

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN
ESCUELA DE POSGRADO
Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante que acude al servicio de Crecimiento y

Desarrollo de un centro de salud de Lima, 2018

Por:

Lidia Milagros Osorio Pérez

Asesor:

Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Lima, julio 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NIRA HERMINIA CUTIPA GONZALES adscrito 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 de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante que acude al Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un centro de salud de Lima, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada OSORIO PEREZ LIDIA MILAGROS, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de 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 doce días del mes de junio de 2019.



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante que acude al Servicio de Crecimiento y
Desarrollo de un centro de salud de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

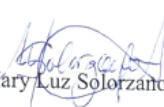
Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidado
Integral Infantil

JURADO CALIFICADOR



Dra. Maria Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Mg. Mary Luz Solorzano Aparicio

Secretario



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales.

Asesor

Lima, 12 de junio de 2019

Dedicatoria

A mis hijos, horas lejos de ustedes por trascender profesionalmente; ustedes han logrado esto. A mi madre, lo más grande en mi vida y a ti el amor de mi vida, que me permitió creer en mí cuando ya no había esperanza.

Agradecimientos

A Dios por permitirme volver a empezar y nunca abandonarme en este proceso de superación profesional.

A la Esp. Mery Medrano, por dejarme su legado de conocimientos.

A la Mg. Nira Cutipa por su paciencia y cariño hacia mí, todo este tiempo de principio a fin.

A la Sra. Edith, por permitirme ser parte de la vida de Mariafe, el corazón de este trabajo.

Indice

Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Indice.....	vi
Índice de tablas	ix
Índice de apéndices	xii
Símbolos usados	xiii
Resumen	xiv
Capítulo I.....	15
Proceso de atención de enfermería	15
Valoración	15
Datos generales.	15
Resumen de motivo de ingreso.	15
Situación problemática.	15
Exámenes auxiliares.	16
Valoración por patrones funcionales de Salud.....	16
Capítulo II.....	24
Diagnóstico, planificación y ejecución	24
Diagnósticos de enfermería.....	24
Primer diagnóstico:	24
Segundo diagnóstico:	24
Tercer diagnóstico:.....	25
Cuarto diagnóstico:	25

Quinto diagnóstico:	25
Sexto diagnóstico:	26
Séptimo diagnóstico:	26
Planificación	27
Priorización de los diagnósticos enfermería.	27
Planes de cuidados.	29
Ejecución.....	38
Evaluación.....	44
Capítulo II.....	47
Marco teórico.....	47
Antecedentes.....	47
Marco conceptual.....	48
Displasia de cadera.	48
Crecimiento y desarrollo.....	52
Anemia.....	53
Modelo teórico.....	55
Capítulo III	57
Materiales y métodos	57
Tipo y diseño	57
Sujeto de estudio.....	57
Técnica de recolección de datos	57
Consideraciones éticas	58
Capítulo IV.....	59

Resultados, análisis y discusión.....	59
Resultados	59
Análisis de los diagnósticos	59
Discusión.....	59
Capítulo V	63
Conclusiones y recomendaciones	63
Conclusiones.....	63
Recomendaciones	63
Referencias Bibliográficas.	65
Apéndice.....	70

Índice de tablas

Tabla 1.....	16
Control de hemoglobina.....	16
Tabla 2.....	18
Estado de vacunas.....	18
Tabla 3.....	29
Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día).	29
Tabla 4.....	31
Diagnóstico de Enfermería: CP Anemia.....	31
Tabla 5.....	32
Diagnóstico de enfermería: Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso).....	32
Tabla 6.....	34
Diagnóstico de Enfermería: Deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.	34
Tabla 7.....	35
Diagnóstico de Enfermería: Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera y complicación.....	35

Tabla 8.....	38
SOAPIE 1. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día).	38
Tabla 9.....	40
SOAPIE 2: CP Anemia	40
Tabla 10.....	41
SOAPIE 3: Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso).	41
Tabla 11	42
SOAPIE 4: Deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.	42
Tabla 12.....	43
SOAPIE 5: Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera y complicación	43
Tabla 13.....	44
Evaluación del Diagnóstico 1: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día).	44
Tabla 14.....	44

Evaluación del Diagnóstico 2: CP. Anemia	44
Tabla 15.....	45
Evaluación del Diagnóstico 3: Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso).....	45
Tabla 16.....	45
Evaluación del Diagnóstico 4: Deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.	45
Tabla 17.....	46
Evaluación del Diagnóstico 5: Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera y complicación.....	46
Tabla 18.....	54
Valores normales de hemoglobina.....	54
Tabla 19.....	59
Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería	59

Índice de apéndices

Apéndice A: Guía de valoración.....	70
Apéndice B: Consentimiento informado.....	73

Símbolos usados

CRED: Crecimiento y desarrollo

EEDP: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

OMS: Organización mundial de la salud

OPS: Organización panamericana de la salud

ENDES: Encuesta nacional de demografía y salud

AOA: Alimentos de origen animal

Resumen

Vigilar el crecimiento y desarrollo del niño o niña es una intervención de salud, que tiene como propósito controlar que este proceso sea adecuado. También se debe detectar de forma precoz y oportunamente distintos riesgos, alteración, trastornos o enfermedades para poder facilitar su diagnóstico y las intervenciones sean oportunas. El objetivo de la presente investigación fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a una paciente con diagnóstico de displasia de cadera y anemia leve del servicio de CRED de la IPRESS Centro de Salud Militar “San Francisco”, para brindarle los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. El diseño de investigación fue el estudio de caso; el sujeto de estudio fue una lactante de 6 meses de edad, 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. Se encontró que el 100 % de los objetivos propuestos fueron totalmente alcanzados, evaluándose como una intervención exitosa. Al finalizar, se logra realizar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, se logran ejecutar todas las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras clave: Displasia de cadera, anemia, control de niño sano, control de crecimiento y desarrollo, desarrollo infantil temprano.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombres y apellidos: MSU.

Etapas de vida: lactante.

Sexo: femenino.

Edad: 6 meses.

Fecha de evaluación: 02- 06 – 18.

Diagnóstico: displasia de cadera, anemia.

Resumen de motivo de ingreso.

Lactante de sexo femenino de 6 meses de edad que acude al servicio de crecimiento y desarrollo para su sexto control, presentando el diagnóstico médico: displasia de cadera derecha y anemia leve.

Situación problemática.

La lactante, a la valoración, se encuentra activa, afebril, regular estado de higiene, piel y mucosas hidratadas, normocéfalo, fontanela anterior normotensa de 3cm por 1,5 cm , fosas nasales presentes, ligera mucosidad transparente, piezas dentarias presentes (4 incisivos, 4 premolares), tórax simétricos, campos pulmonares limpios, abdomen blando y depresible a la palpación, genitales externos presentes, miembros inferiores presenta pliegues asimétricos luego de maniobra de Galeazzi se observa ligera diferencia de tamaño de ambas piernas (pierna derecha más alta que la izquierda).

Exámenes auxiliares.

Tabla 1

Control de hemoglobina

	Valores obtenidos	Valores normales	Interpretación
Hb	10.5 g/dl	11.0 – 14.0 g/dl	Anemia leve

Fuente: Historia clínica

Valoración por patrones funcionales de Salud.

Patrón percepción – Control de la salud.

Datos familiares:

Madre:

Edad:28 años.

Grado de Instrucción: Secundaria completa.

Ocupación: oficinista.

Antecedentes de enfermedades: No.

No presenta alergias.

Consumo de sustancias toxicas: No.

Número de gestación: 1.

Período Intergenésico: no.

Número de hijos vivos: 1.

Control prenatal: en número de 12.

Grupo Sanguíneo y factor: RH 0 Positivo.

Problemas en la gestación: hiperemesis.

Problemas en el parto: parto programado por cesárea debido a estrechez pélvica y posición podálica fetal.

Problemas en el Puerperio: no.

Recibió medicinas en la gestación: no.

Tuvo anemia en la Gestación: no.

Vacunas tétano completas: sí.

Padre:

EDAD: 28 años.

Grado de instrucción: secundaria completa.

Ocupación: operario.

Antecedentes de enfermedades: no.

No presenta alergias.

Enfermedades hereditarias o adquiridas: ninguna.

Medicamentos que consume: no.

Consumo de sustancias tóxicas: no.

Lactante

Apgar: 1'...9 5'...9.

EG: 39 semanas

Tipo de parto: distócico (Cesárea).

Sufrimiento fetal: no.

Peso al nacer: 3600 gr.

Talla al nacer 48 cm.

PC: 34 cm.

Alergias: no.

Patologías de recién nacido: no.

Otras patologías en la infancia: no.

Hospitalizaciones: no.

Alteraciones congénitas: ninguna.

Tabla 2
Estado de vacunas

Edad	Vacuna	Dosis	Fecha
RN	BCG	RN	02/01/18
RN	HVB	RN	02/01/18
2M	PENTAVALENTE	1°	02/03/18
2M	IPV	1°	02/03/18
2M	NEUMOCOCO	1°	02/03/18
2M	ROTAVIRUS	1°	02/03/18
4M	PENTAVALENTE	2°	02/05/18
4M	IPV	2°	02/05/18
4M	NEUMOCOCO	2°	02/05/18
4M	ROTAVIRUS	2°	02/05/18

Fuente: Historia clínica

N° de Controles CRED: 6 controles.

Recibe suplementación de hierro: no, la madre indica que no le daba el sulfato ferroso en gotas que se le indicó en el control de 5 meses porque no lo quería recibir y se estrñó un día.

Otro suplemento de hierro: no le ha dado ningún otro suplemento ni sucedáneos.

Estado de higiene: buen estado de higiene, cabellos limpios, uñas aseadas y recortadas de manos y pies.

Participación en sesión de atención temprana: sí.

Patrón de Relaciones – rol.

Ocupación de la madre: oficinista.

Ocupación del padre: operario.

Cuidador del niño: tía paterna.

En el cuidado del niño se observa: preocupación de la madre por aprender sobre temas de cuidado en la salud de su hija, su alimentación y como ayudarla a subir su hemoglobina.

Actitud de la madre: afectiva y asertiva.

Número de horas separadas de la hija y la madre: 8 horas.

Relaciones familiares: viven en casa multifamiliar.

Disposición positiva para el cuidado del niño: sí.

El padre participa en el cuidado del niño: sí.

Familia nuclear: no, vive con sus tíos y primos, la pareja comparte una habitación con la bebé.

Violencia intrafamiliar: no.

Problema de alcoholismo: no.

Problemas de drogadicción: no.

Estado emocional madre y/o cuidador: angustiada por la salud de su hija y depresiva por momentos se orienta al llanto durante la conversación.

Patrón perceptivo cognitivo.

Nivel de conciencia: despierta.

Pupilas: isocóricas, foto reactivas.

Alteración sensorial: ninguno.

Reflejos presentes según edad: sí (aún presente reflejo de prensión plantar).

Desarrollo psicomotor: EEDP normal para la edad CD=87% (Normal) con riesgo en área motora y área de lenguaje para la línea trazadora.

Patrón nutricional metabólico.

Peso anterior: 8085 gr Talla: 63 cm PC: 41 cm.

Peso actual: 8600 gr Talla: 66,7 cm PC: 42 cm.

Estado nutricional: normal.

Ganancia de peso: inadecuada.

Inicio de alimentación complementaria: inicia.

Apetito: lactancia cada 3 horas aproximadamente madre se saca la leche y la deja refrigerada para tomas durante las horas de trabajo, la madre refiere que no tiene mucha leche y su niña ya no se llena y siente que necesita comer por lo que pide recomendaciones sobre que alimentos puede iniciar a comer o que otra leche podría tomar.

Alimentación complementaria: se inicia la alimentación complementaria con el uso de la herramienta: kit del buen crecimiento.

Características y consistencia: hasta el momento de la leche materna, líquida, se inicia plan de alimentación complementaria.

Número de veces que da de lactar al día: 8 veces aproximadamente.

Tiempo que lacta: 15 minutos en cada seno eventualmente a demanda cuando mamá está en casa.

Piel: tez blanca, no presenta signos de deshidratación, tejido conservado.

Dentición: encías inflamadas en incisivo superior posible salida de incisivo superior.

Termorregulación: temperatura: 36.8°C

Fontanelas: anterior, normotensa mide 2,5cm por 1,5 aproximadamente en forma de rombo.

Cabello: implantación normal, ondeado de color castaño, la madre refiere que hace una semana observó en la cabeza de su bebé piojos de color blanco y zonas de color rojizas en el cuero cabelludo; lo cual trató con champú Nopucid y luego procedió a lavar el cabello de la niña con total normalidad hasta desaparecer los piojos.

Mucosas orales: intactas, limpias.

Patrón valores creencias.

Religión que practica: católico.

Restricción religiosa: no.

Religión de los padres: católicos.

Uso de métodos no tradicionales en el cuidado: sí (pasar huevo por ojo o susto)

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

Reactividad: activo.

Llanto persistente: la madre refiere que por momentos llora cuando esta aburrida y cuando quiere dormir, solo duerme con la teta de la mamá.

Estado emocional niño: sonrisa social, inicia a reír a carcajadas.

Percepción de sí mismo: se mira en el espejo y sonrío.

Demuestra felicidad a lado de la madre: sí.

Patrón descanso y sueño.

Sueño: número de horas de sueño: 10 horas entre día y de noche.

No presenta alteraciones en el sueño.

Patrón actividad-ejercicio.

Actividad respiratoria: sin alteraciones. Respiración: FR: 28 respiraciones por minuto

Amplitud: profunda.

Actividad circulatoria: FC: 132 latidos por minuto.

Pulso: regular.

Fuerza/tono Muscular: tono muscular normal.

Movilidad de Miembros: adecuada a la edad.

Maniobra Ortolani: negativo.

Maniobra de Galleazi: positivo se evidencia acortamiento de miembro inferior derecho.

Evaluación de miembros inferiores: movilidad conservada, se observan pliegues asimétricos con mayor notoriedad, si se le coloca en posición prona a predominio derecho en región glútea y poplítea, cabe señalar que esta alteración se observa desde los 3 meses de edad donde se le refirió al pediatra, el cual le indicó una ecografía de caderas la cual dio como resultado luxación de cadera, pero no daba un resultado tan fidedigno por lo que el pediatra indica una radiografía de cadera donde se confirma la displasia de cadera derecha como diagnóstico presuntivo y le realiza la referencia al Hospital Almenara para ser evaluada por el traumatólogo pediatra. Actualmente, espera la confirmación de la referencia y la cita en la especialidad.

Nivel general de actividad de la niña: muy activa con tendencia a querer ponerse en posición de sentada, se voltea de supino a prono con ayuda y de prono a supino con algo de dificultad, pero lo logra finalmente, se arrastra hacia atrás en intenta avanzar en reloj, juega con objetos los intercambia de mano, los lleva al centro y a la boca.

No tuvo caídas, no andador

Patrón eliminación.

Nº deposiciones/día: 1 vez al día.

Características: pastoso amarillo verdoso.

No presenta estreñimiento:

Micción espontánea

Patrón sexualidad y reproducción.

Genitales externos: normales de acuerdo a su edad.

Secreciones anormales en genitales: Se observa secreción amarillenta, al parecer residuos de deposición; a la apertura de los labios mayores se puede observar falta de higiene de los genitales de la bebé y zona enrojecida en región perianal.

Evaluación de miembros inferiores: pliegues asimétricos con mayor notoriedad si se le coloca en posición prona a predominio derecho en región glútea y poplítea.

Falta de higiene de los genitales de la bebé y zona enrojecida en región perianal.

Capítulo II

Diagnóstico, planificación y ejecución

Diagnósticos de enfermería

Primer diagnóstico:

Características definatorias: Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día).

Etiqueta diagnóstica: desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales.

Factor relacionado: ingesta diaria insuficiente.

Enunciado diagnóstico: desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día).

Segundo diagnóstico:

Características definatorias: conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso)

Etiqueta diagnóstica: incumplimiento.

Factor relacionado: conocimiento insuficiente del régimen terapéutico.

Enunciado diagnóstico: incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso).

Tercer diagnóstico:

Características definitorias: alteración de la integridad de la piel evidenciado por eritema de pañal.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la integridad cutánea.

Factor relacionado: humedad, higiene inadecuada.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.

Cuarto diagnóstico:

Características definitorias: “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)

Etiqueta diagnóstica: Riesgo del retraso en el desarrollo.

Factor relacionado: Factor de riesgo del individuo- retraso en el desarrollo (EEDP CD:87%, para perfil de desarrollo en riesgo área motora y de lenguaje. Trastorno congénito (displasia de cadera).

Enunciado diagnóstico: Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera.

Quinto diagnóstico:

Características definitorias: Expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación y nutrición.

Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la gestión de la salud

Factor relacionado: “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado”

(NANDA, 2015).

Enunciado diagnóstico: Disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con la disposición de la madre para vacunar a su niña y asumir compromisos en su alimentación.

Sexto diagnóstico:

Características definatorias: expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación y nutrición.

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar la gestión de la salud

Factor relacionado: “Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que puede ser reforzado”

(NANDA, 2015).

Enunciado diagnóstico: disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con la disposición de la madre para vacunar a su niña y asumir compromisos en su alimentación.

Enunciado de enfermería: disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con la disposición de la madre para vacunar a su niña y asumir compromisos en su alimentación.

Séptimo diagnóstico:

Características definatorias: dolor en las encías.

Etiqueta diagnóstica: deterioro de la dentición.

Factor relacionado: erupción de dientes incisivos superiores.

Enunciado diagnóstico: deterioro de la dentición relacionado a alteración de los patrones de erupción de los dientes evidenciado por dolor en las encías por próxima erupción de dientes incisivos superiores.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

1. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día).
2. CP. Anemia
3. Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso).
4. Deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.
5. Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo área motora y de lenguaje secundario a displasia de cadera.
6. Deterioro de la dentición relacionado a alteración de los patrones de erupción de los dientes evidenciado a dolor en las encías por próxima erupción de dientes incisivos superiores.

7. Disposición para mejorar la gestión de la salud relacionado con la disposición de la madre para vacunar a su niña y asumir compromisos en su alimentación.

Planes de cuidados.

Tabla 3

Diagnóstico de Enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día)

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: La lactante evidenciará equilibrio nutricional progresivo.</p> <p>Resultados esperados: La lactante evidenciará interés por los alimentos. La lactante recibirá una dieta balanceada según los requerimientos para su edad. La lactante evidenciará aumento en la ganancia de peso.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar consejería nutricional con el uso del kit del buen crecimiento. 2. Animar a la lactante a recibir los alimentos de manera continuada y con horarios de alimentación. 3. Realizar sesiones demostrativas en preparación de alimentos para 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Herramienta creada por personal de salud del Ministerio de Salud del Perú cuyo objetivo es contribuir a mejorar la nutrición de los niños con énfasis en el primer año de vida, donde son más vulnerables por el inicio de la alimentación complementaria, mediante el cual es posible establecer compromisos familiares en la consejería nutricional; promoviendo así el cambio de comportamientos. 2. El compromiso adoptado por la madre de la niña se basa en brindar a su niña alimentos de origen animal como hígado de pollo y sangrecita, así como verduras y frutas de acuerdo a su edad. De igual manera se refuerza el concepto de la lactancia continuada en acompañamiento a los alimentos. (NTS N° 137 – MINSA. 2017). 3. La finalidad de realizar sesiones demostrativas es contribuir en la mejora y mantenimiento del

orientar y favorecer la conducta positiva de la madre en la alimentación de su niña.

estado de salud y nutrición de las gestantes, mujeres que dan de lactar, así como de las niñas y niños menores de tres años mediante intervenciones preventivas promocionales en el marco de la atención integral de la salud.
(Documento Técnico MINSA, 2013)

4. Citar a la madre con su niña en 15 días para realizar el seguimiento y control de peso y verificación de compromisos asumidos durante la consejería en el control CRED.

4. El momento 5 de la consejería del kit del buen crecimiento corresponde al seguimiento de los acuerdos y compromisos que asume la madre o cuidador de la niña, mediante visita domiciliaria o acudiendo a una cita de control.
(NTS N°137 MINSA, 2017)

Tabla 4
Diagnóstico de Enfermería: CP Anemia

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo general</i> Revertir anemia</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Administrar jarabe de complejo de hierro polimaltosado 3 mg por kilo de peso cada 24 horas a las 10 am con jugo de frutas. 6 meses continuos. 2. Insentivar a la madre a darle de comer a su niña alimentos que contengan gran cantidad de hierro. 3. Entregar recetario de preparación de alimentos ricos en hierro de origen animal. 4. Solicitar control de hemoglobina al mes de iniciado el tratamiento con hierro en jarabe. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día de hierro durante 6 meses continuos. (NTS N°134 – 2017) 2. Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, “sangrecita”, pollo, etc. (MINSa, 2010). Para prevenir la carencia de micronutrientes, la estrategia básica consiste en aumentar la disponibilidad y consumo de alimentos ricos en estos. 3. Recetario MINSa para niños menores de 36 meses (Minsa. 2018) 4. Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro. (MINSa, 2017)

Tabla 5

Diagnóstico de Enfermería: Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso)

Objetivos	Intervenciones	Fundamento Científico
<p>Objetivo general:</p> <p>La madre evidenciará cumplimiento a las indicaciones dadas.</p>	<p>1. Brindar consejería de las consecuencias del incumplimiento del régimen terapéutico sobre administración del sulfato ferroso.</p>	<p>1. La consejería es una herramienta aplicada a diversos aspectos de la prevención y promoción a la salud, consiste en una relación de ayuda basada en una comunicación efectiva que implica la escucha efectiva y la respuesta atenta a los comentarios del cuidador; con ello se busca mejorar y lograr influenciar positivamente en la salud del paciente mediante el compromiso asumido; proporcionándole de esta manera los medios para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo (MINSA, 2005).</p>
<p>Resultados esperados:</p> <p>Madre manifestará su compromiso adherencia al tratamiento.</p> <p>Madre ofrecerá a la niña alimentos rico en Hierro acompañando a su tratamiento.</p>	<p>2. Aplicar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.</p>	<p>2. Usar una estrategia de reforzamiento positivo se trata de añadir un estímulo al entorno y éste atrae una respuesta precedente, se puede usar de diferentes formas como alimento, dinero o elogios después de una respuesta, es más probable que así se vuelva a presentar la conducta que se quiere reforzar (Miro, 2016).</p>

-
- | | |
|--|--|
| 3. Incentivar a la madre a cumplir los compromisos asumidos. | 3. El objetivo de la herramienta es contribuir a mejorar la nutrición de los niños con énfasis en el primer año de vida para el establecimiento de los compromisos familiares en la consejería nutricional en el CRED y atención infantil promoviendo cambio de comportamientos (Wisbaum, 2011). |
| 4. Realizar visita domiciliaria de seguimiento de cartilla de compromisos. | 4. Esta actividad permite poder valorar y evaluar a la familia en el lugar que se siente más cómodo y seguro, su hogar; así podremos verificar si se está cumpliendo de forma correcta la información dada en el consultorio (Parra, 2015). |
-

Tabla 6

Diagnóstico de enfermería: deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>La lactante evidenciará ausencia de deterioro de la integridad cutánea en zona perianal.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>La lactante evidenciará piel libre de alteraciones.</p> <p>La madre mantendrá limpia y seca la zona perianal.</p>	<p>1. Valorar el estado de la piel.</p> <p>2. Educar a la madre sobre la correcta higiene en el cambio del pañal.</p> <p>3. Educar a la madre sobre la importancia de cambiar el pañal rápidamente.</p> <p>4. Aconsejar a la madre sobre el uso de cremas de protección para la piel.</p>	<p>1. La piel de los bebés es mucho más delgada que de los adultos, es por esto que están más susceptibles a mayor irritación al contacto con diferentes sustancias, es por eso que requiere de mayor cuidado (Pozo, 2016).</p> <p>2. Se debe cambiar el pañal constantemente y de forma oportuna, utilizando productos naturales, evitando el alcohol. De preferencia se debe limpiar con agua tibia y una esponja suave en cada cambio de pañal (Pozo, 2016).</p> <p>3. Se debe concientizar a la madre sobre lo importante que es cambiar el pañal rápidamente, pudiendo así evitar complicaciones futuras (Pozo, 2016)</p> <p>4. Se debe usar cremas que contenga óxido de zinc, mínimo 2 veces al día, como protector de la piel del bebé (Pozo, 2016).</p>

Tabla 7

Diagnóstico de enfermería: riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera y complicación

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: La lactante disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo.</p>	<p>1. Utilizar los materiales necesarios para evaluación de EEDP.</p>	<p>1. En el lugar donde se vaya a administrar el test se debe contar con la batería de prueba según las especificaciones técnicas que pide la norma, como son la batería propiamente dicha, un manual de administración y un protocolo de registro para el niño con el perfil de desarrollo psicomotor (Galeano, 2016).</p>
<p>Resultados esperados: La lactante evidenciara mejoría en el área motora.</p>	<p>2. Realizar la evaluación de EEDP.</p>	<p>2. El EEDP mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor, esta escala consta de 75 ítem, 5 por cada edad, no admite graduaciones es decir tiene éxito o fracaso frente a la tarea propuesta (Rodríguez, Arancibia Y Undurraga., 2008).</p>
<p>La lactante evidenciara mejoría en el área de lenguaje.</p>	<p>3. Realizar el perfil de desarrollo según EEDP.</p>	<p>3. La escala mide el grado de desarrollo psicomotor en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora, con la cual se realiza el perfil de desarrollo del niño (Canales, 2018).</p>

-
- | | |
|---|---|
| 4. Organizar un plan de atención temprana de desarrollo. | 4. La planificación es una de las etapas más importantes de un proceso de atención en enfermería, el cual permite delimitar el objetivo general y los resultados esperados de la sesión de atención temprana de desarrollo (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2013). |
| 5. Realizar la sesión de atención temprana de desarrollo en compañía de los padres. | 5. La atención temprana de desarrollo es el conjunto de acciones orientadas a brindar condiciones adecuadas para promover el desarrollo integral del niño o niña durante los tres primeros años de vida en un ambiente de respeto de sus capacidades y contexto cultural (MINSA, 2011). |
| 6. Brindar a la madre consejos prácticos de actividades coherentes según su edad y habilidades. | 6. Se busca que la niña y el niño puedan desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, motrices, afectivas, sociales y comunicativas. De esta manera se fortalecen sus habilidades y competencias para mejorar las prácticas de crianza, favoreciendo así el adecuado crecimiento y desarrollo. (UNESCO, 1999). |
-

-
7. Explicar a la madre y/o familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.
7. Los bebés mantienen un vínculo entre madre e hijo que favorece a la confianza y calma en el niño, es por eso que cuando la madre aprende a realizar actividades que favorezcan su estimulación podrán lograr grandes avances (Huamanyauri, 2005).
-

Ejecución

Tabla 8

SOAPIE 1. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día)

Fecha/hora	Intervenciones
02/07/18 8 a.m.	<p data-bbox="574 569 1398 768">S La madre manifiesta preocupación e interés por aprender sobre temas de cuidado en la salud de su hija, su alimentación y como ayudarla a subir su hemoglobina.</p> <p data-bbox="574 789 1398 982">O Peso anterior: 8085 gr Talla:63 cm PC: 41 cm. Peso actual: 8600 gr Talla: 66,7 cm PC: 42 cm. Ganancia de peso: inadecuada. Inicio de alimentación complementaria.</p> <p data-bbox="574 1062 1398 1367">A Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día).</p> <p data-bbox="574 1394 1398 1440">P Lactante evidenciara equilibrio nutricional progresivo.</p> <p data-bbox="574 1478 1398 1801">I Se brinda consejería nutricional con el uso del kit del buen crecimiento. Se anima a la lactante a recibir los alimentos de manera continuada y con horarios de alimentación. Se realiza sesiones demostrativas en preparación de alimentos para orientar y favorecer la conducta positiva de la madre en la alimentación de su niña.</p>

Se cita a la madre con su niña en 15 días para realizar el seguimiento y control de peso y verificación de compromisos asumidos durante la consejería en el control CRED.

En 1 mes

E OA: Lactante evidencia equilibrio nutricional incrementando apetito, ingesta de alimentos y el aumento de peso progresivo .

Tabla 9
SOAPIE 2: CP Anemia

Fecha/hora	Intervenciones	
02/07/18 8 a.m.	S	La madre indica que no le daba el sulfato ferroso en gotas que se le indicó en el control de 5 meses porque no le quería recibir y se estriñó un día.
	O	Inapetencia Hemoglobina: 10.5 mg/dl
	A	CP Anemia
	P	Revertir anemia
	I	Se administra jarabe de complejo de hierro polimaltosado 3 mg por kilo de peso cada 24 horas a las 10 a.m. con jugo de frutas. 6 meses continuos.
		Se incentiva a la madre a darle de comer a su niña alimentos que contengan gran cantidad de hierro.
		Se entrega recetario de preparación de alimentos ricos en hierro de origen animal.
		Se solicita control de hemoglobina al mes de iniciado el tratamiento con hierro en jarabe.
En 1 mes	E	OA: Lactante revirtió anemia aumentando el nivel de hemoglobina (11.0 mg/dl.).

Tabla 10

SOAPIE 3: Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso)

Fecha/hora		Intervenciones
02/07/18 8 am	S	La madre indica que no le daba el sulfato ferroso en gotas que se le indicó en el control de 5 meses porque no le quería recibir y se estriñó un día.
	O	En el cuidado del niño se observa: Preocupación de la madre por aprender sobre temas de cuidado en la salud de su hija, su alimentación y como ayudarla a subir su hemoglobina.
	A	Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso).
	P	Madre evidenciara cumplimiento a las indicaciones dadas.
	I	Se brinda consejería de las consecuencias del incumplimiento del régimen terapéutico sobre administración del sulfato ferroso. Se aplica refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse. Se incentiva a la madre a cumplir los compromisos asumidos. Se realiza visita domiciliaria de seguimiento de cartilla de compromisos
En 1 mes	E	OA: Madre del lactante evidencia cumplimiento de las indicaciones dadas adhiriéndose al tratamiento.

Tabla 11

SOAPIE 4: Deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.

Fecha/hora		Intervenciones
02/07/18 8 a.m.	S	La madre manifiesta preocupación e interés por aprender sobre temas de cuidado en la salud y desarrollo de su hija.
	O	Secreciones Anormales en Genitales: se observa secreción amarillenta, al parecer residuos de deposición; al aperturar los labios mayores se puede observar falta de higiene de los genitales de la bebé y zona enrojecida en región perianal.
	A	Deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.
	P	Lactante evidenciara ausencia de deterioro de la integridad cutánea.
	I	Se valora el estado de la piel. Se educa a la madre sobre la correcta higiene en el cambio del pañal. Se educa a la madre sobre la importancia de cambiar el pañal rápidamente. Se aconseja a la madre sobre el uso de cremas de protección para la piel.
En 15 días	E	OA: Lactante evidencia ausencia de deterioro de la integridad cutánea al presentar piel integra.

Tabla 12

SOAPIE 5: Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera y complicación

Fecha/hora		Intervenciones
02/07/18 8 a.m.	S	La madre manifiesta preocupación e interés por aprender sobre temas de cuidado en la salud y desarrollo de su hija.
	O	Maniobra de Galeazzi: Positivo se evidencia acortamiento de miembro inferior derecho. Evaluación de miembros inferiores: movilidad conservada, se observan pliegues asimétricos con mayor notoriedad si se le coloca en posición prona a predominio derecho en región glútea y poplítea.
	A	Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera y complicación.
	P	Lactante disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo.
	I	Se utiliza los materiales necesarios para evaluación de EEDP. Se realiza la evaluación de EEDP. Se realiza el perfil de desarrollo según EEDP Se organiza un plan de atención temprana de desarrollo. Se realiza la sesión de atención temprana de desarrollo en compañía de los padres. Se brinda a la madre consejos prácticos de actividades coherentes según su edad y habilidades. Se explica a la madre y/o familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.
En 1 mes	E	OA: Lactante disminuye riesgo de retraso en el desarrollo al mostrar mejoría en el área de lenguaje y motora.

Evaluación

Tabla 13

Evaluación del diagnóstico 1: desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado en ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 30 gr/día)

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo general	Objetivo alcanzado
Lactante evidenciara equilibrio nutricional progresivo.	Lactante evidencia equilibrio nutricional incrementando apetito, ingesta de alimentos y el aumento de peso progresivo.
Resultados esperados.	
Lactante evidenciara interés por los alimentos.	
Lactante recibirá una dieta balanceada según los requerimientos para su edad.	
Lactante evidenciara aumento en la ganancia de peso.	

Tabla 14

Evaluación del diagnóstico 2: CP. Anemia

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo general:	Objetivo alcanzado
Revertir anemia	La lactante revirtió anemia aumentando el nivel de hemoglobina (11.0 mg/dl.).

Tabla 15

Evaluación del diagnóstico 3: incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (no administración de sulfato ferroso).

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo general:	Objetivo alcanzado
Madre evidenciara cumplimiento a las indicaciones dadas.	Madre del lactante evidencia cumplimiento de las indicaciones dadas adhiriéndose al tratamiento.
Resultados esperados	
Madre manifestara compromiso adherencia al tratamiento	
Madre ofrecerá a la niña alimentos rico en hierro acompañando a su tratamiento.	

Tabla 16

Evaluación del diagnóstico 4: deterioro de la integridad cutánea relacionado a alteración de la epidermis evidenciado por eritema de pañal.

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo general	Objetivo Alcanzado
Lactante evidenciara ausencia de deterioro de la integridad cutánea	Lactante evidencia ausencia de deterioro de la integridad cutánea al presentar piel integra. Madre mantiene limpia y seca la zona perianal del niño.
Resultados esperados:	
Lactante evidenciara piel libre de alteraciones	
Madre mantendrá limpia y seca la zona perianal del niño.	

Tabla 17

Evaluación del diagnóstico 5: Riesgo del retraso del desarrollo relacionado con perfil de desarrollo en riesgo (área motora y de lenguaje) secundario a displasia de cadera y complicación

Diagnóstico 5	Evaluación
Objetivo general	Objetivo Alcanzado
Lactante disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo	Lactante disminuye riesgo de retraso en el desarrollo al mostrar mejoría en el área de lenguaje y motora.
Resultados Esperados	
Lactante evidenciara mejoría en el área motora	
Lactante evidenciara mejoría en el área de lenguaje	

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Pérez, Mesa, & Calzado (2003) realizó una investigación titulada “análisis de la importancia de esta entidad patológica en cuanto a concepto, diagnóstico y tratamiento para su mejor comprensión en la atención primaria”. Tuvo como objetivo “detectar precozmente la afección y disminuir complicaciones futuras”. Se encontró que aún es muy importante para ortopedia revisar la importancia de la displasia de cadera, ya que este problema inicia en la infancia, siendo de suma importancia diagnosticarla a tiempo para poder establecer una pronta recuperación. Para poder solucionar el problema desde la atención primaria se requiere el trabajo del equipo multidisciplinario, como la del obstetra, médico general integral, pediatra, y la enfermera.

Lorca & Lepe (2011) realizaron una investigación titulada “Descripción del desarrollo psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con displasia luxante de cadera que son tratados con correas de pavlik en el Hospital Roberto del Río en Chile”. Tuvo como objetivo “Analizar el estado del desarrollo psicomotor en pacientes entre 4 y 10 meses de edad, que estén en tratamiento por Displasia Luxante de Cadera con Correas de Pavlik, en el hospital Roberto del Río”. Se encontraron resultados significativos, el 3% de los niños sufren displasia luxante de cadera, de los cuales la mayoría son diagnosticados y tratados a tiempo. Por otro lado, aproximadamente un 16% de los infantes de este país sufren alguna alteración en el desarrollo psicomotor, sin embargo, muchos de estos casos no son diagnosticados a tiempo, por tal motivo su tratamiento inicia de forma tardía, lo que ocasiona riesgos en su rehabilitación e integración a sus actividades sociales. Se concluyó que, no aparecieron alteraciones en los

niños a los cuales se les aplico el instrumento, por lo cual puede decirse que el test puede ser poco sensible o la poca influencia de las correas Pavlik en el desarrollo psicomotor.

Marco conceptual

Displasia de cadera.

Definición.

La cadera está formada por la articulación entre la cabeza del fémur y el acetábulo, que es la parte de la pelvis que se articula con ella. El momento en el cual la articulación pierde su íntima relación, la cadera empieza a degenerarse gradualmente, produciendo un desgaste prematuro, a esto se le denomina artrosis, lo que produce claudicación y dolor al caminar (Cabrera, Vega, De la Cruz, & Pi, 2010).

A esto, Arce & García (2000) añade que esta patología que puede desarrollarse en el período prenatal o posterior al nacimiento. Está determinada en gran parte por factores mecánicos que actúan sobre la cadera y su aparato de sostén, el que puede ser normal o presentar una laxitud aumentada, lo cual puede conducir a inestabilidad articular y eventualmente luxación permanente, pasando por todos los rangos intermedios.

Factores de riesgo.

Ramírez *et al.* (2011), indica que existen ciertos factores que tienen una fuerte relación con esta patología, estos son los siguientes:

Herencia familiar: La historia familiar de DDC incrementa el riesgo de padecerla en un 10 a 25%.

Género: Es de tres a ocho veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Cuando existe presentación pélvica al nacimiento: Existe una fuerte asociación con otras anomalías músculo-esqueléticas como PEVAC (pie equino varo aducto congénito), tortícolis congénita, metatarso aducto y calcáneo valgo.

El hábito de envolver al recién nacido de manera apretada con las extremidades inferiores en extensión y aducción.

Los siguientes factores presentan un nivel bajo de riesgo bajo, pero significativo.

Edad de la madre: Menor de 18 años o mayor de 35.

Macrosomía fetal.

Sí, hubo disminución de líquido amniótico en el embarazo (oligohidramnios).

Medios diagnósticos.

Esta patología debe ser diagnosticada lo más pronto posible, y la mejor forma de hacerlo es por medio de un examen clínico al nacer. Este procedimiento lo realiza un médico experimentado utilizando la maniobra de Ortolani o la de Barlow. Este examen se repite durante el primer año de vida en el consultorio de CRED. Las recomendaciones dadas por el Comité de Expertos de la Academia Americana de Pediatría son bien precisas. No aconsejan el uso de doble pañal, que fue utilizado durante mucho tiempo y advierte de las complicaciones que ello puede ocasionar, así como el uso muy ajustado de las correas de Pavlik. Se propone el momento para el empleo de métodos diagnósticos como la radiografía de caderas y la ecografía (Nazer, y otros, 2009).

La maniobra de Barlow consiste en buscar la luxabilidad en la cadera reducida. Se realiza en la posición de decúbito supino, con las piernas flexionadas y en ligera abducción, debe mantenerse fija una de las dos caderas mientras la otra se movilizará suavemente en

aducción-abducción, intentando luxarla al aducir, empujando el cuello del fémur hacia atrás y afuera, y luego reduciéndola en abducción (Sánchez, 2006).

Otra de las maniobras utilizadas es la de Ortolani, esta consiste en comprobar la reducción de una cadera previamente luxada. La posición en la que se coloca al neonato es la misma que la anterior; sin embargo, con una mano se estabiliza la pelvis y con la otra se flexionan la rodilla y cadera del otro lado en un ángulo de 90°, luego se realiza la abducción del muslo, a la vez que se empuja el trocánter mayor hacia dentro-arriba con los otros dedos. La maniobra es positiva cuando “notamos que el fémur entra”; se trata de una sensación propioceptiva o “cloc” de entrada (Sánchez, 2006).

La afección en una o las dos caderas se pueden visualizar al detectar resultados positivos al realizar cualquiera de las dos maniobras; sin embargo, esto debe ser comprobado por un estudio radiológico (Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría, 2002).

Con el paso del tiempo, muchos médicos dicen que al realizar la evaluación de los infantes debe utilizarse el ultrasonido como una práctica médica habitual, ya que es un método seguro y no invasivo para detectar afecciones en la anatomía del acetábulo; sin embargo, otros médicos dicen que este aparato solo debe ser usado en niños con riesgo (Bourne, 2003).

Tratamiento.

El tratamiento para displasia de cadera tiene como objetivo reducir de manera concéntrica y mantener la reducción para favorecer a un óptimo desarrollo de la cabeza femoral y del acetábulo. Este procedimiento favorecerá a que los cambios de la cadera funcionen normalmente durante la vida del paciente. El tratamiento y el beneficio para los pacientes dependerá de la edad del paciente, es por esto que todas las caderas que se observan inestables desde el nacimiento deben ser tratadas para asegurar su desarrollo adecuado. Desde

el nacimiento hasta el primer semestre de vida, muchas afecciones de cadera pueden recibir tratamiento con dispositivos de abducción (Morcuende & Weinstein, 2003).

Muchos dispositivos son usados para tratar la displasia de cadera, estos son la almohadilla de Frejka, férula de Craig, férula de Ilfeld, férula de Von Rosen y la espica de yeso), pero la más ampliamente usada en el mundo en este grupo de edad es el arnés de Pavlik (Morcuende & Weinstein, 2003).

El arnés de Pavlik permite que la cadera se mantenga en una flexión de 100 a 110° y una abducción de 50 a 70°, esto permite que el infante realice un movimiento seguro de la cadera; sin embargo, el uso de este aparato debe ser constantemente monitorizado para poder evitar complicaciones que van desde la pérdida de la reducción hasta la luxación inferior y la necrosis aséptica de la cabeza femoral pasando por la lesión del nervio femoral, lesión del plexo braquial, subluxación de la rodilla y lesiones de piel. Este dispositivo puede ser efectivo hasta en un 90% de las subluxaciones y en el 85 % de los pacientes con luxación completa de la cadera y ha mostrado una muy baja incidencia de necrosis de la cabeza femoral. Sin embargo, con el pasar del tiempo se ha demostrado que un 20% de estos casos no presentan mejorías (Tucci, Kumar, Guille, & Rubbo, 1991).

Tipos de displasia de cadera.

Según Graf (2006) y el Ministerio de Salud de Chile, (2008), se puede encontrar los siguientes tipos de displasia de cadera:

Tipo I:	Normal	Alfa > 60°
Tipo II:	Posición concéntrica	Beta < 77°
a:	Inmadurez fisiológica < 3 meses	Alfa = 50° - 60°
b:	Retraso en la osificación > 3 meses	Alfa = 50°-60°
c:	Posición concéntrica con acetábulo muy deficiente	Alfa = 43°-49°
Tipo D:	Subluxación	Alfa = 43°-49° Beta > 77°
Tipo III:	Luxación ligera	Alfa < 43°
Tipo IV:	Luxación severa	No medible

Crecimiento y desarrollo.

El MINSA (1998) ha establecido estrategias por etapas de vida. En la Etapa de Vida Niño, el Área de la Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud, responsable de la atención de salud de los peruanos y peruanos comprendidos en la Etapa de Vida Niño, reconocen que la salud es una condición indispensable para lograr su desarrollo integral. Dentro de este grupo objetivo están las niñas y los niños desde la etapa de recién nacido hasta los nueve años con 11 meses y 29 días. Esta etapa de la vida es la más vulnerable en el crecimiento y desarrollo humano, ya que en ella se instalan y ocurren procesos que garantizan la formación de una persona con todo su potencial.

Dentro de esta etapa, se encuentra la estrategia de CRED, la cual tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo de la niña o niño, hacer un acompañamiento a la familia, detectar precozmente y oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos y presencia de deficiencias y discapacidades e incrementar las oportunidades, así como los factores protectores del desarrollo integral de la niña y el niño. El resultado esperado, a nivel de la madre, padre y cuidadores de niños y niñas, es la mejora de sus prácticas de alimentación, crianza y cuidado, pilar fundamental para la promoción del desarrollo infantil temprano (MINSA, 2017).

La enfermera es la responsable de garantizar esta atención de manera periódica y sistemática, la cual debe incluir:

Evaluación antropométrica, clasificación y riesgo en el carnet de control de CRED.

Examen físico completo.

Control de desarrollo empleando test según corresponda.

Atención y consejería en inmunizaciones, alimentación IRA, rehabilitación, prevención de accidentes.

Evacuación del consumo de alimentos.

Evaluación de ganancia de peso.

Suplementación con hierro.

Derivación precoz de niños con enfermedades prevalentes.

Consejería.

Anemia.

Definición.

Es considerada como la deficiencia de hierro, siendo uno de los problemas nutricionales de gran magnitud para la salud del mundo. Este es un tema muy conocido, tanto como su etiología y cómo enfrentarla; sin embargo, es uno de los problemas menos controlado. Causa serios problemas en la salud, tanto en el área inmunológica, intestinal, conducta, termogénesis, físico, metabolismo y a nivel del sistema nervioso donde el daño es permanente (Cespedes, 2010).

Causas.

En el momento que nace el niño, tiene un ingreso seguro de hierro a través de la placenta y con el paso del tiempo, exactamente durante su primer año de vida el niño triplica su peso y duplica su tamaño corporal teniendo necesidades más grandes de hierro, que debe ser administrado mediante la dieta. Alrededor de los 4 a 6 meses las reservas están exhaustas y el lactante necesita una abundante ingestión de hierro en la dieta, debido a que sus requerimientos diarios son sustancialmente superiores, lo que se ve dificultado porque a esta edad tienen además una necesidad energética mayor y una menor capacidad de ingerir

alimentos. Por otra parte, los requerimientos en este grupo se ven también incrementados por pérdidas crónicas de sangre por las heces producidas por la infestación con algunos parásitos, la utilización de leche de vaca o fórmula como principal alimento y la presencia de episodios diarreicos (Défaix, Barrios, Fernández, & Sánchez, 1999).

Valores normales de concentración de la hemoglobina y grados de anemia en niñas y niños de 6 meses a 11 años.

La OMS (2007) clasifica de la siguiente manera a la anemia.

Tabla 18

Valores normales de hemoglobina

Población	Normal	Anemia por niveles de hemoglobina (g/dl)		
		Leve	Moderada	Severa
Niños de 6 a 59 meses de edad	11.0-14.0	10.0 – 10.9	1.0- 9.9	<7.0
Niños de 6 a 11 años de edad	11.5-15.5	11.0- 11.4	8.0- 10-9	<8.0

Síntomas.

Pérez & Lorente (2011) dicen que existen síntomas que pueden manifestarse; sin embargo, muchos de estos síntomas suelen ser de forma escasa y muchas veces pasa desapercibida. El déficit de hierro se ha asociado con los siguientes signos y síntomas:

Síntomas generales: astenia, anorexia, cefalea, alteraciones en el crecimiento.

Alteraciones digestivas: queilitis angular, glositis, atrofia vellositaria, aclorhidria. Alteraciones en piel y faneras: palidez, pelo ralo, uñas quebradizas. –

Trastorno de conducta alimentaria, con tendencia a comer ciertas sustancias como tierra (geofagia) o hielo (pagofagia).

Síntomas cardiopulmonares: los derivados de la anemia (taquicardia, palidez, soplo, disnea de esfuerzo).

Alteraciones inmunológicas: detectadas en el laboratorio, entre ellas defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.

Existen controversias sobre si la ferropenia tiene efecto aumentando o disminuyendo el riesgo en determinadas infecciones, como el HIV o el paludismo.

Consecuencias.

La deficiencia de hierro provoca una serie de alteraciones en las funciones del organismo. En niños, existen evidencias para concluir que la deficiencia de hierro causa retardo en el crecimiento y desarrollo. También afecta negativamente el sistema de defensa normal contra las infecciones, alterando la inmunidad celular (Baiocchi, 2006).

Modelo teórico

El presente trabajo de investigación, presentación de estudio de caso, se basó en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, donde se sustenta que la persona es el núcleo del modelo y, por tanto, precisa de su implicación para el cambio conductual. Según Pender la familia, el entorno o la enfermera resultan ser factores favorecedores para que se den ese cambio de conducta. El modelo de promoción de la salud trata de explicar cómo las personas y su naturaleza multifacética interactúa con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado. Nola Pender, enfermera y autora del modelo de Promoción de la Salud, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano (Aristizábal, Blanco, Sánchez, & Ostiguín, 2011).

El presente trabajo de investigación, presentación de estudio de caso, se basó en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, donde se sustenta que la persona es el núcleo del modelo y, por tanto, precisa de su implicación para el cambio conductual. Según Pender la familia, el entorno o la enfermera resultan ser factores favorecedores para que se den ese cambio de conducta. El modelo de promoción de la salud trata de explicar cómo las personas y su naturaleza multifacética interactúa con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El diseño de investigación, estudio de caso, se realizó un estudio observacional descriptivo. Se ha utilizado la metodología enfermera del proceso de atención de enfermería basada en la taxonomía NANDA. La valoración se realiza con la guía basada en de patrones funcionales de Marjory Gordon. Se enuncian los diagnósticos y se plantea el plan de cuidados, ejecutándose las intervenciones las que posteriormente serán evaluadas.

Sujeto de estudio

Lactante de 6 meses de edad, de sexo femenino, que acude regularmente al consultorio de Crecimiento y Desarrollo

Técnica de recolección de datos

Se utilizó como instrumento la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory 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. Se utiliza la técnica de entrevista personal, siendo que el caso de estudio fue tomado de manera directa previo a la interacción de enfermería se solicitó el consentimiento informado de la madre antes de que regresara a su domicilio; asimismo, se utilizaron los formatos de valoración por patrones funcionales y las técnicas de observación, auscultación, palpación y percusión.

Consideraciones éticas

Para este estudio, se tuvo en cuenta el principio de autonomía, la cual es la facultad de la persona que puede obrar según su criterio, con independencia de la opinión o el deseo de otros, en esta oportunidad se logró respetar esta cualidad a través de la firma del consentimiento informado. Así mismo, se tiene en cuenta la confidencialidad y los datos serán utilizados con fines de investigación.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 19

Cumplimiento de los objetivos relacionado a 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	5	100				

Análisis de los diagnósticos

Al finalizar el estudio, según la ejecución de las intervenciones de enfermería, se observaron que de cinco diagnósticos de enfermería propuestos se lograron cumplir de la siguiente manera: el 100% de los objetivos fueron parcialmente alcanzados.

Discusión

El primer diagnóstico fue alcanzado porque el lactante evidencia equilibrio nutricional al aumentar el nivel de apetito y la ganancia de peso progresivamente. Esto significa que, el plan inicial fue efectivo. Para poder evaluar el estado nutricional, la UNICEF (2012) menciona que se utilizan varios indicadores; sin embargo, los más utilizados y sencillos de

realizar son las mediciones antropométricas, como el peso y la estatura, que nos arrojan información veraz cuando se aplican de manera adecuada. Añadiendo a esto, Barrio & Calvo, (2010) refieren que cualquiera que sea la causa del retraso en el crecimiento, su instauración suele ser gradual, y en la mayoría de los casos no se percibe su comienzo. Es por eso que, la valoración del paciente debe iniciarse con la historia clínica completa, indagando sobre síntomas que sugieran enfermedad, incluyendo datos sobre la dinámica familiar (pobreza, irritabilidad del niño, malos tratos...), seguida de una exploración física, una encuesta nutricional y la existencia o no de dificultades alimentarias. Con frecuencia nos encontramos ante un niño con una actitud anómala frente a la comida y un incremento insuficiente de peso y talla para mantener los parámetros estándares sin que evidenciamos una causa etiológica clara.

El segundo diagnóstico fue alcanzado porque el lactante evidencia haber revertido la anemia aumentando los niveles de hemoglobina progresivamente. Esto significa que el plan inicial fue efectivo. Según la OMS (2008), la anemia es una de las enfermedades más frecuentes de la especie humana, especialmente, en los países en vía de desarrollo. En 1992, se estimaba que 30% de la población mundial sufría algún tipo de anemia, la mayoría por deficiencia de hierro. El hierro es un mineral presente en todas las células del cuerpo humano; hace parte de la hemoglobina cuya función es transportar el oxígeno de los pulmones a todo el organismo; depositado en la mioglobina actúa como facilitador de oxígeno, participa como transportador de electrones en el proceso de respiración celular y, al parecer, participa de la función inmunitaria y en el rendimiento cognitivo (Yip, Bowman, & Rusell, 2003).

El tercer diagnóstico fue alcanzado porque la madre del lactante evidencia cumplimiento en el régimen terapéutico indicado. Esto significa que el plan inicial fue

efectivo. Usualmente suponemos que los pacientes o acompañantes comprenden en su totalidad las indicaciones que les da el médico o la enfermera. Sin embargo, los pacientes o cuidadores tienen una herencia cultural que influye sobre sus creencias y prácticas relacionadas con la salud. Es difícil que el personal de salud conozca todos los detalles de cada cultura; sin embargo, la interacción entre ambas (las culturas del personal de salud y del paciente) mejora la capacidad de comunicación. Conocer los valores de la familia puede mejorar la comprensión y el cumplimiento a las indicaciones dadas en la consulta. (Aliboni, Serafini, & Alfie, 2004).

El cuarto diagnóstico fue alcanzado porque la piel perianal del lactante estuvo libre de lesiones ocasionadas por la humedad y el pañal. Esto significa que el plan inicial fue efectivo. En referencia a esto, Zambrano, Torrelo & Zambrano (2012) definen la dermatitis del pañal, o mejor dicho, la dermatitis irritativa del área del pañal, como el proceso cutáneo irritativo e inflamatorio debido a las especiales condiciones de humedad, maceración, fricción y contacto con orina, heces y otras sustancias (detergentes, plásticos, perfumes, etc.). Añadiendo a esto, Sendagorta & De Lucas (2009) explican que el manejo óptimo de esta patología no basta con conocer el tratamiento farmacológico de los brotes, sino que es necesario también evitar los desencadenantes de la enfermedad, mantener una higiene cuidadosa e hidratar correctamente la piel. Los corticoides tópicos actúan reduciendo la inflamación, disminuyendo el prurito, el rascado y la irritación cutánea.

El quinto diagnóstico fue alcanzado ya que el lactante disminuyó el riesgo del retraso en el desarrollo al mejorar las actividades en el área motora y lenguaje. Esto significa que, el plan inicial fue efectivo. En relación a esto, Schonhaut, Schonstedt, Salinas & Armijo (2010) mencionan que el desarrollo psicomotor y de lenguaje es un proceso evolutivo,

multidimensional e integral, mediante el cual el individuo va dominando progresivamente habilidades y respuestas cada vez más complejas. Al presentarse alguna alteración del desarrollo se relacionan con bajo rendimiento y deserción escolar, trastornos neurológicos, psiquiátricos, emocionales y conductuales, déficit en las habilidades sociales, problemas de aprendizaje, menores oportunidades laborales y morbilidad en la adultez. Si bien cada ser humano, al nacer, tiene un potencial de desarrollo determinado congénitamente, su expresión final es resultado de la interacción de la genética con estímulos recibidos desde el entorno familiar, social y comunitario. Probablemente ese sea el motivo por el cual la intervención temprana tiene alto impacto en el pronóstico de los niños con déficit del desarrollo.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se logra aplicar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo.

Se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico.

Se logra alcanzar los objetivos propuestos gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

Recomendaciones

A las instituciones del primer nivel de atención que se realice un adecuado control de crecimiento y desarrollo al niño menor de cinco años, que permita detectar oportunamente alteraciones que permitan intervenciones claves recuperativas y de inserción en el desarrollo normal del niño; el apoyo constante en investigación hará la diferencia y fortalecerá las actividades de intervención.

A la EPG de la Universidad Peruana Unión incentivar la investigación en el primer nivel de atención sobre temas de promoción y prevención en salud infantil, con talleres que permitan la adquisición de destrezas a las nuevas especialistas, empoderando su perfil en el campo de acción.

A la comunidad, permitir el reconocimiento de la importancia del control de crecimiento y desarrollo por la especialista en enfermería, así como el reconocimiento público de actividades que contribuyan positivamente al desarrollo del país.

Al profesional de enfermería que labora en el primer nivel de atención empoderamiento del trabajo de campo, favoreciendo la promoción y prevención de salud, evaluar a todos los niños que lleguen a su establecimiento con calidad y calidez perfeccionando sus conocimientos a través de la capacitación constante.

A los estudiantes de la especialidad, vivan apasionados de su vocación; cada niño que se nos da, es un regalo de Dios, busquen la excelencia, desarrollen habilidades que les permita alcanzar éxitos constantes en sus actividades diarias y finalmente valoren el agradecimiento de los padres de los niños que atienden pues ellos son el mejor termómetro para saber si estamos haciendo bien nuestra labor.

Referencias Bibliográficas.

- Albalate, M., & Alcazar, R. S. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrología al día*, 163-180.
- Aliboni, V., Serafini, R., & Alfie, J. (2004). ¿Cómo entienden los padres las indicaciones médicas? *Archivos argentinos de pediatría*, 22-25. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752004000100007&lng=es&tlng=en
- Annia Rodríguez Cambas, U. M. (2018). *Anomalía de Peters. Presentación de un caso clínico*. Guantamano.
- Arce, J., & García, C. (2000). Displasia del desarrollo de caderas. ¿Radiografía o ultrasonografía? ¿A quiénes y cuándo? *Revista chilena de pediatría*, 354-356.
- Aristizábal, G., Blanco, D., Sánchez, A., & Ostiguín, R. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 16-23.
- Baiocchi, N. (2006). Anemia por deficiencia de hierro. *Revista peruana de Pediatría*, 20 – 26.
- Barrio, A., & Calvo, C. (2010). Actuación ante un niño con fallo de medro. *Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHP-AEP*, 67-75.
- Beilman, G., & Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. En F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugía* (Octava ed., págs. 79-97). Mexico: Interamericana.
- Birman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Bourne, R. (2003). Developmental dislocation of the hip: natural history, results of. *Oxford: University*, 2.
- Cabrera, C., Vega, A., De la Cruz, Z., & Pi, A. (2010). Diagnóstico precoz de la displasia del desarrollo de la cadera, una necesidad: a need. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*, 57-69. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2010000200005&lng=es&tlng=es.
- Canales, N. (2018). *Escala motora infantil de alberta en el desarrollo motor grueso del niño prematuro*. Lima.
- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.

- Cespedes, M. (2010). *Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemiaferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantiltablada de Lurin 2010*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Cruz, C., & Estecha, A. (2005). *Shock septico*. Malaga.
- Défaix, H., Barrios, F., Fernández, N., & Sánchez, I. (1999). Factores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes de un área de salud. *Rev. Cubana*, 175 – 181.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. M. (2008). *Planes de cuidado de enfermería*. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.
- Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Obtenido de www.reeme.arizona.edu
- Estrella, J. d., Tornero, A., & Leon, M. (2005). Insuficiencia respiratoria. En *Tratado de geriatría para recidentes* (págs. 363-370).
- Fernandez, J. (2009). Actitud terapeutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine*, 4368-4375.
- Galeano, D. Y. (2016). *Catalogo de pruebas e instrumentos*. Medellin. Recuperado el 29 de Noviembre de 2018, de <https://www.usbmed.edu.co/Portals/0/PDF/Laboratorios-Psicologia/Catalogo-de-Pruebas-2016.pdf>
- Gomez, M., Gonzales, V., Olguin, G., & Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. *Enfermería intensiva*, 74-82.
- Graf, R. (2006). *Hip Sonography*. Springer.
- Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 286-297.
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Hogston, R., & Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la practica de enfermería* (Tercera ed.). Mexico: Mc Hill Interamericana.
- Huamanyauri, J. (2005). *Grado de conocimientos de las madres sobre estimulación temprana en los lactantes menores de un año que asisten al componente niño - Hospital de Huaycan - Ate- Vitarte*. Lima.
- Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría. (2002). Protocolos diagnosticos y terapeuticos de neonatología en pediatría. *Asociación Española de Pediatría*, 188-189.
- Kelley, W. (2002). *Medicina interna*. Buenos aires: Panamericana.
- Kotcher, J., & Ness, E. (2009). *Instrumentacion quirurgica: teorías, técnicas y procedimiento*. Barcelona: Panamericana.

- La Orden, E., Segoviano, C., & Verges, C. (2016). Alimentación complementaria: qué, cuándo y cómo. *Pediatría Atención Primaria*, 31-35.
- Lorca, J., & Lepe, C. (2011). *Descripción del desarrollo psicomotor en niños entre 4 y 10 meses con displasia luxante de cadera que son tratados con correas de Pavlik en el Hospital Roberto del Río*. Chile: Universidad de Chile.
- Malgor, L., & Valsecia, M. (2005). *Farmacología médica*. Buenos Aires: Catedras.
- Martínez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Vertice.
- Ministerio de Salud de Chile. (2008). Guía Clínica Displasia Luxante de Caderas, Serie Guías Clínicas MINSAL.
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2013). Proceso de Atención de Enfermería (PAE). *Salud Pública Parag*, 41-48.
- MINSAL. (1998). Atención Integral en el Control del Crecimiento y Desarrollo. 7.
- MINSAL. (2005). *Documento técnico: Modelo de abordaje de promoción de la salud en el Perú*. Lima.
- MINSAL. (2011). *Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño Menor de cinco años*. Lima. Obtenido de https://www.unicef.org/peru/spanish/NORMA_CRED.pdf
- MINSAL. (2016). *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención*. Lima.
- MINSAL. (2017). Norma Técnica de la Salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 1.
- Miro, E. (26 de febrero de 2016). Motivando al niño a través del reforzamiento positivo. Granada, España.
- Morcuende, J., & Weinstein, S. (2003). Developmental dysplasia of the hip: natural history, results of treatment, and controversies. In: Bourne R, ed. *Controversies in Hip Surgery*. Oxford University.
- Muñoz, A., García, C., & López, J. (2008). Insuficiencia respiratoria aguda. 211-217.
- Nazer, J., Hübner, M., Cifuentes, L., Mardones, C., Pinochet, C., & Loreto, S. (2009). Luxación congénita de cadera. Displasia evolutiva de la cadera (DEC). *Rev Hosp Clín Univ Chile*, 112-118.
- OMS. (2007). *Niveles de anemia*. Lima.
- OMS. (2008). *Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales (VMNIS)*. Obtenido de http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/

- OMS. (2011). *Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad*. Obtenido de http://www.who.int/vmnis/indicators/haemoglobin_es.pdf
- Pagana, K. (2008). *Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.
- Parra, D. (2015). *Universidad Nacional de Chile*. Obtenido de <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/ENFENFCO13.pdf>
- Pérez, B., & Lorente, P. (2011). *Ferropenia en lactantes y niños pequeños*. Guías de actuación conjunta Pediatría Primaria- Especializada.
- Pérez, L., Mesa, A., & Calzado, R. &. (2003). Displasia del desarrollo de la cadera en la atención primaria. *Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología*. Recuperado el 30 de Noviembre de 2018, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X2003000100013&lng=es&tlng=en.
- Ramírez, J., Álvarez, M., García, G., Frías, R., Meza, A., Rosales, M., . . . Lizalde, A. (2011). El diagnóstico oportuno de la displasia de cadera. Enfermedad discapacitante de por vida. Consenso del Colegio Mexicano de Ortopedia y Traumatología. *Acta Ortopédica Mexicana*, 313-322.
- Ramiro, M., Halabe, J., & Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.
- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clínica*. Santiago : Medichi.
- Rodes, J., Carné, X., & Trilla, A. (2002). *Manual de terapéutica médica*. Madrid: Elsevier.
- Rodríguez, Arancibia Y Undurraga. (2008). Escala de evaluación del desarrollo psicomotor de 0-24 meses. *enfermeriavulare*16, 438.
- Sánchez, F. (2006). Cribado de la displasia evolutiva de cadera. Obtenido de <https://www.aepap.org/sites/default/files/cadera.pdf>
- Sarduy, C., Pouza, I., Perez, R., & Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirúrgica. *Archivo Medico de Camagüey*, XV(2), 235-247.
- Schönhaut, L., Schonstedt, M., Salinas, G., & Armijo, I. (2010). Desarrollo Psicomotor en Niños de Nivel Socioeconómico Medio-Alto. *Revista chilena de pediatría*, 123-128.
- Sendagorta, E., & De Lucas, R. (2009). Tratamiento de la dermatitis atópica. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 49-67.
- Shoemaker. (2002). *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva*. Madrid: Panamericana.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Enfermería médico- quirúrgica* (Novena ed., Vol. II). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.
- Tucci, J., Kumar, S., Guille, T., & Rubbo, E. (1991). Late acetabular displasia following. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 502-505.

- UNESCO. (1999). *El desarrollo del niño en la primera infancia: echar los cimientos del aprendizaje*. Paris .
- UNICEF. (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas* . Argentina: Sociedad Argentina de Pediatría.
- Wisbaum, W. (Noviembre de 2011). *UNICEF* . Obtenido de https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Informe_La_desnutricion_infantil.pdf
- Witter, B. (2000). *Tratado de enfermería práctica*. Mexico: Interamericana.
- Yip, R., Bowman, B., & Rusell, R. (2003). Conocimientos actuales sobre nutrición. (*Publicación científica*, 340-342.
- Zambrano, A., Torrelo, A., & Zambrano, A. (2012). Dermatitis del pañal. 137-140.

Apéndice

Apéndice A: Guía de valoración

FICHA BASICA DEL EXAMEN FISICO NIÑO/NIÑA

NOMBRE DE LA EVALUADORA: Lidia Osorio Pérez

Fecha del examen: 02 de Julio 2018

I. EVALUACION DEL CRECIMIENTO:

1. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre y Apellidos del Niño (a): Mariafe Del Rocío Salsavilca Umpire

DNI: 90566255

Fecha de Nacimiento: 02 de Enero 2018 Edad Cronológica: 5 meses

Nro. de Hijo: 01

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL NIÑO:

a. Eruptivas propias de la infancia: Varicela (no), Sarampión (no), Rubéola (no), Tos Ferina (no).

Otros: Soba a los 3 meses con tratamiento de salbutamol y corticoides.

Referida a los 3 meses a pediatría por presentar pliegues asimétricos en piernas y encontrarse en regiones glúteas y poplíteas, por lo cual le solicitan ecografía cuyo resultado describe una displasia de cadera para confirmación le solicitan una radiografía de cadera donde se determina la displasia severa de cadera izquierda.

b. Accidentes Sufridos: No (x). Si ()

c. Enfermedades Graves: No (x). Si ()

3. SOMATOMETRIA Y EXAMEN FÍSICO:

Peso: 8100 kg Talla: 63 P. Cefálico: 40.5 ganancia de Peso: adecuada

ESTADO NUTRICIONAL: Normal

Piel y Anexos: Características de integridad de la piel: Normal (x), Lesiones () Palidez: Si (), No (x) Presencia de parásitos: Sarna: Si (), No (x)

Cabeza:

a. Cabello: Implantación: Buena (x), Mala () Estado de Higiene: Buena (x); Regular (), Mala ()

Presencia de Parásitos: Si (x), No () La madre refiere que la bebé es cuidada por su tía quien tiene niños pequeños en edad escolar y en la semana ella observó a su bebé fastidiada por lo que decide bañarla y revisarla donde observa la presencia de piojos de color blanco alarmándose y limpiándole toda la cabecita.

b. Ojos: Visión: Central (x), Estrabismo (), Reflejo Pupilar: Normal (x),

c. Nariz: Permeabilidad: Buena (x), Regular (), Mala (). Presencia de rinitis o alergias: Si (), No (x)

Presencia de secreciones: Si (), No (x)

d. Boca: Labios: Condiciones de integridad: Buena (x), Regular (), Mala ().

Lengua: Condiciones de Higiene: Buena (x), Regular (), Mala ().

Dientes: Arriba: no Abajo: no

Condiciones de salud: Caries: Si (), No (). Inflamaciones de encías (no),

Sarro ().

e. Cuello: En buenas condiciones (si), Signos inflamatorios (no)

f. Oídos: En buenas condiciones de Higiene Si (si), No (). Presencia de cerumen excesivo (no)

Miembros Superiores:

a. Existe simetría entre ambos miembros: Si (x), No ()

b. Los movimientos y fuerza de los MS son adecuados para su edad: Si (x), No ()

c. Articulaciones: Condiciones de funcionamiento: Buena (x), Regular (), Mala ()

d. Manos: Higiene: Buena (x), Malas (). Uñas: Normales (), Grandes (), Muy pequeñas ()

Torax y Abdomen:

a. Respiración: Normal (x), con ruidos (). Tamaño del tórax: Grande (), Normal (x), Pequeño ()

b. Abdomen: Grande (), Normal (x).

c. Cicatriz Umbilical: Normal (si), Signo de Hernia ().

d. Genitales en los varones: Pene: Condiciones del prepucio: Adherentes (), Libre (),

Testículos: Descendidos (), No descendidos (). Condiciones de higiene: Buena (), Regular (), Mala ()

e. Genitales en las mujeres: Externos: Higiene: Buena (), Regular (x), Mala ().

Espalda y Glúteos:

a. Columna: Normal (x), con desviaciones ()

b. Condiciones de higiene: Buena (x), Regular (), Mala ()

c. Deposición: Normal (x), estreñimiento (). En la región anal: Presencia de lesiones (no), Oxiuros (no)

Miembros Inferiores:

a. Simetría de las piernas: Normal (), Anormal (x)

b. Caderas Izquierda x Referida a los 3 meses a pediatría por presentar pliegues asimétricos en piernas y encontrarse en regiones glúteas y poplíteas, por lo cual le solicitan ecografía cuyo resultado describe una displasia de cadera para confirmación le solicitan una radiografía de cadera donde se determina la displasia severa de cadera derecha.

Derecha..... Movimientos simétricos: (si) M. Ortolani...-....Barlow....-.....

b. Pies: Condiciones de higiene: Buena (si), Regular (), Mala (), Huella plantar:.....

c. Pie: Plano () Normal (), Cavo (), Uñas: Limpias (si), Cortas (si), Largas (), Normales ()

d. Aparato locomotor: Normal (), Anormal (), Torsión Tibial () no aplica aún está empezando a sentarse

Neurológico:

- a. Tono muscular: Normal (si), hipotonía (), hipertonía ()
- b. Reflejos neurológicos arcaicos presentes : sólo prensión plantar.

Apéndice B: Consentimiento informado

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 lactante que acude a atenderse al consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Centro de Salud Militar San Francisco". El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería para brindarle los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Lidia Milagros Osorio Pérez bajo la asesoría de la Mg. Nira Cutipa Gonzales. 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 hija) 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: Edith Del Rocío Umpire Rodríguez

DNI: _____ 46447786 _____ Fecha: 10 de Enero del 2018



Firma del padre, madre o tutor