

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a preescolar con diagnóstico médico hipoacusia, atendido en un Centro de salud público de Lima, 2018

Por:

Eliana Lucy De la Cruz Fuentes

Asesor:

Mg. Delia Luz León Castro

Lima, noviembre de 2018

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico titulado: “*Proceso de atención de enfermería aplicado a preescolar con diagnóstico médico hipoacusia, atendido en un Centro de salud público de Lima, 2018*” constituye la memoria que presenta la licenciada DE LA CRUZ FUENTES ELIANA LUCY, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado Integral Infantil, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los veintidós días del mes de noviembre de 2018.



Mg. Delia Luz León castro

“Proceso de atención de enfermería aplicado a preescolar con diagnóstico médico
hipoacusia, atendido en un Centro de salud público de Lima, 2018”

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de especialista en enfermería en Cuidado Integral
Infantil

JURADO CALIFICADOR



Mg. María Magdalena Díaz Orihuela

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretaria



Mg. Delia Luz León Castro

Asesor

Lima, 22 de noviembre de 2018

Dedicatoria

A mis padres que con su ejemplo y valor me animaron a seguir adelante a culminar mis metas.

A mi esposo que fue mi fortaleza para culminar la especialidad.

A mis hermanos por su apoyo incondicional para seguir adelante.

A mí querido hijo que con su amor y ternura llenaron mi mundo, para seguir y mirar positivamente esforzándome cada día más.

Agradecimientos

A Dios por darme la vida, por tener un propósito para mí, gracias, mil gracias por estar conmigo todos los días de mi vida, porque sin él no hubiera logrado lo que conseguí hasta ahora.

A la universidad que con los valores y fundamentos cristianos forman profesionales con vocación de servicio y amor a su prójimo.

A mi asesora de tesis, Mg. Delia Luz León Castro, que con su apoyo y experiencia me guio para la culminación del presente trabajo.

A los a docente de la universidad peruana unión por sus conocimientos impartidos y experiencias que fortalecieron nuestra carrera.

A mis compañeros de clase por los momentos compartidos y experiencias gratificantes.

Contenido

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Contenido	vi
Índice de tablas.....	ix
Símbolos usados.....	x
Resumen	xi
Capítulo I.....	12
Proceso de Atención de Enfermería	12
Valoración.....	12
Datos generales.....	12
Resumen de motivo de ingreso	12
Situación problemática.....	13
Valoración por Patrones Funcionales.....	15
Listado de características significativas.	22
Diagnósticos de enfermería.....	23
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	23
Enunciado de los diagnósticos de enfermería.	25
Planificación.....	26
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	26
Planes de cuidados	27
Ejecución.....	40
SOAPIE.....	40

Evaluación.....	45
Capítulo II.....	47
Marco teórico.....	47
Antecedentes	47
Marco conceptual	51
Hipoacusia	51
Etapa Preescolar	59
Desarrollo infantil.....	60
Desnutrición infantil.....	61
El Test de Evaluación Psicomotriz (TEPSI)	62
Control de Crecimiento y Desarrollo	62
Estreñimiento.....	63
Modelo teórico	66
Capítulo III	68
Materiales y métodos.....	68
Tipo y diseño.....	68
Sujeto de estudio	68
Delimitación geográfica temporal.....	68
Técnica de recolección de datos.....	69
Consideraciones éticas	69
Capítulo IV	70
Resultados, análisis y discusión	70
Resultados	70
Análisis de los diagnósticos	70

Discusión	75
Capítulo V	78
Conclusiones y recomendaciones	78
Conclusiones	78
Recomendaciones.....	79
Apéndice A: Consentimiento informado	88
Apéndice B: Guía de valoración	90
Apéndice C: Evaluación de Desarrollo	97
Resultados Test Total	97
Resultados por Subtest	97
Perfil TEPSI	97
Apéndice D: Evaluación audiológica.....	98

Índice de tablas

Tabla 1: <i>Evaluación de la audición</i>	14
Tabla 2: <i>Examen de Hemoglobina</i>	15
Tabla 3: <i>Calendario de vacunación</i>	17
Tabla 4: <i>Horarios establecidos sobre la alimentación</i>	19
Tabla 5: <i>Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería</i>	75

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería

CRED: Crecimiento y desarrollo

TEPSI: Test de desarrollo psicomotor

T°: Temperatura

F.C: Frecuencia cardiaca

F.R: Frecuencia respiratoria

P.C: Perímetro cefálico

N°: Numero

OMS: Organización Mundial de la Salud

MINSA: Ministerio de Salud

OPS: Organización Panamericana de Salud

CD: Coeficiente de Desarrollo

HHSS: habilidades sociales

Resumen

El Proceso de Atención de Enfermería es un método científico, sistemático, con la capacidad de brindar cuidados dirigidos a alcanzar los objetivos planteados en todos los niveles de atención, en tal sentido se describe el caso clínico de un preescolar con diagnóstico de Hipoacusia que es atendido en un establecimiento de salud, en el servicio de Crecimiento y Desarrollo. El objetivo del caso de estudio, es evidenciar el cuidado realizado por el profesional de enfermería a un niño de 3 años con diagnóstico médico hipoacusia, que fue atendido en el servicio de crecimiento y desarrollo del niño sano, aplicando el proceso de atención de enfermería (PAE). Metodología: el diseño de investigación fue el estudio de caso. Se utilizó como instrumento la Guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon; con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación, se ejecutaron las actividades programadas y finalmente se evaluaron los objetivos planteados. La técnica para recolección de datos utilizada fue la anamnesis y entrevista a la madre, examen físico y visita domiciliaria. Resultados: de los cinco diagnósticos identificados, del 100% de los resultados esperados, el 60% se alcanzó, 40% se alcanzó parcialmente. Conclusiones: se logra realizar el PAE cumpliendo sus cinco etapas, el proceso de atención de enfermería desarrollado en preescolar fue efectivo ya que se lograron ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados, por lo que se resolvieron varios problemas identificados, de los cinco diagnósticos de enfermería formulados tres se lograron mejorar y dos de ellos están en proceso de mejora.

Palabras clave: Hipoacusia, preescolar y proceso de atención de enfermería

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre: A.C.A

Sexo: Masculino

Edad: 3 años ,0 meses, 15 días

Sexo: Masculino

Ciclo de vida: preescolar

Lugar de Procedencia : Lima

Servicio: Crecimiento y Desarrollo

Nº de Historia Clínica: 11714

Fecha de Nacimiento: 03- 01-2015

Fecha de valoración: 18-01-2018

Hora: 9:30 am

Diagnóstico médico: Hipoacusia Neurosensorial moderada

DX Nutricional: Desnutrición aguda.

DX Del Desarrollo: Retraso en el desarrollo del área de lenguaje

Lugar de nacimiento: El agustino

Resumen de motivo de ingreso

Preescolar de sexo masculino, afiliada al SIS, se atiende en el centro de salud del MINSA en forma irregular, ingresa al servicio de control de crecimiento y desarrollo para ser atendida.

Situación problemática

Preescolar es traído por su madre al servicio de control de crecimiento y desarrollo del niño sano, madre refiere: “mi niño estaba siendo evaluado en un hospital por motivo que mi niño nació prematuro y estuvo internado, cuando fue dado de alta le indicaron que debía realizar sus controles por consultorios externos, acude a su control de su hijo, pero por la distancia y factores económicos decide acudir al centro de salud más cercano, actualmente viene trayendo a su hijo al centro de salud, se muestra animosa de ayudar en la recuperación de su niño ya que presentó anemia a pesar que tiene buen apetito. Se realiza examen físico:

Preescolar despierto activo, poco comunicativo observa y coge los juguetes que se encuentran cerca de él, piel tibia pálida, en buen estado de higiene, cabeza normo cefálico, cabellos con buena implantación, color negro, Facies con movimientos simétricos, oreja con buena implantación, formación adecuada del pabellón auricular, ojos simétricos párpados normales, conjuntiva normal, esclerótica normal, pupilas isocóricas normoreactivas, movimientos oculares completos y simétricos, nariz simétrica fosas nasales permeables, presencia de tabique normal, ventilación espontánea, boca simétrica, mucosa oral hidratada, piezas dentarias completas para su edad, se evidencia macroglosia, cuello simétrico, presencia de ganglios linfáticos y movimiento normal tórax simétricos movimientos respiratorios normales latidos cardiacos normales, glándula mamaría presente sin alteración abdomen ligeramente distendido, presencia de ombligo normal, columna vertebral Simétrico con movimientos normales extremidades: con buen tono muscular movimientos simétricos genitourinario, no hay fimosis, ano permeable.

Funciones Vitales

T: 36.8°C.

FC: 87 latidos por minuto

FR: 22 respiraciones por minuto

Funciones biológicas

Apetito: Conservado

Sed: Conservado

Sueño: Conservado

Deposición: Ausente hace dos días

Diuresis: Normal

Funciones Antropométricas.

Peso: 12 500kg.

Talla: 90 Cm

PC: 47 Cm

Peso/Edad (P/E): Riesgo

Talla/Edad (T/E): Normal

Peso/Talla (P/T): Riesgo

Exámenes auxiliares:**Tabla 1. Evaluación de la audición**

	250	500	1000	2000	4000	8000	HZ
OD	65	65	65	55	50	50	
OI	50	50	55	60	65	50	dBHL

Fuente: Resultados obtenidos el 26 de Setiembre de 2017

Descripción: Usando la técnica audiométrica del PIP, revelan una pérdida auditiva neurosensorial moderada bilateral.

Tabla 2. Examen de Hemoglobina

Hemograma	Resultado	Unidades	Valores de referencia
Hemoglobina	10,6	g/d	11 - 14

Fuente 1: Resultado de laboratorio correspondiente al 15 de Diciembre de 2017.

Descripción: Paciente en estudio presenta un grado de anemia leve.

Valoración por Patrones Funcionales

Patrón percepción- control de la salud.

Dx. Médico: Hipoacusia neurosensorial moderada bilateral

Factores de riesgo: Bajo peso:(si) Prematuridad: (si)

Hospitalizaciones: Estuvo internado en el hospital Hipólito Unanue, desde su nacimiento por ser prematuro.

Estado de Higiene: En buen estado de higiene

Controles de CRED: 10 controles

Suplementación preventiva de anemia: Micronutriente. Descripción: 5ta entrega

Madre con buena disposición para mejorar el tratamiento de su hijo

Antecedentes personales:

Datos de la madre:

Edad: 40 años

Grado de instrucción: secundaria completa

Ocupación Ama de casa

Antecedentes de enfermedad: toxoplasmosis en la gestación

Alergias: Niega alergias

Consumo de sustancias toxicas: Ninguna

Medicamentos que consume: Ninguna

Número de gestación: 2

Número de hijos vivos: 1

Número de controles prenatales: 7

Grupo y factor sanguíneo: RH O (+)

Problemas en la gestación: Si

Tipo de parto: Distócico, madre refiere que su bebe nació por cesárea por motivo que presento bradicardia fetal cumplió las 36 semanas de gestación y no presentaba signos y síntomas de trabajo de parto.

Datos del padre:

Edad: 45 años

Grado de instrucción: Primaria completa

Ocupación: Trabajador independiente, agricultor

Antecedentes de enfermedad: Ninguna

Alergias a medicamentos: Niega alergias

Medicamentos que consume: Ninguno

Consume sustancias toxicas: Niega

Datos del Niño:

Apgar: al, minuto 9 A los 5 minutos: 9

Edad gestacional: 36 semanas

Tipo de parto: Distócico (cesárea)

Sufrimiento Fetal: si el parto se adelantó, presento bradicardia fetal

Peso al nacer: 1 ,530 gr

Talla al nacer: 38 cm.

Perímetro cefálico: 28.5 cm.

Alergias: No

Estado vacunal:

Tabla 3

Calendario de vacunación

EDAD	VACUNA	DOSIS	FECHA
7 M	BCG	RN	28/08/15
	HVB	RN	
7M	PENTAVALENTE	1°	28/08/15
7M	IPV	1°	28/08/15
7M	NEUMOCOCO	1°	28/08/15
	ROTAVIRUS	1°	No recibió dicha vacuna por sobrepasar la edad indicada de aplicación.
1ª 8M	PENTAVALENTE	2°	23/08/16
1ª10M	IPV	2°	28/10/15
1ª10M	NEUMOCOCO	2°	28/10/15
	ROTAVIRUS	2°	No recibió dicha vacuna por sobrepasar la edad indicada de aplicación.
1ª11M	PENTAVALENTE	3°	20/12/16
1ª8M	ANTIPOLIO ORAL	3°	23/08/16

1 ^a 8M	NEUMOCOCO	3°	20/12/16
2 ^a	INFLUENZA	1°	18/01/17
1 ^a 11M	SPR	1°	20/12/16
2 ^a 1M	AMA	DU	13/02/17

Test de desarrollo: TEPSI, como resultados se obtuvo riesgo del desarrollo en el área de lenguaje, puntaje obtenido 36

Patrón nutricional metabólico

Peso anterior: 12.300 kg Talla: 88cm PC: 49.5cm

Peso actual: 12.500kg Talla: 90cm. PC: 49.8cm

T/E: Riesgo

P/E: Riesgo

P/T: Normal

Estado nutricional: Desnutrición

Ganancia de peso: Inadecuada

Inicio de alimentación complementaria: 6 meses

Apetito: Conservado

Dificultad para Deglutir: No

Nro. de veces que da de comer en el día: 5 veces

Cantidad de alimento que come en cada comida: $\frac{3}{4}$ de un plato

Consume el niño: sangrecita, bazo, hígado: No

Madre refiere: “Mi niño toma muy poca agua”

Madre refiere: “Mi niño esta pequeño y delgado”

Alimentación del preescolar:

Tabla 4

Horarios establecidos sobre la alimentación

HORA	ALIMENTOS
8.00 am	Desayuno: avena, quinua, soya
10:00 am	una fruta picada
12:00 pm	Almuerzo: menestra con cereal y ensalada
3:00 pm	una mazamorra de fruta
6:00 pm	cena: un segundo
8:00 pm	leche más un pan con mantequilla

Dentición: piezas dentarias presentes de acuerdo para su edad. A pesar del problema de macroglosia, niño consume sus alimentos sin dificultad,

Termorregulación: Temperatura: 36.8

Hidratación: Normal

Cabello: Normal

Mucosas Orales: Hidratado

Patrón eliminación

Nº de deposiciones al día: cada 2 días presenta deposiciones sólidas

Consume alimentos ricos en fibra: No

Micción espontánea: si

Patrón actividad y ejercicios

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: 22 respiraciones por minuto

Amplitud: Profunda

Tos: No

Secreciones: No

Ruidos respiratorios: a la auscultación de ACP murmullo vesical

Pulso: 89 Regular

Fuerza/tono Muscular: Conservada

Movilidad de Miembros: si moviliza, corre, salta

Tono muscular: conservados

Patrón perceptivo cognitivo

Nivel de Conciencia: Despierto

Alteración Sensorial: Por ser un niño prematuro fue evaluado por especialista en oftalmología, no concretándose un diagnóstico definitivo; se sospechó de desprendimiento de retina, a su vez fue evaluado por otorrinolaringólogo, indicando realizar examen de potenciales evocados, para descartar sordera, madre logra realizar el examen solicitado recibiendo como respuesta que su niño era sordo.

En el área de lenguaje presenta dificultad para pronunciar las palabras (dislalia audiógena) ya que el niño no escucha, motivo por el cual no comprende indicaciones y no entiende lo que hablan, madre refiere mi niño me entiende, él puede hablar.

Durante la evaluación niño solo emite sonido no comprensible.

Desarrollo psicomotor: Se realiza la evaluación con el test para su edad TEPSI, obteniendo como resultado un puntaje total: 39 que se encuentra en el rango de Riesgo, subdividiéndose en:

Subtest de Coordinación: puntaje 47 clasificado como: normal

Subtest de Lenguaje: puntaje 36 clasificado como riesgo

Subtest de Motricidad: puntaje 44 clasificado como: normal

Patrón descanso- sueño

Nº de horas de sueño: 10 horas diarias durante la noche, que no son interrumpidas

Alteración en el sueño: No

Patrón autopercepción-autoconcepto/tolerancia a la situación y al estrés

Estado emocional: Tranquilo, observa su entorno

Demuestra felicidad a lado de la madre: sí

Madre con facies de preocupación por la salud de su hijo

Madre refiere como puedo ayudar a mi hijo, quiero que aprenda los números, a leer.

Reacción de la madre: pasiva

La madre presenta disposición para cuidar al niño

Patrón relaciones – rol

El cuidado del niño: está a cargo de la madre, ya que el padre no se encuentra por motivo de trabajo.

La comunicación no es muy clara del niño hacia la madre

Se observa niño poco comunicativo, solo emite sonidos no comprensibles

Madre refiere “mi hijo juega solo, todavía no va al nido”

Sexualidad reproducción

Fimosis: No

Testículos descendidos: sí

Patrón valores y creencias

Religión que practica: católica.

Valores personales: Se observa la resiliencia de la madre hacia el niño.

Restricción Religiosa: Ninguna

Listado de características significativas.

Patrón percepción- control de la salud.

Diagnóstico médico: Hipoacusia neurosensorial moderada bilateral

Test de Desarrollo: TEPSI: Riesgo en el desarrollo del área lenguaje

Patrón relaciones- rol

El cuidado del niño: está a cargo de la madre

Se observa niño poco comunicativo, solo emite sonidos no comprensibles.

Madre refiere “mi hijo juega solo, no lo he matriculado en el nido aun”.

Patrón perceptivo cognitivo.

Alteración Sensorial: Auditiva Hipoacusia neurosensorial moderada bilateral.

Niño no obedece órdenes: Preescolar no logra comprender la orden dada en la evaluación: como

traslada agua de un vaso a otro, abotona, desabotona, desata cordones, etc.

Test de Desarrollo: TEPSI: Riesgo en el desarrollo del área lenguaje

Patrón nutricional metabólico.

Peso anterior: 12.300 kg Talla: 88cm PC: 49.5cm

Peso actual: 12.500kg Talla: 90cm. PC: 49.8cm

T/E: Riesgo

P/E: Riesgo

P/T: Normal

Estado nutricional: Desnutrición

Ganancia de peso: Inadecuada

Madre refiere: mi hijo consume insuficientes alimentos ricos en hierro.

Nivel de hemoglobina 10.6 mg/dl

Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia a la situación y al estrés

Estado emocional: Sonriente.

La madre participa activamente en los cuidados del niño.

El padre participa pasivamente en el cuidado del niño.

Conocimientos deficientes de la madre sobre cuidados a niños con hipoacusia.

Madre con facies de preocupación por la salud de su hijo.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la gestión de la salud

Código: 000162

Dominio 1: promoción de la salud

Clase 2: Gestión de la salud

Página: 142

Definición: “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que pueden ser reforzados” (NANDA, 2015).

Factor relacionado: No tiene.

Características definitorias: Expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

Enunciado de enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud, manifestado por expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

Etiqueta diagnóstica: CP. Anemia

Definición: “Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En

términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar” (N/ T - Manejo Terapéutico y Preventivo de la Anemia, 2017).

Signos y síntomas: facies de palidez, nivel de hemoglobina 10,6 mg/dl.

Enunciado: CP. Anemia

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales

Código: 00002

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 ingestión

Página: 163

Definición: Consumo de nutrientes insuficientes para satisfacer las necesidades metabólicas. (NANDA, 2015) .

Factor relacionado: ingesta diaria insuficiente

Características definitorias: ganancia inadecuada de peso, talla para la edad riesgo, peso para la edad riesgo.

Enunciado de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades relacionado con ingesta diaria insuficiente manifestado por ganancia inadecuada de peso, talla para la edad riesgo, peso para la edad riesgo.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de estreñimiento

Código: 00015

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 2 Función Gastrointestinal

Página: 198

Definición: “Vulnerabilidad a sufrir una disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces que puede comprometer la salud” (NANDA, 2015).

Factor de riesgo: ingesta de líquidos y fibra insuficientes

Enunciado de enfermería: Riesgo de estreñimiento relacionado a ingesta de líquidos y fibra insuficientes.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo

Código: 00112

Dominio: 13 Crecimiento y desarrollo

Clase: 2 desarrollo

Página: 452

Definición: “Vulnerable a sufrir un retraso del 25% o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud” (NANDA, 2015).

Factor de riesgo: Infección, secundario a toxoplasmosis de la madre en la gestación

Enunciado de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a infección secundario a toxoplasmosis de la madre en la gestación.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería.

Disposición para mejorar la gestión de la salud manifestado por expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

Enunciado: CP. Anemia

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades relacionado con ingesta diaria insuficiente manifestado por ganancia inadecuada de peso, talla para la edad riesgo, peso para la edad riesgo.

Riesgo de estreñimiento relacionado a ingesta de líquidos y fibra insuficientes.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado con hipoacusia.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades relacionado con ingesta diaria insuficiente manifestado por ganancia inadecuada de peso, talla para la edad riesgo, peso para la edad riesgo.

CP. Anemia

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a infección secundario a toxoplasmosis de la madre en la gestación.

Riesgo de estreñimiento manifestado por hábitos de defecación irregular, ingesta de fibra insuficiente.

Disposición para mejorar la gestión de la salud manifestado por expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

Planes de cuidados

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades relacionado con ingesta diaria insuficiente manifestado por ganancia inadecuada de peso, talla para la edad riesgo, peso para la edad riesgo.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general: Preescolar presentará equilibrio nutricional adecuado con la ayuda de la madre en 2 meses.</p> <p>Resultados esperados: Paciente evidenciará ganancia adecuada de peso.</p>	<p>1. Brindar consejería integral estableciendo una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>2. Explicar a la madre la importancia de la alimentación en la recuperación del peso de su niño.</p>	<p>1. La consejería es un proceso basado en el intercambio dialogo centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución (MINSA, 2010).</p> <p>2. “La promoción de alimentación adecuada enfatiza en el uso de alimentos locales y contexto cultural” (MINSA, 2017).</p>

<p>Paciente presentará talla adecuada para la edad.</p>	<p>3. Educar a la madre sobre los requerimiento y fuentes de alimentos.</p> <p>4. Explicar a la madre sobre la adecuada manipulación de alimentos y una preparación segura.</p>	<p>3. “Los requerimientos de energía para este grupo poblacional se estimaron a partir de dos variables, las cuales son el Gasto Energético Total (GET) y la Energía Necesaria para el Crecimiento y Depósito de tejidos (E°). Siendo los valores ideales en el sexo masculino 1229 Kcal”. (Guía técnica de requerimientos de energía y nutrientes, 2012) p26.</p> <p>4. Se reconoce que los factores relacionados para lograr la inocuidad de los alimentos, las prácticas de su preparación, su adecuada manipulación, la higiene y la conservación, son también elementos críticos que deben tomarse en cuenta, según la pertinencia de los casos (MINSA, RM_249-2017-MINSA, 2017)</p>
---	---	---

	<p>5. Explicar a la madre la importancia de controlar su peso de su hijo semanalmente.</p> <p>6. Brindar orientación de cómo crear un ambiente agradable y relajado a la hora de las comidas.</p>	<p>5. “La atención brindada en el consultorio de crecimiento y desarrollo, consiste en evaluar a la niña o niño de manera individual, periódica y secuencial utilizándolas curvas de crecimiento (...) indicadores peso/edad peso/talla y talla/edad. (Consejería Nutricional, 2010)</p> <p>6. Es importante dedicar en el desayuno un tiempo prudente entre 10 a 15 minutos, como también brindar un ambiente relajado en la mesa, pero es necesario que se puedan levantar temprano para que puedan culminar a tiempo, debiéndose acostar a una hora apropiada y dejando preparado desde la noche anterior el material escolar. (Peña Quintana, Ros Mar, & Gonzales, 2006).</p>
--	---	---

CP. Anemia

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Revertir anemia.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a la madre sobre una dieta correcta, indicando la fuente de los alimentos ricos en hierro. 2. Informar sobre las pruebas diagnósticas para establecer la causa de la anemia. 3. Fomentar la importancia del cumplimiento en la dieta y consumo de los micronutrientes. 	<ol style="list-style-type: none"> 1 Una adecuada alimentación a partir desde los 6 meses de edad, durante la niñez y adolescencia que contenga diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, pues en ellas se encuentra las mejores fuentes de hierro (N/T - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia, 2017). 2 “La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia” (N/T - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia, 2017). 3 La terapéutica con hierro en los niños, de edades entre 6 meses y 11 años de edad, con diagnóstico de anemia, recibirán una dosis de 3mg/kg/día, durante un periodo de

	4. Realizar un control de hemoglobina.	tiempo de 6 meses continuos (N/T - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia, 2017). 4 “La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud” (norma técnica - manejo terapéutico y preventivo de la anemia, 2017).
--	--	---

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a infección secundario a toxoplasmosis de la madre en la gestación.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>El paciente presentara mejoría en su desarrollo en las áreas de lenguaje y coordinación progresivamente.</p>	<p>1. Valorar en el niño el desarrollo Psicomotor (TEPSI) Comprendido para su edad.</p> <p>2. Enseñar a la madre las actividades para fortalecer el área de lenguaje de su niño.</p>	<p>1. El test de evaluación psicomotriz (TEPSI). Mide el rendimiento de la niña y el niño de 2 a 5 años en tres áreas: coordinación, lenguaje y motricidad, a través de la observación de la conducta del niño frente a situaciones propuestas por el examinador. (MINSA. 2017)</p> <p>2. “El educador(a) (adultos en general) debe manifestar paciencia, consideración y dulzura en sus relaciones con el niño y la niña y evitar manipularle, apurarlo e intervenir en sus funciones motrices” (Lira, 2014).</p>

	<p>3. Brindar información sobre instituciones especializadas en terapia de lenguaje y terapia física.</p> <p>4. Fomentar la importancia de la continuidad de su tratamiento.</p>	<p>3. “La terapia de lenguaje permite identificar los trastornos del habla y del lenguaje, teniendo el diagnóstico médico y el/los trastornos asociados de cada paciente” (Quisi, 2015).</p> <p>4. La adquisición de las habilidades del lenguaje y comunicación es una de las fases más importantes en el desarrollo del cerebro humano. Por tal motivo es crucial para cada individuo contar con herramientas que le ayuden a expresar sus necesidades, a comprender y aprender a relacionarse con el entorno y, en general, para poder desarrollarse como un miembro activo de la sociedad (Quisi, 2015).</p>
--	--	--

	5. Fomentar el Apego	5. El apego es concebido como la regulación diádica de la emoción; pronostica que cuando esta regulación es eficaz en la primera infancia a través de un apego seguro, tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en el control de las emociones por el niño (Alan Soufre, Donis Galindo, & Huerta Ibarra, 2000).
--	----------------------	--

Riesgo de estreñimiento relacionado a ingesta de líquidos y fibra insuficiente

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente recuperará el funcionamiento adecuado de evacuación intestinal.</p>	<p>1.-valorar en el paciente la eliminación intestinal: frecuencia de evacuación intestinal, características de las heces.</p> <p>2.-Brindar consejería nutricional para una dieta rica en fibras como cereales, frutas y verduras</p>	<p>1.-La valoración: implica la recopilación, organización, validación y registro de datos utilizando técnicas e instrumentos como la observación, entrevista, exploración física, exámenes de ayuda diagnóstica (MINSA, 2017).</p> <p>2.-La dieta del niño debe contener de 20 a 30 grs de fibra al día y no se debe olvidar el consumo a 30 gramos de fibra al día, proveniente, de ser posible, de fibra natural y al menos entre seis y ocho vasos de agua al día (Remes Troche, 2015).</p>

	<p>3.-Orientar a la madre para que pueda ofrecer al niño al menos 3 vasos de agua al día.</p> <p>4.-Explicar a la madre a realizar con su niño ejercicios activos al menos 3 veces al día.</p>	<p>3.- “El agua debe ser la bebida de elección, debiendo ingerir suficiente cantidad y evitando los refrescos” (no más de 240 ml/día según la Academia Americana de Pediatría AAP) (Peña Ros y Gonzales, 2006).</p> <p>4.- Incentivar la realización de ejercicios como mínimo un tiempo de una hora de preferencia a realizar ejercicios físicos, al aire libre, si es posible; que se puede repartir en varias sesiones. La actividad física debe ser divertida, atractiva y no estructurada (Peña y Gonzales, 2006).</p>
--	--	---

	5.-Interconsulta con pediatría	5.-“El personal de salud que efectúa el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de derivar a la niña y niño al médico para manejo y tratamiento” (MINSA, 2017).
--	--------------------------------	--

Disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
<p>Objetivo general: La familia mejorará la gestión de la salud.</p> <p>Resultados esperados: 1.- El paciente logrará cumplir con las sesiones programadas de su tratamiento. 2. La familia participará activamente en las</p>	<p>1. Establecer una relación de confianza con los miembros de familia y el paciente.</p> <p>2. Respetar y apoyar el sistema de valores culturales de a la familia.</p>	<p>1. 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 (MINSA, 2017).</p> <p>2. La interculturalidad permite la organización de las familias reconociendo los diferentes modos de vivir, pensar, sentir de cada persona, familias y comunidades en el contexto de las diferentes realidades locales y regionales de nuestro país.. (MINSA, Programa de Familias y Viviendas Saludables, 2006).</p>

<p>terapias realizadas y el fortalecimiento de las mismas.</p>	<p>3. Educar a los padres la importancia de la continuidad del tratamiento de su niño.</p> <p>4. Brindar información Sobre un entorno saludable.</p>	<p>3. La adherencia es el grado en que el paciente cumple con las indicaciones terapéuticas ya sea de forma preventiva o de tratamiento prescrito. Además, incluye la buena disposición para seguir el tratamiento en las dosis, horario y tiempo indicado. Es preciso mencionar mencionar que la adherencia es adecuada cuando se consume el 75% a más de la dosis indicada (N/T - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia, 2017).</p> <p>4. Los entornos saludable son los espacios físicos, psicológicos, sociales, culturales, económicos y ecológicos en los que la persona desarrolla su vida diaria, donde se establecen condiciones para proteger la salud y potenciarla al máximo logrando incrementar el nivel de calidad de vida (MINSA, Programa de Familias y Viviendas Saludables, 2006).</p>
--	--	--

Ejecución**SOAPIE***Primer diagnóstico de enfermería*

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018 11:00	S	Madre refiere “que su niño no está creciendo y está muy delgado”.
18/01/2018	O	A la evaluación nutricional niño con peso inadecuado para la edad. T/E riesgo, P/E riesgo, ganancia de peso inferiores a lo establecido.
18/01/2018	A	Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades relacionado con ingesta diaria insuficiente manifestado por ganancia inadecuada de peso, talla para la edad riesgo, peso para la edad riesgo.
18/01/2018	P	Preescolar presentará equilibrio nutricional adecuado, con la ayuda de la madre en 2 meses.
Del 18/01/2018 Al 18/03/2018	I	Se evaluó el crecimiento del niño con la hoja grafica de peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla. Se enseñó la importancia de una alimentación balanceada, las cantidades necesarias para su edad, la adecuada manipulación de alimentos y una preparación segura y crear un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.

		Se explicó a la madre la importancia de traer a su niño a sus controles.
18/02/2018	E	Objetivo parcialmente alcanzado Paciente con ganancia de peso diario de 6,6 gr/día en 30 días 200grs y presenta ganancia de talla de 0.5cc al mes.

Segundo diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	S	Madre refiere que su niño está pálido, no sube de peso y esta delgado.
	O	Preescolar presenta coloración de la piel pálida, resultados de hemoglobina de 10.6 mg/dl.
	A	Cp. Anemia
	P	Revertir la anemia
Del 18/01/18 Al 20/03/18	I	Se brindó consejería nutricional sobre una dieta rica en hierro y las fuentes de alimentos donde se encuentra hierro. Se brindó orientación en la preparación de los micronutrientes Se explicó a la madre la importancia de la vitamina C para favorecer la adsorción del hierro. Se realizó la toma de muestra para el control de la hemoglobina. Hb: 11.0 g/dl.
20/02/2018	E	Objetivo alcanzado Paciente presentó mejoría en el nivel de Hb. 11.0 g/dl.

Tercer diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	S	Madre refiere: Mi hijo no habla muy claro, pero yo lo entiendo lo que dice.
18/01/2018	O	Paciente poco comunicativo, emite sonidos no comprensibles
18/01/2018	A	Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a infección secundario a toxoplasmosis de la madre en la gestación
18/01/2018	P	Paciente disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo progresivamente.
18/01/2018 AL 18/03/2018	I	<p>Se evaluó el desarrollo del niño con el test (TEPSI) comprendido para su edad.</p> <p>Se enseñó a la madre las actividades para fortalecer el área de lenguaje y coordinación de su niño.</p> <p>Se brindó información sobre instituciones especializadas en terapia de lenguaje y terapia física.</p> <p>Se logró la evaluación por una institución especializada</p> <p>Se concientizó la importancia de la continuidad de su tratamiento.</p> <p>Se brindó apoyo emocional.</p>
18/03/2018	E	Objetivo Parcialmente Alcanzado

		Paciente disminuye riesgo de retraso en el desarrollo ya que evidencia mejoría en el área de lenguaje, sin embargo, la recuperación sigue en proceso.
--	--	---

Cuarto diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	S	Madre refiere mi hijo no realiza deposiciones diarias, si no cada 2 días.
18/01/2018	O	Al examen físico se evidencia abdomen abalonado, ruidos hidroaéreos disminuidos.
18/01/2018	A	Riesgo de estreñimiento relacionado a ingesta de líquidos y fibra insuficiente.
18/01/2018	P	Paciente disminuirá riesgo de estreñimiento.
18/01/2018 al 25/01/2018	I	Se valoró en el paciente la eliminación intestinal: frecuencia de evacuación intestinal, características de las heces. Se brindó consejería nutricional para una dieta rica en fibras como cereales, frutas y verduras. Se orientó a la madre para que pueda ofrecer al niño al menos 3 vasos de agua al día. Se explicó a la madre para que realice ejercicios con su niño. Se coordinó Interconsulta con pediatría.

25/01/2018	E	Objetivo Alcanzado Paciente presentó evacuación intestinal de consistencias blandas diariamente.
------------	---	--

Quinto diagnóstico de enfermería

Fecha/hora		Intervenciones
18/01/2018	S	La madre refiere que su niño tiene diagnóstico médico de Hipoacusia y que no sabe cómo ayudar a su hijo.
18/01/2018	O	Preescolar con deficiencia auditiva.
18/01/2018	A	Disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.
18/01/2018	P	La familia mejorara la gestión de la salud progresivamente.
18/01/2018 AL 20/02/2018	I	Se enseñó a la madre la importancia de la continuidad del tratamiento de su niño. Se brindó información sobre un entorno saludable. Se Brindó las facilidades para su próxima atención.
20/022018	E	Objetivo alcanzado Paciente recibe tratamiento en una institución especializada y la familia participa en reforzamiento de actividades a su hijo.

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Preescolar presentará equilibrio nutricional adecuado con la ayuda de la madre en 2 meses.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>Paciente evidenciará ganancia adecuada de peso.</p> <p>Paciente presentará talla adecuada para la edad.</p>	<p>OPA: Paciente lactante menor logro mejorar su riesgo de retraso en el desarrollo, pero aún presenta dificultad para gatear.</p>

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Revertir anemia</p>	<p>OA: Paciente presentó mejoría en el nivel de Hb: 11.0 g/dl.</p>

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo progresivamente.</p>	<p>OPA: Paciente disminuye riesgo de retraso en el desarrollo ya que evidencia mejoría en el área de lenguaje, sin embargo, la recuperación es un proceso muy complejo.</p>

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>Paciente disminuirá riesgo de estreñimiento.</p>	<p>OA: Paciente presentó evacuación intestinal de consistencias blandas diariamente.</p>

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo general:</p> <p>La familia mejorara la gestión de la salud</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>Paciente lograra cumplir con las sesiones programadas de su tratamiento.</p> <p>La familia participara activamente en las terapias realizadas y el fortalecimiento de las mismas.</p>	<p>OA; Paciente recibe tratamiento en una institución especializada y la familia participa en reforzamiento de actividades a su hijo.</p>

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Calderón y Damián (2017), Ecuador, realizaron un estudio titulado “Accionar de enfermería en la detección precoz de la hipoacusia neonatal “. El estudio tuvo como objetivo proponer acciones de enfermería para contribuir a la detección precoz de hipoacusia neonatal en niños nacidos en el Hospital Provincial General Docente Riobamba, octubre 2016 – marzo 2017. La metodología fue un estudio de tipo retrospectivo, descriptivo, corte transversal y carácter mixto. Se utilizó un muestreo probabilístico, conformado por la totalidad de partos y cesáreas. Se revisó las historias clínicas para identificar factores de riesgo utilizando una guía de revisión documental, tomada del proyecto “Detección Precoz de Hipoacusia Neonatal, Hospitales: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y Hospital Provincial General Docente Riobamba 2016 – 2017”. Se realizó una encuesta a todas las enfermeras de los Servicios: Gineco – Obstetricia y Neonatología sobre conocimientos del contexto en estudio. Los resultados fueron: utilización de medicamentos en el embarazo, antecedentes patológicos familiares (consanguinidad de la pareja), superando el 50%. En los resultados de audiología 42 niños no pasaron el cribado, lo que supone que podrían presentar hipoacusia, sin embargo, no se determinó si los mismos pertenecen al grupo de 262 gestantes con factores de riesgo.

España (2017), Ecuador, realizó un estudio Sobre “Conocimientos y actitudes de las madres adultas multíparas atendidas en el Hospital General Enrique Garcés, sobre

detección de problemas auditivos en niños. Quito, mayo-octubre 2017”. Cuyo objetivo general fue determinar el nivel de conocimiento y actitudes de las madres adultas multíparas atendidas en el hospital general Enrique Garcés, en relación a la detección de problemas auditivos en niños. La metodología fue de tipo descriptivo, no experimental y transversal, tiene como finalidad identificar los conocimientos y actitudes de 200 madres adultas multíparas mayores de 20 años que fueron atendidas en el Hospital General Enrique Garcés del Distrito Metropolitano de Quito durante el período mayo-octubre del 2017, relacionados con los problemas auditivos de los recién nacidos, para lo cual se aplicó una encuesta previamente validada, constituida por veinte preguntas de base cerrada y semiabierta dividida en dos grupos iguales, el primero de los cuales evalúa los conocimientos y el segundo evidencia las actitudes de las mujeres estudiadas en relación al tema planteado. Los resultados obtenidos en el trabajo de campo fueron procesados con el programa estadístico informático SPSS, evidenciando que más del ochenta por ciento de las madres tienen un conocimiento muy limitado o nulo acerca de los problemas auditivos infantiles, mientras cerca del noventa por ciento tiene una actitud positiva o reacciona de manera favorable ante el problema.

Rodríguez (2017), en Ecuador, realizó el trabajo de investigación “Factores de riesgo que desencadenan hipoacusia en los recién nacidos en el hospital provincial general Docente de Riobamba” cuyo objetivo de este trabajo fue identificar los factores que pueden desencadenar la hipoacusia en neonatos. La metodología fue un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal y retrospectiva, en el que se indagaron 3533 historias de mujeres embarazadas. Los factores fueron: Antecedentes patológicos familiares, personales, uso de medicamentos en el embarazo. Los datos se analizaron

mediante la revisión estadística en el departamento de estadística y servicio de audiología en el periodo establecido. Resultados y conclusiones: En el grupo de estudio se pudo determinar que en los antecedentes familiares el indicador con mayor predominio es la consanguinidad de la pareja el cual representa el 48.3%. De los antecedentes personales como factor de riesgo es predominante el síndrome de TORCH con el 15.91 %.

Mamani, Mundo y Quiñones (2016) realizaron un estudio “Efecto de un programa de entrenamiento en el desarrollo de habilidades sociales de niños con hipoacusia en un colegio de educación básica especial”, el presente estudio tuvo como objetivo General determinar el efecto de un “programa de entrenamiento” en el desarrollo de habilidades sociales de niños con hipoacusia en un Colegio de Educación Básica Especial (CEBE) de Lima Metropolitana, noviembre 2015 y agosto 2016. La metodología de estudio fue de diseño cuasi experimental, siendo los participantes 22 niños de 8 a 12 años con hipoacusia. Se determinó esta población según los siguientes criterios de inclusión: niño con hipoacusia bilateral y con un año o más de estudios anteriores en el CEBE; así mismo, se aplicó un test para evaluar habilidades sociales (HHSS) implicadas en comportamientos sociales adaptativos y no adaptativos, a los estudiantes y maestros; luego se desarrollará un programa de entrenamiento en habilidades sociales que consta de 13 intervenciones dos veces por semana con una duración de una hora. Al culminar el estudio se observó a la población durante dos meses y se volvió a aplicar el test. Teniendo como resultados: una mejora en las HHSS, en el auto informe del alumno la dimensión de agresividad/conducta antisocial el 90% disminuye, un 82% de la población atenuó su puntuación de soledad/ansiedad social y

un 64% mejoraron sus HHSS apropiadas. En la evaluación externa del docente, la dimensión que tiene cambios es agresividad/conducta antisocial donde un 77% de los niños con hipoacusia atenuaron este comportamiento. Las conclusiones fueron: Que la aplicación del Programa de Entrenamiento en HHSS para niños hipoacúsicos mejoró en comparación a los comportamientos negativos que disminuyeron.

Almenara, Marcos y Milla (2013) realizaron un estudio titulado “conocimientos sobre pérdida auditiva y metodología auditivo oral en padres de familia del colegio Fernando Wiese Eslava-CPAL”, de acuerdo al género, grado de instrucción y tiempo de permanencia en la institución” cuyo objetivo general fue analizar, describir y mejorar los conocimientos básicos que los padres tienen con respecto a la pérdida auditiva, amplificación auditiva y la metodología auditivo oral, aspectos importantes tomando en cuenta que sus hijos presentan una discapacidad auditiva y que están inmersos en una educación auditivo oral, en la cual se requiere el apoyo de los padres para la rehabilitación de sus hijos. La metodología de tipo cuantitativa. El tipo de estudio es descriptivo, ya que, busca especificar las características de un grupo de padres de familia de niños con pérdida auditiva, los cuales fueron sometidos a un análisis para hallar el nivel de conocimiento sobre pérdida auditiva, la amplificación auditiva y la metodología auditivo oral. Los resultados fueron que los padres de familia obtuvieron un nivel de conocimientos dentro del promedio, donde no se encontraron diferencias significativas en cuanto al nivel de conocimientos de los padres de familia en función al género, ni al tiempo de permanencia, sin embargo, si existen diferencias en cuanto al grado de instrucción de los mismo.

Ampuero (2014) realizó el trabajo académico "Prevalencia de hipoacusia en neonatos con y sin factores de riesgo de pérdida de auditiva en el hospital Nacional Dos de Mayo" cuyo objetivo de este trabajo fue: determinar la prevalencia de hipoacusia en los neonatos nacidos en el hospital Nacional dos de Mayo" La metodología de estudio observacional, descriptivo, longitudinal, prospectivo. Formaron parte de este estudio todos los neonatos nacidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo, con y sin factores de riesgo de enero a diciembre del 2014 que cumplieron los criterios de inclusión. Se realizó el seguimiento de los recién nacidos con sospecha de hipoacusia mediante pruebas auditivas como de emisiones otoacústicas y potenciales evocados auditivos de estado estable. Obteniendo como resultado que la prevalencia de hipoacusia en neonatos nacidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo es de 0.3 % de 2490 niños que finalizaron sus exámenes. Concluye que la prevalencia de hipoacusia en neonatos no dista de los porcentajes señalados por la OMS. Siendo los factores de riesgo encontrados en primer lugar sepsis, seguido de bajo peso al nacer, ictericia, y prematuridad.

Marco conceptual

Hipoacusia

Según Morera Perez & Marco (2006), la hipoacusia significa pérdida de audición, la cual se produce cuando hay una interrupción en el proceso fisiológico de la audición.

Asimismo, M. Pozo, Tapia , & Moro,(2008) sostienen que la hipoacusia o sordera es una deficiencia debida a la pérdida o alteración de la función anatómica y/o fisiológica del sistema auditivo que provoca una discapacidad para oír.

Por otro lado, la hipoacusia se define como la pérdida parcial o total de la capacidad de percibir o entender el sonido. Es importante hacer notar que no sólo se debe “escuchar” el sonido sino también poder discriminarlo de manera que tenga sentido (Alejo, Suarez, Hamlet, & Rosales, 2008).

Estadísticas

La OMS (2018) refiere que más del 5% de la población mundial (466 millones de personas) presentan pérdida de audición discapacitante (432 millones de adultos y 34 millones de niños). Se estima que de aquí al 2050 más de 900 millones de personas padecerán de pérdida de audición. Asimismo, se entiende por pérdida de audición discapacitante a un nivel de audición superior a 40dB en el oído con mejor audición en los adultos, y superior a 30dB en el oído con mejor audición en los niños. Por otro lado, nos dice que la mayoría de las personas con pérdida de audición discapacitante vive en países de ingresos bajos y medianos.

Cabe mencionar que CONADIS,(2016) refiere que se realizó la primera encuesta especializada sobre discapacidad, realizada el 2012 en Perú, donde se obtuvieron los siguientes datos 532 mil 209 personas que presentan limitaciones auditivas permanentes, estas representan el 1.8 % de la población total.

Clasificación de las hipoacusias

Según la localización de la lesión:

Morera & Marco,(2006) refiere que la hipoacusia se puede clasificar de la siguiente manera:

Hipoacusia de tipo transmisión o de conducción: son las que impiden la llegada del sonido a las células sensoriales. La lesión se localiza, habitualmente, a nivel del oído

externo o medio. Se altera en mecanismo de conducción del sonido a través del pabellón auricular, conducto auditivo externo, membrana timpánica.

Hipoacusia neurosensorial o de percepción: son las que presentan la lesión en la propia cóclea, dando lugar a las hipoacusias cocleares o sensoriales, pero también en cualquier otro punto de la vía auditiva, produciendo las hipoacusias retrococleares o neurales

Según el grado de pérdida:

(American National Standards Institute)

Hipoacusia Leve: umbral auditivo entre 21 y 40 dB. Se manifiesta en el niño de la siguiente forma: nivel de comprensión bajo, dificultad para concentrarse en clases produciendo en el niño, dificultad de comunicación en ambientes ruidosos, conversaciones de grupo, voz suave, retraso del lenguaje y del habla. En su mayoría son desapercibidos por los padres (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Hipoacusia Moderada: umbral auditivo entre 41 y 70 dB. El lenguaje aparece de forma espontánea, pero necesitan apoyarse en la lectura labial ya que presentan problemas de comprensión en ambientes ruidosos o en grupos (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Hipoacusia Severa: umbral auditivo entre 71 y 90 dB. Discriminan sonidos del entorno frente a sonidos del habla, pero la audición residual no es funcional por sí sola, su aprendizaje es difícil y lento. (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Hipoacusia Profunda: umbral auditivo > a 90 dB. La adquisición del lenguaje oral es muy difícil, ya que toda la comprensión del niño depende de la lectura labial y

tanto la voz como la inteligibilidad del habla están muy alteradas. (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

En cuanto al momento de aparición del déficit auditivo respecto a la adquisición del lenguaje:

Hipoacusias prelocutivas o prelinguales; que aparecen antes de la aparición del lenguaje entre 0 y 2 años.

Hipoacusia perilocutivas, entre los 2 y 4 años.

Hipoacusias poslocutivas o poslinguales, que se instauran después de que las adquisiciones lingüísticas fundamentales están consolidadas.

Las hipoacusias pre y perilocutivas bilaterales, de intensidad severa-profunda, interfieren o impiden el desarrollo del lenguaje (Benito & Silva, 2013).

Causas de hipoacusia

Según Torres, Rodríguez, Santana, & Gonzales (2000), las hipoacusias se van a dar por las siguientes causas:

Herencia: consanguinidad de los padres, antecedentes de pérdidas auditivas endógenas en familiares próximos.

Embarazo: enfermedades víricas en las primeras semanas de embarazo (el oído está severamente amenazado en el período embrionario del desarrollo): rubéola materna, medicación ototóxica, incompatibilidad de grupos sanguíneos, hemorragias con amenaza de aborto, ictericia, toxoplasmosis, etc.

Parto: parto lento y/o complicado con instrumentación, prematuridad, bajo peso al nacer (peso >1.500 gr) longitud anormal al nacer asfixia ictericia y enfermedades que precisan incubadoras o medicación especial.

Pos parto: alejamiento del patrón normal del desarrollo, malformaciones del oído externo, nariz o paladar, enfermedades severas, meningoencefalitis, traumatismos cerebrales, anestésias generales y ototoxicidad.

Tipos de pruebas diagnósticas:

Otoemisores acústicos: es una prueba objetiva donde se introduce en el conducto auditivo externo del bebé una sonda que va provista de micrófono y altavoz. A través de este se aplica una serie de estímulos y se registran con el micrófono las respuestas cocleares que son promediadas por un ordenador. Este analiza las respuestas y dan l resultado de forma automática. Debe realizarse con ruido ambiente escasos es necesario que el bebé esté dormido, no sedado, la prueba dura pocos (Libro Blanco Sobre Discapacidad Auditiva Ámbitos de actuación, 2017).

Potenciales evocado Auditivos de Tronco Cerebral (PEATC): es la respuesta neural desencadenada por un estímulo acústico a nivel de tronco cerebral. Utilizando unos auriculares de inserción o convencionales se envían estímulos sonoros en forma de click, que generan unos cambios bioeléctricos que son recogidos por medio de unos electrodos. Una vez filtrados y amplificados son promediados y presentados en forma de gráfica (Libro Blanco Sobre Discapacidad Auditiva Ámbitos de actuación, 2017).

El desarrollo de la técnica de screening auditivo neonatal tiene su origen en 1990, ya que, en el proyecto de Salud para todos en el año 2000, uno de los objetivos propuestos fue que la edad media del diagnóstico de la hipoacusia fuese los 12 meses. En 1993, el National Institute of Health en EEUU, establece el primer consenso sobre la identificación de la hipoacusia, estableciendo un protocolo combinando las dos técnicas OEA y PEATC mediante el cual los niños con hipoacusia puedan ser diagnosticados

antes del tercer mes de vida (Libro Blanco Sobre Discapacidad Auditiva Ámbitos de actuación, 2017).

La detección precoz de hipoacusia es importante porque identifican desde el nacimiento la deficiencia auditiva, permite iniciar el tratamiento y rehabilitación precoz, permite el mejor desarrollo posible del lenguaje oral. De esta manera, se consigue integrar al futuro niño/a con discapacidad auditiva a su entorno y comunidad, mejorando su comunicación, desarrollo intelectual, emocional y social (Ampuero y Cáceres,2014).

Soluciones auditivas

Las soluciones auditivas que se presentan frente al fenómeno que supone la hipoacusia consiste en ayudas técnicas a la audición: audífonos, implantes cocleares e implantes osteointegrados.

Audífonos un dispositivo de tecnología altamente sofisticada de apoyo a la comunicación, consiste en el procesamiento y la amplificación de los sonidos de cara a la resolución de la pérdida auditiva en un rango de audición concreto (Libro Blanco Sobre Discapacidad Auditiva Ámbitos de actuación, 2017).

Torres, Rodríguez, Santana y Gonzáles (2000) explican que “el objetivo de las prótesis auditivas es aumentar y/o transformar el sonido para que soslayando el problema de audición el sonido pueda ser percibido por el paciente”.

En determinado caso las células ciliares presentan lesiones demasiadas graves o directamente no hay células ciliares. En estos casos es necesario utilizar un implante

coclear, que es un transformador de señales acústicas a señales eléctricas cuya función es la estimulación del nervio auditivo y por tanto solucionar los problemas producidos en la zona de la cóclea. (Libro Blanco Sobre Discapacidad Auditiva Ámbitos de actuación, 2017).

Torres, Rodríguez, Santana y Gonzáles (2000) explican que “los implantes cocleares son un tipo de prótesis, que, a diferencia de las anteriores, requiere de técnicas quirúrgicas para su instalación.”

Cuando existe problemas en el oído, medio que no permiten una correcta audición, se requiere una amplificación muy potente con un audífono. Se presenta la alternativa del implante osteointegrado. Es un dispositivo de alta tecnología implantado directamente en el hueso temporal, situado en la zona lateral del cráneo, por detrás de la oreja. Permite una conducción ósea directa del sonido (Libro Blanco Sobre Discapacidad Auditiva Ámbitos de actuación, 2017).

Prevención de la hipoacusia

Es muy importante realizar la detección precoz de la hipoacusia en niños para evitar la discapacidad auditiva, en el caso de producirse, poder intervenir precozmente para paliar sus consecuencias mediante la rehabilitación e integración del niño (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Prevención Primaria

Hipoacusias genéticas. En algunos patrones de herencia se puede ofrecer consejo genético a los padres Hipoacusias no genéticas (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Prenatales. En el control de la mujer embarazada se deben identificar las infecciones activas por citomegalovirus, toxoplasmosis, sífilis o rubéola y aplicar el tratamiento adecuado para que no afecten al feto. Evitar en el embarazo productos de riesgo teratógeno, antipalúdicos, retinoides, cisplatino, aminoglucósidos o exposición a radiaciones (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Perinatales. Aplicar medidas para disminuir la prematuridad, mejorar la asistencia perinatal y el tratamiento de la hiperbilirrubinemia neonatal (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Postnatales. Realizar las vacunaciones oportunas contra parotiditis, sarampión y rubéola, vacunación frente a meningitis, evitar la administración de ototóxicos y tratamiento eficaz en otitis media recurrente. Evitar exposiciones crónicas a ruidos de intensidad superior a 85 dB (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Prevención secundaria

Realización del Cribado Universal de hipoacusias en recién nacidos. Seguimiento del estado de la audición en el crecimiento infantil y principalmente en los niños con factores de riesgo, para detectar si aparecen alteraciones (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Prevención terciaria

Tratamiento y rehabilitación precoz del niño hipoacúsico para potenciar su máximo desarrollo cognitivo y lingüístico. Mejora de la accesibilidad a las prestaciones

y ayudas favoreciendo la integración escolar adaptada a sus necesidades (Detección precoz de hipoacusia en recién nacidos, 2006).

Etapa Preescolar

Es el período que va desde los 3 años de edad, aproximadamente, hasta la edad a la que un niño comienza a acudir a la escuela. La atención de la salud, la nutrición y la protección siguen siendo importantes en esta fase, pero las oportunidades de aprendizaje temprano en el hogar y en los centros preescolares de calidad son también fundamentales (UNICEF, 2017).

La etapa preescolar comprende entre los 3 y 5 años; el niño se ha independizado, tanto psicológica como físicamente de la madre. El niño se percata más claramente de su medio externo (Marrufo, 2011).

Así mismo, Hidalgo y Güemes (2012) sostiene que la etapa preescolar abarca desde que el niño ha adquirido la autonomía en la marcha hasta que empieza a asistir a la escuela, es decir, de los 3 a los 6 años de edad.

Alimentación y requerimientos nutricionales del niño preescolar:

Los objetivos de la alimentación del niño en la edad preescolar son asegurar un crecimiento y desarrollo adecuados, teniendo en cuenta su actividad física y promover hábitos alimentarios saludables para prevenir enfermedades nutricionales a corto y largo plazo que puedan interferir en su normal desarrollo físico y mental. La nutrición infantil adecuada no sólo busca conseguir un desarrollo adecuado, sino evitar carencias nutricionales y prevenir enfermedades relacionadas con la dieta (Marrufo, 2011).

Así mismo, se debe evitar alimentos con sabores muy fuertes y las comidas muy condimentadas; además, se puede ofrecer alimentos con diferentes texturas y colores para reforzar sus habilidades masticatorias y estimular el apetito. Favorecer el desarrollo de sus habilidades motoras, lo que es muy importante en la adquisición de independencia al comer así mismo se brindara un ambiente familiar tranquilo y de cariño (FAO, 1996).

Desarrollo infantil

Piaget influyó profundamente en forma de concebir el desarrollo del niño. Antes de su teoría se pensaba generalmente que los niños eran organismos pasivos plasmados y moldeados por el ambiente. Piaget nos refiere que los niños se comportan como pequeños científicos que tratan de interpretar el mundo (Jaume Almenara, 07-08).

Desarrollo del niño: Etapa Pre-Operacional (Niños de 2-7 años)

La capacidad de pensar en objetos, hechos o personas ausentes marca el comienzo de la etapa preoperacional entre los 2 y los 7 años, el niño demuestra una mayor habilidad para emplear símbolos, gestos, palabras, números e imágenes, con los cuales representa las cosas reales del entorno. Ahora puede pensar y comportarse en formas que antes no era posible. Puede servirse de las palabras para comunicarse, utilizar los números para contar objetos, participa en juegos y plasma en el dibujo sus ideas. Pero todavía no están en la capacidad de efectuar algunas de las operaciones lógicas que observó en niños de mayor edad (Jaume Almenara, 07-08).

Desnutrición infantil

El término “malnutrición” significa alteración en las etapas de la nutrición, tanto por defecto/déficit que conlleva a la desnutrición; como por exceso o hipernutrición que trae consigo la obesidad” (Ravasco, Anderson y Mardones, 2010).

Por otro lado, Luna (2015) menciona que la desnutrición es una enfermedad que afecta al cuerpo humano cuando no recibe los nutrientes suficientes, de igual la falta de ingesta, absorción de los alimentos nutritivos o de una situación de consumo y pérdidas excesivas de calorías además puede afectar a todos los órganos puede ser creciente y reversible en las primeras fases.

Una de las causas con mayor importancia en la desnutrición infantil , es el nivel socioeconómico que posee la madre, la falta de conocimientos vendría a ser otro factor importante que puede conllevar al menor a una desnutrición severa, así mismo las malas costumbres alimenticias que poseen las madres generan que el niño no se alimente de forma adecuada y a la hora correcta, la desnutrición es una alimentación escasa seguida de una atención inadecuada por parte de la persona responsable de brindar alimentos y la carencia de los mismos , la falta de atención sanitaria, el uso de sistemas de agua y limpieza insalubres y las habilidades defectuosas de cuidado y alimentación. (Luna, 2015).

Según el MINSA, Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años,(2017) nos dice:

Crecimiento adecuado:condicion 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.

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 tiene 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 del carril es necesario interpretar su significado, pues puede ser un indicador de crecimiento inadecuado o riesgo de crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentren dentro de los puntos de corte de normalidad (± 2 DE).

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 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 ítems 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 (MINSA, Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, 2017).

Control de Crecimiento y Desarrollo

Es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional enfermero(a) o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y

oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de 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 e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es Individual, integral, oportuno, periódico y secuencial (MINSA, Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años, 2017).

Estreñimiento

El estreñimiento como enfermedad puede provenir de una defecación difícil y/o de un estancamiento fecal anómalo. Consiste en el paso de heces duras, evacuaciones dolorosas o con una frecuencia inferior a 3 veces por semana, que a veces se acompaña o no de incontinencia fecal (Barzola, 2005).

La constipación es una condición característica por una anomalía infrecuente y difícil evacuación de heces en niños lactantes, un movimiento intestinal cada 2 o tres días no indica necesariamente constipación, porque por lo general el movimiento es suave. De hecho, los infantes amantados, en las primeras semanas pueden pasar sin evacuar de 3 a 4 días. Esto se presenta con mayor frecuencia en bebés alimentados con sucedáneos (Santwani, 1998).

Causas

Existen muchas causas de las cuales mencionaremos las más importantes:

La actividad motora de los intestinos puede ser deficiente o puede requerir excesiva fuerza para llevar las heces al colon. Los factores responsable de este pudiera

ser una deficiencia actividad refleja del colon (los reflejos que mantienen la actividad intestinal) o una acción irregular. Puede ser también el resultado de un espasmo doloroso debido a una dispepsia intestinal por carbohidratos, en cuyo caso la constipación se altera con la diarrea. Se denomina constipación espástica, en la cual la evacuación aparece como un conjunto de pequeñas bolas duras. En los bebés y los niños la constipación de este tipo se le atribuye a la fórmula de leche que consume.

La ineficacia en la defecación es la causa más frecuente de constipación en los niños; puede deberse a un reflejo deficiente, heces anormales duras o abultadas, impactación de las heces o estreñimiento del ano. Algunos niños debido a la flojera, indiferencia, excesivo deseo de jugar o condiciones insalubres del baño, ignoran el llamado de la naturaleza y sufren este tipo de constipación. El ignorar constantemente este llamado puede conllevar a la pérdida del reflejo natural, miedo debido a las fisuras o a un ano estreñido, etc.

La insuficiencia en la cantidad de heces formadas debido al consumo de cantidades inadecuadas de comida, pérdida del apetito.

La falta de fibra en la dieta con frecuencia conduce a varias condiciones como estreñimiento, diverticulitis, etc. Un niño que ingiere parte de sus alimentos con una pobre cantidad de fibra puede sufrir de debilidad o deficiencia en el reflejo intestinal y como consecuencia, de constipación (Santwani, 1998).

Evaluación

Durante la evaluación del niño con estreñimiento se debe realizar una historia clínica minuciosa y general que se debe dirigir cuidadosamente en búsqueda de síntomas referidos por el paciente o por los familiares que lo acompañan durante el interrogatorio (Barzola, 2005).

Se define el síntoma constipación o estreñimiento sobre la base de la presencia de dos o más de las siguientes manifestaciones, durante más de tres meses y sin el uso de laxantes: menos de dos evacuaciones por semana, material fecal dura, evacuaciones esforzadas o dificultosas, como mínimo en un 25 % o más de las evacuaciones, sensación de evacuación incompleta (Horacio, 2013).

Tratamiento

La forma terapéutica del estreñimiento se divide en: desimpactación, terapia de mantenimiento y monitoreo:

La desimpactación: se realiza por vía oral o por vía rectal, y la combinación de ambas demostró excelentes resultados.

vía oral: entre los medicamentos tenemos aceite mineral, citrato de magnesio, lactulosa, senna, solución de polietileno glicol.

vía rectal: se utiliza los productos con enemas fosfatados o enemas de aceite mineral que han sustituido a los enemas salinos.

Terapia de mantenimiento: es aquella en la que se educan a los familiares y al paciente sobre la enfermedad su grado de severidad y el tipo de medicamentos que ha de recibir. la dieta es muy importante, el consumo de fibras de forma gradual con énfasis en los alimentos aceptados por su cultura y que formen parte de la dieta diaria de los niños, según la estación, así mismo, el consumo de líquidos (Barzola, 2005).

Por otro lado, Santwani (1998) refiere que un buen entrenamiento desde la primera infancia para ir al baño es necesario para desarrollar el reflejo de la defecación, además, los niños alimentados con biberón. Es recomendable modificar o cambiar la fórmula del alimento para asegurar la evacuación apropiada. En el caso de los niños

mayores, incluir en su dieta frutas y vegetales crudos como mangos, manzana, peras, platanos, zanahoria, berenjenas, tomates, coliflor, siendo fuente ricos en fibra que aseguran el movimiento intestinal. Además de la realización de ejercicios y juegos al aire libre, también previenen la constipación en los niños.

Modelo teórico

El presente estudio de caso se fundamenta en el modelo teórico de Kathryn E. Barnard, quien fue pionera reconocida en el campo de la salud mental de los lactantes, con estudios del desarrollo social y emocional de los niños durante los primeros cinco años de vida (Raile y Marrier, 2018).

La primera infancia es la base para todo desarrollo posterior de la vida, en la cual se requieren intervenciones favorables para desarrollo de la persona. Además, es muy importante la nutrición con aportes adecuados para la edad, en unión con el estímulo, un factor determinante de los mecanismos neurológicos que favorecen el aprendizaje, la salud y una conducta favorable a lo largo de la vida (Jaimes, 2013).

La teórica Kathryn Barnard, con su teoría de la Interacción para la evaluación de la salud Infantil, propone evaluación del crecimiento y desarrollo de los niños y de las relaciones materno infantiles, así como plantea que el ambiente puede influir en el desarrollo de los niños y las familia. Establece que el sistema padres-hijo es influido por las características individuales de cada uno de sus miembros y que dichas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema (Jaimes ,2013).

Un interés central de la obra de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres- hijo como un sistema interactivo. Barnard sostiene que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema. También define la modificación como una conducta adaptativa (Samaniego, 2016).

Por otro lado, Kathryn Barnard, refiere que este sistema está influido por las características individuales de cada miembro, que pueden modificarse de manera que satisfagan las necesidades del sistema, siendo esta modificación una conducta adaptativa. Estas características se modifican para satisfacer las necesidades del sistema mediante un comportamiento adaptativo. La interacción entre el padre (o el cuidador) y el niño se describe mediante cinco señales y actividades: la primera es la claridad del lactante en la emisión de señales, la segunda que la reactividad del lactante a los padres, la tercera la sensibilidad de los padres a las señales del lactante, la cuarta que la capacidad de los padres para identificar y aliviar la incomodidad del lactante y la última que las actividades sociales, emocionales y cognitivas estimulantes del desarrollo desplegadas por los padres. Un aspecto importante en las afirmaciones teóricas de Bamard es que la enfermera proporciona sobre todo apoyo a la sensibilidad y a la respuesta de la madre a los signos de su hijo, en lugar de intentar cambiar sus características y estilo de cuidados maternos (Astonitas, La Torre y Yarango, 2014).

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

Se describe el caso de un preescolar con diagnóstico médico de Hipoacusia moderada. Es un estudio de tipo descriptivo y analítico. Como metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como instrumento de recolección de datos se utilizó la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional.

Sujeto de estudio

Preescolar de 3 años de edad, de sexo masculino, con diagnóstico hipoacusia, vive sus padres cuenta con seguro integral del MINSA.

Delimitación geográfica temporal

El área de estudio donde se tomó el caso de estudio fue en un centro de salud público de nivel I-4 que cuenta con servicio de medicina, enfermería, psicología, dental, laboratorio, farmacia, el servicio de crecimiento y desarrollo cuenta con un consultorio en el turno mañana y uno en el turno tarde, cuenta con 2 enfermeras para la atención de dicho servicio, en relación a la infraestructura son de aprox.3.5 x 4 mts. La población que acude en las atenciones son multicultural.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la entrevista personal, el caso clínico que se decidió realizar fue de manera selectiva dado al grado del diagnóstico del niño y a la complejidad de la manifestación clínica. Para ello, se solicitó a la madre del paciente su consentimiento para realizar las preguntas de la valoración por patrones funcionales. La técnica que se utilizó fue la entrevista y las técnicas de observación, inspección auscultación, palpación y percusión.

Para la recolección de los datos antropométricos se utilizaron los siguientes materiales, tallímetro, balanza, cinta métrica y para la evaluación del TEPSI la batería correspondiente a la prueba a ser realizada.

Consideraciones éticas

Para el estudio se tuvo en cuenta el principio de autonomía que es la facultad del individuo para determinar sus propias acciones, de acuerdo a sus creencias valores y deseo de elección a través de la firma del consentimiento informado.

Los principios que se aplicaron fueron:

Beneficencia: Realizando todo el proceso de enfermería con el objetivo de ayudar y no causar daño.

Fidelidad: Toda la información obtenida se utilizó para mejorar el tratamiento del paciente y favorecer su tratamiento.

Veracidad: Durante la evaluación a la madre siempre se manifestó el diagnóstico que tenía su niño y de qué forma podíamos ayudarlo.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 5

Cumplimiento de objetivos en los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnóstico 1			1	20		
Diagnóstico 2	1	20				
Diagnóstico 3			1	20		
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5	1	20				
Total	3	60	2	40		

Dentro de todos los diagnósticos encontrados se priorizaron 5, de los cuales fueron alcanzados en un 60 % y el 40 fue parcialmente alcanzado.

Análisis de los diagnósticos

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades relacionado con ingesta diaria insuficiente manifestado por ganancia inadecuada de peso, talla para la edad riesgo, peso para la edad riesgo.

La desnutrición infantil se manifiesta de diversas formas: El niño es más pequeño de lo que le corresponde para su edad, a su vez se refleja en su peso y en la talla que es poco para la edad que tienen, estas manifestaciones están relacionadas con un problema específico. El peso es un indicador de carencias agudas, mientras que la altura refleja carencias nutricionales durante un tiempo prolongado. Es por eso que se clasifica en:

Desnutrición aguda grave o severa: Que es la forma de desnutrición más grave y requiere atención médica urgente. Altera todos los procesos vitales de la población infantil que la padece y hay un alto riesgo de mortalidad, se determina por el peso, que está muy por debajo del estándar de referencia para la altura del niño, y por el perímetro del brazo.

Desnutrición aguda moderada: El niño pesa menos de lo que le corresponde con relación a su altura. También se mide por el perímetro del brazo, que está por debajo del estándar de referencia y se requiere de un tratamiento inmediato para prevenir que empeore.

Desnutrición crónica: El niño presenta un retraso en el crecimiento. Se mide, comparando su talla con un estándar recomendado para su edad, la desnutrición crónica indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado y provoca un retraso físico y mental en el desarrollo del niño. Aunque no aumenta el riesgo de mortalidad tanto como la desnutrición aguda, es muy peligrosa porque tiene un impacto importante en la salud física y mental de la persona a largo plazo. Si no se actúa antes de los dos años de edad, sus consecuencias son irreversibles. En el caso de las niñas, la desnutrición crónica puede causar que en el futuro sus hijos tengan bajo peso al nacer, perpetuando la desnutrición de generación en generación (Wisbaum, 2011).

Complicación Potencial: Anemia

La deficiencia de hierro afecta a cerca del 25% de la población mundial. La falta de hierro puede causar anemia y reduce la capacidad mental y física. Durante el embarazo se asocia al nacimiento de bebés con bajo peso, partos prematuros, mortalidad materna y mortalidad fetal.

La deficiencia de hierro durante la infancia reduce la capacidad de aprendizaje y el desarrollo motor, así como el crecimiento; también daña el sistema de defensa contra las infecciones (UNICEF, 2011).

La mayor parte de las personas que sufre carencia de hierro son mujeres y niños en edad preescolar (UNICEF, 2011).

Por otro lado, de acuerdo a la norma técnica de manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas N°134 MINS (2017) nos refiere que la anemia ferropénica es causada por deficiencia de hierro, que se comprueba en la disminución de los niveles de hemoglobina.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a infección secundaria a toxoplasmosis de la madre en la gestación.

La estimulación del niño con amor, juegos, comunicación, canciones y lecturas por parte de un adulto afectuoso durante sus primeros años de vida son muy importantes para su función neurológica, ya que estas interacciones de padres a hijos contribuyen a estimular el desarrollo cognitivo, físico, social y emocional (UNICEF, 2011).

Los niños pequeños buscan interactuar y conectar de forma natural con su entorno a través del balbuceo, los gritos y la sonrisa, al no haber una respuesta del adulto o la persona que los cuida, puede causar un impacto negativo en el buen desarrollo del

niño. Asimismo, la falta de interactividad receptiva también puede causar retraso en el desarrollo en la primera infancia (UNICEF, 2017).

El estado emocional y las habilidades sociales favorecen una buena capacidad de desarrollo cognitivos, y juntos son los ladrillos y el mortero que conforman los fundamentos del desarrollo humano. Entonces la adquisición del lenguaje oral no sólo depende de la audición adecuada, la capacidad de diferenciar los sonidos y la capacidad de vincular las palabras específicas, sino también de la capacidad de concentrarse, prestar atención y participar en la interacción social significativa. Así mismo, la salud emocional, las habilidades sociales y las capacidades cognitivo-lingüísticas que surgen en los primeros años son los requisitos previos importantes para el éxito en la escuela y posteriormente en el trabajo y la comunidad (UNICEF, 2017).

Cabe mencionar que a medida que el cerebro en maduración se vuelve más especializado para asumir funciones más complejas, se torna menos capaz de reorganizarse y adaptarse a los retos nuevos e inesperados, una vez que un circuito es “conectado”, este se estabiliza con el tiempo haciéndolo cada vez más difícil de alterar. Los científicos utilizan el término “plasticidad” para referirse a la capacidad del cerebro para cambiar, la plasticidad es máxima en la primera infancia y disminuye con la edad, aunque persisten “ventanas de oportunidad” para el desarrollo de habilidades y la adaptación conductual que persisten abiertas por varios años (UNICEF, 2011).

Riesgo de estreñimiento manifestado por hábitos de defecación irregular, ingesta de fibra insuficiente

El estreñimiento es una de las condiciones que se deriva de una dificultad para evacuar las heces, consiste en el paso de heces duras defecación dolorosa o con una frecuencia de deposiciones inferior a 3 veces por semana. Los estudios en los últimos años refieren una prevalencia de 15% a 37% de la población pediátrica. Barzola, (2005)

El 95% de los casos es de origen idiopática. En los niños con desordenes funcionales de la defecación casi siempre hay motilidad colónica normal, varios factores pueden ocasionar una defecación dolorosa, como los cambios dietéticos, las situaciones de tensión, el comienzo de control de esfínteres, retención fecal funcional. Consiste en el intento repetitivo de evitar la defecación por el temor que se asocia a ella (Barzola, 2005).

Para prevenir las heces retenidas debe de proporcionarse alimentos completos equilibrados suficiente y adecuados, considerando en su alimentación la fibra tanto de parte de los cereales, ojetas de maíz, galletas integrales, verduras: espinaca, pepino, brócoli, repollo, lechuga, acelga, apio, brócoli, etc.

Por otro lado, no se debe de dejar de consumir las frutas: naranja, mandarina, papaya, piña, sandía, etc. Además, de todo eso se debe proporcionar al niño abundante líquidos de preferencia sin azúcar, el agua pura (Velasco & Caro Hernández, 2014).

Disposición para mejorar la gestión de la salud manifestado por expresa deseo de mejorar la gestión de la enfermedad.

Una buena actitud y la forma de afrontamiento de las personas frente a la enfermedad pueden desempeñar un papel importante, es de vital importancia que un

paciente cumpla o no con las prescripciones médicas. Para mejorar los problemas de enfermedad y tener una mayor posibilidad de control (Libertad & Grau Abalo, 2004).

La palabra adherencia ha sido ampliamente discutida en la literatura por las disciplinas de cuidados de la salud, incluyendo enfermería, medicina, psicología, farmacia, terapia física y nutrición. Llegando a la conclusión que adherencia se refiere al grado en que el comportamiento de una persona (tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida) que corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria (Guerra, Díaz y Vidal,(2010).

Discusión

Los usuarios que acuden al control de CRED en su mayoría presentan algún problema de nutrición debido a diversos factores, en el presente estudio se puede evidenciar un peso no adecuado para la edad ni una talla adecuada para la edad, siendo un riesgo para el desarrollo cognitivo del paciente ,para poder lograr la meta y/o los objetivos planteados, se brindó consejería nutricional ,realizando preguntas abiertas a la madre del paciente para que demostrara sus saberes previos y poder ayudarla en el problema de nutrición de su niño. Se realizó una lista a horario de todo lo que el niño ingiere durante todo el día, y se pudo detectar que la madre no estaba ofreciendo a su niño una alimentación adecuada en cantidad y calidad. De acuerdo a la Norma técnica de salud para crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años N° 537 MINSA 2017 refiere que los valores de peso y talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento como para la valoración del estado nutricional.

En el segundo diagnóstico se puede apreciar que el objetivo fue alcanzado ya que el niño en estudio obtuvo una mejoría en los niveles de hemoglobina. se enfatizó con la consejería nutricional y se brindó información con respecto a las fuentes ricas en hierro, además se realizó la entrega de micronutrientes.

Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro y de origen animal; y la importancia de la prevención y tratamiento (N/T - Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia, 2017).

En el tercer diagnóstico el objetivo fue parcialmente alcanzado ya que el riesgo de desarrollo en el lenguaje ha sido afectado de manera considerable por la hipoacusia que presenta el paciente debido a ello también está afectando el área de coordinación y social, para ello se indagó sobre instituciones especializadas en la atención de niños con hipoacusia, llegando a contactarnos con la institución y logrando la atención y evaluación del niño, obteniendo como resultado previo a los análisis realizados hipoacusia de tipo neurosensorial moderada, iniciando sus terapias y su educación, posterior a ello el niño acude al control de CRED, donde se valora el mejoramiento en el área de lenguaje y coordinación, pero aún sigue asistiendo a sus terapias por ser un tratamiento complejo. Así mismo, los padres son los agentes más importantes para el desarrollo de habilidades auditivo orales, ya que, ningún terapeuta o maestro puede dar el tiempo, ni la cantidad, ni calidad de experiencias auditivas significativas que los padres pueden proporcionar a sus hijos (Almenara, Marcos, & Milla, 2013).

En el cuarto diagnóstico el objetivo fue alcanzado, ya que el niño presentaba riesgo de estreñimiento. Para dar solución al problema se brindó información sobre una alimentación rica en fibra, que favorece el tránsito intestinal además la realización de ejercicios juntamente con los padres, a su vez, favorecer la ingesta de agua pura en volúmenes de acuerdo para la edad.

Según Remes (2015), nos refiere que todos los pacientes deben recibir información adecuada respecto el consumo de fibra, ingesta suficiente de líquidos y realización de ejercicio. En todos los pacientes que están obsesionados con el hecho de que deben evacuar diariamente. Se debe hacer hincapié que el patrón normal de evacuaciones puede ser de, incluso, una evacuación cada 3er. día. Respecto a la dieta, se debe recomendar la necesidad de una dieta que incluya al menos 20 a 30 gramos de fibra al día, proveniente, de ser posible, de fibra natural y al menos entre seis y ocho vasos de agua al día.

Con respecto al 5° diagnóstico el objetivo fue alcanzado ya que la madre del niño presentó buena disposición para ayudar en las terapias y rehabilitación de su niño. Se brindó pautas para facilitar el desarrollo del niño y cómo favorecer un entorno saludable que facilite el apego de padres e hijo. Con respecto a esto, Almenara, Marcos , & Milla , (2013) afirman “La familia como parte del proceso de rehabilitación, continuamente recibe capacitaciones a través de la escuela para padres; brindándoseles información sobre cómo desarrollar el lenguaje, para lograr una buena comunicación con sus hijos, enseñándoles de igual manera como deben apoyar el trabajo de las profesoras, especialistas y audiólogas”.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Al culminar el trabajo de investigación queremos dar énfasis en la atención de los niños que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo. Brindando una atención humanizada de manera holística integrada con calidad y calidez como si fueran nuestros familiares, demostrando empatía y compromiso con la atención brindada, dejando que ellos nos enseñen lo que saben y reforzando sus saberes previos no rechazando sus opiniones.

El proceso de atención de enfermería fue efectivo ya que se lograron solucionar tres de los problemas en relación a los cinco diagnósticos evaluados, siendo dos de ellos parcialmente alcanzado debido a la complejidad del problema.

Además, cabe mencionar que la madre del niño realizó un compromiso en la realización de las terapias de su niño lográndose que el niño recibiera las terapias que han sido de gran ayuda para el desarrollo en el área de lenguaje.

Por otro lado, el niño viene estudiando en un colegio especializado para niños con Hipoacusia, que le ha servido de gran ayuda en el desarrollo de la parte social.

Recomendaciones

A la Unidad de Posgrado de la Universidad Peruana Unión, continuar promoviendo la investigación a través del Proceso de Atención de Enfermería.

A los profesionales de enfermería, que trabajan en el área de crecimiento y desarrollo, ante la sospecha de paciente con hipoacusia gestionar de manera oportuna la referencia a un hospital de mayor complejidad y que cuente con el especialista indicado.

A los estudiantes de la especialidad de enfermería, seguir aplicando el proceso de PAE en especial en el área de crecimiento y desarrollo ya que no se encontraron PAEs relacionados al tema en estudio.

El MINSA debería crear un programa de detección precoz de sordera en los neonatos que acuden a los servicios de salud de primer nivel, ya que la mayoría de puérperas y neonatos son atendidas en un puesto o centro de salud.

El responsable de la etapa de vida niño, debería capacitar a todos los profesionales de la salud que tengan contacto con niños en la detección precoz de la hipoacusia.

Referencias Bibliográficas

- Aliño Santiago, Miriam, Navarro Fernández, Raymundo, López Esquirol, Juana R., & Pérez Sánchez, Iraiza (2007). La edad preescolar como momento singular del desarrollo humano. *Revista Cubana de Pediatría*, 79(4) Recuperado en 26 de noviembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312007000400010&lng=es&tlng=es.
- Almenara Cueto, Luciana Patricia; Marcos Rojas, Patricia Marilyn; Milla Reyes, Prisca Nathalie,(2010) Conocimientos sobre pérdida auditiva y metodología auditivo oral en padres de familia del colegio Fernando Wiese Eslava-CPAL, en función al género, grado de instrucción y tiempo de permanencia en la institución, (*tesis para optar grado de magíster*). Pontificia Universidad Católica Del Perú, Lima. <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/95>.
- Ampuero Cáceres, Rosa Violeta(2014). Prevalencia de hipoacusia en neonatos con y sin factores de riesgo de pérdida auditiva en el Hospital Nacional Dos De Mayo. (*Tesis Magíster en Docencia e Investigación en Salud*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/179534>
- Astonitas Pizarro, Geovanna Patricia; La Torre Uceda, José Carlos; Yarango Sánchez, Cynthia Yessenia (2014) compromiso paterno y la relacion con el desarrollo psicomotor en ninos de 1 a 2 anos en el consultorio de crecimiento y desarrollo de un establecimiento de salud - chiclayo. 2013. (*Tesis de pregrado*. Universidad

Nacional Pedro Ruiz Gallo, Lambayeque.

<http://repositorio.unprg.edu.pe/handle/UNPRG/287>

Barzola, F. M. (2005). *Evaluacion y Tratamiento del estreñimiento en niños*. Colombia Medica, 36Sup 1(2), 10-15.

https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=Evaluacion+y+tratamiento+del+estre%C3%B1imiento+en+ni%C3%B1os&btnG=

Beltrán, A., & Seinfeld, J. (2011). *Identificando estrategias efectivas para combatir la desnutrición infantil en el Perú. Apuntes. Revista De Ciencias Sociales*, 38(69), 7-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.21678/apuntes.69.630>

Herrera, Angélica, Calderón Cabezas, Carla Cristina, Damián Sinchiguano, Gabriela Elizabeth. (2018) *Accionar de enfermería en la detección precoz de la hipoacusia neonatal. (tesis de licenciatura)*. Riobamba, Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/4622>

Chura Calisaya, S., & Saico Yapó, J. P. *La Hipoacusia Con Relación Al Rendimiento Escolar En Estudiantes De Quinto Año De Secundaria, Del Colegio Nacional Independencia Americana, 2018. titulo de licenciatura*. Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa, Arequipa.

<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6827>

Instituto Nacional de Salud. *Consejería nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil: documento técnico*. Lima: MINSA; 2010.

https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1726-46342014000300014&script=sci_arttext&tlng=pt

ENEDIS. (2012). *Primera encuesta nacional especializada sobre discapacidad*.

Obtenido de:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1171/ENEDIS%202012%20-%20COMPLETO.pdf

España Merchan, A. L.(2018) Conocimientos y actitudes de las madres adultas multiparas atendidas en el hospital General Enrique Garcés,sobre detección de problemas auditivos en niños. *tesis de licenciatura*. Universidad Central Del Ecuador, Quito. Quito, mayo-octubre 2017. Trabajo de titulación previo a la obtención del Título de Licenciada en Terapia del Lenguaje. Carrera de Terapia del Lenguaje. Quito: UCE. 96 p

Fao(1996)Nutricion y salud Obtenido

de:<http://www.fao.org/docrep/013/am283s/am283s05>

MINSA, (2012). *Guía Técnica De Requerimientos De Energía Y Nutrientes*. Obtenido de

<http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/5/jer/>-

1/Requerimiento%20de%20energ%C3%ADa%20para%20la%20poblaci%C3%B3n%20peruana.pdf

Hidalgo, M., & Güemes, M. (2011).Nutricion del preescolar,escolar y adolescente

Pediatr Integral; XV(4): 351-368 Obtenido de

[http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-](http://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2012/03/Pediatria-Integral-XV-4.pdf#page=52)

XV-4.pdf#page=52

Argente,H.A., & Alvarez,M.E. (2013). *Semiologia Medicab Fisiopalogia,semiotecnia y propedéutica.Enseñanza – aprendizaje centrada en la persona(2ed)*.

Panamericana.Obtenido de

[https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4837/Semiologia-](https://www.medicapanamericana.com/Libros/Libro/4837/Semiologia-Medica.html)

Medica.html

Laguado Jaimes, Elveny. (2013). CUIDADO DE ENFERMERIA A PADRES PARA FORTALECER EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SUS HIJOS.

Revista Cuidarte, 4(1), 550-556. Retrieved November 27, 2018, from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732013000100017&lng=en&tlng=

La Ciencia del Desarrollo infantil temprano. (2017). Obtenido de

<http://www.bd.com/document/344872583/AC17-Lectura-La-ciencia-del-desarrollo-infantil-temprano-pdf>.

Martin Alfonso,L & Grau Abalo, J. A. (2004). La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Psicología y salud*14(1),89,from

<https://go.galegroup.com/ps/i.do?p=AONE&sw=w&u=googlescholar&v=2.1&it=r&id=GALE%7CA118957175&sid=classroomWidget&asid=6d9ad24e#>

Libro Blanco Sobre Discapacidad Auditiva Ámbitos de actuación.(2017). *Federacion de asociaciones por la integracion del sordo de la comunidad valenciana,(1 ed)*127.Obtenido de <http://www.helixcv.com/wp-content/uploads/2017/07/LIBRO-BLANCO-SOBRE-DISCAPACIDAD-AUDITIVA-%C3%81mbitos-de-actuaci%C3%B3n.pdf>

Lira, S. (2014).Práctica Pedagógica: Un Tren En Marcha Hacia La Transformacion. (*Tesis de Licenciatura*). Univerdidade Chile.Santiago.

<http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/131408/Tesis%20final-Stephanie%20Lira.pdf?sequence=1>

Luna Velasco, G. R(2015). *Prevención De La Desnutrición En Niños De 1 A 5 Años en el Barrio Codesa Unidos Somos Mas de La ciudad de Esmeraldas en el Periodo*

- de Enero A Marzo 2015.* (tesis de licenciatura)Universidad Católica del Ecuador. <https://repositorio.pucese.edu.ec/handle/123456789/418>
- Mamani Sanchez, M., Mundo Bravo, E., & Quiñones Pedrozo, C. d. (2015). *Efecto de un programa de entrenamiento en el desarrollo de habilidades sociales de niños con hipoacusia en un colegio de educación básica especial* Noviembre 2015 y Agosto 2016.(tesis de licenciatura)Universidad Cayetano Heredia.Perú. Lima. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/756/Efecto_MamaniSanchez_Elvira.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- Marrufo Marrufo, M. M.(2011) Actitudes de las madres hacia la alimentación infantil en preescolares del nido "Belén Kids", Los Olivos, 2011.(tesis de licenciatura). Universidad Nacional Mayor De San Marcos ,Lima,Perú.
- Morera Perez, C., & Marco algarra, J. (2006). *Lecciones de Otorrinolaringología aplicada.* Glosa.
- NANDA, INTERNACIONAL. (2015). *Diagnósticos enfermeros.Definiciones y clasificación 2015- 2017.* Elsevier.
- MINSA (2017)*Manejo Terapéutico y Preventivo de la anemia.* Obtenido de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>
- MINSA (2017). *Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años.* Lima, Perú.
- OMS. (2018)Desnutrición. Obtenido de <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/malnutrition>
- OMS. (Marzo de 2015)Sordera. Obtenido de <http://www.who.int/features/factfiles/deafness/es/>.

Peña Quintana, I., Ros Mar, I., & Gonzales, S. D. (2006). *Alimentación del preescolar y escolar*. Obtenido de

https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/34542234/alimentacion_escolar.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1541375296&Signature=4RN1TU%2B1Sh7w24YqoMgRacoMlaw%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DAalimentacion_escolar.pdf

Pozo, M., & Tapia, M. C. (2008). *Diagnostico precoz de la hipoacusia*. <https://www.se-neonatal.es/Portals/0/Articulos/3.pdf>.

Quisi, D. Diseño de un paradigma para generación automática de planes específicos de terapia de lenguaje para niños con trastornos de la comunicación en base a técnicas de minería de datos. (*titulo de Master*). UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA.

MINSA. (2017). Plan nacional para la Reduccion y control de la anemia materno infantil y la Desnutricion Crónica Infantil en el Peru :2017-2021. Obtenido de Plan nacional para la reduccion y control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutricion Cronica infantil en el Peru:

ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF

Raile Alligood, M., & Marrier Tomey, A. (2018). *Modelos y Teorias en enfermería*. España: Elsevier.

Ravasco, Anderson, & Mardones. (2010). *Nutricion Hospitalaria :Metodos de valoracion del estado nutricional*. Obtenido de

http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25s3/09_articulo_09.pdf

- Rodríguez Herrera, D. Factores de riesgo que desencadenan hipoacusia en los recién nacidos en el "hospital provincial general Docente de Riobamba". *tesis de doctorado*. Universidad Nacional De Chimborazo, Riobamba.
- Samaniego, L. V(2016). *Proceso enfermero en paciente pediátrico con neumonia y derrame pleural basado en las teorías de barnard y henderson*. grado de licenciatura. Universidad Nacional De Chimborazo, Riobamba.
- Santwani.M. (1998). *Enfermedades Comunes de los Niños y su tratamiento Homeopatico*. B.Jain Publishers,1998 - 343 pag
- Alan Sroufe, L,Donis Galindo,M.S., &Huerta Ibarra,J.(2000). *Desarrollo Emocional:la organización de la vida emocional*.México,D.F:Oxford university Press,2000.
- Suárez, Alejo, Suárez, Hamlet, & Rosales, Beatriz. (2008).*Hipoacusia en niños*.Archivos de pediatria del.Uruguay79(4)315-319,dic 2018.Recuperado en 26 de noviembre de2018 ,de http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-12492008000400008&script=sci_arttext&tlng=pt
- Torres, Rodriguez, Santana, & Gonzales. (2000). *Deficiencias auditivas:aspectos psicoevolutivos*. España: Aljibe.
- UNICEF. (2017). *La primera infancia importa para cada niño*. Obtenido de https://www.unicef.org/spanish/publications/files/UNICEF_Early_Moments_Matter_for_Every_Child_Sp.pdf
- UNICEF. (2011). Obtenido de LA DESNUTRICIÓN INFANTIL Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento:
[http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3713/La%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20causas,%20consecuencias%20y%20estrategias%](http://repositorio.minedu.gob.pe/bitstream/handle/123456789/3713/La%20desnutrici%C3%B3n%20infantil%20causas,%20consecuencias%20y%20estrategias%20)

20para%20su%20prevenci%C3%B3n%20y%20tratamiento.pdf?sequence=1&is

Allowed=y

Velasco, C. A., & Caro Hernandez,PA.(2014)Estreñimiento funcional en niños:puesta al
dia .Salud libre,9(1)34 al 40.

Apéndice A: Consentimiento informado

Apéndice A

Universidad Peruana Unión
Escuela de Posgrado
UPG de Ciencias de la Salud.

Consentimiento informado

Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de atención de enfermería aplicado a niño con Hipoacusia”, El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a . Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Eliana Lucy De ,la Cruz Fuentes bajo la asesoría de la MG. Delia León Castro . La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico. Pero como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada. Sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

Participación voluntaria

Se me ha comunicado que mi participación y la de mi menor hijo en el estudio es completamente voluntaria y que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto

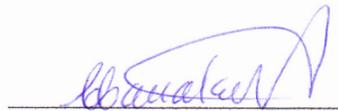
antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador, firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre del padre, madre o tutor:

Nelly Carlos Canales

DNI: 09949340 Fecha: 18/01/2018

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Nelly Carlos Canales', is written over a horizontal line.

Firma del padre, madre o tutor

Apéndice B: Guía de valoración

**VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSULTORIO DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO**

Nombre: A.C.A Fecha de nacimiento: 03/01/2015 Edad: 3m Sexo: M
 Fecha de control de CRED: 18/01/2018
 H.C.11714
 Teléfono: 997344489 Dirección: AAHH.Quirio 2da Zona N° De Control: 10
 Peso: 12.500 Talla: 90 cm Temperatura: 36.5°C
 Motivo De Consulta: Control Niño Sano

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD	PATRON VALORES-CREENCIAS
<p style="text-align: center;">Antecedentes</p> <p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - EDAD...40..... - Grado de Instrucción: Secundaria completa - Ocupación: Ama de casa..... - DM.....no..... HIV..... HEPATITIS...no..... - TBC...no..... Otros:.....niega..... - Alergias:...no..... especificar:.....no aplica..... - Patologías...no.....Hereditarios() Adquiridos () - Medicamentos que consume: No (x) Si () - especificar:.....no..... - Consumo de sustancias toxicas: No(x) Si () - especificar:.....no aplica..... - N° de gestación 02 Periodo Intergenésico 8 años.. - Control prenatal: No Si N°...7... Grupo S. y factor: o +... - Problemas en la gestación:...Ninguna..... - Problemas en el parto:.....Cesárea...Bradycardia fetal..... - Problemas en el Puerperio...RN hospitalizado por periodo de 4 meses..... <p>Padre:</p>	<p>Religión que practica: Bautizado en su Religión: Si ()</p> <p>No (x)</p> <p>Restricción Religiosa:</p> <p>__Ninguna_____</p> <p>Religión de los Padres: Católico (x) Evangélico ()</p> <p>Adventista ()</p> <p>Otros: _____no_____ Observaciones:</p> <p>__no_____</p> <p>Necesidades espirituales:</p> <p>Uso de métodos no tradicionales en el cuidado:</p> <p>__no_____</p> <p>creencias:</p>

- EDAD...45..... Grado de Instrucción...Primaria completa..... Ocupación.....Albañil.....
- DM...no..... HIV.....no.... HEPATITIS...no..... TBC...no..... Otros:.....no aplica.....
- Alergias:...no..... especificar:.....no aplica.....
- Patologías...ninguna.....Hereditarios() Adquiridos ()
- Medicamentos que consume: No(x) Si() especificar:.....
-
- Consumo de sustancias toxicas: No(x) Si() especificar:.....
-

NIÑO

- Apgar: 1'...9..... 5'.....9..... EG.....33ss.....
- Sufrimiento fetal: No(x) Si()
- Peso al Nacer...1530 gr...Talla al Nacer.38cm PC...28.5 cm...PT...24.5 cm.....
- Alergias.....no.....
- Patologías de RN .Interconsulta a endocrinología y genética y confirma el Síndrome de Beckwith-Wiedemann,Hipoacusia bilateral,Bradycardia fetal, hipotonía central,macroglosia ,esplenomegalia,cálculos renale,hígado graso,hernia escrotal.....
- Otras patologías en la infancia...retraso en el crecimiento y desarrollo.....
- Hospitalizaciones..... si.....
- Alteraciones congénitas: si.....
- Estado vacunal..... N de Controles
- Recibe suplementación de Hierro No() Si(x)
- N de dotación de micronutriente
- N de frasco de Sulfato Ferroso
- Otro suplemento de Hierro (especifique)..... alimentación rica en hierro.....
- Estado de higiene: Bueno(x) Malo()

PATRON RELACIONES-ROL

Ocupación de la madre: Ama de casa

Ocupación del padre: Albañil

Cuidador del niño: Su madre

Relaciones Familiares: Buena () Mala ()

Conflictos ()

Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si (x

) No ()

El padre participa en el cuidado del niño: Si () No (

x)

**PATRON AUTOPERCEPCION-
AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y
AL ESTRÉS**

Reactividad: Activo (x) Hipo activo () Hiperactivo

()

Estado Emocional niño: Tranquilo (x) Ansioso ()

Irritable ()

Negativo () Indiferente () Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No (x)

Comentarios:

Percepción de sí mismo:

Autodefinición: no aplica Autoestima: no aplica

Estado Emocional madre y/o cuidador: Tranquilo (x)

Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente ()

Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Cuidado del niño: adecuado (x) inadecuado ()

Preocupación principal de los padres:

Comentarios: Madre refiere "Le llevo a todas sus terapias y quiero que aprenda los números ,aprenda a leer"__

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: N° de horas de Sueño:

Dia__2hrs____Noche_9hrs

<p>Familia Nuclear: Si (x) No () Padres Separados: Si () No (x)</p> <p>Violencia intrafamiliar:</p> <p>Problema de Alcoholismo: Si () No (x)</p> <p>Problemas de Drogadicción: Si () No (x)</p> <p>Pandillaje: Si () No (x) Otros: _____</p> <p>Especifique: _____no</p> <p>aplica _____</p> <p>Comentarios:</p> <hr/> <p>Asiste a los controles programados: Si () No ()</p> <p>Regular(x)</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</p> </div> <p>Nivel de Conciencia: Orientado (x) Alerta ()</p> <p>Despierto ()</p> <p>Somnoliento () Irritable ()</p> <p>Comentarios: __Disminución auditiva,dificultad en el habla_____</p> <p>Pupilas: Isocóricas (x) Anisocóricas ()</p> <p>Reactivas (x)</p> <p>No Reactivas () Fotoreactivas () Mióticas ()</p> <p>Midriaticas ()</p> <p>Foto Reactivas: Si () No ()</p> <p>Comentarios:</p> <hr/> <p>Escala de Glasgow: Lactante</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 33%; text-align: center;">Apertu</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Verbal</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Motor</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">ra ocular</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Apertu	Verbal	Motor	ra ocular			<p>Alteraciones en el Sueño: Si () No (x)</p> <p>Especifique: _sueño</p> <p>conservado_____</p> <p>Motivo: ____no</p> <p>aplica_____</p> <p>Problemas para consiliar el sueño: ninguno</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; text-align: center; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO</p> </div> <p>Actividad Respiratoria: Respiración: FR: _</p> <hr/> <p>Amplitud: Superficial () Profunda () Disnea ()</p> <p>Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()</p> <p>Tos: Si () No (x)</p> <p>Secreciones: Si () No (x)</p> <p>Características:_____</p> <p>Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP (x)</p> <p>Claros (x) Roncantes () Sibilantes () Crepitantes ()</p> <p>Otros:</p> <hr/> <p>Actividad Circulatoria:</p> <p>Pulso: Regular (x) Irregular ()</p> <p>FC / Pulso:_____ PA: _____</p> <p>Riesgo periférico: cianosis distal...no.... Frialdad distal</p> <p>...no.....</p> <p>Capacidad de autocuidado:</p>
Apertu	Verbal	Motor					
ra ocular							

Espon- neo 4	Bal- eo 5	Mov. Espont. 6
Al hablarle 3	Llanto Irritable 4	Retira al tacto 5
Al dolor 2	Llanto al dolor 3	Retira al dolor 4
Ningun o 1	Se queja al dolor 2	Flexión anormal 3
	Sin respuesta 1	Ext. Anormal 2
		Sin respuesta 1

Puntaje Total: _____

Escala de Glasgow: Pre- Escolar

Apertu- ra ocular	Verbal	Motor
Espon- neo 4	Orienta- do 5	Obedece órdenes 6
Al hablarle 3	Confus- o 4	Localiza el dolor 5
Al dolor 2	Inapro- piado 3	Retira al dolor 4
Ningun o 1	Sonido inespec. 2	Decortica ción 3
	Ningun o 1	Descereb- ración 2
		Ninguno 1

Puntaje Total: 15

Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas (x)

Lenguaje (x)

0 = Independiente () 1 = Ayuda de otros (x)
2 = Ayuda del personal () 3 = Dependiente ()

ACTIVIDADES					
Movilización en cama					
Deambula					
Ir al baño / bañarse					
Tomar alimentos					
Vestirse					

Aparatos de Ayuda:

_____ ninguna _____

Fuerza/tono Muscular: Conservada (x)

Disminuida ()

Movilidad de Miembros:

Contracturas () Flacidez () Parálisis ()

Comentarios: _asiste a terapias de

física _____

Maniobra Ortolani – Barlow:

Evaluación de miembros inferiores

Movilidad: conservadasi.....

Limitada.....no.....

Especifiqueno

aplica.....

PATRÓN ELIMINACIÓN

<p>) Otros: _____ Especifique:</p> <p>_____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p> <p>Reflejos presentes según edad: Si (x) No ()</p> <p>Desarrollo Psicomotor:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Área lenguaje(riesgo) - Área motora (normal) - Área Coordinación (alteración) - Área Social (riesgo) <div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO </div>	<p>Intestinal:</p> <p>Nº Deposiciones/Día _____ 1 a 2</p> <p>veces _____</p> <p>Características: __normales_____</p> <p>_____</p> <p>Color: amarillo _____ Consistencia:</p> <p>__pastosa_____</p> <p>Comentarios:</p> <p>__ninguno_____</p> <p>Vesical:</p> <p>Micción Espontánea: Si (x) No ()</p> <p>Características: __Presencia de hernia testicular fue</p> <p>operado_____</p>
<p>Peso:11,060..... Talla: ...86..... PC:</p> <p>.....</p> <p>Estado nutricional: ...desnutrición crónica.....</p> <p>Ganancia de peso: ...inadecuada.....</p> <p>Inicio de alimentación complementaria : ...6</p> <p>meses.....</p> <p>Apetito: ...disminuido.....</p> <p>Tipo de alimentación: ...bajo en grasas</p> <p>Piel: Normal (x) Pálida () Cianótica ()</p> <p>Ictérica ()</p> <p>Fría () Tibia (x) Caliente ()</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> <p>Dentición: completa ...x.... ausente</p> <p>Incompleta.....</p> <p>Termorregulación: Temperatura: _</p> <p>36.6°C_____</p>	<div style="border: 1px solid black; background-color: #e0f0ff; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN </div> <p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No (xx)</p> <p>Especifique: __no</p> <p>aplica_____</p> <p>Otras Molestias:</p> <p>__ninguna_____</p> <p>Observaciones:</p> <p>_____</p> <p>Problemas de Identidad:</p> <p>_____</p> <p>Cambios Físicos:</p> <p>_____</p> <p>Testículos Palpables: Si (x) No ()</p>

Hipertermia () Normotermia (x)	Fimosis Si () No (x)
Hipotermia ()	Testículos Descendidos: Si (x) No ()
Coloración: Normal (x) Cianótica () Ictérica ()	Masas Escrotales Si (x) No ()
) Fría ()	Menstruación Si () No ()
Rosada () Pálida () Tibia (x)	Problemas menstruales Si () No ()
Caliente ()	Evaluación según escala de Taner:
Observación:	I II III IV V
_____	Observaciones:
Hidratación: Hidratado (x) Deshidratado ()	_El infante de 3 años de edad no identifica su sexo.
Observación:	
_____	Nombre de la enfermera:
Edema: Si () No (x) () + () ++ ()	Firma: _____
+++ ()	CEP: __78372_____
Especificar Zona:	Fecha: _18-01-2018_____

Comentarios:	

Fontanelas: Normotensa (x) Abombada ()	
Deprimida ()	
Cabello: Normal (x) Rojizo ()	
Amarillo ()	
Ralo () Quebradizo ()	
Mucosas Orales: Intacta (x) Lesiones ()	
Observaciones:	

Malformación Oral: Si () No (x)	
Especificar:	

Apetito: Normal (x) Anorexia ()	
Bulimia ()	

<p>Disminuido () Nausea () Vómitos ()</p> <p>)</p> <p>Cantidad: _____ Características:</p> <p>_____</p> <p>Dificultad para Deglutir: Si () No (x)</p> <p>Especificar: _____</p> <p>Alimentación: LME () LMM () LMA ()</p> <p>Fórmula () Tipo de Fórmula</p> <p>_____</p> <p>Abdomen: B/D (x) Distendido () Timpánico ()</p> <p>Doloroso ()</p> <p>Comentarios</p> <p>Adicionales: _____</p>	
---	--

Apéndice C: Evaluación de Desarrollo

TEST DE DESARROLLO PSICOMOTOR 2-5 AÑOS TEPSI

Nombre del niño:.....

Fecha de nacimiento.....Edad.....años.....Mes.....días

Nombre del padre.....de la madre.....

Dirección.....

Resultados Test Total							
Puntaje Bruto.....							
Puntaje T							
Categoría	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td>Normal</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td>Riesgo</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td>Retraso</td> </tr> </table>		Normal		Riesgo		Retraso
	Normal						
	Riesgo						
	Retraso						

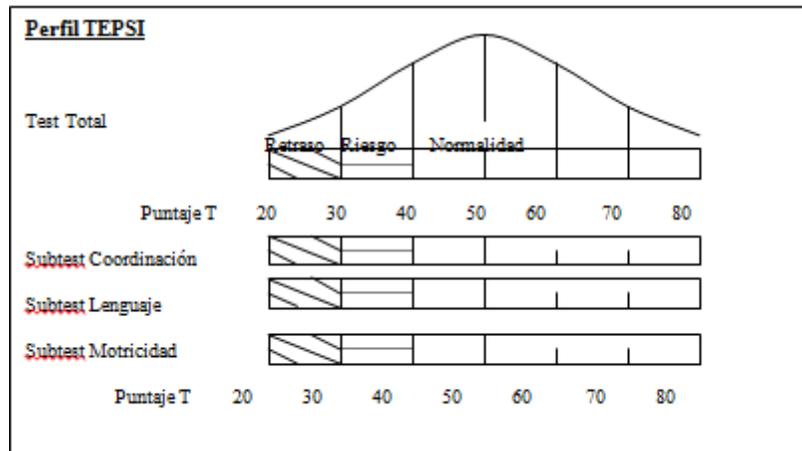
Resultados por Subtest		
	Puntaje Bruto	Puntaje T Categoría
Coordinación.....
Lenguaje
Motricidad

INTERPRETACION DEL PERFIL

En el área de coordinación se encuentra..... puntos (sobre- bajo) el promedio

En el área de lenguaje se encuentra..... puntos (sobre- bajo) el promedio.

En el área de motricidad se encuentra.....puntos (sobre- bajo) el promedio.



Apéndice D: Evaluación audiológica



EVALUACIÓN AUDIOLÓGICA

NOMBRE: AGUILAR CARLOS, Adriano EDAD: _____ FECHA: _____
 EVALUADORA: Betty Rebeber R EQUIPO: Audiómetro GSI 61

OTOSCOPIA

Derecho Izquierdo

TIMPANOMETRÍA

Derecho Izquierdo

Vol. Canal MI

Compl. MT. Ymm

Presión de pico da Pa

FORMA

AUDIOMETRÍA TONO PURO PROMEDIO (500-1000-2000Hz)

Derecho dB

Izquierdo dB

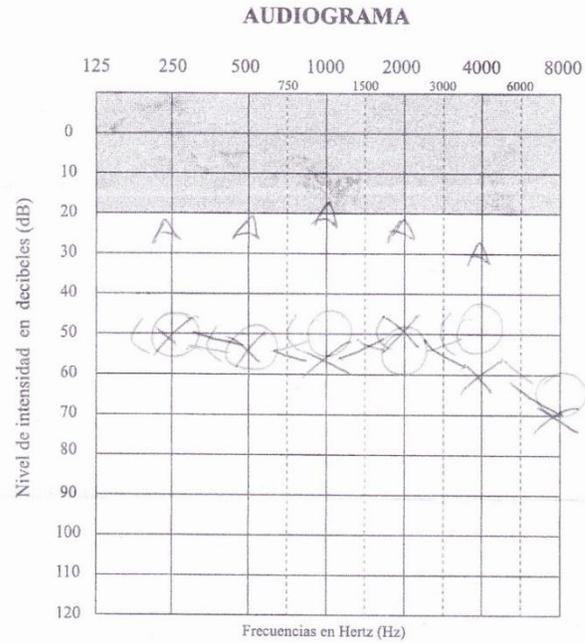
Der. Izq. Der. Izq.

Cond. aérea

Enmascarada

Cond. ósea

Enmascarada



MÉTODO : ~~PIP~~ Juego Convencional
 CONFIABILIDAD : Pobre Regular Buena

RESULTADOS AMPLIFICADOS dB CAMPO ABIERTO

Derecho: <u>Adrian Agil # 015614</u>	<input type="text"/>	dB					
Izquierdo: <u>Adrian Agil # 1280303</u>	<input type="text"/>	dB					
Binaural:	<input type="text"/>	dB					
	250	500	1000	2000	4000	6000	Hz

EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN AUDITIVA DEL HABLA

Patrones Trisilabas Bisilabas Monosilabas Auditec % dB

1112 1012 1212 % 65 dB

Categoría: 4 Versión: Original

Comentarios: Pérdida auditiva neurosensorial moderada bilateral
PAH-G14: Identificó palabras por b vocal

Betty
 Audióloga