (1 de cada 264), Uruguay (1 de cada 200), Chile (1 de cada 186) y Costa Rica (1 de cada 176). La mayoría de las diferencias cuanto a mortalidad neonatal en América Latina y el Caribe se relacionan con la riqueza y educación de la madre. (4)

En el Perú, la mortalidad neonatal, también es un evento de alta frecuencia. La tasa de mortalidad neonatal (TMN), según ENDES 2016, fue de 10 defunciones neonatales por cada mil nacidos vivos. Esta tasa se fue incrementando a 12 por mil en la zona rural. El riesgo de mortalidad neonatal continúa siendo mayor en la sierra y la selva (14 y 12 por mil,

respectivamente). Según el nivel educativo de la madre, cuando no tiene educación la TMN es de 17 por mil, cuando tienen estudios secundarios es 12 por mil y con estudios superiores desciende hasta 7 por mil.

En el Perú, la tendencia desde el año 2012 hasta el 2019, no ha tenido el mismo comportamiento que la década anterior, manteniéndose prácticamente estacionaria con un promedio de 10 muertes neonatales por 1 000 nacidos vivos, y adquiriendo la mortalidad neonatal, una fracción cada vez mayor de la mortalidad infantil del país.

En la región Junín, el año 2019, se tuvo 106 muertes fetales y 91 muertes neonatales, haciendo un total de 197, que a comparación del 2018 (364) y el 2017 (360), se redujo casi en un 50 %. El año 2018, la Región Junín, hasta la SE 52, se notificó 156 defunciones neonatales, procedente de 77 distritos y 44 establecimientos de salud. El 94% de las defunciones notificadas proceden de las provincias del departamento de Junín y el 6% proceden de otros departamentos. Las provincias que notifican la mayor proporción de muertes neonatales son: Huancayo con el 41% de las defunciones neonatales, Satipo con el 29% y Chanchamayo con el 15%.

La Micro Red Chilca, no es ajena a esta realidad, el año 2018 tuvo 6 muertes neonatales, con una tasa de mortalidad neonatal de 6 por mil nacidos vivos, colocándolo en el primer lugar a nivel de la Región Junín. Además, es importante resaltar que, en la discusión de caso de muertes neonatales, se llegó a la conclusión que el 100% de muertes neonatales fue evitable. (5) (6)

Por tanto, en este trabajo académico, se plantea una intervención de enfermería en el niño menor de un mes, con un enfoque integral, teniendo en cuenta el aspecto eco biopsicosocial, los antecedentes de embarazo y parto, así como la vulnerabilidad del neonato, reduciendo al mínimo el tiempo de espera; para lo cual es imprescindible generar y reforzar capacidades del personal que tiene una atención directa con este grupo etéreo para optimizar la respuesta, garantizando una atención de calidad.

Así mismo, la intervención está orientada a la identificación oportuna y manejo inicial de las complicaciones en el niño menor de un mes, para lo cual resulta imprescindible contar con un ambiente equipado, diferenciado y exclusivo para la atención oportuna, así como la actualización de las guías de prácticas clínicas vinculadas con la atención y cuidados del niño menor de un mes.

2. MARCO TEÓRICO:

2.1. Antecedentes del estudio.

Antecedentes internacionales.

PAREDES VINUEZA Rosario Margarita. 2017. Ibarra, Ecuador, Título “Rol de la enfermera en control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017”, estudio cuyo objetivo fue identificar el rol de los profesionales de enfermería en el control del crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años en el Centro de Salud Atuntaqui durante el año 2017. La investigación fue de tipo observacional, descriptivo y no experimental. La población estuvo conformada por los profesionales de enfermería y madres de familia de niños menores de 5 años. Los resultados mostraron que: La edad promedio de los trabajadores fue de 28 años de edad y un periodo de experiencia en el actual puesto de trabajo de 2 años; en relación al nivel de conocimientos el 50% de los resultados fueron excelentes, 50% recibieron la calificación de buenos; con respecto a los resultados de los grupos focales de madres, se evidenció que el proceso de consejería lo realizaba casi de forma exclusiva el médico. En cuanto al conocimiento de las madres sobre las ventajas de realizar el control de crecimiento y desarrollo de los niños de manera oportuna, en su totalidad respondieron que conocían las ventajas, pero algunas madres argumentaron que a los controles que suelen asistir son todos aquellos en los cuales se les administra las vacunas respectivas. Finalmente, el estudio concluyó en que el nivel de conocimiento de las profesionales de enfermería es bueno, con algunos errores principalmente en el conocimiento de la normativa establecida, sólo 50% de las profesionales de enfermería cumple correctamente con las actividades y procedimientos contemplados en la normativa; no se evidencia capacitaciones relacionadas con la normativa sobre el control de crecimiento y desarrollo de los niños. Además, la enfermera no realizaba consejerías sobre el control de crecimiento y desarrollo de los niños, siendo esta una actividad exclusiva de los médicos, después del control. (7)

CÁCERES B Rosmely. 2017. Valencia, Venezuela, Título: “Control de niño sano de 0 a 2 años y la morbilidad del servicio de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera”, estudio cuyo objetivo fue establecer la relación existente entre el control de niños sanos de 0 a 2 años y la morbilidad del Servicio de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga de la Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera. La muestra estuvo conformada por 150 niños. Los resultados mostraron: Las edades de las madres de los niños evaluados estaban comprendidas entre 15 y 45 años. La mayoría de las madres (72,7%) respondieron que “sí asistían” al control de niños sanos, y el 27,3% respondió que “no acudían” con sus hijos al control de niños sanos. En cuanto a la morbilidad el 25,3% de las madres reportaron que su hijo “no se enfermaba”, por el contrario, el 74,7% de los niños presentaron enfermedades. Los resultados también indicaron que a pesar de las diferencias en el número de niños que asisten al control (n=109) versus los que no asisten (n=41); al asociar ambos grupos no se observaron diferencias estadísticamente significativas ($\chi^2=0,067$; $p= 0,796$), entre el cumplimiento del control de niños sanos y la aparición de enfermedades en los niños evaluados. Entre las conclusiones a las que llegó el autor tenemos: El mayor porcentaje de madres entrevistadas eran adultas (89.3%). El 72,7% de las madres refirieron que cumplían con la consulta de niño sano, con un 59,6% que acudían mensualmente en el periodo de 0 a 2 años. Al obtener el factor predisponente de sus ausencias se obtuvo que la mayoría (31,7%) era debido a la lejanía del centro. Las conclusiones del estudio fueron: Las madres si cumplieron con el control de niño sano de sus hijos y acudieron al servicio de la emergencia para resolver algún problema de salud que previamente fue canalizado en el centro más cercano a su residencia, además los pacientes que asistieron al control de niños sanos tuvieron la misma probabilidad de enfermarse que los niños que no acudieron. (8)

VILLARREAL Susana Noemí, 2017, Rosario, Brasil, Título “El proceso de atención de la salud infantil, en especial el control del niño sano, desde la perspectiva de los equipos de salud, gestores y población, según integralidad y aceptabilidad de la atención en dos centros de salud municipales de la ciudad de Rosario”, el objetivo de la investigación fue describir el proceso de atención de la salud infantil, en especial del control del niño sano, desde la perspectiva de distintos actores (profesionales que integran los equipos de salud, autoridades de la gestión y de madres de niños de 0 a 4 años), según la integralidad y la aceptabilidad de la atención de la salud infantil en el Centro de Salud “Emaus” y Centro de Salud “Dra Ferrandini” ubicados en el distrito Noroeste de la ciudad de Rosario. El tipo de estudio fue descriptivo. El estudio fue cuanti-cualitativo, para lo cual aplicaron entrevistas a 11 profesionales de los equipos de salud de los Centros de Salud, 4 autoridades de gestión y 15 madres de niños/as atendidos en los Centros de Salud, junto con la revisión de las Historias Clínicas Familiares (HCF) de niños/as cuyos responsables fueron entrevistados. Este estudio llegó a los siguientes resultados: Los profesionales de ambos Centros de Salud realizaron acciones por mejorar las atenciones integrales, al priorizar las consultas de control de niño sano durante el primer año de vida. En los gestores se acreditó la coordinación con instituciones de la comunidad para articular acciones de promoción y prevención. Finalmente en este estudio se arribó a la conclusión de que entre las consultas programadas se priorizó las atenciones para control de niño sano, sobre todo durante el primer mes de vida y en el 1er año de vida; no se registró en las historias clínicas la valoración del desarrollo a partir de los 2 años; la acción preventiva programada de ejecución más sistematizada fue la vacunación; se realizaron acciones de promoción, prevención y recuperación por parte del equipo de salud, a partir de la gestión y coordinación intersectorial con instituciones de la comunidad; en el abordaje integral de la salud de los niños, consideraron la situación social de las familias bajo adscripción, por tanto la aceptabilidad de las madres respecto de la atención infantil se fue satisfecha en el

modo en que se ejecuta el proceso de atención de cada niño; en cuanto a la percepción de la importancia del seguimiento del crecimiento y desarrollo, fue dispar y en su mayoría se asocia con el crecimiento físico, la vacunación y los malestares infantiles; en cuanto a la integralidad, de parte de los actores (miembros del equipo y -gestores) respecto del proceso de atención del control del niño sano, evidenciaron el compromiso para mejorar la capacidad resolutive y el esfuerzo por tratar de sostener la continuidad de la atención infantil. (9)

MORENO ACOSTA César. 2016, Quito, Ecuador. Título “Análisis de la política de desarrollo infantil integral, en niñas y niños de 0 a 3 años de edad, en Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV)”, el objetivo del estudio fue analizar el desempeño de la política pública del desarrollo infantil implementada a través de los Centros Infantiles del Buen Vivir (CIBV), con el fin de conocer si estos mecanismos se desarrollaron de acorde a los principios rectores que rige dicha política pública del Estado. La investigación tuvo un enfoque cualitativo, para lo cual realizaron un estudio de campo en grupos seleccionados de centros para valorar, a través de un proceso de observación, la calidad y el estado de los distintos componentes que conforman dicha modalidad de servicio de la política pública. Los resultados evidenciaron que algunos factores deben ser mejorados en el mediano y largo plazo, dentro de los que resaltan la infraestructura de los centros y la participación de la comunidad. Finalmente el autor llegó a la conclusión de que las políticas públicas para el desarrollo infantil están inmersas en aquellas que el Estado ecuatoriano propone; los factores en los cuales se basa el desarrollo infantil integral propuesto por el Estado ecuatoriano fueron: el cuidado y la protección diaria, la afectividad, la salud, la nutrición, la educación la recreación, las relaciones interpersonales, la identidad legal y la infraestructura digna y segura; los CIBV son centros de desarrollo infantil cuya atención fue destinada, principalmente, a los niños de 1-3 años de edad, con una atención prioritaria para aquellos niños y familias en condiciones de

pobreza y desnutrición, y para aquellos hijos de madres adolescentes que no cuenten con ningún tipo de ayuda para su cuidado; el cual se encuentra inmerso en la Política de Desarrollo Infantil Integral, con algunas dificultades como infraestructura y proceso de coordinación. (10)

MONTEIRO MATTOS Fernanda Martins. 2015. Santiago, Chile. Título. “Satisfacción usuaria con el control de salud infantil en un Centro de Salud Familiar en el año de 2015.”, estudio cuyo objetivo fue estimar el nivel de satisfacción del cuidador (padres u otro acompañante) con respecto a las dimensiones “estructura”, “proceso” y “resultado”, relacionado al control de salud infantil, en el Centro de Salud Familiar Karol Wojtyla, en la Comuna de Puente Alto. Este estudio fue descriptivo de corte transversal, realizado a través de una encuesta semi-estructurada. El Universo estuvo conformado por los acompañantes (madre o padre u otro cuidador) al momento del control de salud infantil y el tamaño de la muestra fue de 150 personas. Los principales resultados fueron: Un 53% de los acompañantes consideraron fácil obtener la cita para el control, un 97% fue atendido en la fecha de la cita. En cuanto al tiempo de espera, un 67% se encontró satisfecho. Cuando se consultó por el tipo de lenguaje utilizado por el profesional un 54% se declaró satisfecho, en cuanto a las informaciones recibidas un 65% refirió estar muy satisfecho, mientras un 57% informó estar solamente satisfecho respecto a las indicaciones recibidas. En el aspecto relativo a la duración del control 74% de los usuarios mostró satisfacción, del mismo modo respecto a la amabilidad del trato del profesional con un 53%. Un 51% de los entrevistados consideraron el control útil, no obstante, sus expectativas fueron iguales a lo que esperaban con un 42%, seguido de un 40% que indicó que el control fue mejor de lo que esperaba. Finalmente, el autor concluyó que, respecto a la caracterización de la población, el grupo mayoritario de los usuarios fueron mujeres, la mayoría madres, con 28 años de edad en promedio, solteras o en situación de convivencia. El Control de Salud Infantil realizado por

médicos, enfermeras, técnicos paramédicos y matronas(es) en el CESFAM Karol Wojtyla obtuvo una evaluación y calificación positiva por parte de los usuarios, respecto a las dimensiones estructura, proceso y resultado. Respecto a la facilidad para conseguir la cita del control, el mayor porcentaje (53%) lo consideró fácil y sobre el trato al usuario se encontró en algunos profesionales una la manera “seca” o “tajante” al momento del control de salud. (11)

Antecedentes nacionales:

ALBINEZ PÉREZ Diana Elizabeth y Col. 2018. Chiclayo, Título “Aplicación del Programa de Control Crecimiento y Desarrollo en Niños Menores de Cinco Años, y la Percepción de sus Madres Usuaras en el Centro de Salud de Tumán, Lambayeque” el objetivo del estudio fue identificar las condiciones en que se viene implementando el Programa de Control de Crecimiento y Desarrollo en el Centro de Salud de Tumán. La investigación fue de tipo descriptiva y cualitativa. La muestra fue conformada por 4 enfermeras del servicio, 01 médico y 23 madres participantes, para lo cual realizaron entrevistas dirigidas al personal de salud y a las madres de niños menores de cinco años que asistieron al programa Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED). Los resultados pusieron en evidencia que el Programa en el Establecimiento de Salud de tipo I-3 de Tumán fue implementado sin considerar los estándares de la Norma Técnica del Control de Crecimiento y Desarrollo emitida por el MINSA el 2010, en relación con frecuencia, tiempo, recursos y calidad de los controles. Las madres participantes percibieron el servicio como deficiente. Finalmente, el estudio concluyó en que la Gerencia Social implementada de manera planificada en el centro de salud Tumán puede disminuir las limitaciones y potenciar los aportes de los diferentes profesionales. El personal de salud consideró que existen factores que limitan la implementación del Programa de Control CRED en el Centro de Salud de Tumán, como el factor tiempo; la realización de múltiples actividades paralelas a la atención de CRED; los escasos

e incompletos insumos del programa para ejecutarse, y la inexistencia de desarrollo de competencias en el tema CRED. El personal de salud del programa CRED reconoció no poder abarcar todos los aspectos del control de crecimiento y desarrollo, pero a pesar de ello consideró que sí ofrece una atención básica. Las madres de los niños inscritos en el programa CRED consideraron que el desempeño del personal, no es bueno. La evidencia reveló que las madres tienen información incompleta y limitada sobre el control de crecimiento y desarrollo y lo asociaron directa y únicamente con el control de peso y talla, y con la aplicación de vacunas. (12)

BULEJE OCAMPO Nimia. 2018. Lima. Título “Implementación de Políticas Públicas para la Atención Integral al Niño y Niña De 0 A 3 Años de Edad en el Distrito de San Jerónimo, Provincia De Andahuaylas” el objetivo del estudio fue identificar y analizar los factores que dificultan la implementación de políticas públicas para la atención integral de niños y niñas de 0 a 3 años de edad, en el espacio familiar, servicios de atención, y desde el trabajo conjunto y articulado entre el Estado y la sociedad en el distrito de San Jerónimo (Andahuaylas). La investigación fue cualitativa exploratoria, cuya población fue el total de padres y madres de familia con niños menores de 3 años, autoridades municipales y locales y personal que atiende en los servicios de salud. Las técnicas utilizadas para la recolección de información cualitativa y cuantitativa de esta investigación fueron: -Entrevista estructurada individual, -Observación a servicios, revisión documentaria, guías de entrevistas y fichas de resumen. Los resultados evidenciaron escasos recursos asignados para el funcionamiento de los servicios de atención a niños de 0 a 3 años de edad, bajo nivel de conocimiento sobre el desarrollo infantil temprano por parte de los padres de familia con niños de 0 a 3 años de edad, los servicios brindados a los niños de 0 – 3 años en el distrito de San Jerónimo presentaron condiciones poco adecuadas. Las conclusiones del estudio mostraron que se dieron avances en la articulación interinstitucional e intersectorial promovida por la Municipalidad de

San Jerónimo a favor de niñas y niños de 0 a 3 años de edad, se evidenció diferencias marcadas en la asignación de recursos para la atención integral del niño, los servicios brindados a los niños funcionaron en condiciones poco adecuados; los cuales principalmente tiene que ver con la infraestructura, la escasez de materiales de trabajo, de espacios adecuados para el desempeño de las labores de cuidado, juego, etc. En el distrito de San Jerónimo, se implementaron políticas públicas para la atención integral al niño de 0 a 3 años, en salud, educación, familia, nutrición y gobernanza; cada una promovida y gestionada desde diferentes sectores, que no se articularon y también con ciertas limitaciones que no permitieron que el servicio sea de calidad. (13)

HERNÁNDEZ TERRONES Fiorella Milagros y Col. 2017, Chiclayo, Título “Cuidado de Enfermería en el Control de Crecimiento y Desarrollo del Lactante Menor, Micro Red Asistencial De Chiclayo”, estudio cuyo objetivo fue describir y caracterizar el cuidado enfermero al lactante menor en los consultorios de control crecimiento y desarrollo de la Micro Red Chiclayo. El tipo de investigación fue cualitativa, la población de estudio estuvo formada por profesionales de enfermería y madres de los lactantes menores que brindaron y recibieron el cuidado enfermero respectivamente. La investigación realizada tuvo como abordaje metodológico el estudio de caso, la técnica utilizada para la recolección de datos se realizó mediante una entrevista semi estructurada a profundidad. Entre los resultados se encontraron categorías: Proceso de atención integral en el cuidado de enfermería al lactante menor y limitaciones en el cuidado enfermero brindado al lactante menor, develando que el accionar de enfermería priorizó la dimensión biológica durante la evaluación del niño seguida de la dimensión social valiéndose de acciones preventivas y detección de anomalías en el desarrollo psicomotor para brindar un cuidado óptimo, así como en la educación para la salud mediante la consejería integral; así mismo se evidenció que no abordaron la dimensión moral y espiritual. En este estudio se llegó a la conclusión de que las

enfermeras pertenecientes a la Micro Red Chiclayo basan sus funciones en conocimientos científicos que les permite determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones para brindar un cuidado integral de calidad a los lactantes menores en su control crecimiento y desarrollo. Durante el proceso de atención al lactante menor se priorizaron la función biológica mediante el examen físico, toma de medidas antropométricas y evaluación del desarrollo psicomotor para poder identificar necesidades alteradas o fortalecer los cuidados en el hogar mediante la identificación de posibles signos de alarma; presentaron diferentes limitantes para la realización de una correcta atención por la gran demanda de niños. La falta de tiempo y personal hizo que la atención fuera rápida y por consiguiente se obviaron algunos pasos, por tanto se priorizó cantidad y no calidad. Además, no se contó con material didáctico para la consejería integral y nutricional. (14)

ALAMA FRÍAS, María del Carmen. 2016, Lima. Título “Factores asociados a la deserción del Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 5 años en el Hospital Marino Molina, Lima 2016.” Investigación cuantitativa cuyo objetivo fue, determinar los factores que están asociados a la deserción del control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 5 años en el Hospital Marino Molina, Lima 2016. La investigación fue básica con un nivel descriptivo. El diseño de la investigación fue no experimental de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 255 madres de niños menores de 5 años, que acudieron al Hospital Marino Molina. Entre los principales resultados se evidenciaron que el 100% de encuestados son de sexo femenino. El mayor porcentaje de madres encuestadas tenía una edad entre 30 – 39 años (33,7%), mientras que el menor porcentaje pertenecía al grupo de madres de 15 – 19 años (4,3%). Predominó la edad menor a 1 año (74,5%) en los hijos de las madres encuestadas, siendo los niños entre 4– 5 años quienes están en menor cantidad (1.9 %). Hubo un mayor porcentaje de madres pertenecientes a la zona de la costa (78,4 %), seguidas por las madres de la sierra

(11,78%), mientras que únicamente el 9,8 % de las madres encuestadas son de procedencia de la selva. La mayoría de las madres encuestadas solo logró llegar al nivel secundario de estudios (57,3 %), seguidas del 28,6 % que apenas estudió la primaria, en último lugar en menor porcentaje (14,1 %) tuvieron estudios superiores. Finalmente el estudio llegó a la conclusión de que existe influencia de la dimensión biocultural sobre la variable dependiente deserción de las madres del control de crecimiento y desarrollo del niño, siendo significativo en la edad de madre: Edad = 25 – 29 años y Edad = 40 – 49 años con coeficientes beta igual a - 1,152 ($p= 0,022 < 0,05$) y -0,905 ($p= 0,022 < 0,05$) respectivamente; no existe influencia de la dimensión socioeconómica sobre variable dependiente; pero si existe influencia de la dimensión institucional sobre la variable dependiente, teniendo al indicador el trato del servicio de admisión cuando acude al centro de salud, con significación en el nivel 1. Por lo tanto, se evidenció que existe influencia de los factores asociados sobre la deserción de las madres al control de crecimiento y desarrollo del niño, siendo solamente en la dimensión biocultural e institucional.

(15)

ESTRADA YAMUNIQUE Natalia. 2016, Piura. Título “Percepción y expectativa sobre la calidad de atención de enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de crecimiento y desarrollo- Piura, 2016”. El objetivo de la investigación fue determinar la percepción y expectativa sobre la calidad de atención de enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de crecimiento y desarrollo-Piura, 2016. Este estudio fue de tipo cualitativo, a través del método de historia de vida el cual consistió en solicitar a los sujetos de estudio contar su vida. La muestra estuvo conformada por seis madres de niños menores de un año. Los resultados fueron: Cuatro de las entrevistadas manifestaron que recibieron y percibieron una atención de enfermería de buena calidad, desarrollando confianza y seguridad; sin embargo, relacionaron una buena atención de enfermería, con la amabilidad por parte del

profesional que son atendidas. En cuanto a la atención propiamente dicha, una de las entrevistadas manifestó que recibió una atención regular, mientras las otras cinco entrevistadas refirieron que recibieron una mala atención, ya que el profesional de enfermería le brindó solo algunas veces pautas y procedimientos para el cuidado según la edad de sus niños; así mismo solo dos de las madres refirieron que se realizó el examen físico de sus niños y la evaluación del desarrollo de manera muy rápida, mientras que todas las madres refirieron que sus niños sólo fueron pesados y tallados y recibieron una consejería de alimentación un poco apresurada. Por tanto, el autor llegó a la conclusión de que la atención de enfermería en el establecimiento de salud I-4 San Pedro, se percibió como regular a buena. Algunas enfermeras no dieron una cordial bienvenida, además no realizaron una adecuada entrevista y al final del control no despidieron a las madres, no dejando una puerta abierta para el próximo control; lo que conllevó a que las madres de familia no se familiaricen y no tengan la debida confianza para explicar ciertos problemas o debilidades de sus hijos. (16)

2.2. Bases teóricas

Teoría de enfermería de Nola Pender “Modelo de Promoción de la Salud (MPS)”

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. El MPS pretende ilustrar la naturaleza multifacética de las personas en su interacción con el entorno cuando intentan alcanzar el estado deseado de salud; enfatiza el nexo entre características personales y experiencias, conocimientos, creencias y aspectos situacionales vinculados con los comportamientos o conductas de salud que se pretenden lograr. (17)

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. (18)

Esta teoría se relaciona con el presente trabajo académico, porque define a la persona como única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables, por tanto, el niño también es un ser único, sujeto de derechos, en constante interacción con su medio ambiente.

El personal de enfermería de crecimiento y desarrollo, tiene la responsabilidad de fortalecer sus conocimientos y se constituye en el principal agente comunicador encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud y tomen decisiones para prevenir las enfermedades a través de diferentes estrategias de comunicación y educación para la salud. Las diferentes pautas y consejerías del personal de salud durante el control de crecimiento y desarrollo, podrían modificar los factores cognitivos perceptuales de los individuos, dando como resultado la promoción de estilos de vida saludables. Es así que las personas como seres integrales, toman decisiones con respecto a su vida y su salud. (18)

En este trabajo académico se orienta la aplicación de los enfoques de Promoción de la Salud: Equidad y derechos en salud, equidad de género e interculturalidad para el control de crecimiento y desarrollo del niño. Por tanto, la presencia de barreras percibidas, como el tiempo de espera, la atención parcializada y apresurada, la falta de un consultorio con adecuación para la atención del niño menor de un mes, el olvido de citas, entre otros, permitió generar una reestructuración del servicio para potenciar la promoción de la salud y la prevención primaria a nivel individual, familiar y comunitario y para mejorar el acceso al servicio, con el fin de lograr una atención integral de calidad, orientado a establecer un estado óptimo de salud a nivel físico, mental y social. Así mismo, no se pretende imponer una situación, sino mejorar las prácticas de cuidado respetando las creencias y costumbres de los usuarios con los medios y recursos de la población.

En aplicación de esta teoría, se tuvo en cuenta las particularidades de los usuarios, a fin de adecuar un consultorio de crecimiento y desarrollo y brindar una atención integral al niño menor de un mes, teniendo en cuenta el aspecto eco biopsicosocial del usuario.

Finalmente, se impulsó la participación comunitaria, a través de los agentes comunitarios de salud, en el establecimiento de prioridades, toma de decisiones y elaboración y ejecución de acciones para el cumplimiento de objetivos. (19)

Teoría de enfermería de Ramona Mercer “Adopción del Rol Maternal”

Ramona Mercer inició su carrera de enfermería en 1950 en la escuela de enfermería St. Margaret en Montgomery (Alabama). Recibió el premio L. L. Hill por su excelencia académica. Se licenció en enfermería en 1962 por la Universidad de Nuevo México (Albuquerque). Obtuvo en 1964 su licenciatura superior en enfermería materno-infantil en la Emory University y completó su doctorado en enfermería maternal en la Universidad de Pittsburgh en 1973. (20)

Su teoría se centra en la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo. Según Mercer, la adopción del rol materno se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, el mesosistema y el macrosistema.

El microsistema es el entorno inmediato donde ocurre la adopción del rol materno, que influyen factores como el funcionamiento familiar, la familia, relaciones entre la madre y el padre, el apoyo social y el estrés. El microsistema es la parte que más afecta la adopción del rol maternal, este rol se consigue por las interacciones con el padre, la madre y el niño.

El mesosistema incluye, interactúa y agrupa con las personas en el microsistema. En este se incluyen la escuela, guarderías, entorno laboral, lugares de culto y otras entidades de la comunidad.

El macrosistema se refiere a los prototipos que existen en la cultura en particular en la coherencia cultural transmitida, también incluye influencias culturales, políticas y sociales.

La teoría se relaciona con el presente estudio, porque la mujer desarrolla diferentes conductas frente a su nuevo rol de madre. Este proceso se inicia desde la gestación e incluye los diferentes cambios físicos, sociales y emocionales por los que atraviesa y continúa cuando el niño nace y la madre ejerce su rol en base a experiencia pasadas, conocimientos transmitidos de la sociedad hasta que finalmente interioriza su rol experimentando un sentimiento de confianza y seguridad.

Es así que, durante el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes, la aplicación de esta teoría resulta de vital importancia para la generación de seguridad y autoconfianza de la madre en las prácticas de cuidado del niño.

Por tanto, La aplicación de esta teoría a la práctica asistencial sirvió como marco para la valoración, planificación, ejecución y evaluación del cuidado del binomio madre – niño. Siendo imprescindible las intervenciones de enfermería, orientado a garantizar las interacciones entre madre e hijo y el conocimiento materno sobre el cuidado infantil, ayudando a simplificar un proceso muy complejo de adaptación de la madre, porque cumple un rol importante en la formación de una persona desde un enfoque eco biopsicosocial y en el proceso de adaptación del neonato de la vida intrauterina al medio externo

Es así que, la etapa de la identidad del rol como madre se consigue cuando la ella logra integrar su función de madre en su propio sistema con una congruencia de su rol y del de los demás; está segura de su identidad como madre, esta emocionalmente entregada a su hijo y siente armonía. (21) (22)

2.3. Marco conceptual o referencial

2.3.1. Atención integral de salud

Un modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora -con especial énfasis- la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

El nuevo modelo de atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias: priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad, entregándoles herramientas para su autocuidado. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fomentar la acción intersectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud. Se preocupa por que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos. (23)

El cuidado integral de la salud , engloba diferentes acciones e intervenciones personales, familiares y comunitaria orientados a promover estilos de vida saludables, a través de un diagnóstico precoz, conservación de la salud, recuperación de alguna enfermedad o dolencia, rehabilitación y disminución del sufrimiento físico o mental; considerando las dimensiones eco biopsicosociales, aplicando los enfoques de derechos humanos, equidad de género, interculturalidad y equidad de los servicios de salud. También comprende las intervenciones intersectoriales e intergubernamentales sobre los determinantes sociales de la salud.

2.3.2. Crecimiento y desarrollo

El crecimiento y desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados, sin embargo, presentan diferencias significativas, el primero se expresa en el incremento del peso y la talla del niño, y el segundo se refiere a la maduración de las funciones del cerebro y otros órganos vitales. (23)

El crecimiento y desarrollo del niño engloba un conjunto de procesos dinámicos, continuos, inherentes a cada persona; están asociados a la maduración del ser humano y adquisición de nuevas funciones y cambios que se dan a medida que transcurre el crecimiento, ya sea en el plano físico, psicológico y social; motivo por el cual el control de crecimiento y desarrollo se realiza teniendo en cuenta las diferentes particularidades: edad, condición de nacimiento, factores de riesgo, entre otros. (23)

A. Definición de 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). Está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos, entre otros. (23)

B. Definición de desarrollo:

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la 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. (23)

2.3.3. Control del crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes en el marco de la atención integral de salud

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. (23)

El control del crecimiento y desarrollo en el marco de la atención integral de salud incluye intervenciones individuales, intervenciones familiares y comunitarias.

2.3.3.1. Intervención individual del control de crecimiento y desarrollo:

Comprende un proceso sistemático, organizado y secuencial, el cual está comprendido en diferentes etapas: valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento.

A. Valoración:

Implica la recopilación, organización, validación y registro de datos, utilizando técnicas e instrumentos como la observación, entrevista, exploración física, exámenes de ayuda diagnóstica, interconsulta, entre otros; el registro se realiza en los instrumentos establecidos para tal efecto.

a. Evaluación de factores de riesgo biopsicosociales:

Durante el control del crecimiento y desarrollo se identifican 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 del niño menor de un mes, 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. (23)

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.
- Prematuridad o bajo peso al nacer
- Enfermedad biológica y congénita en el recién nacido.
- Enfermedad crónica en la niña o niño.
- Alteración o riesgo de alteración del desarrollo psicomotor
- Malnutrición por déficit en la niña o niño.
- Discapacidad física en la niña o niño.
- Alteración de la salud mental en la niña o niño: abuso sexual, maltrato físico, psicológico y emocional

El abordaje de los factores de riesgo sicosociales y familiares requiere de la intervención de un equipo multidisciplinario capacitado. Para el manejo de casos de niñas y niños con riesgo psicosocial, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo debe: Identificarse y mantenerse conectado permanentemente con los diferentes actores que conforman la red de protección y apoyo familiar o materno infantil en el ámbito de su jurisdicción; establecer un sistema de referencia y contra referencia local con instituciones o entidades especializadas en el manejo de niñas y niños con vulnerabilidad psicosocial. (23)

Si se identifica factores de riesgo ambientales, el profesional de la salud responsable del control del crecimiento y desarrollo informa a la instancia encargada del saneamiento ambiental correspondiente a su ámbito.

b. Evaluación física y neurológica:

El examen físico se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño, utilizando diversas técnicas (inspección, auscultación, palpación y percusión) e instrumentos. La evaluación neurológica es parte de la evaluación física y se realiza de acuerdo a la edad de la niña o niño.

Es condición indispensable, antes de iniciar el examen físico, asegurar las medidas de bioseguridad (lavado de manos, desinfección de los instrumentos y equipo médico a utilizar), la privacidad y la temperatura adecuada del ambiente. (23)

c. Evaluación de la función visual:

Se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño. Las niñas y niños nacidos que presenten factores de riesgo en la función visual, deben ser referidos inmediatamente para su evaluación por el especialista. Se consideran factores de riesgo en los recién nacidos para la función visual: Prematuridad; bajo peso al nacer, especialmente los de menos de 1500 gr de peso al nacer; hipoxia al nacer; sufrimiento fetal; síndrome de Down y otras cromosomopatías; anomalías congénitas de otros órganos o sistemas (especialmente neurológicas: microcefalia, hidrocefalia, agenesia de cuerpo calloso, entre otros); retardo en el crecimiento intrauterino ; historia familiar de retinoblastoma; catarata congénita o glaucoma congénito; familiar cercano con ceguera o visión subnormal de causa no traumática; ametropías altas de padre, madre, hermanos, (uso de lentes de potencia alta); traumas craneofaciales; enfermedades sistémicas, entre otros. (23)

d. Evaluación de la función auditiva:

Se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo, de acuerdo a la edad de la niña y el niño. Se consideran principales factores de riesgo para hipoacusia en el recién

nacido: Permanencia por más de cinco días en UCI/UTI neonatal; infecciones neonatales (citomegalovirus, toxoplasmosis, meningitis bacteriana, sífilis, rubeola, virus herpes); infecciones durante el periodo de lactante (meningitis bacteriana o viral); alteraciones craneofaciales, especialmente las que comprometen hueso temporal y pabellón auricular (fisura labio palatino); peso menor a 2.000 g; prematuridad; hiperbilirrubinemia que requirió transfusión sanguínea; historia familiar de hipoacusia sensorio neural; uso de ototóxicos (gentamicina o furosemida); ventilación mecánica por más de 10 días y distrés respiratorio (23).

e. Evaluación para descartar enfermedades prevalentes:

En cada control del crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud explora la presencia de alguna enfermedad, también identifica la ocurrencia de enfermedad entre el último control y el actual. La detección de enfermedades prevalentes de la infancia se realiza siguiendo la metodología AIEPI. (23)

f. Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación:

Está indicada la administración de las vacunas BCG y HVB durante las primeras 12 horas posteriores al nacimiento. Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud verifica el cumplimiento del esquema nacional de vacunación vigente y administra la vacuna si es que corresponde. (23)

g. Evaluación del crecimiento y estado nutricional:

Para la valoración del crecimiento y estado nutricional, el personal de salud debe realizar la valoración antropométrica: peso, longitud y perímetro cefálico. (23)

h. Evaluación del Desarrollo:

Para evaluar el desarrollo de la niña y el niño se utiliza la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP), que 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. (23)

i. Tamizaje de violencia y maltrato:

La detección del maltrato y violencia infantil se realiza en cada control del crecimiento y desarrollo. Si se detectan signos de maltrato o violencia se debe realizar la referencia inmediata de acuerdo a la normatividad vigente e informar a las instancias de apoyo local (DEMUNA, entre otras). (23)

j. Evaluación bucal:

Se realiza desde el primer control del crecimiento y desarrollo, el personal que realiza la atención debe revisar 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. (23)

k. Evaluación ortopédica:

Se realiza el descarte de displasia congénita de cadera, a través del signo de Ortolani, signo de Barlow y limitación de la abducción.

B. Diagnóstico:

Implica el análisis de los datos recolectados durante la valoración, los cuales permiten identificar problemas reales y/o potenciales. Una identificación correcta del diagnóstico proporciona una intervención eficaz.

a. Diagnóstico de crecimiento: El crecimiento de la niña o niño considerando la tendencia y velocidad del proceso se clasifica en:

- **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.

- **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). (23)

b. Clasificación del estado nutricional en el recién nacidos:

- **Peso para la edad gestacional:** Para determinar el estado nutricional del recién nacido se utiliza el indicador peso para la edad gestacional. Se compara el peso de la niña o niño al nacimiento con respecto a la edad gestacional aplicando previamente luego del nacimiento el Test de Capurro, dato que debe estar consignado en la boleta de alta de la madre y el niño, de acuerdo a las recomendaciones del Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP). Estas se clasifican en:

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

Fuente: Centro de Control de Enfermedades (CDC 2000)

- **Peso al nacer:** La clasificación del peso al nacer es un indicador de supervivencia o riesgo para la niña o niño. El estado nutricional del recién nacido, de acuerdo al peso al nacimiento menos el que tiene de alta, sirve para detectar la ganancia o pérdida de peso después del nacimiento. El peso al nacer se clasifica en:

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

c. Clasificación del estado nutricional:

PUNTOS DE CORTE DS	PESO PARA EDAD	PESO PARA TALLA	TALLA PARA EDAD
>+ 3	-----	Obesidad	Muy alto
>+ 2	Sobrepeso	Sobrepeso	Alto
+ 2 a - 2	Normal	Normal	Normal
< - 2 a - 3	Bajo peso	Desnutrición aguda	Talla baja
< - 3	Bajo peso severo	Desnutrición severa	Talla baja severa

Fuente: Adaptado de Organización Mundial de la Salud (OMS 2006).

Observaciones con relación a la valoración nutricional:

- **Niños prematuros:** En los niños prematuros o con bajo peso al nacer es importante que la curva de crecimiento sea en sentido ascendente en forma paralela a las curvas de referencia.
- **Índice nutricional de la ganancia de peso y longitud:** el incremento de peso en el niño menor de un mes debe ser mínimo de 40gr/ día; así como el incremento de longitud debe ser mínimo 1cm / semana.

d. Desarrollo: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor:

Esta escala de evaluación del desarrollo psicomotor tiene los siguientes diagnósticos: Normal, riesgo y retraso. Se evalúa en base a 5 ítems: Fija la mirada al rostro del examinador, reacciona al sonido de la campanilla, aprieta el dedo índice del examinador, sigue con la vista la argolla en un ángulo de 90 grados y movimientos de cabeza en posición prona. (23)

C. Intervención:

Involucra actividades y/o acciones a seguir, ya sea que se apliquen a nivel individual, familiar o a nivel de la comunidad. Las intervenciones van dirigidas a modificar o eliminar los factores de riesgo. 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, el personal de la salud debe tener en consideración las habilidades del buen consejero, crear un ambiente de confianza y ofrecer apoyo. Para la realización de la consejería el personal de la salud tiene en cuenta prioritariamente los siguientes temas: Signos de alarma, cuidado del cordón umbilical, cuidado del recién nacido e higiene, además de lactancia materna exclusiva y extracción de la leche materna, según la metodología utilizada en la “Guía Técnica para la Consejería en Lactancia Materna”, aprobada con Resolución Ministerial N°462-2015-MINSA. (23)

Durante el control del crecimiento y desarrollo, el personal de la salud debe 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. (23)

D. Seguimiento:

El seguimiento se realiza en cada contacto con la niña y el niño. Para, tal efecto, los datos y hallazgos, como producto de la valoración, los diagnósticos y las intervenciones deben ser consignadas en la historia clínica y el carné de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años, a fin de facilitar el seguimiento.

El personal de la salud que realiza el control del crecimiento y desarrollo en el establecimiento, es el responsable del seguimiento y debe desarrollar estrategias que aseguren la atención de las niñas y niños. Para el seguimiento de las niñas y niños se realiza un sistema de citas programadas, las mismas que son determinadas en cada control y de mutuo acuerdo con la madre, padre o cuidador de la niña y el niño. Las citas se establecen considerando los intervalos mínimos establecidos en el esquema de periodicidad para el control del crecimiento y desarrollo, pudiendo incrementarse la frecuencia cuando se identifiquen riesgos o problemas en la niña o niño. (23)

Las visitas domiciliarias son realizadas con prioridad en caso de niñas y niños nacidos en domicilio, niñas y niños prematuros y/o bajo peso al nacer, niñas y niños que no acuden a citas programadas, niñas y niños que presentan crecimiento inadecuado.

- **Periodicidad del control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de un mes:**

Todo recién nacido recibe 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. (23)

2.3.3.2. Intervenciones familiares:

A. Visitas domiciliarias:

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. Esta actividad está a cargo de todo el personal de salud del establecimiento, donde se refuerzan las prácticas clave de lactancia materna, signos de alarma, cuidados e higiene del recién nacido y cuidado del cordón umbilical. (24)

2.3.3.3. Intervenciones comunitarias:

Para las intervenciones comunitarias, se tiene en cuenta la participación activa de los agentes comunitarios de salud, quienes son los encargados de las referencias comunales y visitas domiciliarias para reforzar las prácticas clave, bajo la estrategia de educación de pares.

Así mismo se realiza el mapeo por sectores, con la finalidad de contar con un registro nominal de niños menores de un mes, que facilite el seguimiento. (23)

2.3.4. Consultorio diferenciado para el control de crecimiento y desarrollo de la niña o el niño menor de un mes

A. Ambiente y equipamiento:

El ambiente reúne las condiciones adecuadas de limpieza, iluminación, comodidad, privacidad y seguridad para la niña, el niño y la madre, padre o cuidador que lo acompañe. También se encuentra libre de muebles, objetos u otro material innecesario que podría interferir con la atención, además cuenta con lavadero. Así mismo, se garantiza una temperatura adecuada durante el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño según condiciones climáticas. El equipo y/o materiales están

completos y en buen estado, cumpliendo con los estándares y especificaciones establecidos en la norma técnica vigente. (25)

B. Horario de atención y sistema de citas:

El horario de atención es de lunes a sábado de 07:00 horas hasta las 19: horas. Las citas se programan por horas y días, previo acuerdo con la madre, teniendo en cuenta la periodicidad de los controles.

C. Equipo para el consultorio diferenciado de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes:

- Armario metálico de 2 puertas
- Balanza digital
- Infantómetro neonatal
- Balanza reloj con calzoneta
- Cinta métrica para medidas antropométricas.
- Computadora personal
- Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa a pedal
- Equipo de sonido
- Escritorio estándar
- Estetoscopio pediátrico
- Mesa metálica para exámenes y cambiar pañales
- Papelera metálica de piso
- Reloj de una esfera de pared
- Set de riñoneras de acero quirúrgico
- Set de tambores de acero quirúrgico
- Silla metálica giratoria rodable
- Silla de lactancia materna

3. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Plan de intervención de enfermería

3.1. Justificación:

La mortalidad en niños menores de un mes (mortalidad neonatal), constituyen un problema de salud pública a nivel mundial, nacional, regional y local. A pesar de ser un problema evitable aún continúa siendo una agenda inconclusa, por lo cual se realiza el presente trabajo académico, considerando que el período neonatal representa el momento más vulnerable y crítico del primer año de vida; además en el año 2018, la tasa de mortalidad neonatal en la Micro Red Chilca fue de 6 por 1000 nacidos vivos.

Una de las principales actividades para la disminución de la morbimortalidad del niño menor de un mes, constituye el control de crecimiento y desarrollo con enfoque integral, para desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento del niño menor de un mes y su familia; evaluando el cuidado esencial que recibe, verificando y fortaleciendo las prácticas claves en el cuidado y permitiendo la detección oportuna de riesgos, factores determinantes o signos de enfermedad.

Por tanto, este trabajo académico se realizó para implementar acciones de intervención de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo, basado en la atención integral por curso de vida, tendiente a la promoción de prácticas adecuadas de cuidado del niño/a, en el marco de las Normas Técnica establecidas por el MINSA, orientado a mejorar la calidad de vida y contribuir a al desarrollo del capital humano.

3.2. Objetivos:

3.2.1. Objetivo general:

Brindar una atención integral al niño menor de un mes en el consultorio diferenciado de crecimiento y desarrollo de la Institución Prestadora de Salud I- 4 Chilca, Huancayo 2019.

3.2.2. Objetivos específicos:

- Implementar y operativizar un consultorio diferenciado para el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes en la Institución Prestadora de Salud Chilca.
- Capacitar al personal de salud sobre la implementación de la NTS N° 106 - MINSA / DGSP - V.01. y NTS N° 137 – MINSA-2017/DGIESP.
- Realizar el control del crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes con enfoque de integralidad, equidad, interculturalidad y de derechos, con calidad y calidez humana.
- Garantizar el cumplimiento oportuno de los cuatro controles de crecimiento y desarrollo en el niño menor de un mes.
- Identificar y tratar oportunamente situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo en el niño menor de un mes.

3.3. Metas:

100% de niños menores de un mes con atenciones integrales en el consultorio diferenciado de crecimiento y desarrollo de la institución prestadora de salud I- 4, Chilca 2019.

3.4. Programación de actividades:

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p>Implementación y operativización del consultorio diferenciado para el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes en la Institución Prestadora de Salud Chilca.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación y concertación con la jefatura de la IPRES sobre la importancia de contar con un consultorio diferenciado para el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes. • Ejecución del requerimiento de equipos y materiales para la implementación del consultorio diferenciado. 	<p>Consultorio diferenciado implementado y operativo</p>	<p>Actas de reunión. Resolución/ Memorándum de designación de responsable. Personal capacitado para el control del niño menor de un mes</p>	<p>01 consultorio diferenciado implementado y operativo. 01 enfermera capacitada, responsable del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes.</p>	<p>Enero del 2019</p>	<p>Responsable del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes.</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Designación de un responsable para el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes. • Difusión y operativización del consultorio diferenciado. 		Hojas de requerimiento.	Requerimiento aprobado y ejecutado.		
<p>Capacitación al personal de salud sobre la implementación de la NTS N° 106 - MINSA / DGSP - V.01. y NTS N° 137 – MINSA-2017/DGIES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación, concertación y negociación con actores sociales relevantes (ONG CMMB, RSVM) para la ejecución de la capacitación. • Planificación, organización y ejecución de un plan de capacitación. 	Personal de salud capacitado de la Institución Prestadora de Salud Chilca.	Plan de trabajo. Relación de participantes	Plan de trabajo aprobado, ejecutado y evaluado.	Enero 2019	Responsable del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes.

<p>Procedimiento del control del crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes con enfoque de integralidad, equidad, interculturalidad y de derechos, con calidad y calidez humana, en el consultorio diferenciado.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de la normativa vigente en el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes, basado en el Proceso de Atención de Enfermería. • Programación de citas por día y con hora para cada usuario, teniendo en cuenta la periodicidad de los controles, orientado a disminuir el tiempo de espera. • Ejecución de consejerías basado en los principios, momentos y habilidades del buen consejero. • Mantenimiento de un trato amable al usuario durante las atenciones a fin de garantizar la confianza. 	<p>Madres o cuidadores principales de niños menores de un mes</p>	<p>Historia Clínica Registro de citados</p>	<p>100% de usuarios reciben atención de control de crecimiento y desarrollo con enfoque de integralidad, equidad, interculturalidad, calidad y calidez humana. Madres conocen y expresan prácticas claves de cuidado y signos de alarma Tiempo de espera máximo 15 minutos por usuario.</p>	<p>Enero a diciembre de 2019</p>	<p>Responsable del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes. Personal que labora en el servicio de crecimiento y desarrollo.</p>
---	---	---	--	----------------------------------	---

<p>Cumplimiento oportuno de los cuatro controles en el niño menor de un mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensibilización a los usuarios sobre la importancia de la adherencia al control de crecimiento y desarrollo en el niño menor de un mes. • Ejecución de sesiones educativas en la sala de espera. • Censo diario de recién nacidos en alojamiento conjunto • Elaboración de materiales de difusión sobre la importancia del control de crecimiento y desarrollo. • Elaboración de un mapa sectorizado y padrón nominal actualizado por mes, donde se consigne el número de teléfono del usuario. • Coordinación con los sectoristas y agentes comunitarios de salud para las vistas domiciliarias y seguimiento oportuno de los niños menores de un mes. 	<p>Niños menores de un mes controlados.</p> <p>Trabajo articulado con agentes comunitarios y sectoristas.</p>	<p>HISS FUA Historia Clínica Hojas de ruta</p>	<p>76% de niños menores de un mes que cumplen los 4 controles de crecimiento y desarrollo.</p>	<p>Enero a diciembre de 2019</p>	<p>Responsable del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes.</p> <p>Personal que labora en el servicio de crecimiento y desarrollo.</p>
--	---	--	--	----------------------------------	---

<p>Identificación y tratamiento oportuno de situaciones de riesgo o alteraciones en el crecimiento y desarrollo en el niño menor de un mes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería para el Control de crecimiento y desarrollo, poniendo énfasis en la valoración. • Interconsulta a otras UPS a niños que presenten alguna enfermedad o condición de riesgo. • Seguimiento de niños derivados a otras UPS o referidos a otros Establecimientos. • Consejería a la familia sobre los cuidados a niños situaciones de riesgo o con alteraciones en el crecimiento y desarrollo. • Ejecución de visitas domiciliarias a niños en situaciones de riesgo. 	<p>Niños menores de un mes en situaciones de riesgo o con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.</p>	<p>Registro diario de atención. Historia clínica Fichas de visita domiciliaria</p>	<p>Identificación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en caso amerite del 100% de Niños menores de un mes en situaciones de riesgo o con alteraciones en el crecimiento y desarrollo.</p>	<p>Enero a diciembre de 2019</p>	<p>Responsable del control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de un mes.</p> <p>Personal que labora en el servicio de crecimiento y desarrollo.</p>
--	--	---	--	----------------------------------	---

3.5. Recursos:

3.5.1. Recursos materiales:

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
• Armario metálico de 2 puertas	01
• Balanza digital	01
• Tallímetro neonatal	01
• Balanza tipo reloj con cuneta	01
• Cinta métrica para medidas antropométricas.	02
• Computadora personal	01
• Cubo de acero inoxidable para desperdicios con tapa a pedal	02
• Equipo de sonido	01
• Escritorio estándar	01
• Estetoscopio pediátrico	01
• Coche de curaciones	01
• Mesa metálica para exámenes y cambiar pañales	01
• Reloj de pared	01
• Set de riñoneras de acero quirúrgico	03
• Set de tambores de acero quirúrgico	03
• Silla metálica giratoria rodable	01
• Silla de lactancia	01
• Batería de EEDP	01
• Carnet de atención integral del niño menor de un mes	01 millar
• Material Educativo	02 millares
• Guantes descartables	36 cajas
• Guantes quirúrgicos	12 cajas
• Linterna	01
• Papel bond	05 millares

3.5.2. Recursos humanos

- Licenciadas en enfermería
- Técnicos en enfermería
- Equipo multidisciplinario

3.6. Ejecución:

La ejecución de las actividades del presente plan de intervención se realiza anualmente, con participación de los agentes comunitarios, personal de salud y jefatura de la Institución Prestadora de Salud.

Habiendo inicialmente expuesto la problemática de una atención parcializada, con escaso seguimiento y en ambiente no acorde a la necesidad de los niños menores de un mes y presentado el plan de Trabajo. Se designó una responsable del componente neonatal (de la atención integral y seguimiento del niño menor de un mes), con la finalidad de cumplir con las intervenciones de enfermería para el control de crecimiento y de este grupo etéreo.

Las actividades se realizaron como parte de la actividad diaria, en un horario de atención de las 7 horas hasta las 19 horas, de lunes a sábado.

En cuanto a las actividades extramurales, se realizaron con participación de los agentes comunitarios, del personal técnico y profesional de la Institución Prestadora de Salud Chilca, quienes realizan actividades en el marco del Programa de salud familiar y Comunitaria, basado en el Modelo de Atención Integral por cursos de vida.

Así mismo, se realizaron las actividades administrativas de actualización mensual del padrón nominal sectorizado de niños menores de un mes.

3.7. Evaluación:

La intervención fue realizada en un 90%, logrando implementar y operativizar el consultorio de control de niños menores de un mes. En cuanto a la cobertura de control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes, el año 2018 se tuvo solo un 58%, a diferencia del año 2019 que ascendió hasta un 76%.

También es importante resaltar que las evaluaciones de cobertura y cumplimiento de indicadores, se realiza trimestralmente, con la finalidad de implementar estrategias de mejora.

Así mismo, se cuenta con un padrón nominal actualizado por sectores, así como registro de seguimiento que facilite el cumplimiento de actividades.

4. CONCLUSIONES:

- a) Se logró Implementar y operativizar un consultorio diferenciado para el control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes en la Institución Prestadora de Salud Chilca, el cual permitió reducir el tiempo de espera de los usuarios.
- b) El personal de salud de Crecimiento y desarrollo conoce y aplica la NTS N° 106 - MINSA / DGSP - V.01. y NTS N° 137 – MINSA-2017/DGIESP.
- c) En la en la Institución Prestadora de Salud Chilca, los controles de crecimiento y desarrollo del niño menor de un mes se realizan con enfoque de integralidad, equidad, interculturalidad y de derechos, con calidad y calidez humana.
- d) En el año 2019 se logró incrementar la cobertura de controles en el niño menor de un mes en un 18%.
- e) Durante el año 2019 se realizaron las interconsultas y referencia oportunas de casos de niños menores de un mes con morbilidad y en situaciones de riesgo, logrando un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

5. RECOMENDACIONES:

- a) El personal de enfermería que labora en crecimiento y desarrollo del niño, debe garantizar la continuidad de atenciones del niño menor de un mes en el consultorio diferenciado con la finalidad de brindar una atención integral con calidad y calidez humana, considerando la vulnerabilidad de este grupo etáreo.
- b) La coordinadora de crecimiento y desarrollo del niño debe ejecutar un plan de capacitación continua, en coordinación con el área de capacitación, dirigido al personal de salud, de acorde a las nuevas tendencias y normas técnicas, enfatizando las habilidades del buen consejero.
- c) El equipo de crecimiento y desarrollo del niño de la Institución Prestadora de Salud Chilca debe elaborar un plan de mejora continua con la finalidad de garantizar la atención de crecimiento y desarrollo integral e integrado del niño menor de un mes a través del trabajo articulado con el equipo multidisciplinario de la Institución.
- d) La coordinadora de crecimiento y desarrollo del niño, debe realizar el monitoreo mensual del cumplimiento de objetivos e indicadores y la socialización del mismo con el equipo de trabajo, orientado a la implementación de estrategias de mejora.
- e) La jefatura de la Institución Prestadora de Salud Chilca, en coordinación con el área de referencias deberán mejorar el proceso de referencia y contra referencia de niños menores de un mes en situaciones de riesgo, con la finalidad de evitar complicaciones. Así mismo la jefatura de la Institución deberá garantizar las interconsultas oportunas de niños menores de un mes a las diferentes unidades productoras de servicios.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Who. [Online].; 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/detail/19-10-2017-7-000-newborns-die-every-day-despite-steady-decrease-in-under-five-mortality-new-report-says>.
2. Who.int. [Online].; 2018. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>.
3. Fundaciondewaal.org. La situacion de las muertes neonatales. [Online].; 2019. Available from: <https://fundaciondewaal.org/index.php/2019/09/05/la-situacion-de-las-muertes-neonatales-e-infantiles-en-america-latina/>.
4. UNICEF. Muertes neonatales con cifras preocupantes en la region latinoamerica segun informe unicef. [Online].; 2013. Available from: <https://www.efe.com/efe/america/sociedad/muertes-neonatales-con-cifras-preocupantes-en-la-region-latinoamerica-segun-informe-unicef/20000013-3528945>.
5. [Online].; 2019. Available from: <file:///C:/Users/User/Downloads/Bolet%20n%20No.1%202019.pdf>.
6. Diresajunin.gob.pe. Muertes fetales y neonatales descienden en comparación del pasado. [Online].; 2019 [cited Muertes fetales y neonatales descienden en 50 en comparación del pasado. Available from: http://www.diresajunin.gob.pe/noticia/id/2019090415_muertes_fetales_y_neonatales_descienden_en_50_en_comparacin_del_ao_pasado/).
7. Paredes R. Rol de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017. Ibarra, Ecuador: Universidad Técnica del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud.; 2018.
8. Cáceres R. Título: "Control de niño sano de 0 a 2 años y la morbilidad del servicio de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera - Periodo Mayo-Julio, 2015." Valencia,

Venezuela: Universidad de Carabobo, Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Medicina – Sede Carabobo; 2017.

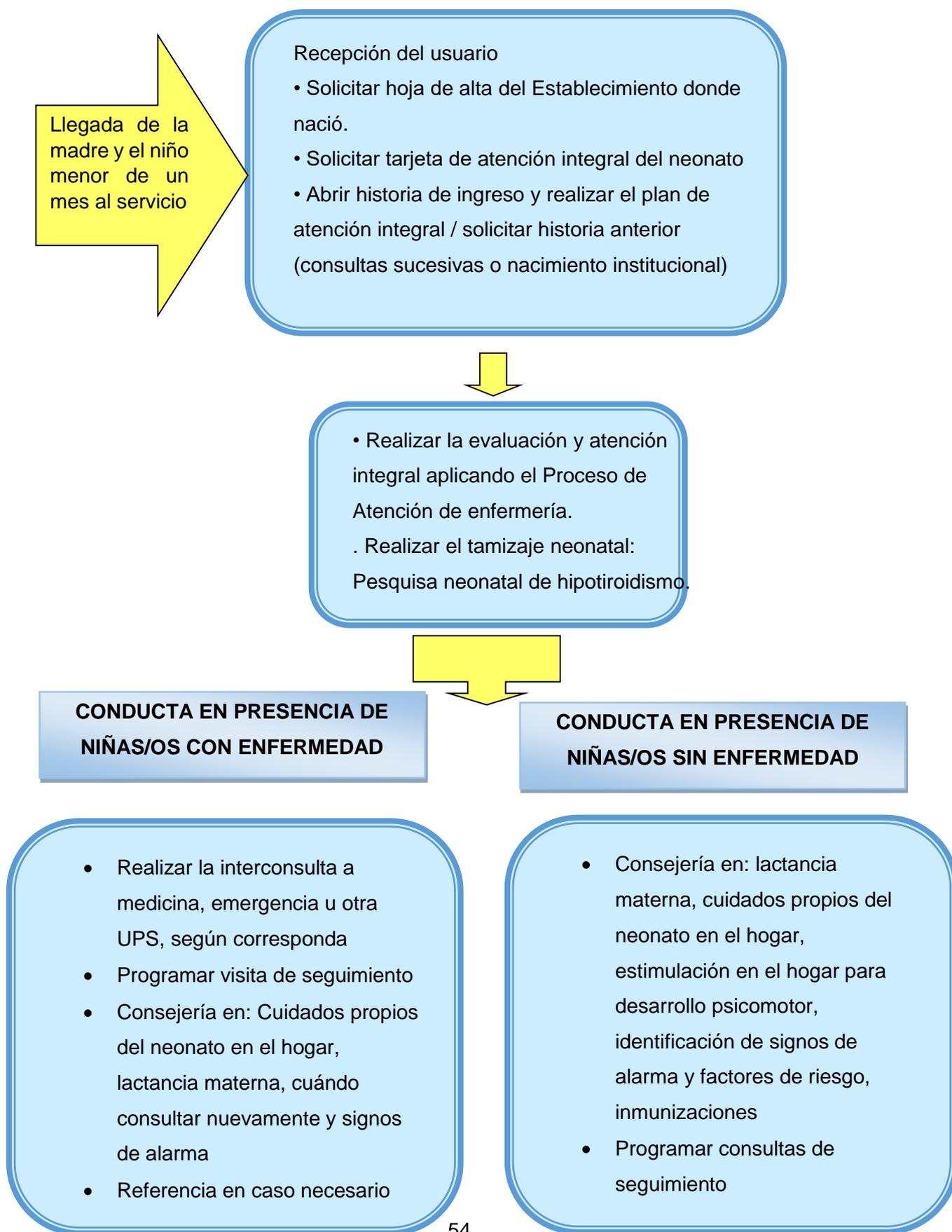
9. Villarreal S. Título: “El proceso de atención de la salud infantil, en especial el control del niño sano, desde la perspectiva de los equipos de salud, gestores y población, según integralidad y aceptabilidad de la atención en dos centros de salud municipales. Rosario, Brasil.: Universidad Nacional de Rosario, Centro de Estudios Interdisciplinarios; 2017.
10. Moreno C. Análisis de la política de desarrollo infantil integral, en niñas y niños de 0 a 3 años de edad, en centros infantiles del buen vivir (CIBV) Quito, Ecuador.: Universidad Andina Simón Bolívar.; 2016.
11. Monteiro F. Título. “Satisfacción usuaria con el control de salud infantil en un centro de salud familiar en el año de 2015.” Santiago, Chile.: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina.; 2015.
12. Albinez D. Título: “Aplicación del Programa de Control Crecimiento y Desarrollo en Niños Menores de Cinco Años, y la Percepción de sus Madres Usuarias en el Centro de Salud de Tumán, Lambayeque”. Chiclayo, Perú.: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado; 2018.
13. Bujeje N. Título “Implementación de Políticas Públicas para la Atención Integral al Niño y Niña De 0 A 3 Años de Edad en el Distrito de San Jerónimo, Provincia De Andahuaylas”. Lima, Perú.: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado.; 2018.
14. Hernández F, Montalvo M. Título “Cuidado de Enfermería en el Control de Crecimiento y Desarrollo del Lactante Menor, Micro Red Asistencial De Chiclayo 2015” Lambayeque, Perú.: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Facultad de Enfermería.; 2017.
15. Alama M. Título: "Factores asociados a la deserción del Control de Crecimiento y Desarrollo en menores de 5 años en el Hospital Marino

- Molina, Lima 2016.” Lima, Perú.: Universidad Cesar Vallejo, Escuela de Posgrado.; 2017.
16. Estrada N. Título: “Percepción y expectativa sobre la calidad de atención de enfermería de las madres de niños menores de un año que acuden al control de crecimiento y desarrollo- Piura, 2016”. Piura, Perú.: Universidad Católica Los Angeles de Chimbote. Facultad de Ciencias de la Salud.; 2017.
 17. Pender N. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. Enfermería Universitaria. 2011 Mayo; 9ª generación, ENEO-UNAM.(4).
 18. ENEO-UNAM. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión- Enfermería Universitaria Artículo de Revisión 16. Vol 8. • Año. 8 • No. 4. [Online].; 2011. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>.
 19. Meiriño J, Vasquez M, Simonetti C:PM. Teorias de enfermería. [Online].; 2012. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>.
 20. Alvarado L, Guarín L, Cañón W, Montañez.. Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. Cuidarte, Revista de Investigación, Escuela de Enfermería. <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v2n1/v2n1a15.pdf>. 2011 Octubre.; 1(1).
 21. Blogspot. Adopción del rol materno convertirse.. [Online].; 2013. Available from: <http://teoriasintermedias2013.blogspot.com/2013/05/adopcion-del-rol-materno-convertirse-en.html>.

22. Marriner A, Alligood M. Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer.. In (Ed.) sMytee, editor.. España.: Editorial Elsevier.; 2011.
23. MINSA. Documento técnico: “Modelo de atención integral de salud basado en familia y comunidad”. Lima, Perú.; 2020.
24. MINSA. NTS N° 137 - MINSA - 2017/DGIESP. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y. desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima, Perú.; 2017.
25. MINSA. NTS N° 106 - MINSA / DGSP - V.01. Norma técnica de salud para la atención integral de salud neonatal. Lima, Perú.; 2013.

ANEXOS

ANEXO 1: DIAGRAMA SINTÉTICO DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MENOR DE UN MES A PARTIR DEL 4º DÍA



ANEXO 2: EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

IMPLEMENTACIÓN Y OPERATIVIZACIÓN DEL CONSULTORIO DIFERENCIADO PARA EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE UN MES EN LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD CHILCA.

IMAGEN N° 1:



CONSULTORIO IMPLEMENTADO Y EQUIPADO

CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA NTS N° 106 - MINSA / DGSP - V.01. Y NTS N° 137 – MINSA- 2017/DGIES

IMAGEN N° 2:



CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE SALUD DE LA IPRES CHILCA

PROCEDIMIENTO DEL CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE UN MES CON ENFOQUE DE INTEGRALIDAD, EQUIDAD, INTERCULTURALIDAD Y DE DERECHOS, CON CALIDAD Y CALIDEZ HUMANA, EN EL CONSULTORIO DIFERENCIADO.

IMAGEN N° 3:



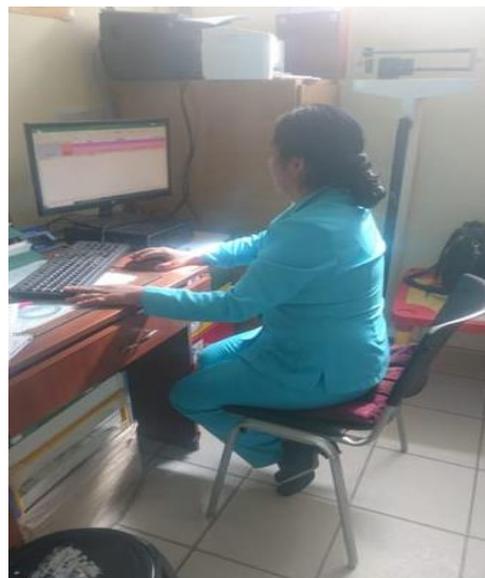
EVALUACIÓN DEL DESARROLLO



ANTROPOMETRÍA



EXAMEN FÍSICO



REGISTRO EN EL PADRÓN NOMINAL

CUMPLIMIENTO OPORTUNO DE LOS CUATRO CONTROLES EN EL NIÑO MENOR DE UN MES.

IMAGEN N° 4:



**SESIÓN EDUCATIVA
IMPORTANCIA DEL
CONTROL CRED**



MAPA SECTORIZADO

IDENTIFICACIÓN Y TRATAMIENTO OPORTUNO DE SITUACIONES DE RIESGO O ALTERACIONES EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL NIÑO MENOR DE UN MES.

IMAGEN N° 5:



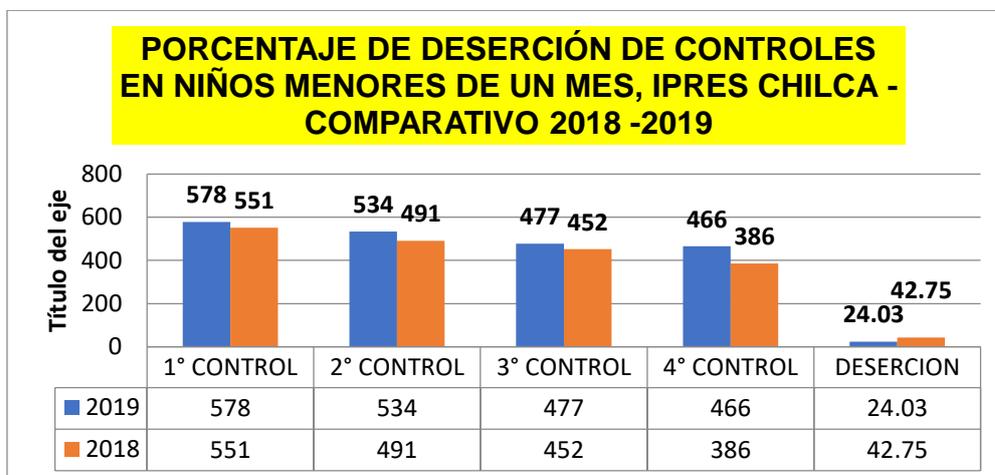
**SESIÓN EDUCATIVA EN
PRACTICAS CLAVE**



VISITAS DOMICILIARIAS

ANEXO 3: GRÁFICOS ESTADÍSTICOS

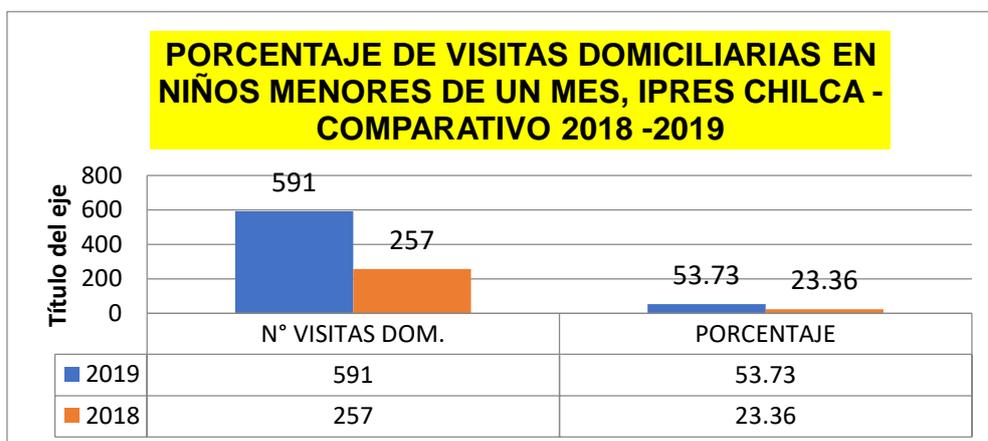
GRÁFICO N° 1:



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática de la Institución Prestadora de Salud Chilca.

INTERPRETACIÓN: En la Institución Prestadora de Salud Chilca, la deserción de controles de crecimiento y desarrollo en niños menores de un mes disminuyó significativamente el año 2019 en comparación al año 2018 (18.72%).

GRÁFICO N° 2:



FUENTE: Oficina de Estadística e Informática de la Institución Prestadora de Salud Chilca

INTERPRETACIÓN: En la Institución Prestadora de Salud Chilca, gracias al trabajo articulado y en equipo, el porcentaje de visitas domiciliarias en niños menores de un mes logró un avance significativo el año 2019 en comparación al año 2018 (30.37%).