

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante evaluado en atención domiciliaria, adscrito a un centro de salud del distrito de Santa Anita de Lima, 2018

Autora:

Yolanda Cruz Huacarpuma

Asesora:

Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Lima, Setiembre de 2018

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, ROSA LUZ TUESTA GUERRA, de 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 lactante evaluado en atención domiciliaria, adscrito a un centro de salud del distrito de Santa Anita de Lima, 2018”*, constituye la memoria que presentan la licenciada: CRUZ HUACARPUMA YOLANDA, para aspirar al título de Especialista en Enfermería en Cuidados 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 diecisiete días del mes de setiembre de 2018.



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante evaluado en atención domiciliaria,
adscrito a un centro de salud del distrito de Santa Anita de Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de Especialista en Enfermería en Cuidado
Integral Infantil

JURADO CALIFICADOR



Mg. Delia Luz León Castro

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Mg. Rosa Luz Tuesta Guerra

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Dedicatoria

A mis queridos hijos: Samuel Enrique y Luciana Ximena, a quienes quité parte de su tiempo para cumplir esta meta.

A mi esposo Fredy Enrique por el apoyo incondicional brindado durante este trabajo y el desarrollo de mis estudios.

A mis padres y a toda mi familia propia y política, sin cuya ayuda nada de esto hubiera sido posible.

Agradecimientos

A Dios por permitirme vivir todas estas experiencias y aprender de ellas cada día.

A la Universidad Peruana Unión por permitirme dar un paso más en mi carrera profesional

A la Lic. Mery Medrano y a todos los docentes de la Segunda Especialidad, por sus enseñanzas brindadas.

A la Lic. Katherine Mescua por su ayuda y orientación brindado durante el desarrollo de este trabajo.

Tabla de contenido

| | |
|--|------|
| Tabla de contenido..... | vi |
| Índice de tablas | x |
| Índice de anexos..... | xi |
| Símbolos Usados..... | xii |
| Resumen..... | xiii |
| Capítulo I | 14 |
| Valoración..... | 14 |
| Datos generales | 14 |
| Resumen del motivo de consulta | 14 |
| Situación problemática | 14 |
| Listado de Características Significativas | 21 |
| Diagnósticos de enfermería | 23 |
| Análisis de las etiquetas diagnósticas | 24 |
| Etiqueta diagnostica: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales..... | 24 |
| Etiqueta diagnostica: Mantenimiento ineficaz de la salud..... | 25 |
| Etiqueta diagnostica: Riesgo de caídas | 25 |
| Etiqueta diagnostica: Riesgo de retraso en el desarrollo | 26 |

| | |
|---|----|
| Etiqueta diagnóstica: Desempeño ineficaz del rol | 26 |
| Enunciado de los diagnósticos de enfermería..... | 27 |
| Planificación | 27 |
| Planes de cuidados | 28 |
| Ejecución | 35 |
| Evaluación | 40 |
| Capítulo II..... | 43 |
| Marco teórico..... | 43 |
| Antecedentes | 43 |
| Marco conceptual..... | 46 |
| Desarrollo infantil | 46 |
| Problemas comunes en menores de 5 años | 48 |
| La atención temprana..... | 49 |
| Desnutrición infantil | 50 |
| Alimentación del niño entre 6-12 meses de edad | 52 |
| Accidentes en la infancia | 52 |
| Factores de riesgo de problemas comportamentales y emocionales en la infancia. | 54 |
| Problemas de salud en la infancia..... | 54 |
| Enfermedad diarreica aguda | 54 |

| | |
|--|----|
| Modelo teórico | 58 |
| Capítulo III..... | 61 |
| Materiales y métodos | 61 |
| Tipo y diseño | 61 |
| Sujeto de estudio | 61 |
| Delimitación geográfica temporal | 61 |
| Técnica de recolección de datos | 62 |
| Consideraciones éticas | 62 |
| Capítulo IV | 63 |
| Resultados, análisis y discusión..... | 63 |
| Resultados | 63 |
| Análisis de los diagnósticos | 63 |
| Diagnóstico de enfermería | 63 |
| Diagnóstico de enfermería | 66 |
| Diagnóstico de enfermería | 67 |
| Diagnóstico de enfermería: | 70 |
| Discusión | 71 |
| Capítulo V | 74 |
| Conclusiones y recomendaciones | 74 |

| | |
|--------------------------------------|----|
| Conclusiones..... | 74 |
| Recomendaciones | 74 |
| Al establecimiento de salud | 74 |
| Al personal de enfermería..... | 74 |
| A la Universidad Peruana Unión | 75 |
| Referencia Bibliográfica | 76 |
| Anexos | 83 |

Índice de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1. <i>SOAPIE: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales</i> | 36 |
| Tabla 2. <i>SOAPIE: Mantenimiento ineficaz de la salud</i> | 37 |
| Tabla 3. <i>SOAPIE: Riesgo de retraso en el desarrollo motor</i> | 38 |
| Tabla 4. <i>SOAPIE: Riesgo de caídas</i> | 39 |
| Tabla 5. <i>SOAPIE: Desempeño ineficaz del rol</i> | 40 |
| Tabla 6. <i>Cumplimiento de los objetivos en los diagnósticos de enfermería</i> | 64 |

Índice de anexos

| | |
|---|----|
| Guía de valoración | 87 |
| Formato de examen físico..... | 89 |
| Carné de crecimiento y desarrollo..... | 90 |
| Evaluación de desarrollo psicomotor (EEDP)..... | 95 |
| Consentimiento informado..... | 96 |

Símbolos usados

PAE: Proceso de atención de enfermería.

CRED: Crecimiento y desarrollo.

EEDP: Escala de evaluación de desarrollo psicomotor.

OMS: Organización mundial de la salud.

MINSA: Ministerio de salud.

DIT: Desarrollo Infantil Temprano

Resumen

Siendo el proceso de atención de enfermería un método científico universal para brindar cuidado al paciente, familia y comunidad es necesario aplicarlo en todos los niveles de atención, es así que tomando en cuenta esta premisa se describe el caso de una lactante menor de un año que recibe atención en el Centro de Salud del Distrito de Santa Anita, en el Servicio de Crecimiento y desarrollo. Objetivo: Desarrollar los cinco pasos del proceso de atención para alcanzar el óptimo resultado de salud en el paciente. El diseño de investigación fue el estudio de caso, cuya metodología se utilizó el Proceso de Atención de Enfermería con sus cinco fases: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. El instrumento de recolección de datos fué la Guía de Valoración por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon con lenguaje NANDA, y para la organización de los cuidados, el formato del plan de cuidados funcional. Resultados: Se elaboraron cinco diagnósticos prioritarios, de los cuales el 60 % de los objetivos propuestos fueron parcialmente alcanzados, mientras que el 40 % de fueron alcanzados en su totalidad. Conclusión: Es necesario abordar al lactante en forma integral, siendo la participación de la familia; especialmente de la madre; el pilar para alcanzar los objetivos de los problemas priorizados.

Palabras clave: Crecimiento, desarrollo, lactante.

Capítulo I

Valoración

Datos generales

Nombres y apellidos: M.L.C.L.

Sexo: Femenino

Edad: 9 meses y 29 días

Lugar de procedencia: Lima

Dirección: Alameda de Ate II Etapa

Fecha de atención o evaluación: 22 de enero 2018.

Hora de evaluación: 14:00 horas.

Teléfono: 9544 *****

Resumen del motivo de consulta

Lactante, adscrita a un Centro de salud del distrito de Santa Anita, se atiende eventualmente en este establecimiento de salud en el consultorio de Crecimiento y desarrollo, no cuenta con ningún tipo de seguro; para la evaluación inicial se realizó la visita domiciliaria en la que estaba acompañada por los padres y para completar la valoración se le cita a un consultorio de CRED en otro establecimiento de salud al cual se tiene acceso parcial.

Situación problemática

Paciente lactante de sexo femenino de 9 meses 29 días de edad, es captado en la Urbanización alameda de Ate del Distrito de Santa Anita, a la observación se encuentra en regular estado general activa y reactiva, en regular estado de higiene, a la observación piel pálida, al examen físico no se evidencian alteraciones significativas, en cuanto a la revisión

del carnet de control CRED se observa vacunas completas para la edad, sin embargo cuenta con controles de Crecimiento y desarrollo incompletos para la edad. Al realizar la evaluación de desarrollo utilizando el EEDP, el resultado general es normal, no obstante, en la gráfica del perfil se evidencia riesgo de retraso en el área lenguaje y social. además, aún no tiene examen de hemoglobina; a pesar de la indicación dada por el personal de salud, la madre indica que se enfermó 2 veces con diarrea y que la última vez estuvo en observación en Emergencia de un Hospital por la deshidratación, agregado a esto se observa mal estado higiene en casa. Por otro lado, la paciente tuvo varias caídas en casa y que a menudo la madre refiere que existen conflictos con la pareja muchas veces delante de los hijos.

Funciones Vitales

- Frecuencia Cardiaca : 105 latidos por minuto
- Temperatura :36.8 °C
- Frecuencia respiratoria: 30 x Minuto

Funciones Biológicas

- Apetito : Disminuido
- Sed : conservada
- Sueño : Conservado
- Deposiciones : 2 veces al día de consistencia pastosa
- Micción : espontanea

Medidas antropométricas

Peso: 8.600 gr, talla 71.2 cm, PC 44.8cm

Valoración por Patrones Funcionales de Salud

Patrón percepción – Control de la salud

Datos de la madre:

Edad: 31 años.

Grado de Instrucción: 3ro Secundaria.

Ocupación: Recicladora, casa.

Antecedentes de enfermedades: No

Alergias: Ninguna.

Enfermedades hereditarias o adquiridas: No presenta alergias, enfermedades hereditarias.

Medicamentos que consume: No

Consumo de sustancias tóxicas: No consume

Numero de gestación: 5.

Periodo Intergenésico: Después de 8 años.

Número de hijos vivos: 4.

Control prenatal: 9 controles.

Grupo Sanguíneo y factor: RH 0 Positivo.

Problemas en la gestación: Gastritis y nauseas.

Problemas en el parto: No.

Problemas en el Puerperio: No

Recibió medicinas en la gestación. Si Descripción: Sulfato ferroso.

Anemia en la Gestación: Si. Descripción: 10.9 mg/dl

Vacunas tétano completas: Si.

Datos del Padre:

Edad:41 años.

Grado de Instrucción: 3ro Secundaria.

Ocupación: Llantería-reencauchador.

Antecedentes de enfermedades: No.

Alergias: Ninguna.

Enfermedades hereditarias o adquiridas: No presenta alergias ni enfermedades hereditarias.

Medicamentos que consume: No.

Consumo de sustancias toxicas: No.

Datos del Niño:

Apgar: Al minuto - 9m A los cinco minutos-9.

EG: 39 semanas.

Tipo de Parto: Distócico (Cesárea).

Sufrimiento fetal: No.

Peso al Nacer: 2920 Gr.

Talla al Nacer: 48 cm.

PC: 34 cm.

Alergias: No.

Patologías de recién nacido: No.

Otras patologías en la infancia: Infecciones Respiratorias y Enfermedades Diarreicas (2 veces).

Hospitalizaciones: Estuvo en observación por Emergencia hace una semana en el hospital Hipólito Unanue (por diarrea con deshidratación).

Alteraciones congénitas: Polidactilia en pie derecho.

Estado vacunal: Completo para la edad.

Controles CRED: 6 controles (incompleto debió tener 9).

Recibe suplementación de Hierro: No. (a pesar de la indicación dada por el personal de salud)

Consumo de medicamentos: Ninguno.

Estado de higiene: Regular

Participación en sesión de atención temprana: No.

Patrón de Relaciones – rol (aspecto social)

Ocupación de la madre: Recicladora, ama de casa.

Ocupación del padre: Llantería.

Cuidador del niño: Madre, a veces hermanos mayores.

En el cuidado del niño se observa: Desinterés en la parte del desarrollo.

Actitud de la madre: Afectiva.

Número de horas separadas de su hijo por la madre: Ninguno.

Relaciones familiares: Hay conflictos (El padre es la 3ra pareja, vive con el hijastro).

Disposición positiva para el cuidado del niño: Sí

El padre participa en el cuidado del niño: Sí, poco.

Familia nuclear: No descripción: familia reconstituida

Violencia intrafamiliar: No.

Patrón perceptivo cognitivo

Nivel de conciencia: Despierto.

Pupilas: Isocóricas, foto reactivas.

Alteración sensorial: Ninguno.

Reflejos presentes según edad: Sí (deglución).

Desarrollo psicomotor: EEDP, según el perfil riesgo en área de lenguaje y social.

Patrón nutricional metabólico

Peso anterior: 8.600 gr. Talla:70 cm.

Peso actual: 8.600 gr. Talla:71.2 cm. PC: 44.8 cm.

T/E: Riesgo.

P/E: Riesgo.

P/T: Normal.

Estado nutricional: Riesgo nutricional por inadecuada ganancia de peso.

Ganancia de peso: No gana peso.

Inicio de alimentación complementaria: 5 meses.

Apetito: Inapetente.

Dificultad para deglutir: No.

Alimentación complementaria: Sí.

Características y consistencia: Papilla.

Nro. de veces que da de comer en el día: 2 veces al día.

Cantidad de alimento que come en cada comida: 2 a 3 cucharas.

Alimentos ricos en hierro: A veces (pollo e hígado de pollo).

Frutas: Sí.

Lactancia después de los 6 meses: Si.

Alimentos que le disgustan: ninguno

Piel: Pálida.

Dentición: Ausente.

Termorregulación: Temperatura de 36.8° C.

Hidratación: Sí.

Fontanelas: Normotensa.

Cabello: Normal.

Mucosas orales: Intacta.

Patrón valores y creencias

Religión que practica: Católico.

Restricción religiosa: No

Religión de los padres: Católico.

Uso de métodos no tradicionales en el cuidado: Sí (pasar huevo, llevar a la curandera).

Patrón autopercepción-autoconcepto tolerancia a la situación y al estrés

Reactividad: Activo.

Llanto persistente: No.

Estado emocional niño: Intranquilo.

Percepción de sí mismo: No aplica.

Demuestra felicidad a lado de la madre: Sí.

Estado emocional madre y/o cuidador: Indiferente.

Reacción de la madre: Indiferente.

Patrón descanso y sueño

Número de horas de sueño del niño: 6 horas de día y 6 horas de noche.

Alteraciones en el sueño: No.

Nro. de hora de sueño de la madre: 4 a 5 horas.

Patrón actividad-ejercicio

Actividad respiratoria: 30 respiraciones x por minuto.

Tos: No descripción: no presenta tos ni secreciones

Actividad circulatoria pulso: 105 latidos por minuto de ritmo regular.

Fuerza/tono muscular: Conservada.

Movilidad de miembros: Sí.

Maniobra Ortolani: Negativo.

Evaluación de miembros inferiores: Movilidad conservada.

Alteración de miembros inferiores: No.

Nivel general de actividad del niño: Muy activo.

Tuvo caídas: Sí, varias veces de la cama.

Usa andador: Sí.

Patrón eliminación

N.º Depositiones/día: 2 veces. Características: Pastoso.

Estreñimiento: No.

Micción espontánea: Sí.

Patrón sexualidad y reproducción

Órganos genitales normales de acuerdo a la edad

Listado de características significativas

Patrón percepción- control de la salud

Datos familiares de la madre:

Periodo intergenésico: Después de 8 años (con la tercera pareja).

Numero de gestación: 5.

Datos del niño:

Otras patologías en la infancia: Infecciones respiratorias y enfermedades
Diarreicas (2 veces).

Hospitalizaciones: Estuvo en observación por emergencia hace una semana en
el Hospital Hipólito Unanue (por diarrea con deshidratación).

Controles CRED: 6 controles (incompleto para la edad).

Recibe suplementación de hierro: No (a pesar de la indicación dada por el
personal de salud)

Participación en sesión de atención temprana: No

Patrón de relaciones-rol (aspecto social)

Cuidador del niño: Madre, a veces hermanos mayores.

En el cuidado del niño se observa: Desinterés en la parte del desarrollo.

Relaciones familiares: Hay conflictos (con el padre del lactante y el hijastro)

Patrón perceptivo cognitivo

Desarrollo psicomotor: EEDP, riesgo en área lenguaje y área Social.

Patrón nutricional metabólico

Peso anterior: 8.600 gr. Talla:70 cm.

Peso actual: 8.600 gr. Talla:71.2 cm. PC: 44.8 cm.

Estado nutricional: Riesgo nutricional en peso y talla.

Ganancia de peso: Inadecuada. No gana peso.

Inicio de alimentación complementaria: 5 meses.

Apetito: Inapetente.

Cantidad de alimento que come en cada comida: 2 a 3 cucharas, 2 veces al día.

Le da alimentos ricos en hierro: A veces (hígado de pollo y carne de pollo).

Piel: Pálida.

Patrón valores creencias

Uso de métodos no tradicionales en el cuidado: Sí (pasar huevo, llevar a la curandera).

Patrón autopercepción-autoconcepto tolerancia a la situación y al estrés

Estado emocional madre y/o cuidador: Indiferente

Reacción de la madre: Indiferente

Patrón actividad y ejercicio

Usa andador: Sí.

Tuvo caídas: Sí, varias veces.

Diagnósticos de enfermería

Diagnósticos de enfermería priorizados

- Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado con la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la inadecuada ganancia de peso, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (3 a 4 cucharas soperas, 2 veces al día), consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro y palidez de fascias.
- Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado a la inadecuada práctica de higiene de la madre en casa evidenciado por continuos episodios de diarrea en el lactante, mal estado de higiene en casa.
- Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado al desinterés e indiferencia de la madre

sobre atención temprana.

- Riesgo de caídas relacionado a la edad (< 2 años), supervisión insuficiente de la madre y uso de dispositivo de marcha no recomendado: andador.
- Desempeño ineficaz del rol relacionado a conflictos evidenciado por discusión de los padres en presencia del lactante.

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales

Código: 00002.

Dominio: 2 Nutrición.

Clase: 1 Ingestión.

Página: 163.

Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

Factor relacionado: Ingesta diaria insuficiente (NANDA, 2015-2017).

Características definitorias: Inadecuada ganancia de peso (actual 8.600kg y peso anterior 8.600), ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (2 a 3) cucharas soperas, 2 veces al día, consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro, inapetencia, palidez de fascies.

Enunciado de enfermería: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales relacionado con la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la inadecuada ganancia de peso, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (3 a 4 cucharas soperas, 2 veces al día), consumo Insuficiente de alimentos ricos en hierro y palidez de fascies.

Etiqueta diagnóstica: Mantenimiento ineficaz de la salud

Código: 00099.

Dominio: Promoción de la Salud.

Clase: 2 Gestión de la salud.

Página: 147.

Definición: Incapacidad para identificar y gestionar los problemas de salud y/o buscar ayuda para mantener la salud (NANDA, 2015-2017).

Factor relacionado: Inadecuada práctica de higiene de la madre en casa.

Características definitorias: Continuos episodios de diarrea en el lactante, mal estado de higiene en casa.

Enunciado de enfermería: Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado a la inadecuada práctica de higiene de la madre en casa evidenciado por continuos episodios de diarrea en el lactante, mal estado de higiene en casa.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de caídas

Código: 00155.

Dominio: 11 seguridad y protección.

Clase: 2 lesión física.

Página: 382.

Definición: Vulnerable a un aumento de la susceptibilidad de las caídas, que puede causar daño físico y comprometer la salud (NANDA, 2015-2017).

Factor de riesgo: Edad (< 2 años), supervisión insuficiente de la madre, uso de dispositivo de marcha no recomendado: andador.

Enunciado de enfermería: Riesgo de caídas relacionado a la edad (< 2 años), supervisión insuficiente de la madre y uso de dispositivo de marcha no recomendado: andador.

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 conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud (NANDA, 2015-2017).

Factor de riesgo: Edad, desinterés e indiferencia de la madre sobre atención temprana.

Enunciado de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado al desinterés e indiferencia de la madre sobre atención temprana.

Etiqueta diagnóstica: Desempeño ineficaz del rol

Código: 00055

Dominio: 7, rol relaciones.

Clase: 3 desempeño.

Página: 296.

Definición: Patrón de conducta y expresión propia que no concuerda con el contexto ambiental, las normas y las expectativas (NANDA, 2015-2017).

Características definatorias: Discusión de los padres en presencia del lactante.

Factor relacionado: Conflictos

Enunciado de enfermería: Desempeño ineficaz del rol relacionado a conflictos evidenciado por discusión de los padres en presencia del lactante.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado con la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la inadecuada ganancia de peso, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (2 a 3 cucharas soperas, 2 veces al día), consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro, palidez de fascias.

Mantenimiento ineficaz de la salud relacionado con la inadecuada práctica de higiene de la madre en casa evidenciado por continuos episodios de diarrea en el lactante, mal estado de higiene en casa.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado al desinterés e indiferencia de la madre sobre atención temprana.

Riesgo de caídas relacionado a la edad (< 2 años), supervisión insuficiente de la madre, uso de dispositivo de marcha no recomendado: andador.

Desempeño ineficaz del rol relacionado a conflictos evidenciado por discusión de los padres en presencia del lactante.

Planificación

Planes de cuidados

Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente E/P ganancia inadecuada de peso, ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas (2 a 3 cucharas soperas, 2 veces al día), consumo insuficiente de alimentos ricos en hierro, palidez de fascias.

| OBJETIVOS | INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTÍFICO |
|--|--|--|
| <p><i>General</i></p> <p>1. Lactante presentara equilibrio nutricional, con ayuda de la madre en 2 meses.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>1. Lactante incrementará peso 20 a 25 gramos por día.</p> <p>2. Lactante recibirá alimentación balanceada (4 grupos de alimentos) y ricos en hierro, entre 5 a más cucharas cada día.</p> <p>3. Lactante recibirá suplementación</p> | <p>1. Evaluar el crecimiento del niño. (ganancia de peso y talla) aplicando el kit de buen crecimiento infantil, según calendario de Ccecimiento y desarrollo.</p> <p>2. Monitorear y evaluar ganancia de peso a lo quince días y al mes.</p> <p>3. Realizar consejería nutricional a la madre en alimentación complementaria con énfasis en la calidad, cantidad, frecuencia adecuada, así como el consumo de alimentos ricos en hierro.</p> <p>4. Realizar taller de sesión demostrativa a la familia.</p> | <p>1. Con este conjunto actividades periódicas y sistemáticas, el profesional de enfermería tiene el objetivo de vigilar en forma oportuna e individual el crecimiento del niño o niña con el fin de detectar en forma precoz riesgos, alteraciones, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos (NTS-537 MINSA/2017, p.3).</p> <p>2. Es importante evaluar la ganancia de peso en 15 días y al mes, ya que el niño debe ganar óptimamente un peso de 25 gr por día. (NTS-537-MINSA/2017, p. 17).</p> <p>3. Esta metodología de enseñanza ya que se desarrolla como un dialogo participativo permite ayudar a la madre a entender e identificar los factores que influyen en la salud y nutrición encontrados durante la evaluación de crecimiento y desarrollo y ayuda a explorar las alternativas de solución a los problemas encontrados (NTS-537-MINSA/2017, p. 3).</p> <p>4. Esta actividad educativa permitirá a la madre a aprender haciendo, de esta forma podrá combinar los alimentos con los que cuenta en</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>preventiva de hierro cada día.</p> <p>4. Madre vendrá al próximo control con resultado de hemoglobina de su menor hija.</p> | <p>5. Colocar material informativo de guías de comidas en su hogar.</p> <p>6. Realizar una sesión educativa sobre la pirámide de guía de alimentos frecuentes.</p> <p>7. Indicar a la madre el inicio de suplementación preventiva de hierro al lactante según edad.</p> <p>8. Dar a la madre la orden para control de hemoglobina.</p> <p>9. Realizar visita domiciliaria de seguimiento a toda la familia.</p> | <p>forma adecuada, según las necesidades nutricionales de su hijo de tal manera que permitirá a la madre a brindar al niño una dieta equilibrada y de calidad, asimismo refuerza la practica el material educativo presente en casa (MINSA, Documento Técnico Consejería Nutricional, 2010, p.12).</p> <p>5. Un material educativo ayudará a la madre a tomar de conciencia en la alimentación del niño, así mismo le servirá como guía en su atención diaria (MINSA, Documento Técnico Consejería Nutricional, 2010, p.12).</p> <p>6. La pirámide nutricional contiene la distribución adecuada de los alimentos, el buen manejo involucra conocer la clasificación de los alimentos (MINSA, Documento Tecnico Consejeria Nutricional, 2010). pag12.</p> <p>7. Es importante que la niña y niño menor de 3 años reciba suplementación de micronutrientes o hierro según esquema vigente para prevenir la anemia ferropénica (D.S.- 055/2016/MINSA, pag.6).</p> <p>8. El tamizaje o despistaje de anemia se realiza a partir de los 4 meses de edad, ello con el objetivo de un diagnóstico precoz de anemia. (NT manejo preventivo de anemia 2017, p. 11).</p> <p>9. Con esta actividad se desarrolla acciones de acompañamiento y seguimiento a la familia del niño y la niña, así como se verifica y fortalece prácticas de alimentación, suplementación con micronutrientes, lavado de manos e higiene etc. (NTS-537-minsa/2017, p. 5).</p> |
|--|--|---|

Mantenimiento ineficaz de la salud R/C inadecuada práctica de higiene de la madre en casa E/P continuos episodios de diarrea en el lactante, mal estado de higiene en casa.

| OBJETIVOS | INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTÍFICO |
|---|---|--|
| <p><i>General</i></p> <p>1. Paciente evidenciará un mantenimiento eficaz de la salud con ayuda de la madre sin enfermedades diarreicas en los próximos meses.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>1. Lactante no presentará más episodios de diarrea en los próximos meses.</p> <p>2. Lactante recibirá atención con adecuada practica de higiene en casa por parte de la madre.</p> <p>3. Lactante se encontrará en una vivienda con adecuadas medidas de higiene.</p> | <p>1. Realizar educación sobre los peligros de la falta de higiene y su relación con las EDAS a toda la familia.</p> <p>2. Brindar educación grupal y taller sobre el lavado de manos, en especial en la preparación de alimentos del niño.</p> <p>3. Realizar visita domiciliaria para verificar las medidas de higiene implementadas.</p> | <p>1. Se sabe que la prevención de la diarrea y otras enfermedades se da con el mejoramiento de las condiciones de higiene, utilizando medidas tan simples como el lavado de manos con agua y jabón de esta manera se logra una reducción importante en los casos de diarrea y otras enfermedades como la fiebre tifoidea, por ello es importante el factor educacional en la prevención de la enfermedad diarreica (Guillén, 2011).</p> <p>2. Esta educación grupal ayudará a concientizar a la familia en la importancia del lavado de manos que es una actividad simple de rutina cuyo objetivo es la remoción de la suciedad y el material orgánico, de esta forma permite la reducción en las concentraciones de microorganismos adquiridos por contacto directo los mismos que son un riesgo para adquirir enfermedades diarreicas. La demostración ayudara a las personas a practicarla diariamente (Guía para lavado de manos. Minsa, 2006, p. 9).</p> <p>3. Es la actividad desarrollada por el personal de salud con el objetivo de desarrollar acciones de, acompañamiento permitirá el seguimiento a la familia del niño y la niña, así como verificar y fortalecer prácticas de alimentación, suplementación con micronutrientes, lavado de manos e higiene etc. (NT/ CRED 2017, p. 5).</p> |

Riesgo de retraso en el desarrollo R/C desinterés e indiferencia de la madre sobre atención temprana.

| OBJETIVOS | INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTIFICO |
|---|---|---|
| <p><i>General</i></p> <p>1. Paciente disminuirá el riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor con apoyo de la madre.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluar el desarrollo utilizando la Escala de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP), análisis y resultados. 2. Determinar los conocimientos de la madre sobre la importancia de atención temprana del desarrollo. 3. Brindar información acerca de la importancia de atención temprana. 4. Citar a la madre a sesiones de Atención temprana. 5. Orientar a la madre el acompañamiento del desarrollo psicomotor del niño. | <ol style="list-style-type: none"> 1. EEDP es un test de evaluación por áreas de desarrollo (social, motor, lenguaje, coordinación), para detectar precozmente riesgos y retrasos en las diferentes áreas. (NT/CRED 2017, p. 3). 2. Esta actividad es de importancia ya que con ello se determina cuanto conoce la madre sobre el tema en concreto y desarrollar estrategias para contribuir a mejorar la salud del niño con ayuda de la madre. 3. Brindar información a la madre sobre la importancia del acompañamiento en atención temprana, ayuda a la toma de decisiones, en favor del niño y buscar alternativas de solución y mejorar los problemas identificados con la participación de los padres. (NT/CRED 2017, p. 3). 4. Esta actividad grupal, vivencial programada para informar, educar y comunicar a las madres, padres y cuidadores sobre las actividades básicas de atención temprana del desarrollo en el niño y la niña menor de 3 años cuyo objetivo potenciar sus capacidades motrices, cognitivas, efectivas, sociales y comunicativas. (Norma técnica CRED 2017, anexo 14). 5. La cercanía con la madre y el participar activamente en el desarrollo de niño en casa favorece a la consolidación del vínculo afectivo, teniendo en cuenta que los niños aprenden por imitación (Norma técnica CRED 2017, anexo 14). |

Riesgo de caídas R/C edad (< 2 años), supervisión insuficiente de la madre, uso de dispositivo de marcha no recomendado: andador.

| OBJETIVOS | INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTÍFICO |
|---|---|--|
| <p><i>General</i></p> <p>1. Lactante disminuirá riesgo de caídas en casa con ayuda de la madre.</p> | <p>1. Brindar orientación a la familia acerca de la prevención de caídas del niño en casa.</p> <p>2. Brindar orientación a la madre sobre los riesgos del uso del andador.</p> <p>3. Recomendar a la madre que el área de juego del lactante debe ser lejos de la cocina y objetos que puedan caer.</p> <p>4. Orientar a la madre de acondicionar un área de juego específico para el lactante.</p> | <p>1. La mayor parte de accidentes y caídas se evidencian en el hogar por ello es necesario reforzar las medidas preventivas para evitar los accidentes en los niños acondicionando el ambiente para el desenvolvimiento del niño (Medina y Gómez , 2015).</p> <p>2. Se evidencia en numerosas investigaciones que los andadores infantiles son un factor de riesgo para producir un accidente infantil. Por tanto, realizar unas adecuadas medidas de prevención y concienciar a los padres sobre los riesgos que conlleva su uso, para que dejen de utilizar y de esta forma disminuir los accidentes (Torres y Cervera , 2017).</p> <p>3. La cocina es el principal lugar de accidentes en el hogar, es por eso considerar los cuidados necesarios cuando el menor comienza a caminar.</p> <p>4. El acondicionar una zona de juegos para los pequeños que a la vez sea segura favorece a la prevención de accidentes.</p> |

Desempeño ineficaz del rol R/A conflictos E/P discusión de los padres en presencia del lactante

| OBJETIVOS | INTERVENCIONES | FUNDAMENTO CIENTÍFICO |
|---|---|--|
| <p>General</p> <p>1. Madre evidenciara un desempeño eficaz del rol con ayuda de la pareja.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>1. Madre referirá manejo adecuado de conflictos con la pareja, y estar más tranquila.</p> <p>2. Madre referirá que las posibles discusiones de pareja sean lejos de los hijos.</p> <p>3. Madre demostrará interés por la salud y el desarrollo del niño en cada control.</p> | <p>1. Brindar consejería a la madre en resolución de conflictos mediante la aplicación de la comunicación asertiva.</p> <p>2.</p> <p>3. Realizar sesión educativa sobre la importancia de demostrar afecto en entre los miembros de la familia, especialmente entre padres.</p> <p>4. Brindar orientación acerca de la importancia de la participación de toda la familia en la crianza del niño.</p> | <p>1. En estudios demuestran que cuando los padres resuelven sus conflictos de una forma hostil, ofrecen a sus hijos un modelo inadecuado que favorece la aparición de problemas de conducta en éstos, por ello es necesario resolución de conflictos mediante una comunicación asertiva y prevenir futuros problemas en los niños (Justicia y Cantón, 2011).</p> <p>2. La educación es una de las acciones más importantes de Enfermería, el brindar información sobre el amor en la familia ayudara a reforzar los conocimientos sobre la importancia del tema y seguir cultivando el amor entre padre y madre y entre padres e hijos .</p> <p>3. Existen diversos factores biopsicosociales relacionados con la salud mental de los padres y cuidadores que generan estrés, depresión, agresividad u otras alteraciones que a su vez afectan los estilos de crianza y las relaciones con los hijos, por lo cual es importante identificar esos factores de riesgo y generar factores protectores para la salud mental, tanto de los cuidadores como de los niños, niñas y adolescentes en sus familias (Cuervo, 2010). No existe escuela donde se enseñe la crianza correcta del menor, es por eso que con esta actividad el personal de salud brindará orientación integral sobre las principales dudas, e identificar las flaquezas para reforzar conductas sobre la crianza (Cuervo, 2010).</p> <p>4. El abarcar estos 2 aspectos es muy importante ya que estudios han demostrado que la parte espiritual influye de manera importante a la</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>5. Brindar apoyo emocional y espiritual a los padres.</p> <p>6. Recomendar la visita al consultorio de psicología.</p> | <p>hora de hacer frente a problemas y enfermedades y se ha evidenciado relación positiva entre los índices de recuperación y la espiritualidad (Galvis y Pérez, 2011).</p> <p>5. Al derivar a psicología se complementa las acciones ya que el campo de la salud es complejo es decir requiere la atención de diversas disciplinas que coadyuven al cumplimiento de los objetivos (Juárez y Hernández, 2010).</p> |
|--|---|---|

Ejecución

Tabla 1. *SOAPIE: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales*

| Fecha/hora | | Intervenciones |
|--------------------------------|---|---|
| 22/01/18 | S | La madre refiere: “Mi hija no quiere comer y come entre 2 a 3 cucharas, le doy 2 veces al día, más le doy mi pecho, a veces le doy hígado de pollo, pero come poco”. |
| 22/01/18 | O | Lactante presenta fascies pálida, en la evaluación inicial no gana peso en relación con el control anterior, peso a los 8 meses 8.600gr y a los 9 meses y 29 días 8.600gr. |
| 22/01/18 | A | Desequilibrio nutricional: Inferior a las necesidades corporales R/C ingesta diaria insuficiente. |
| 22/01/18 | P | Lactante presentará equilibrio nutricional, con ayuda de la madre en 2 meses. |
| Del 23/01/18 al 23/04/2018. | I | <ul style="list-style-type: none"> - Se evaluó el crecimiento del niño. (ganancia de peso y talla) aplicando el kit de buen crecimiento infantil. - Se monitoreo y evaluó ganancia de peso a los 25 días del ultimo control. - Se realizó consejería nutricional a la madre en alimentación complementaria con énfasis en la calidad, cantidad, frecuencia adecuada, así como el consumo de alimentos ricos en hierro. - Se indicó a la madre el inicio de suplementación preventiva de hierro al lactante. - Se dio la orden de control de hemoglobina a la madre. - Se realizó la visita domiciliaria de seguimiento a toda la familia. |
| 18/02/2018 | E | Objetivo parcialmente alcanzado: Ya que la paciente ganó 12 gr por día, en 25 días 300gr, asimismo la madre brinda a su hija alimentos ricos en hierro de origen animal 2 a 3 veces por semana y le da a su hija 5 cucharas soperas de comida, 4 veces al día, la paciente aun no recibe suplementación de hierro preventivo y que la madre no le hizo el control de hemoglobina |

Fuente: Elaboración de la autora.

Tabla 2. *SOAPIE: Mantenimiento ineficaz de la salud*

| Fecha/hora | Intervenciones |
|-------------------------------|--|
| 22/01/18 | S Madre refiere: “Mi hija tuvo 2 veces diarrea, hace una semana tuve que llevarlo al hospital porque estaba muy mal y se quedó en emergencia una noche en observación”. |
| 22/01/18 | O En la visita domiciliaria se evidencia mal estado de higiene en el hogar. |
| 22/01/18 | A Mantenimiento ineficaz de la salud R/C inadecuada práctica de higiene de la madre en casa. |
| 22/01/18 | P Paciente evidenciara mantenimiento eficaz de la salud con ayuda de la madre. |
| Del 23/01/18 al 23/03/2018 | I <ul style="list-style-type: none"> - Se realizó educación sobre los peligros de la falta de higiene a toda la familia. - Se brindó educación grupal y taller sobre el lavado de manos en casa. - Se realizó Visita domiciliaria para verificar las mejoras de las prácticas de higiene. |
| 18/02/18 | E Objetivo alcanzado: Ya que la paciente ya no presentó episodios de diarrea hasta el control CRED de seguimiento, en la visita domiciliaria se observa que la madre práctica el lavado de manos en los momentos indicados, asimismo hay mejora en el estado de higiene en casa. |

Fuente: Elaboración de la autora.

Tabla 3. *SOAPIE: Riesgo de retraso en el desarrollo motor*

| Fecha/hora | Intervenciones |
|---|---|
| 22/01/18 | <p>S En visita domiciliaria madre refiere “No tengo tiempo para llevar a mi hija a su control ni a otras citas, cuando le toca su vacuna aprovecho en hacerle controlar, a mis otros hijos tampoco los hice controlar y no pasó nada”.</p> |
| 22/01/18 | <p>O Evaluación EEDP riesgo en área social y lenguaje (no reacciona al no no, y no imita gestos)</p> |
| 22/01/18 | <p>A Riesgo de retraso en el desarrollo R/C. Desinterés e indiferencia de la madre sobre atención temprana.</p> |
| 22/01/18 | <p>P Paciente disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo psicomotor con ayuda de la madre</p> |
| <p>Del 23/01/18 al 23/03/2018</p> | <p>I</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se evaluó el desarrollo psicomotor utilizando la Escala de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP), análisis y resultados (coeficiente de desarrollo mayor a 85%) - Se determinó el nivel de conocimiento sobre la importancia de atención temprana en la madre. - Se brindó información acerca de la importancia de atención temprana. - Se citó a la madre a sesiones de Atención temprana, asistió a una de las 4 programadas. - Se evaluó el desarrollo psicomotor a los 25 días del primer contacto. |
| 18/02/18 | <p>E</p> <p>Objetivo parcialmente alcanzado: En evaluación de seguimiento, recupera el área lenguaje, pero continúa en riesgo el área social, la madre participa en una sesión de atención temprana no pudo venir a las 4 programadas, madre refiere que conversa más con su hija y le canta.</p> |

Fuente: Elaboración de la autora.

Tabla 4. *SOAPIE: Riesgo de caídas*

| Fecha/hora | Intervenciones |
|----------------------------------|--|
| 22/01/18 | S Madre refiere: “Mi hija tuvo varias caídas de la cama” |
| 22/01/18 | O Ambiente del hogar hacinado, lactante utiliza andador |
| 22/01/18 | A Riesgo de caídas R/C edad <= a 2 años, supervisión insuficiente de la madre, uso de dispositivo de marcha no recomendado: andador. |
| 22/01/18 | P Lactante disminuirá riesgo de caídas en casa con ayuda de la madre. |
| Del 23/01/18 al 23/03/2018 | I <ul style="list-style-type: none"> - Se brindó orientación a la familia acerca de la prevención de caídas del niño en casa. - Se brindó orientación a la madre sobre los riesgos del uso del andador. - Se recomendó a la madre que el área de juego del lactante debe ser lejos de la cocina y objetos que puedan caer. - Se orientó a la madre de acondicionar un área de juego específico para el lactante. |
| 18/02/18 | E <p>Objetivo alcanzado: En evaluación de seguimiento, recupera el área lenguaje, pero continúa en riesgo el área social, la madre participa en una sesión de atención temprana no pudo venir a las 4 programadas, madre refiere que conversa más con su hija y le canta.</p> |

Fuente: Elaboración de la autora.

Tabla 5. *SOAPIE: Desempeño ineficaz del rol*

| Fecha/hora | Intervenciones |
|----------------------------------|--|
| 22/01/18 | S Madre refiere:” Hay días que tengo discusión con mi esposo desde que su hijo se vino a vivir en mi casa, ya que el niño a veces hace llorar a mi hija” |
| 22/01/18 | O Madre se muestra indiferente, por momentos ausente cuando se le pregunta sobre el cuidado de su hija. |
| 22/01/18 | A Desempeño ineficaz del rol R/A conflictos E/P discusión de los padres en presencia del lactante. |
| 22/01/18 | P Madre evidenciará un desempeño eficaz del rol con ayuda de la pareja. - Se brindó consejería a la madre en resolución de conflictos mediante la aplicación de la comunicación asertiva. |
| Del 23/01/18 al 23/03/2018 | I - Se brindó sesión educativa sobre la importancia de demostrar afecto en entre los miembros de la familia, especialmente entre padres. - Se brindó orientación acerca de la importancia de la participación de toda la familia en la crianza del niño. - Se brindó orientación acerca de la crianza a los padres. - Se recomendó a los padres asistir al consultorio de Psicología. |
| 18/02/18 | E Objetivo parcialmente alcanzado: La madre refiere que ella y su esposo tratan de resolver sus conflictos dialogando y tratan de resolver sus problemas lejos de los hijos asimismo se muestran interesados por una adecuada crianza a su hija. |

Fuente: Elaboración de la autora

Evaluación

| Diagnostico 1 | Evaluación |
|--|--|
| <p>Objetivo: Lactante presentará equilibrio nutricional de acuerdo con las necesidades corporales, con ayuda de la madre en 2 meses.</p> <p>RE: Lactante incrementará peso 20 a 25 gramos por día.</p> <p>Lactante recibirá alimentación balanceada (4 grupos de alimentos) y ricos en hierro, entre 5 a más cucharas cada día.</p> <p>Lactante recibirá suplementación preventiva de hierro cada día.</p> <p>Madre vendrá al próximo control con resultado de hemoglobina de su menor hija.</p> | <p>Objetivo parcialmente alcanzado (OPA):</p> <p>Ya que la paciente ganó gano 12 gr por día, en 25 días 300gr, asimismo la madre brinda a su hija alimentos ricos en hierro de origen animal 2 a 3 veces por semana y le da a su hija 5 cucharas soperas de comida, 4 veces al día, la paciente aun no recibe suplementación de hierro preventivo y que la madre no le hizo el control de hemoglobina.</p> |

| Diagnóstico 2 | Evaluación |
|---|---|
| <p>Objetivo: Paciente evidenciará un mantenimiento eficaz de la salud con ayuda de la madre sin enfermedades diarreicas en los próximos meses.</p> <p>RE: Lactante no presentará más episodios de diarrea en los próximos meses.</p> <p>Lactante recibirá atención con adecuada practica de higiene en casa por parte de la madre.</p> <p>Lactante recibirá alimentación cuidando las medidas de higiene.</p> <p>Lactante se encontrará en una vivienda con adecuadas medidas de higiene.</p> | <p>Objetivo alcanzado</p> <p>Lactante ya no presentó episodios de diarrea hasta el control CRED de seguimiento, en la visita domiciliaria se observa que la madre práctica el lavado de manos en los momentos indicados, asimismo hay mejora en el estado de higiene en casa.</p> |

| Diagnóstico 3 | Evaluación |
|--|---|
| <p>Objetivo: Paciente disminuirá riesgo de desarrollo psicomotor en todas las áreas.</p> | <p>Objetivo parcialmente alcanzado: En evaluación de seguimiento, recupera el área lenguaje, pero continua en riesgo el área social, la madre participa en una sesión de atención temprana no pudo venir a las 4 programadas, madre refiere que conversa más con su hija y le canta.</p> |

| Diagnóstico 4 | Evaluación |
|--|--|
| <p>Objetivo: Lactante disminuirá riesgo de caídas en casa con ayuda de la madre.</p> | <p>Objetivo alcanzado: Madre refiere que su hija no tuvo caídas en 25 días, no usa el andador, acondiciono el ambiente de su casa para tener un espacio de juego de su hija pero que le limita el ambiente reducido.</p> |

| Diagnóstico 5 | Evaluación |
|--|--|
| <p>Objetivo: Desempeño eficaz del rol con ayuda de la pareja</p> <p>RE: Madre referirá manejo adecuado de conflictos con la pareja, y estar más tranquila.</p> <p>Madre referirá que las posibles discusiones de pareja sean lejos de los hijos.</p> <p>Madre demostrara interés por salud y el desarrollo del niño en cada control.</p> | <p>Objetivo parcialmente alcanzado: La madre refiere que ella y su esposo tratan de resolver sus conflictos dialogando y tratan de resolver sus problemas lejos de los hijos, asimismo se muestran interesados por una adecuada crianza a su hija.</p> |

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Bazabe et al, (2009), en su trabajo de investigación *Perfil de la diarrea aguda en niños hospitalizados de Santa Bárbara Honduras 2008*, tuvo como objetivo estudiar el comportamiento clínico y epidemiológico de la diarrea en menores de cinco años ingresados en el Servicio de Pediatría del Hospital Santa Bárbara Integrado de Honduras durante los primeros cinco meses del año 2008. La metodología fue de un estudio descriptivo, cuyo universo estuvo formado por 200 niños de cero a cinco años que ingresaron en el servicio con el diagnóstico de enfermedad diarreica Aguda (EDA). Se utilizó un cuestionario aplicado a las madres de los niños, así como el uso de historias clínicas. Los resultados evidenció que el grupo etario más afectado fue el de 1 a 4 años, predominantemente de sexo masculino, en cuanto a estado nutricional, la mayoría fueron pacientes eutróficos, asimismo el bajo ingreso económico, el hacinamiento y el bajo nivel educativo de las madres fueron principales antecedentes de riesgo identificados, una de las complicaciones identificadas fue la deshidratación, finalmente llegan a la conclusión que los hallazgos clínicos y epidemiológicos evidenciados en este estudio muestran que las condiciones socioeconómicas están relacionados a enfermedad diarreica.

Llano (2017) realizó el trabajo académico titulado “Proceso del cuidado en enfermería aplicado a niño de dos años con desnutrición atendida en el consultorio de crecimiento y desarrollo del puesto de salud I-1 alto Ayrihuas – zepita, 2017”, cuyo objetivo general fue desarrollar el proceso del cuidado en enfermería al niño de dos años con desnutrición, atendida en el consultorio de crecimiento y desarrollo del Puesto de salud I-1 Alto Ayrihuas – Zapita, 2017. Los resultados fueron: la madre oye atentamente y demuestra colaboración; en el transcurso el niño y va mejorando progresivamente el estado nutricional, llegando a las

siguientes conclusiones: Se identificaron las necesidades reales y potenciales del niño, familia y comunidad con la aplicación del proceso del cuidado de enfermería, supone mayor calidad de cuidados y satisfacción para el niño y familia, las actividades realizadas al niño, se registraron en las notas de enfermería como el SOAPIE. Los enunciados diagnósticos fueron: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades, diarrea, disposición para mejorar los conocimientos, cansancio del rol de cuidador, riesgo de caídas, pone en evidencia la importancia de la participación de los miembros de la familia, el papel de la madre es primordial para la resolución de problemas.

Rodríguez (2013), en su trabajo académico “Intervención de enfermería en la prevención de la desnutrición a menores de 5 años en las unidades de salud, Matagalpa 2012”, cuyo objetivo fue: Evaluar la intervención de enfermería en la prevención del riesgo a desnutrición a menores de 5 años del puesto de salud Lacayo Farfán, Matagalpa 2012. Los instrumentos utilizados para la recolección de datos fueron una encuesta estructurada y las tablas de evaluación de peso y talla en niños menores de 5 años. Los resultados fueron: un 75 % (3) del personal de salud refiere que los niños que presentan riesgo de desnutrición son de la zona rural y un 25% (1) opina que son de la zona urbana, asimismo el riesgo de la desnutrición está latente en todos los niños de 0-5 años ya que están expuestos a enfermedades, debido a los cambios climáticos, a la destrucción de la naturaleza provocada por el hombre. Un 50% (2) de los niños con desnutrición van a presentar retardo del crecimiento, un 25% (1) déficit del desarrollo psicomotor y un 25% (1) anemia. Entre los factores de riesgo de desnutrición, se reflejó un 50% (2) bajo peso al nacer y un 25% (1) desnutrición materna, y un 25% (1) pobreza. En cuanto al seguimiento de enfermería el 75% (3) del personal refiere citar a los niños cada 2 meses, un 25 % (1) al mes, un 0% a los 14 días, un 0% más, un 100% (4) no realiza visitas de seguimiento a niños con desnutrición. Se concluye que los problemas nutricionales en niños menores de 5 años se da más en zonas rurales que en urbanas, los

factores de riesgo identificados son el bajo peso al nacer, desnutrición materna y pobreza, los efectos encontrados son: anemia, retraso del crecimiento y desarrollo, el personal de enfermería cumple lo que indica las normas de AIEPI en el aspecto de manejo de niños con riesgo nutricional, en relación al seguimiento de estos niños hay incumplimiento a las citas .

Palomino (2014), en su trabajo académico: “Cuidado de enfermería en niño con diarrea aguda en el servicio de pediatría del hospital Rezola, cañete. Agosto 2017”, tuvo como objetivo dar la importancia de los cuidados del personal de enfermería en enfermedades diarreicas agudas del paciente pediátrico planificar las intervenciones de enfermería, acorde a las necesidades reales o potenciales que presente. Para la realización de este trabajo se utilizó la metodología sugerida por Virginia Henderson y sus 11 Patrones Funcionales de Salud. Los resultados a partir de la aplicación del plan de cuidados en enfermería permitió brindar un cuidado tanto al paciente y al familiar, facilitando analizar e interpretar mejor los objetivos pacientes los mismos que no pueden expresar verbalmente su mejora, se observó buena lactancia materna, descanso adecuado, tranquilidad, signos vitales estables, se mantuvo un estado de hidratación adecuado, conservando el equilibrio ácido básico e hidroelectrolítico, se previno la infección secundaria, signos vitales y valores de laboratorio normales, finalmente concluye que los cuidados específicos proporcionados a la niña ayudaron al mejorar su salud, para establecer su recuperación y mantenimiento de su salud; asimismo que las enfermedades diarreicas son una de las primeras causas de mortalidad en niños menores de 5 años, y esta probabilidad se incrementa en menores de un año. Se considera también que esta enfermedad se desarrolla en lugares con deficiente saneamiento básico, como agua y desagüe, agregado a ello el déficit de conocimiento por parte de los familiares acerca de las formas de presentación, complicaciones y tratamiento de esta enfermedad.

Marco conceptual

Desarrollo infantil

La primera infancia es el período que se extiende desde la vida intrauterina hasta los seis años de edad, dando lugar al desarrollo infantil que se define como el proceso a través del cual niños y niñas incrementan sus competencias integrales para la vida, incluye el desarrollo de las áreas de cognición, motor, lenguaje y socioemocional, todas ellas son interdependientes y determinadas por una interacción entre la herencia genética y el estado biológico, en los primeros años de vida se produce en todas las áreas un rápido crecimiento y desarrollo, que provee de una sólida base para las habilidades de aprendizaje posteriores (Salazar, 2017).

Crecimiento y desarrollo

Estos 2 términos son procesos complejos que incluyen numerosos componentes sometidos a una variedad de influencias. Desarrollándose el cuerpo, la mente y la personalidad. Crecimiento se define a las modificaciones cuantitativas de las diferentes partes del cuerpo. Se produce un aumento (crecimiento) tanto a nivel externo como a nivel interno, en los órganos por otro lado el desarrollo se conoce como el proceso de evolución que se produce en el transcurso de la vida de los individuos y que implica la construcción progresiva y dinámica de las capacidades debido a la interacción del sujeto con el medio (Cayo, 2013).

El crecimiento viene a ser el incremento de la masa corporal de un ser viviente y se produce por dos procesos como la hiperplasia e hipertrofia, influenciado por factores nutricionales, culturales, económicos entre otros (Minsa, 2017).

Desarrollo cognitivo

Según el psicólogo Jean Piaget, el desarrollo cognitivo es un conjunto de transformaciones que se presentan en el pensamiento del individuo mediante características y capacidades adquiridas a lo largo de la vida; así mismo sostiene que dichas transformaciones como: Los

conocimientos, habilidades para percibir, pensar, comprender y manejarse en la realidad son habilidades adquiridas principalmente en la etapa del desarrollo (Quichua, 2017).

Etapas de la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget.

Salazar (2017) describe las etapas del desarrollo cognitivo de Piaget, siendo las siguientes:

- Etapa sensoriomotora: “El niño activo”. Del nacimiento a los 2 años. Los niños aprenden y entienden la información a través de sus sentidos y se desarrolla su capacidad para interactuar con el mundo.
- Etapa preoperacional: “El niño intuitivo”. De los 2 los 7 años. El niño aprende a interactuar con su entorno de manera más compleja, inicia a usar símbolos y palabras para pensar. Esta etapa está marcada por el egocentrismo.
- Etapa operaciones concretas: “El niño práctico”. De los 7 a los 11 años. Caracterizada por la disminución del egocentrismo, el niño aprende las operaciones lógicas de seriación, de clasificación y de conservación que lo va aprendiendo en su vida diaria.
- Etapa operaciones formales: “El niño reflexivo”. De los 11-12 años en adelante. El niño aprende sistemas abstractos del pensamiento que le permiten usar la lógica proposicional, el razonamiento científico y el razonamiento proporcional, comprenden más el mundo y la idea causa-efecto.

Áreas de desarrollo del niño

Desarrollo motor

El desarrollo motor se refiere la adquisición progresiva de habilidades motoras las mismas que permiten un adecuado control postural, desplazamiento y habilidades motrices finas. Para ello, se requiere la maduración motriz, asimismo aparición y desaparición de los reflejos controlados por los niveles inferiores del sistema nervioso central las cuales permiten respuestas posturales y motoras funcionales y voluntarias (Alva, 2015).

Desarrollo del lenguaje

El hombre se distingue de los animales por la capacidad de comunicarse a través del lenguaje, el cual se forma mediante un código simbólico totalmente artificial y arbitrario. La comunicación entre los animales es instintiva, no se desarrolla; en cambio, el lenguaje en el hombre se aprende, se desarrolla y permite sorprendentes transformaciones pudiendo llegar a referirse a objetos abstractos. El lenguaje puede definirse como un proceso de carácter biológico, dotado de leyes internas y que se encuentra genéticamente determinado dependiendo de factores internos como la integridad biológica y neurológica, y de factores externos como el medio ambiente y el código lingüístico. Debiendo ser considerados estos puntos como base para el aprendizaje (Salazar, 2017).

Problemas comunes en menores de 5 años

Problemas del desarrollo.

Todos aquellos cuadros clínicos o de inicio precoz que tienen dificultad en común la adquisición de habilidades tanto motrices, lenguaje, sociales o cognitivas que provoca un impacto significativo en el desarrollo del niño, se presenta cuando existe fracaso en las conductas esperadas para una determinada edad, si bien alguno de estos puede ser transitorio los retrasos a edad temprana pueden estar relacionados a posteriores discapacidades por ello es importante la intervención temprana diagnóstico y tratamiento precoz (Vericat y Orden, 2010) .

Trastornos del desarrollo

Retraso psicomotor.

Se refiere a las condiciones de demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo o no aparición de alguna o de todas las destrezas, en otras palabras el desarrollo es de forma lenta (Alva, 2015).

Trastorno del lenguaje.

El trastorno específico del lenguaje es un trastorno que retrasa la evolución del lenguaje en niños, es decir la adquisición de su capacidad lingüística, ello se presenta en niños con ningún problema en la audición u otra causa para el retraso en su desarrollo, este trastorno se conoce también como retraso en el área de lenguaje (Serra, 2017).

Causas de riesgo en el desarrollo infantil

Diversos estudios muestran que, aunque el niño se encuentre indemne físicamente, pero viva en un ambiente desfavorable, este influye en su desarrollo deteriorando su capacidad de aprendizaje, estos factores de riesgo son acumulativos en el transcurso del tiempo (Ministerio de Salud Chile, 2008).

Según el ministerio de Salud de Chile 2008, indica que los factores de riesgo identificados y estudiados en niños menores de un año están el nivel educativo de la madre, el rol de padre como tal, la estimulación en el hogar, poniendo énfasis en el involucramiento de los padres en las necesidades del niño tienen un efecto muy significativo en el desarrollo de habilidades.

La atención temprana

Se entiende por atención temprana, el conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0-5 años, a la familia y al entorno, que tiene por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los niños con retrasos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos para potenciar la capacidad de desarrollo, de autonomía, de bienestar, posibilitando la inclusión familiar, escolar y social, para que se intervenga debe ser detectado precozmente (Huiracocha, 2012).

Objetivos de la estimulación temprana

La estimulación temprana tiene por objetivo aprovechar este contenido de aprendizaje y adaptación del cerebro en beneficio del niño o niña, mediante estrategias lúdicas su propósito

es la de suministrar una serie de provocaciones repetitivas, de manera que las conexiones cerebrales resulten de mayor utilidad (Cerna, 2015).

Desnutrición infantil

La palabra desnutrición se entiende por cualquier pérdida anormal de peso del organismo, desde lo más simple hasta lo más complejo, sin dejar de dar importancia a lo grave de la situación pues es igualmente desnutrido un niño que haya perdido el 15% de su peso al igual que aquel que perdió un 60% o más, claro está teniendo en cuenta el peso que le corresponde según el rango de edad y los estándares conocidos. Este problema de salud puede, al inicio, ser considerado como un trastorno, de acuerdo a lo que evidencia la persona o puede aparecer secundario a problemas de salud a consecuencia de enfermedades infecciosas o de otra índole entonces las manifestaciones serán más precisas y diferenciadas (Gómez, 2016).

La desnutrición es una enfermedad multi-sistémica que afecta todas las funciones biológicas y psíquicas de las personas que lo presentan, se evidencia por un deterioro en el organismo producto de un balance negativo entre el aporte energético y/o proteico y los requerimientos corporales, ya sea este por una alimentación inadecuada por defecto, ello también favorece al riesgo de padecer cambios fisiológicos como son la aparición de otras enfermedades relacionado con la disminución de la inmunidad los mismos que pueden poner en peligro la vida de la persona (Suárez y García, 2017).

Causas

Entre las causas de los problemas nutricionales, no solo debe ser considerada una alimentación inadecuada, asimismo existen otras causas variadas y complejas, a ello se suman las infecciones y enfermedades de la infancia, bajo acceso a la educación principalmente de la madre, acceso a los servicios de salud y limitado acceso de agua y saneamiento (Aveiga, 2011).

Entre las causas de la desnutrición se menciona la falta de nutrición desde el punto de vista cuantitativo y cualitativo, lo que conlleva a un deterioro en el crecimiento. Esta patología es multifactorial causada por la falta de alimentos y micronutrientes que son necesarios para un buen crecimiento y desarrollo, agregado a ello las enfermedades durante la infancia que disminuyen el apetito del niño, defectos en la masticación o ulceración de la cavidad oral (como en pacientes con cetoacidosis) o absorción reducida de nutrientes (por ejemplo, en casos de diarrea). Los factores socioeconómicos pueden agravar la situación en este caso la pobreza y las guerras originan la oportuna disposición de alimentos (Marchesin, 2016).

Indicadores para evaluar la nutrición.

Ravasco (2010) refiere que se tienen indicadores para la evaluación nutricional como los siguientes:

El indicador peso para la edad (P/E): Relación entre el peso de un individuo a una edad determinada y la referencia para su misma edad y sexo. Se utiliza para diagnosticar y cuantificar desnutrición actual.

Peso para la talla (P/T): Relación que puede existir entre el peso obtenido de un individuo de una talla determinada y el valor de referencia para su misma talla y sexo. Es más específico para el diagnóstico de desnutrición actual en niños de 2 a 10 años.

Talla para la edad (T/E): Relación entre la talla de un individuo y la referencia para su misma edad y sexo. Se emplea para el diagnóstico de desnutrición crónica.

IMC y el valor de corte aceptado, la delgadez no tiene el mismo significado en los adultos que en los niños: en los adultos indica un bajo IMC, mientras que en los niños indica un bajo peso para la edad. Para su interpretación se considera que: a) un IMC <18.5 es denominado

“delgadez”, la cual a su vez se clasifica como delgadez grado I (IMC de 17-18.5), delgadez grado II (IMC 16-17) y delgadez grado III (IMC < 16).

Alimentación del niño entre 6-12 meses de edad

La alimentación complementaria con papillas donde se debe incluir el hierro hem y no hem son de vital importancia para proporcionar al niño todos los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo, es por tal motivo que el niño debe incluir en su dieta diaria alimentos balanceados que proporcionen energía, proteínas, vitaminas y minerales. La cantidad necesaria que deben ingerir es a partir de los 6 meses es entre 2 a 3 cucharadas 2 veces al día, a partir de los 7 a 8 meses se incrementará de 3 a 5 cucharadas aproximadamente tres veces al día, y de 9 a 12 meses 5 a 7 cucharadas, tres veces al día más 2 adicionales. La consistencia de las comidas, también va cambiando con la edad, de 6 a 8 meses alimentos semisólidos en forma de papilla o purés, de 8 a 9 meses el puré debe ser de consistencia más espesa, de ahí en adelante se recomienda alimentos picados en trozos pequeños hasta el año (MINSa, 2015).

Accidentes en la infancia

Son considerados un problema de salud pública a nivel mundial, las tasas de incidencia varían según la realidad y condiciones de cada país, este problema se acentúa más en los países económicamente desfavorecidos (Gonzales, 2011).

Los accidentes o lesiones no intencionales representan un problema de salud mundial y constituyen la primera causa de muerte en niños mayores de 1 año y adultos jóvenes en casi todos los países. Es por eso que se consideran un problema creciente en términos de años de vida potencialmente perdidos, ya que afectan en mayor proporción a las poblaciones de menor edad. 14 años (Pérez, 2016).

Accidentes y su prevención

Las lesiones por accidente se consideran cada vez más como una causa prevenible de muerte prematura, esta acción es una responsabilidad tanto social como política. Los accidentes pueden ser prevenidos y/o controlados, para cada tipo de accidente existen acciones comprobadas que coadyuban a reducir la probabilidad como la gravedad de las lesiones, para ello es necesario conocer los factores que desencadenan estos accidentes (Gonzales, 2011).

Caídas

Según la OMS se define caída como: “la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al individuo al suelo en contra de su voluntad”. 00155 Riesgo de caídas es considerado como el aumento de la susceptibilidad a las caídas que puede causar daño físico (NANDA, 2015-2017).

Mientras más pequeño es un niño, son más frecuentes las lesiones dentro del hogar, tales como las caídas (desde los brazos o desde la cama), según el niño avanza en edad, después de alcanzar la bipedestación y la capacidad de marcha, el riesgo de sufrir otro tipo de lesiones aumenta y es explicable encontrar, además de los tipos previamente mencionados, caídas de altura (gradas, pisos altos) (Perez, 2016).

Salud mental y pautas de crianza

Existen diversos factores biopsicosociales relacionados con la salud mental de los padres y cuidadores que generan estrés, depresión, agresividad u otras alteraciones que a su vez afectan los estilos de crianza y las relaciones con los hijos, por lo cual es importante identificar esos factores de riesgo y generar factores protectores para la salud mental, tanto de los cuidadores como de los niños, niñas y adolescentes en sus familias (Cuervo, 2010).

Factores de riesgo de problemas comportamentales y emocionales en la infancia.

Depresión

Los problemas emocionales de los padres como: la depresión, influyen en los niños, niñas y adolescentes, generándoles modelos inadecuados o prácticas negativas para su desarrollo, asimismo, los efectos de la depresión materna y las conductas parentales negativas en el desarrollo socioemocional y en los patrones de regulación emocional de los hijos; encontraron que la depresión materna es un factor de riesgo que afecta el ajuste socioemocional y la aceptación social de los hijos (Cuervo, 2010).

Estrés

El concepto de estrés se remonta a siglos pasados en que se relaciona con términos de dureza, tensión, adversidad, aflicción por lo que se entiende a todo un conjunto de síntomas psicofisiológicos, en este sentido se plantea que la incidencia de situaciones estresantes desencadenaba lo que denominó síndrome general de adaptación, destacando la capacidad orgánica de respuesta al estrés, sin embargo existen familias que toleran mejor el estrés que otras y en algunos casos pueden tener efectos negativos ya que afectan las pautas de crianza y la conducta parental (González y Ruiz, 2012).

Problemas de salud en la Infancia

Enfermedad diarreica aguda

La diarrea aguda Infecciosa (DAI) se define como una disminución de la consistencia de las heces (blandas o líquidas) y/o un aumento en la frecuencia de las evacuaciones, con o sin fiebre o vómitos (Gonzales et al, 2011).

Se define Gastroenteritis Aguda (GEA) como aquel cuadro de menos de dos semanas de evolución caracterizado por diarrea (deposiciones de menor consistencia y mayor frecuencia que la habitual; operacionalmente se define como 3 deposiciones anormales en 24 horas), que puede o no ir acompañado de vómitos, dolor abdominal y/o fiebre (Yalda, 2014).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la diarrea como la presencia de heces líquidas en número de tres o más en 24 horas. También se ha definido como el aumento en el volumen, la frecuencia y disminución de la consistencia de las heces respecto al hábito usual de cada individuo. La frecuencia diaria normal de las evacuaciones y su consistencia puede variar de acuerdo a la edad y dieta del paciente. Por ejemplo, los lactantes alimentados sólo con leche materna pueden tener varias evacuaciones blandas o líquidas en 24 horas sin ser diarrea (Carbajal, 2016).

Causas

La infección se transmite por alimentos o agua de consumo contaminado, o bien, de una persona a otra como resultado de una higiene deficiente. En los países en desarrollo los niños menores de 3 años sufren en promedio tres episodios de diarrea al año, cada episodio priva al niño de nutrientes necesarios para su crecimiento. En consecuencia, la diarrea es una importante causa de malnutrición, y los niños malnutridos son más propensos a enfermarse por EDA (Cabrera et al, 2013).

En diversos estudios a nivel mundial, el rotavirus fue el agente causal de diarrea más comúnmente aislado en todos los estudios. Las bacterias más frecuentes causantes de DAI fueron *Campylobacter*, *E. coli* y *Salmonella*. El *Cryptosporidium* fue el protozoario más detectado. En Europa, el rotavirus es el agente más frecuente de DAI. El agente bacteriano más común es el *Campylobacter* o *Salmonella* en función del país (Gonzales, 2011).

Fisiopatología

En términos generales la diarrea se produce cuando el volumen de agua y electrolitos presentado al colon excede su capacidad de absorción, eliminándose de forma aumentada por las heces. Esto puede deberse a un aumento en la secreción y/o a una disminución de la absorción a nivel de intestino delgado, o, más infrecuentemente, a una alteración similar a nivel de colon. Estas alteraciones son secundarias a la afectación intestinal que resulta de la interacción entre el agente infeccioso y la mucosa intestinal (Machaca y Achalma, 2016).

Clasificación clínica de la enfermedad diarreaica

Carbajal (2016) refiere que los cuadros de diarrea se clasifican de acuerdo con el tiempo de evolución.

Según el tiempo de evolución

Diarrea aguda: Cuadro clínico con una duración de menos de 14 días, usualmente dura de 3 a 7 días.

Diarrea persistente: El cuadro clínico dura 14 días o más.

Diarrea crónica: Es aquella que se presenta como consecuencia de un defecto congénito o adquirido, no infeccioso. No se establece un tiempo de presentación ya que estará manifiesta mientras persista la causa desencadenante.

Según las características macroscópicas

Diarrea acuosa

Se caracteriza por heces líquidas sin sangre puede ir asociada a vómitos, fiebre y disminución del apetito, de características como el del cólera, que dura varias horas o días y el principal peligro es la deshidratación; también se produce pérdida de peso si no se prosigue la alimentación (Barreiro y Domínguez, 2004).

Diarrea disentérica

Caracterizada por la presencia de heces líquidas o semilíquidas con sangre, acompañada de fiebre elevada, mal estado general, cólicos pujos y tenesmo, generalmente es producida por

gérmenes como Shiguella sp, Campylobacter jejuni E. Coli Enteroimbasiva, Ameba Histolitica (Tácanan, 2013).

Etiología

Se describen una gran variedad de virus y bacterias que pueden ocasionar la diarrea, los agentes más frecuentes varían de acuerdo a las condiciones socioeconómicas y sanitarias en la que vive la persona así como la edad del paciente, en países con condiciones sanitarias adecuadas predomina la etiología viral, mientras que las bacterias y parásitos son más frecuentes en zonas menos desarrolladas y con un deficiente saneamiento básico (Yalda, 2014).

Factores de riesgo

Carbajal y Saballos (2016) indican que estos son los siguientes factores de riesgo para presentar enfermedad diarreica:

- El niño(a) no alimentado con LME durante los primeros seis meses de edad.
- Desnutrición.
- El bajo peso al nacer.
- Enfermedades por déficit inmunológico (enfermedades respiratorias previas)
- Falta de agua potable o de agua aptas para el consumo humano.
- Fecalismo al aire libre.
- Disposición inadecuada de las aguas residuales.
- La falta de higiene en la preparación de los alimentos y lavado de manos adecuadamente
- Uso indiscriminado de antibióticos y/o medicamentos purgantes.
- La falta de vacunaciones específicamente contra el rotavirus y el sarampión.
- Antecedentes de diarrea en la familia y la comunidad.
- Madres adolescentes.
- Nivel de escolaridad bajo.
- Hacinamiento

Complicaciones de la diarrea

Deshidratación

La diarrea incrementa la pérdida de agua y electrolitos (sodio, cloruro potasio y bicarbonato) en las heces, así también con los vómitos, el sudor, la orina y la respiración se pierde agua y electrolitos. La deshidratación se produce cuando estas pérdidas son mas que los ingresos de líquidos por ende no existe un equilibrio hidroelectrolítico (Barreiro y Domínguez, 2004).

Prevención

El lavado de manos es una práctica disminuye la prevalencia de diarrea enormemente y previene 1 millón de muertes anuales aproximadamente, la mejora en la calidad del agua y otras medidas higiénicas, deben ser aconsejados a los padres y cuidadores, asimismo la vacunación contra el rotavirus está aconsejada en los lactantes siendo una acción muy importante para la prevención diarrea, finalmente se debe recomendar: alimentar con lactancia materna exclusiva los primeros seis meses de vida, evitar el uso de biberones, mejorar las prácticas de manipulación de los alimentos y desechar las excretas de manera apropiada (Gonzales, 2011).

Modelo teórico

Ramona Mercer con su teoría Adopción del Rol Maternal, propone la importancia que el profesional de Enfermería tenga en cuenta la relevancia del entorno familiar del niño, la comunidad, la escuela, iglesia etc. ya que para el desarrollo del niño es necesario la participación activa de todos los actores sociales. El cual es entendido como un proceso interactivo y evolutivo que se produce durante cierto periodo de tiempo, en el cual la madre involucra una transformación dinámica y una evolución de la persona como mujer, en comparación de lo que implica el logro del rol maternal se va sintiendo vinculada a su hijo, adquiere competencia en la realización de los cuidados asociados a su rol y experimenta

placer y gratificación dentro del mismo igualmente hay desplazamiento hacia el estado personal en el cual la madre experimenta una sensación de armonía, intimidad y competencia constituyendo el punto final de la adopción del rol maternal, es decir la identidad materna (Alvarado y otros 2011).

El proceso de transición para logra este vínculo entre la madre y el hijo se inicia en la gestación, el cual es continuo y fluctuante, la futura madre asume su responsabilidad y acepta esta posición , se generan comportamientos y responsabilidades propias de la mujer para luego conseguir un nuevo concepto e identidad de sí misma como madre (Moreno y otros, 2015)

El interés de la teoría de Mercer abarca mucho más que el concepto tradicional de madre tomando en cuenta factores como: edad, estado de salud, función de la familia, relación padre-madre y características del lactante, del mismo modo cabe resaltar el afecto y rol de la pareja para lograr el ansiado cuidado integral del binomio madre-hijo, asimismo este modelo de la adopción de Mercer se sitúa en los círculos concéntricos de Bronfenbrenner del microsistema, mesosistema y el macrosistema (Alvarado y otros 2011).

Metaparadigmas:

Gómez (2013) menciona que se involucran cuatro conceptos para darle forma y significado a la experiencia del cuidado en enfermería siendo los siguientes:

Persona: Se refiere al yo y al núcleo propio, menciona que el yo es independiente del rol que se ejecuta, en el caso de las madres, exteriorizan el yo desde el punto de vista binomio madre niño ello influenciado por el entorno.

Salud: Mercer hace referencia a la percepción de la madre y el padre poseen de su salud anterior, la preocupación, la respuesta hacia la enfermedad de uno mismo es decir el rechazo

al rol de enfermo, la salud lo consideran como un objetivo deseable tanto para sí mismos como para su niño.

Entorno: Hace referencia a Bronfenbrenner del entorno ecológico, el desarrollo de la persona no puede ser independiente del entorno, la persona es una persona adaptable a cualquier entorno.

Enfermería: “Ciencia que atraviesa por una adolescencia turbulenta a su madurez”.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

Se describe un caso clínico en un lactante con riesgo nutricional, mediante la utilización de metodología enfermera Proceso de Atención de Enfermería (PAE), con lenguaje NANDA, complementado con revisión de la bibliografía relacionada.

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

Lactante de 9 meses 29 días, de sexo femenino, 4to hijo de la tercera pareja de la madre vive con padre y madre y 3 hermanos mayores, no cuenta con ningún tipo de seguro.

Delimitación geográfica temporal

El área de estudio donde se tomó el caso fue en la Urbanización Alameda de Ate II Etapa, Distrito de Santa Anita, Provincia y Departamento de Lima, una parte de la valoración se realizó en visita domiciliaria casa de Material noble de un solo nivel, multifamiliar que pertenece al abuelo de la lactante, cuenta con servicios de agua y desagüe. Por otro lado, para la evaluación antropométrica y de desarrollo psicomotor se le cito a la madre con su hija a un hospital del estado, al servicio de crecimiento y desarrollo, en el distrito de Ate. El mencionado hospital consta de 3 pisos, el servicio donde se realizó la segunda parte de la valoración fue en crecimiento y desarrollo que se ubica en el tercer piso, trabajan tres enfermeras, cuenta con un ambiente donde funcionan 2 consultorios.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de entrevista personal y la observación; siendo que el caso de estudio fue tomado de manera directa previa a la intervención de enfermería se solicitó el consentimiento informado de la madre antes de ingresar a su casa, asimismo se utilizaron los formatos de valoración por patrones funcionales de M. Gordon y las técnicas de observación, inspección, auscultación, palpación, percusión.

Para la recolección de datos antropométricos se utilizaron los siguientes materiales, infantómetro, balanza, cinta métrica, y para la evaluación de EEDP la batería correspondiente.

Consideraciones éticas

Para este estudio se tuvo en cuenta el principio de autonomía que corresponde el derecho a la autodeterminación, responde a una moralidad basada en el respeto mutuo, y contempla la participación voluntaria en un estudio, luego de una información acabada que muestre verdaderamente las implicancias y eventuales riesgos a que pudiera someterse, (ver apéndice E), así mismo se tiene en cuenta la confidencialidad del sujeto y los datos serán utilizados solo con fines de investigación.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 7. *Cumplimiento de los 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 | 2 | 40 | 3 | 60 | | |

Análisis de los diagnósticos

Diagnóstico de enfermería: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales

En el Perú, la desnutrición crónica en niños menores de 5 años sigue siendo un problema latente, según la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2016, en la última década se han venido implementando estrategias y acciones a corto y largo plazo para erradicar la desnutrición, lo cual ha permitido disminuir la desnutrición crónica en 14 puntos porcentuales en el periodo 2007-2014, es así que Pally y Mejía (2012) refieren que se evidencia frecuentemente que los niños son víctimas de prácticas alimentarias inadecuadas, específicamente entre los 6 meses de edad cuando inicia su alimentación a parte de la leche

materna, estos alimentos que reciben no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa del desarrollo, agregado a ello el empleo temprano de fórmulas y la inadecuada práctica de higiene en la alimentación, la limitada disponibilidad en casa de los alimentos complementarios, todo ello obstaculiza el aporte necesario de nutrientes en esta etapa de mayor crecimiento y desarrollo.

Para mejorar estos aspectos Olaya y Borrero (2009), en sus estudios, recomiendan incluir dos porciones de alimentos de origen animal (carne de res, pollo o vísceras de res y pollo), al menos una en cada comida principal, la porción recomendada de 16 gr entre los 9 y 12 meses de edad es decir de 4 a más cucharas soperas, esta misma recomendación para las demás preparaciones, es así que MINSA (2017), recomienda en la alimentación de niños de 9 a 11 meses de edad servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas), reforzando este punto la Organización Mundial de la Salud (2006) refiere que la ganancia de peso en un niño de 7 a 12 meses de edad es de 700 a 800 gr por mes, en promedio 25 gr por día .

El problema de desnutrición crónica y anemia en menores de 5 años, tiene consecuencias en la salud del niño así como se demuestra en estudios en la que concluyen que la desnutrición trae consigo daños físicos, afecta de forma irreversible el desarrollo intelectual, agregado a ello trastornos del crecimiento, retrasos motores y cognitivos (así como del desarrollo del comportamiento), una menor inmunidad y por ende incremento de la morbimortalidad (Sobrino, Gutiérrez, Cunha, Dávila, y Alarcón-Villaverde, 2014).

Por otro lado, el problema de nutrición en el Perú es la alta incidencia de anemia, según el MINSA (2017), 6 de cada 10 niños tiene anemia, es así que comparando este problema con un país como Cuba, donde las deficiencias nutricionales específicas más estudiadas han sido las de hierro y vitaminas A y C. La carencia de micronutrientes como el hierro es la más frecuente, y por su extensión constituye un problema de salud de magnitud apreciable que

afecta, a un 50 % de lactantes (6-11 meses), 40-50 % de niños de 1 a 3 años. Se sabe que las causas de la falta de este micronutriente es el bajo, contenido de este mineral en la dieta diaria (Pally, y Mejía, 2012). La deficiencia de hierro se previene con una alimentación rica en hierro tal como se menciona en estudios, con la suplementación preventiva de este mineral así como una dieta rica en hierro hem que está presente en la carne, el pescado y las aves de corral, así como en los productos sanguíneos para ello es necesario mejorar los estilos de alimentación (Sarmiento y Selva, 2009).

Finalmente, Wisbaum (2011) indica que el origen de este problema de desnutrición tiene diversos orígenes, las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madre.

En el lactante del estudio, se evidencia que no gana peso en 47 días, el peso de 8 meses 12 días es de 8600gr, y a los 9 meses 29 días tiene el mismo peso, debió ganar 1175 gr, es decir, 25 gr por día, la madre refiere que come entre 2 a 3 cucharas soperas 2 veces al día cuando lo recomendado por Borrero (2009) es entre 4 a más cucharas soperas, 2 veces al día, de igual modo que en esta dieta diaria incluye de forma insuficiente alimentos ricos en hierro hemínico (carnes rojas), ya que a veces brinda carne de pollo o hígado de pollo, agregado a esto que no recibe suplementación preventiva de hierro a pesar de la indicación por parte del personal de salud, se sabe que los problemas de nutrición del niño inician con inadecuada ganancia de peso y talla y si esto no se corrige puede conllevar a una desnutrición crónica los mismo que pueden traer consecuencias como inadecuado crecimiento y desarrollo, poniendo énfasis en el desarrollo neuronal que es más veloz en los primeros 2 años de vida.

Diagnóstico de enfermería: Mantenimiento ineficaz de la salud

La enfermedad diarreica aguda es considerada aún como una de las principales causas de muerte en niños menores de 5 años y el Perú no es ajeno a este problema según ENDES (2016), esta enfermedad se puede prevenir, es así que se demuestran en estudios que los niños de 6 a 36 meses de edad con desnutrición crónica de los departamentos de Loreto y Pasco, presentaban condiciones deficientes de vida evidenciado por carencia de servicios básicos de agua potable e inadecuada potabilización de la misma, la mayoría de los hogares no consumían agua tratada realizaban tratamiento alguno al agua antes de su consumo, no tenían sistema un de deposición de excretas, ni disposición adecuada de residuos orgánicos y los pisos de la vivienda era de tierra o rustico (Oliveira, 2017). Asimismo, Aldas (2017) concluye que los padres y cuidadores no aplican las medidas higiénicas tanto en la manipulación de alimentos, lavado de manos, las enfermedades diarreicas en menores de 3 años siendo causa de una alta morbimortalidad, las causas son irrefutablemente las medidas antihigiénicas, y consecuentemente la prevención seria en mejorar las condiciones de práctica de higiene en los hogares.

Por otro lado, entre los agentes infecciosos que usualmente causan los episodios diarreicos el medio de transmisión es fecal oral, incluye además el consumo de alimentos o agua contaminada, la transmisión de persona a persona, así como el contacto directo con las heces contaminadas. Son las practicas o conductas inadecuadas de riesgo que permiten la transmisión de microorganismos patógenos como el no practicar el lavado de manos para preparar los alimentos, que los niños gateen en lugares contaminados, no lavarse las manos después de ir al baño etc (Machaca y Achalma, 2016).

Cabe resaltar el hecho de que al prevenir las enfermedades infecciosas se previene también la desnutrición ya estos 2 problemas tienen estrecha relación, las intervenciones incluyen

entre otras el lavado de manos la inmunizaciones, accesos a los servicios de saneamiento etc (Wisbaum, 2011).

En otro contexto se demuestra que la eficacia materna puede prevenir la diarrea infantil, está asociado a la edad de la madre, así como el ingreso económico, procedencia de agua consumida, tipo de sanitario, concluye que los profesionales de la salud deben implementar estrategias que mejoren las prácticas de higiene adecuadas para prevención de diarrea especialmente en la madre (Silva, 2013).

En el lactante del estudio se evidencia que presenta episodios de diarrea frecuentes, es así que en el último episodio de diarrea estuvo en observación por emergencia debido a la deshidratación que presentó. En la visita domiciliaria se observó mal estado de higiene en casa con presencia de cucarachas etc, asimismo estuvo en emergencia por deshidratación a causa de la diarrea, este problema conlleva como se dijo anteriormente a un riesgo de desnutrición, la práctica de medidas de higiene debe ser el compromiso de toda la familia enfatizando el lavado de manos en el momento de preparar y brindar los alimentos, de lo contrario es posible que el lactante siga presentando episodios de diarrea más adelante.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo

El MINSA (2017) refiere que el desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, prevenir daños acumulativos irreversibles en el desarrollo del niño, por ello un punto importante es el tema de estimulación temprana, s actualmente conocida como atención temprana según el enfoque de Desarrollo Infantil Temprano (DIT), Según Jiménez (2017), el fin de la atención temprana es desarrollar al máximo y a la vez potencializar las funciones cerebrales y por ende intelectuales del niño de 0 a 12 meses de edad mediante el juego libre y ejercicios repetitivos, este tipo de actividades ayuda al niño tanto en el plano intelectual, como en el físico, afectivo y social. La

madre tiene la tarea de acompañar a diario a su niño y ha de ser orientada por el personal de Enfermería para efectivizarlo de forma adecuada (Jiménez, 2017).

Asimismo, en este estudio de investigación concluye que los conocimientos que tienen los padres, particularmente las madres, sobre la estimulación o atención temprana en niños entre los 12 a 24 meses, es incorrecto, lo que va a repercutir negativamente en el desarrollo del niño, ya que al no tener este adecuado conocimiento no se aplica adecuadamente el acompañamiento en el hogar.(Jiménez, 2017), es así que reforzando este punto de vista. Cerna (2015), en su estudio refiere que el desarrollo del infante demanda de muchos actores siendo muy importante la madre y la familia, las madres juegan un rol y una responsabilidad total sobre sus hijos desde la gestación y en todo el proceso de crecimiento mediante la crianza, acompañando en su desarrollo integral hasta que finalmente alcancen un desarrollo psicomotriz adecuado para su edad. En este contexto es importante considerar el acompañamiento en atención temprana el mejor regalo que puede dárseles después de haber llenado sus necesidades físicas y afectivas (Cerna, 2015).

Por otro lado, Campo y otros (2010) indican que la estimulación del niño constituye un proceso importante para el desarrollo del niño en las dimensiones biológica, psicológica y social. El niño va creciendo y va desarrollando progresivamente sus capacidades, para ello es necesario mantenerlos en constante interacción y acompañar a potencializar su desarrollo más adelante el resultado será una adecuada adaptación a situaciones que deberá enfrentar.

Asimismo, numerosas investigaciones han demostrado que los niños no estimulados tienen menores rendimientos escolares en comparación a aquellos que han recibido una adecuada estimulación es así que se ha evidenciado datos alarmantes que demuestran la falta de práctica de esta actividad en la infancia, lo que puede conllevar un retraso en cualquiera de las áreas (Campo, Mercado, Sánchez, y Roberti, 2010), Asimismo según Cayo (2013), en su estudio de investigación, concluye que los factores sociales favorables en el desarrollo psicomotor del

niño son el grado de instrucción de la madre, la composición familiar (nuclear), la ocupación de la madre, control de salud y el gasto para las necesidades y los factores culturales favorables en el desarrollo psicomotor del niño son las costumbres y el conocimiento de la madre acerca de la importancia del crecimiento y desarrollo (Cayo, 2013).

El lactante en la evaluación del EEDP, según el perfil resultó en riesgo de desarrollo en el área social y lenguaje, al indicarle a la madre sobre esto, demostró indiferencia e indica que va desarrollarse normal al igual que sus otros hijos a los cuales tampoco llevó a sesiones de estimulación temprana, es importante dar la importancia del caso al acompañamiento en el desarrollo infantil, como lo demuestran los estudios siendo un actor principal la familia, y dentro de ella la madre, ya que las actividades de acompañamiento ayudan al niño en el desarrollo de todas las áreas, el mismo que contribuye más adelante en la disminución de riesgos en el desarrollo y/o identificación precoz de algunas alteraciones para una intervención oportuna, y así lograr un desenvolvimiento normal del niño.

Diagnóstico de enfermería: Riesgo de caídas

Los accidentes en la infancia se dan a diario, más si no se tiene un adecuado cuidado en los infantes, en estudios demuestran que los accidentes vienen a ser un problema de salud pública, desde el primer año de vida incluso hasta la edad adulta, niños menores de 2 años tienden a padecerlos, pero existen numerosos factores conocidos, los mismos que al conocerlos conllevaría a prevenir estos accidentes de esta forma disminuir la frecuencia, no obstante tener en cuenta que padres y cuidadores cumplen una tarea muy importante (Fonseca, Díaz, y Roché, 2010).

Es así que en el estudio se han demostrado que los andadores infantiles constituyen un factor de riesgo para la existencia de accidentes infantiles, en ese sentido es importante poner en práctica medidas de prevención y los padres deben tomar conciencia de los riesgos a los que exponen a sus hijos a utilizar este dispositivo (Jiménez, 2017).

Por otro lado, se encontró una prevalencia de accidentes de 7 de cada 10 niños sufren accidentes siendo las caídas las más comunes, a mayor práctica de medidas preventivas disminuyen los accidentes (Medina-Gómez y Medina-Gómez, 2015)

Asimismo, en otro estudio llegan a la conclusión de que los andadores son responsables de diversas lesiones. La mayoría de las lesiones graves relacionadas con su uso se deben a caídas por las escaleras. Otros mecanismos de lesión son vuelcos o desplomes, atrapamiento de dedos y acceso a peligros como las puertas del horno, objetos calientes o pesados y sustancias tóxicas. Las heridas que se asocian con el uso de andador incluyen traumatismos craneoencefálicos, fracturas, quemaduras, lesiones dentales, laceraciones e intoxicaciones (Esparza, 2009).

Por otro lado, en un estudio demuestran que las principales causas del traumatismo craneoencefálico en niños (TEC) fueron las caídas (80,1%), y los accidentes de tránsito (10,4%). El 42,4% ocurrieron durante horas de la tarde. Hubo mayor frecuencia de accidentes en el hogar (59,2%), concluyendo que las caídas en el hogar fueron la causa principal de TEC (Guillen, Zea, Guillen, Situ, Reynoso, Milla, Bravo y Espinoza, 2011).

En el lactante en estudio, la madre refiere que su hija tuvo varias caídas de la cama, manifiesta que por su edad son normales las caídas, asimismo se evidencia el uso de andador que contribuye a incrementar el riesgo de caídas, siendo un peligro latente para la salud del niño ya que en el espacio reducido del ambiente donde vive estando expuesto a otro tipo de accidentes, por riesgo de complicaciones potenciales en la salud del niño.

Diagnóstico de enfermería: Desempeño ineficaz del rol

Es importante realizar prevención en salud mental de los padres y cuidadores de problemáticas como el estrés y la depresión, que eventualmente te pueden afectar de manera

negativa las pautas de crianza y generar agresividad, rechazo entre otros que conllevan a consecuencias en el desarrollo emocional y social de sus hijos durante la infancia.

La sensibilización a los padres y cuidadores sobre su rol y su responsabilidad en la optimización del desarrollo, las habilidades sociales y emocionales en la infancia y la influencia de los modelos en la familia para el desarrollo de competencias sociales, es trascendental para facilitar la autorregulación emocional o para generar conductas psicosociales en la infancia (Cuervo, 2009).

Se evidencia en estudios que los conflictos entre los padres afectan por igual a hijos e hijas. Afectan más a los adolescentes que a los más pequeños cuando los perciben los hijos. Sin embargo, afectan a todos los grupos cuando es la madre la que los percibe (Justicia y Cantón 2011).

El lactante en estudio es la cuarta hija de del tercer compromiso, en casa la madre refiere que hay conflictos con el padre de la niña todo ello por inconvenientes en el cuidado de la niña, ya que conviven con el hijo de 10 años, a veces discuten delante de los hijos lo que le preocupa a la madre y ello hace que se descuide de su hija, en estudios demuestran que los conflictos en el hogar pueden generar consecuencias negativas en el desarrollo emocional del niño por lo que es importante un ambiente de armonía en el hogar.

Discusión

- El objetivo del primer diagnóstico (lactante presentará equilibrio nutricional, con ayuda de la madre en 2 meses): Fue alcanzado parcialmente por que la madre tiene poco compromiso con la nutrición de su hija a pesar de las orientaciones y consejería, todo depende de cuan comprometida este la madre con su hija, a pesar de las sesión demostrativa dada y que el profesional puede brindar información pertinente pero quien esta día a día con el niño es su madre, por otro lado hubo limitaciones para un

seguimiento oportuno, ya que no se contaba a disposición con un consultorio de CRED.

Al respecto Mejía (2012) refiere que se evidencia frecuentemente que los niños son víctimas de prácticas alimentarias inadecuadas, específicamente entre los 6 meses de edad cuando inicia su alimentación a parte de la leche materna, estos alimentos que reciben no satisfacen los requerimientos nutricionales en esta etapa del desarrollo, agregado a ello la limitada disponibilidad en casa de los alimentos complementarios.

- El objetivo del segundo diagnóstico (paciente evidenciara un mantenimiento eficaz de la salud con ayuda de la madre sin enfermedades diarreicas en los próximos meses): Se alcanzó el objetivo gracias a la mejora en las prácticas de higiene de la madre y el resto de la familia si como Aldas (2017). Se concluye que los padres y cuidadores que no aplican las medidas higiénicas tanto en la manipulación de alimentos, lavado de manos, tendrán mayor riesgo de presentar enfermedades diarreicas, en consecuencia la prevención seria en mejorar las condiciones de práctica de higiene en los hogares, sin embargo este es un problema latente y las prácticas de higiene deben ser permanentes para prevenir posteriores episodios de diarrea.
- El objetivo del tercer diagnóstico (paciente presentara desarrollo psicomotor normal en todas las áreas, en el próximo control CRED): Este objetivo es alcanzado parcialmente, ya que se evidencio interés en la madre en un inicio, pero solo asistió a un taller de atención temprana, por factores de tiempo, interés por el desarrollo de su hija, ya que en el desarrollo del niño influye mucho el entorno donde se desarrolla, al respecto Cerna (2015), en su estudio refiere que el desarrollo del infante demanda de muchos actores siendo muy importante la madre y la familia, las madres juegan un rol y una responsabilidad total sobre sus hijos desde la gestación y en todo el proceso de crecimiento mediante la crianza, acompañando en su desarrollo integral hasta que finalmente alcancen un desarrollo psicomotriz adecuado para su edad, es así que el

profesional de enfermería puede orientar pero quien interactúa diariamente con el niño es la familia especialmente la madre.

- El objetivo del cuarto diagnóstico (lactante disminuirá riesgo de caídas con ayuda de la madre): Fue alcanzado, gracias a la toma de conciencia de la madre frente a los riesgos que se le indicaron durante la consulta y visita domiciliaria, por otro lado el mejoramiento de los espacios, la no utilización del andador y la vigilancia permanente del niño en casa favorecieron en la disminución de las caídas y accidentes en casa. Al respecto Fonseca (2010) dice que los padres y la familia cumplen un rol importante en la prevención de estos accidentes en casa, de esta forma disminuir la frecuencia, teniendo en cuenta que la mayor parte de accidentes de los infantes se da en el hogar.
- El objetivo del quinto diagnóstico (Desempeño eficaz del rol con ayuda de la pareja): Fue parcialmente logrado, ya que los padres comprenden la importancia de no exponer sus problemas personales delante de los hijos y dialogar, para ello fue necesario la intervención del profesional de enfermería y dar a conocer las implicancias de los conflictos en la salud mental del niño para el futuro, al respecto se evidencia en estudios que los conflictos entre los padres afectan por igual a hijos e hijas, sin importar la edad cuando los perciben los hijos. Sin embargo, afectan a todos los grupos cuando es la madre la que los percibe (Justicia y Cantón 2011), asimismo sería importante la participación del profesional de psicología para una intervención interdisciplinaria. Las enfermeras estamos en la capacidad desde nuestra competencia ayudar a dar solución a este tipo de problemas de salud, en su mayoría prevenibles con la participación de la familia y el equipo interdisciplinario si así lo requiere el caso.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

- Se logra desarrollar los 5 pasos del proceso de atención de enfermería, iniciando con la valoración por patrones funcionales de M. Gordon, posteriormente se realizó diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.
- De los 5 objetivos propuestos, se alcanzaron 2 objetivos y tres de ellos fueron parcialmente alcanzados.
- Se observa la mejora en el estado de salud del niño, especialmente en la prevención caídas y enfermedades diarreicas con participación de la madre.
- Finalmente se concluye que la participación de madre y/o cuidador es imprescindible para la solución de problemas del lactante ya que este es totalmente dependiente.

Recomendaciones

Al establecimiento de salud

- Es necesario que los niños menores de 5 años cuenten con algún tipo de seguro de salud, para poder realizar un seguimiento, ya que los que no cuentan con seguro van solamente por las vacunas al establecimiento de salud y no le dan la debida importancia al control de crecimiento y desarrollo.
- Trabajar multisectorialmente en favor de la niñez
- Realizar proyección comunitaria por parte del Establecimiento de salud

Al personal de enfermería

- Identificarse con la primera infancia, no solo viendo al niño como un objeto para lograr indicadores y metas sino como un sujeto de acción y reacción.
- Efectivizar periódicamente los talleres de alimentación complementaria y lavado de manos a las madres de familia.
- Realización de talleres de atención temprana periódicamente en el establecimiento donde se atiende la lactante.

- Efectivizar las visitas domiciliarias de seguimiento

A la Universidad Peruana Unión

Continuar con esta iniciativa de formar especialistas en el cuidado integral infantil con enfoque de promoción y prevención.

Que la aplicación de proceso de enfermería sea enfocada desde el punto de vista preventivo promocional con docentes expertos en el área.

Referencia Bibliográfica

- Aldas. (2017). *Estrategia para la prevención de enfermedades diarreicas agudas en menores de 3 años en el Hospital del Instituto del Seguridad Social de la Ciudad de Ambato en el Periodo Septiembre 2015-Febrero 2016*. Universidad Regional Autónoma de los Andes Uniandes.
- Alva, M. del P. M., Kahn, I. C., Huerta, P. M., Sánchez, J. L., Calixto, J. M., y Sánchez, S. M. V. (2015). Neurodesarrollo infantil: características normales y signos de alarma en el niño menor de cinco años. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(3), 565-573. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2015.323.1693>
- Alvarado, L., Guarín, L., y Cañon-Montañez, W. (2011). Adopción del rol maternal de la teórica Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo: reporte de caso en la unidad materno infantil. *Revista Cuidarte*, 2(1), 195-201. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v2i1.57>
- Aveiga. (n.d.). *Prevalencia y factores de riesgo de desnutrición en niños escolares del cantón Balao. Provincia del Guayas. Año lectivo 2011-2012*. Universidad de Guayaquil.
- Barreiro, M., y Domínguez, J. E. (2004). Tratamiento de la diarrea. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* (9). [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(04\)70013-2](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(04)70013-2)
- Bazabe, M., Blanco, G., Wildt, D., y López, B. (2009). Perfil de la diarrea aguda en niños hospitalizados de Santa Bárbara, *Revista de Medicina de Honduras*, 77(3), 107–109.
- Cabrera, D. A., Maldonado, M. A., Rojas, T., y Grajales, C. (2013). Enfermedad diarreica aguda en niños menores de cinco años de edad: aportaciones de los núcleos trazadores de vigilancia epidemiológica 2012-2013. *Arch Inv Mat Inf*, V(3), 118–125.

- Campo, L., Mercado, L., Sánchez, L., y Roberti, C. (2010). Importancia de la estimulación de las aptitudes básicas del aprendizaje desde la perspectiva del desarrollo infantil. *Psicogente*, 13(24), 397–411. Retrieved from <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/psicogente/index.php/psicogente/article/viewFile/241/230>
- Saballos, K., y Solis, O. (2016). *Etiología de la diarrea aguda en niños menores de 5 años atendidos en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera, en el período de enero a febrero 2015* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional de Nicaragua.
- Cayo Yanarico, C. A. (2013). Factores Socioculturales De Las Madres Y El Grado De Desarrollo Psicomotor Del Niño De 1 a 6 Meses Del Hospital De Emergencias Grau Nivel III. *Essalud* Abril 2013. UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. Retrieved from http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/355/1/Yanarico_ac.pdf
- Torres, M., Fonseca, C., Díaz, M., Del Campo, O., y Roché, R. (2010). Accidentes en la infancia: una problemática actual en pediatría. *Medisan*, 14(3), 0–0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000300013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
- Cerna, V. V. (2015). La estimulación temprana en el desarrollo infantil de los niños y niñas del primer ciclo de educación inicial. In *Crescendo. Educación y Humanidades*, 8, 184–190. Retrieved from <http://revistas.uladech.edu.pe/index.php/increscendo-educacion/article/view/1070>
- Cuervo, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 6, 111–121. <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2010.0001.08>
- Galvis-López, M. A., y Pérez-Giraldo, B. (2011). Perspectiva espiritual de la mujer con

- cáncer. *Aquichan*, 11(3), 256–273. <https://doi.org/10.5294/aqui.2011.11.3.2>
- Rodríguez, G., y Ortiz, O. (2013). *Intervención de enfermería en la prevención de la desnutrición a menores de 5 años en las unidades de salud, Matagalpa, 2012* (tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua.
- Gómez, M., y Rodríguez, B. (2013). Situación de enfermería como herramienta para enseñar el proceso de atención de enfermería. *Revista Cuidarte*, (la mala preparación de los estudiantes de enfermería), 544–549. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v5i1.105>
- Gómez, F. (2016). Desnutrición. *Boletín Médico Del Hospital Infantil de México*, 73(5), 297-301. <https://doi.org/10.1016/j.bmhmx.2016.07.002>
- Gonzales S, C., Bada M, C., Rojas G, R., Bernaola A, G., y Chávez B, C. (2011). Guía de práctica clínica sobre el diagnóstico y tratamiento de la diarrea aguda infecciosa en pediatría Perú -2011. *Revista de Gastroenterología*, 31(3), 258–277.
- González, I., & Lorenzo, A. (2012). Propuesta teórica acerca del estrés familiar. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 15(2), 416–432.
- Gonzales, P. (2011). *Enfermería de la infancia la adolescencia*. Madrid, España: Editorial Universitaria Ramon Areces
- Guillen, D. Zea, A. Guillen D. Situ, M. Reynoso, C. Milla, L. Bravo, E. Espinoza, I. M. M. (2011). Traumatismo encefalocraneano en niños atendidos en un hospital nacional de Lima, Peru 2004-2011. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 630–634. Retrieved from file:///C:/Users/US/Desktop/244-245-1-PB.pdf
- Huiracocha, L., Robalino, G., Huiracocha, M. S., García, J. L., Pazán, C. G., y Angulo, A. (2012). Retrasos del desarrollo psicomotriz en niños y niñas urbanos de 0 a 5 años: Estudio de caso en la zona urbana de Cuenca, Ecuador. *Revista Semestral De Diuc*, 3(1), 28. Retrieved from

<http://www.ucuenca.edu.ec/ojs/index.php/maskana/article/viewFile/391/333>

- Jiménez, A., Rubio, E., Marañón, R., Arias, V., Frontado L. A., Soriano, M., y Lorente, J. (2017). Epidemiología y factores de riesgo de las lesiones por caídas en niños menores de un año. *Anales de Pediatría*, 86(6), 337–343.
<https://doi.org/10.1016/J.ANPEDI.2015.12.004>
- Juárez, A., y Hernández, E. (2010). Intervenciones de enfermería en la salud en el trabajo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 18(1), 23–29. Retrieved from
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2010/eim101e.pdf>
- Llano, E. C. (2017). Proceso del cuidado en enfermería aplicado a niño de 2 años con desnutrición atendida en el consultorio de CRED del PSI-1 alto Ayrihuas.
- Machaca-Achalma, M. (2016). Representaciones sociales sobre las enfermedades diarreicas en madres de niños menores de 5 años que acuden a un centro de salud de Villa María del Triunfo. Universidad Mayor de San Marcos.
- Marchesin, D. (2016). Malnutrizione infantile: un'esperienza di intervento infermieristico in contesto urbano e rurale in Kenia. Università degli studi di Padova Facoltà.
- Martinez, Á. C. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas En Psicología*, 6, 111–121. <https://doi.org/10.15332/s17949998.2010.0001.08>
- Marriner, A y Raile, M. (2008). Modelos y teorías en enfermería. Madrid, España 6ª edición: Editorial. Elseiver
- Medina-Gómez, O. S., & Medina-Gómez, O. S. (2015). Prevalencia de accidentes en el hogar en niños y factores de riesgo asociados. *Enfermería Universitaria*, 12(3), 116–121.
<https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.07.006>

- Ministerio de Salud (2010). Documento Técnico Consejería Nutricional. Consejería Nutricional. Lima, Perú. Retrieved from <http://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/otrpubs/pdf/Consejeria.nutricional.pdf>
- Ministerio de Salud (2017), Norma Técnica 537 de Crecimiento y desarrollo en niñas y niños menores de 5 años.
- Ministerio de Salud (2012). Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población Materno infantil, nro 958.
- Ministerio de Salud (2017), Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de anemia en niños, adolescentes gestantes y puerperas, (250).
- Ministerio de Salud. (2012). Directiva sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú, RM 773.
- Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2018). Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años.
- MJ. Esparza Olcina y otros. (2009). Prevención de lesiones infantiles por accidentes. *Revista Española de Pediatría de Atención Primaria*, 11(44), 657–666.
- Moreno, C. M., Mesa, N. P., Pérez, Z., y Vargas, D. P. (2015). Become a Mother During Adolescence: Activation of the Maternal Role During Prenatal Control. *Revista Cuidarte*, 6(2), 1041–1053. <https://doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.162>
- Nursing Diagnoses Associations (NANDA). Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. Elsevier 2015-2017.
- Olaya, G., y Borrero, M. L. (2009). Propuesta para la formulación de pautas para la alimentación complementario del niño lactante de 6 a 12 meses. *Perspectivas en Nutrición Humana*, 11(2), 139–151. Retrieved from

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0124-41082009000200002

Oliveira, R. K. L. de, Oliveira, B. S. B. de, Bezerra, J. C., Silva, M. J. N. da, Melo, F. M. de S., Joventino, E. S., ... Joventino, E. S. (2017). Influence of socio-economic conditions and maternal knowledge in self-effectiveness for prevention of childhood diarrhea. *Escola Anna Nery*, 21(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2016-0361>

Pally, E., y Mejía, H. (2012). Factores de riesgo para desnutrición aguda grave en niños menores de cinco años. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 51(2), 90–96. Retrieved from http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752012000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Palomino, D. G. (2014). Cuidado de enfermería en niño con diarrea aguda en el servicio de pediatría del Hospital Rezola, Cañete. Agosto. Universidad nacional de San Agustín de Arequipa. Retrieved from file:///C:/Users/Clorinda/Pictures/descargas

Perez, M. (2016). Prevalencia de trauma encefalo-craneal en niños de 0 a 5 años y factores asociados, en el servicio de emergencia pediátrica del HVCM Febrero - Julio 2014. Universidad de Cuenca. Retrieved from <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/24935/1/TESIS.pdf>

Quichua, K. P. (2017). Nivel de conocimientos de los padres sobre los nutrientes que favorecen el desarrollo cognitivo en niños, aldeas infantiles SOS Zárate – San Juan de Lurigancho – 2017. Universidad César Vallejo.

Ravasco, P., Anderson, H., y Mardones, F. (2010). Nutrición hospitalaria: organo oficial de la Sociedad Española de Nutrición Parenteral y Enteral. *Nutrición Hospitalaria* (25). Jarpyo Editores. Retrieved from http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

- Salazar, V. C. (2017). Desarrollo infantil en niños del nivel medio menor, pertenecientes al centro de Estimulación Temprana Play School, de la comuna San Pedro de la Paz. Universidad Andrés Bello. Retrieved from <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/5754>
- Serra, M. (2017). El trastorno específico del lenguaje. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 37(1), 50–51. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2017.01.002>
- Silva-Joventino, E., De Castro-Bezerra, K., Gomes-Coutinho, R., De Almeida, P., Oliveira, M., y Barbosa-Ximenes, L. (2013). Condições sociodemográficas e sanitárias na auto-eficácia materna para prevenção da diarreia infantil. *Revista Salud Pública*, 15(4), 542-554. Retrieved from http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&%5Cnrm=iso&%5Cnln g=pt&%5Cntlng=pt&%5Cnpid=S0124-00642013000400005%5Cnhttp://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&
- Sobrino, M., Gutiérrez, C., Cunha, A. J., Dávila, M., y Alarcón-Villaverde, J. (2014). Desnutrición infantil en menores de cinco años en Perú: tendencias y factores determinantes. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 35(2), 104–112. Retrieved from <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10649061#>
- Suárez, N., y García, C. B. (2017). Implicaciones de la desnutrición en el desarrollo psicomotor de los menores de cinco años. *Revista Chilena de Nutrición*, 44(2), 125–130. <https://doi.org/10.4067/S0717-75182017000200002>
- Tácanan, S. F. (2013). Estudio comparativo de conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad diarreica aguda en madres de niños menores de cinco años del c.s. ciudad nueva y c.s. san francisco, 2011. Jorge Basadre Groman.
- Torres, A., y Cervera, Á. (2017). Prevencion de accidentes por andador en la infancia, una

revisión de la literatura. *Revista Científica de Enfermería*, 13, 5–23.

Vericat, A., y Orden, A. B. (2010). Herramientas de screening del desarrollo psicomotor en Latinoamérica. *Revista Chilena de Pediatría*, 81(5), 391-401.

<https://doi.org/10.4067/S0370-41062010000500002>

Wisbaum, W., Colaborado, H., Barbero, B., Allí, D., Arias, M., Benlloch, I., y Lezama, T. (2011). Desnutrición infantil: causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. *Unicef*, 1(271), 21. Retrieved from

<https://old.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

Y, Justicia Galiano, Jose; Cantón Duarte, J. (2011). Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijos. *Psicothelma*, 23(1), pp, 20-25.

Yalda, A. (2014). Etiología y manejo de la gastroenteritis aguda infecciosa en niños y adultos. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 25(3), 463–472. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(14\)70063-X](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(14)70063-X)

Yusimy, S. G., y Selva Capdesuñer, A. (2009). Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica. *Meisan*, 13(6), 0–0. Retrieved from http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600014&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

Anexos

Apéndice A: Formato de valoración de enfermería

| DATOS GENERALES | |
|--------------------------|---|
| Nombre del Paciente: | MIC L |
| Fecha de Nacimiento: | 23/3/17 |
| Edad cronológica: | 9m 29d |
| Sexo: | F <input checked="" type="checkbox"/> M () |
| Historia Clínica: | ..... |
| DNI N°: | ..... |
| Teléfono: | 959..... |
| Fecha de Valoración: | 22/01/2018 |
| Procedencia: | Admisión () Otros: |
| Peso: | 8.6 |
| Talla: | 71.2 |
| Perimetro Cefálico: | 44.8 |
| IMC: | ..... |
| P/A: | ..... |
| FC: | 105 x min |
| FR: | 30 x min |
| T°: | 36.8°C |
| Motivo de consulta: | ..... |
| Diagnósticos Médico: | ..... |
| Exámenes de Laboratorio: | ..... |
| Hemoglobina: | ..... |
| Fecha de Resultado: | ..... |
| Parasitos: | ..... |
| Fecha de Resultado: | ..... |
| Graham: | ..... |
| Fecha de Resultado: | ..... |
| informante: | Madre: |
| Padre: | ..... |
| Familiares: | ..... |
| Otros: | ..... |
| Persona Responsable: | Madre (A.L.) |
| Dirección: | U.b. Alameda de A.T. |
| Agua conectado a Red: | si <input checked="" type="checkbox"/> no () |
| desagüe conectado a red: | si <input checked="" type="checkbox"/> no () |
| Casa: | Vive en la casa del Abuelo (Papa de la madre) |

| | |
|--|--|
| PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD | Edema: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> + () ++ () +++ () Especificar Zona: |
| Antecedentes Madre: - EDAD: 31 años. Grado de Instrucción: 3° Sec. Ocupación: Recicladora, casa Antecedentes: si () no <input checked="" type="checkbox"/> - DM..... HIV..... HEPATITIS..... TBC..... Otros:..... - Alergias: No especificar:..... Enfermedades hereditarias () Adquiridas () Especificar: NO presenta ninguna enfermedad. - Medicamentos que consume: No <input checked="" type="checkbox"/> Si () especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No <input checked="" type="checkbox"/> Si () especificar:..... - N° de gestación: 5. Periodo Intergenésico: después de 7 años. años Nro de hijos vivos: 4..... - Control prenatal: No () Si <input checked="" type="checkbox"/> N° 9. Grupo O y factor: RH... Positivo - Problemas en la gestación: gestitis - nauseas - Problemas en el parto: No - Problemas en el Puerperio: No - Recibió medicinas en la gestación. Si <input checked="" type="checkbox"/> no () Especificar: Sulfato ferroso. - Tuvo anemia en la Gestación: si <input checked="" type="checkbox"/> no () - Especificar: 10.9... hasta el 5.º hno Control | Comentarios: |
| | Fontanelas: Normotensa <input checked="" type="checkbox"/> Abombada () Deprimida () Cabello: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Rojizo () Amarillo () Ralo () Quebradizo () Mucosas Orales: Intacta <input checked="" type="checkbox"/> Lesiones () Observaciones: |
| | Malignformación Oral: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> Especificar: |
| | Dificultad para Deglutir: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> Especificar: |
| | PATRON VALORES-CREENCIAS |
| | Religión que practica: Católica Bautizado en su Religión: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> Restricción Religiosa: No Religión de los Padres: Católico <input checked="" type="checkbox"/> Evangélico () Adventista () Otros: |
| | Observaciones: |
| | Necesidades espirituales: |

- Vacunas tétano completas: si (X) no ()

Padre:

- EDAD: 41 años Grado de Instrucción: 3^{ra} Secundaria
- Ocupación: Llanteo, 2, reen caucho
- Antecedentes de Enfermedades:
- DM: HIV HEPATITIS TBC
- Otros:
- Alergias: No especificar:
- Medicamentos que consume: No (X) Si () especificar:
- Consumo de sustancias tóxicas: No (X) Si () especificar:

NIÑO

- Apgar: 1: 9 5: 9 EG: 39 Semanas
- Parto Eutócico () Parto Distócico (X)
Si es parto distócico especificar... Cesárea
- Sufrimiento fetal: No (X) Si ()
- Peso al Nacer: 2920g Talla al Nacer: 48cm PC: 34cm
- Alergias: N.C.
- Patologías de RN: N.O.
- Otras patologías en la infancia: Infecciones Respiratorias
- Infecciones diarreicas: (S:) 2 veces
- Hospitalizaciones: Nace... 1 semana estuvo en observación x EDA
- Alteraciones congénitas: Polidactilia en pie derecho
- Estado vacunal completo para la edad Si (X) no ()
- Controles CRED Completo () Incompleto (X)
Lo controla... debo tener 9
- Recibe suplementación de Hierro No (X) Si ()
- N de dotación de micronutrientes:
- N de frasco de Sulfato Ferroso: No recibe
- Otro suplemento de Hierro (especifique):
- Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No (X)
Especifique:
- Estado de higiene: Bueno () Regular (X) Malo ()
- Control de Agudeza Visual: OD: ___ OI: ___
AO: ___ No aplica: (X)
- Tamizaje Pie Plano: SI () NO () No aplica: (X)
- Test del Desarrollo: EEDP (X) TEPSI () TAP ()
- Resultado: 87 -> Normal
- Perfil: Riesgo Area Social y Lengua
- Sesión de Estimulación Temprana: SI () NO (X)
- N° de sesiones:

PATRON RELACIONES-ROL

Ocupación de la madre: Recidadora - ama de casa
Ocupación del padre: Llanteo

Uso de métodos no tradicionales en el cuidado: Si ()

pasa huevo, llevar a la curandera

PATRON AUTO PERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

Reactividad: Activo (X) Hipo activo () Hiperactivo ()
Estado Emocional niño: Tranquilo () Ansioso () Irritable ()
Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo (X)
Agresivo ()

Llanto Persistente: Si () No (X)

Comentarios:

Percepción de sí mismo:

Reconoce su sexo: Si () No () No aplica (X)

Demuestra felicidad a lado de la madre Si (X) No ()

Estado Emocional madre y/o cuidador: Tranquilo () Ansioso () Irritable () Negativo () Indiferente (X)
Temeroso ()

Intranquilo () Agresivo ()

Reacción de la madre: preocupación () Indiferente (X) temor () Tristeza ()

Cuidado del niño: adecuado (X) inadecuado ()

Preocupación principal de los padres:

Comentarios: La ganancia de peso

PATRON DESCANSO-SUEÑO

Sueño: N° de horas de Sueño: Día 6 Noche 6

Alteraciones en el Sueño: Si () No (X)

Especifique:

Motivo:

Problemas para conciliar el sueño: si () no (X)

Enuresis: Si () No () NO Aplica (X)

Comentarios:

Actividad Respiratoria: Respiración: FR: 30 p.p. minuto

Cuidador del niño: Madre, A veces hermanos
 En el cuidado del niño se observa
 Efectiva () Inefectiva ()
 Desinterés Negligencia () desconocimiento ()
 Cansancio ()
 Especificar: Desinterés en el desarrollo
 Actitud de la madre. Trato Brusco () Tono de alta voz ()
 Actitud agresiva () déficit afectiva ()
 Nro de horas separadas de su hijo por la madre: -----
Relaciones Familiares: Buena () Mala () Conflictos
 Especificar: Entre padres
 Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si No ()
 El padre participa en el cuidado del niño: Si No ()
 Familia Nuclear: Si () No Especificar: reconstituida
 Padres Separados: Si () No
 Violencia intrafamiliar: NO
 Problema de Alcoholismo: Si () No
 Problemas de Drogadicción: Si () No
 Pandillaje: Si () No Otros: -----
 Especifique: -----
 Comentarios: Madre tuvo hijos en 3 parejas
 Asiste a los controles programados: Si () No

PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO

Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto
 Somnoliento () Irritable ()
 Comentarios: -----
Pupilas: Isocóricas Anisocóricas () Reactivas ()
 No Reactivas () Fotoreactivas Mióticas ()
 Midriáticas ()
 Comentarios: -----
Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()
 Otros: ----- Especifique: Ninguno
 Comentarios: -----
 Reflejos presentes según edad: Si No ()
 Especificar: deglución
 Desarrollo Psicomotor: EEDP TEPSI () TAP ()
 Resultado:
 - Área lenguaje: Riesgo
 - Área motora: Normal
 - Área Coordinación: Normal

PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO

Actividad Respiratoria: 30 psp x'
 Amplitud: Superficial () Profunda Disnea ()
 Tiraje () Aleteo nasal () Apnea ()
 Tos y secreciones: Si () No
Secreciones: Si () No Características: -----
Ruidos Respiratorios: CPD () CPI () ACP ()
 Claros () Roncantes () Sibilantes () Crepitantes ()
 Otros: -----
Actividad Circulatoria:
 Pulso: Regular Irregular ()
 FC / Pulso: 105 x' PA: -----
 Riesgo periférico: cianosis distal..... Frialdad distal.....
Aparatos de Ayuda: -----
Fuerza/tono Muscular: Conservada Disminuida ()
Movilidad de Miembros:
 Contracturas () Flacidez () Parálisis ()
 Comentarios: -----
Maniobra Ortolani: positivo () Negativo
Barlow: positivo () Negativo
Evaluación de miembros inferiores
Movilidad: conservada Limitada: ()
 Especifique -----
 Alteración de miembros inferiores si () no
 Especificar -----
 Tuvo caídas: Si. Frecuente mete de la cama
 Nivel general de actividad del niño: muy activo
 regular () sedentario ()
 Usa Andador Si No ()

PATRÓN ELIMINACIÓN

Intestinal:
 Nº Deposiciones/Día: 2 veces
 Características: Pastosas
 Color: Ambar _____ Consistencia: _____
 Comentarios: -----

Área Social : Riesgo

PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

Peso: 8600^{gr} Talla: 71.2cm PC: 44.8cm

Estado nutricional: Riesgo Nutricional en peso y talla

Ganancia de peso: Inadecuada

Inicio de alimentación complementaria: 5 meses

Apetito: Normal () Inapetente Anorexia ()
Bulimia () Disminuido ()

Dificultad para Deglutir: Si () No

Nausea () Vómitos ()

Especificar: _____

Alimentación: LME () LMM () LMA ()

Succión adecuada () Inadecuada ()

Fórmula () Tipo de Fórmula

Motivo del uso de Fórmula: _____

Alimentación

Presencia de leche en los senos maternos si No ()

Motivo: _____

Alimentación complementaria si No ()

Características y consistencia: papilla

Nro de veces que da de comer en el día: 2 veces

Cantidad de alimento que come en cada comida: 2 u.

3 cucharas

Le da alimentos ricos en hierro: a veces (hígado de pollo)

Frutas si No () nro: _____

Lactancia después de los 6 meses si No ()

Alimentos que le disgustan: _____

Piel: Normal () Pálida Cianótica () Ictérica ()

Fría () Tibia () Caliente ()

Observaciones: _____

Dentición: completa Ausente Incompleta.....

Termorregulación: Temperatura: 36.8°c

Hipertermia () Normotermia Hipotermia ()

Coloración: Normal () Cianótica () Ictérica () Fría ()

Rosada () Pálida Tibia () Caliente ()

Observación: _____

Hidratación: Hidratado Deshidratado ()

Observación: _____

Estreñimiento si () No

Con que frecuencia se estríñe: _____

Vesical:

Micción Espontánea: Si No ()

Características: _____

Control de esfínteres si () no

PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN

Genitales De acuerdo a la edad

Secreciones Anormales en Genitales: Si () No

Otras Molestias: _____

Observaciones: _____

Problemas de Identidad: _____

Cambios Físicos: _____

Testículos No Palpables: Si () No ()

Fimosis Si () No ()

Testículos Descendidos: Si () No ()

Masas Escrotales Si () No ()

Menstruación Si () No ()

Problemas menstruales Si () No ()

Observaciones: _____

Yolanda Cruz Huarapuma Yolanda
Nombre de la enfermera:

Firma: _____

CEP: 34222

Fecha: 22/01/18

Apéndice B: Ficha de examen físico

FICHA BASICA DEL EXAMEN FISICO NIÑO/NIÑA

NOMBRE DE LA EVALUADORA: Yolanda Cruz
 Fecha del examen: 22-01-2018

I. EVALUACION DEL CRECIMIENTO:

1. DATOS DE FILIACIÓN:

Nombre y Apellidos del Niño (a): M. L. C. L.
 Fecha de Nacimiento: 23-3-17 Edad Cronológica: 9m 29
 Nro. de Hijo: 4

2. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DEL NIÑO:

a. Eruptivas propias de la infancia: Varicela (), Sarampión (), Rubéola (), Tos Ferina (). (No ninguna)
 Otros: Enfermedad de la infancia
 b. Accidentes Sufridos: No (). Si (X) Cuales: Cayo de la cama 2 veces hace 1 semana.
 c. Enfermedades Graves: No (). Si (X) Cual: de hidrúnculo 2. leve - estuvo en observación x emergencia

3. SOMATOMETRIA Y EXAMEN FISICO:

Peso: 8.600 Talla: 71.2 P. Cefálico: 44.8 Ganancia de Peso: No gana peso Talla: 1.2
 ESTADO NUTRICIONAL: Peso normal
 Piel y Anexos: Características de integridad de la piel: Normal (), Lesiones () Palidez: Si (X), No ()
 Presencia de parásitos: Sarna: Si (), No ()

Cabeza:

a. Cabello: Implantación: Buena (X), Mala () Estado de Higiene: Buena (); Regular (), Mala ()
 Presencia de Parásitos: Si (), No ()
 b. Ojos: Visión: Central (X), Estrabismo (), Reflejo Pupilar: Normal (X)
 c. Nariz: Permeabilidad: Buena (X), Regular (), Mala (). Presencia de rinitis o alergias: Si (), No ()
 Presencia de secreciones: Si (), No (X)
 d. Boca: Labios: Condiciones de integridad: Buena (X), Regular (), Mala ().
 Lengua: Condiciones de Higiene: Buena (), Regular (), Mala (X)
 Dientes: Arriba: Abajo:
 Condiciones de salud: Caries: Si (), No (). Inflammaciones de encías (), Sarro ().
 e. Cuello: En buenas condiciones (), Signos inflamatorios ()
 f. Oídos: En buenas condiciones de Higiene Si (), No (). Presencia de cerumen excesivo ()

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 (X), Muy pequeñas ()

Torax y Abdomen:

a. Respiración: Normal (X), con ruidos (). Tamaño del tórax: Grande (), Normal (), Pequeño ()
 b. Abdomen: Grande (), Normal (X).
 c. Cicatriz Umbilical: Normal (), Signo de Hernia (X).
 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 (X), Regular (), Mala ()

Espalda y Glúteos:

a. Columna: Normal (X), con desviaciones ()
 b. Condiciones de higiene: Buena (), Regular (X), Mala ()
 c. Deposición: Normal (X), estreñimiento (). En la región anal: Presencia de lesiones (), Oxiuros ()

Miembros Inferiores:

a. Simetría de las piernas: Normal (X), Anormal ()
 b. Caderas Izquierda (X), Derecha (X), Movimientos simétricos: (X) M. Ortolani (), Barlow ()
 c. Pies: Condiciones de higiene: Buena (), Regular (X), Mala (), Huella plantar:
 d. Pie: Plano () Normal (X), Cavo (), Uñas: Limpias (), Cortas (X), Largas (), Normales ()
 e. Aparato locomotor: Normal (X), Anormal (), Torsión Tibial ()
 Polidactilia en dedo de pie derecho

Neurológico:

a. Tono muscular: Normal (X), hipotonía (), hipertonia ()
 b. Reflejos neurológicos arcaicos presentes: Sí (X) de glúteos

ELABORADO POR: Lic. Esp. Mery Luz Medrano Rios
 domiluz2005@hotmail.com

CONTROL DE ATENCIÓN DE LA NIÑA

| Fecha | Edad meses | Peso | Ganancia de peso | | Talla | Ganancia de talla | | Cita |
|----------|------------|----------|------------------|--------------------------|-------|-------------------|--------------------------|------|
| | | | gr | Condición | | cm | Condición | |
| | 1 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| 23-05-17 | 2 | 5.830 | | <input type="checkbox"/> | 57.3 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 3 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| 24-7-17 | 4 | 7.170 kg | | <input type="checkbox"/> | 63.1 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 5 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| 26-9-17 | 6 | 8.200 kg | | <input type="checkbox"/> | 67.5 | | <input type="checkbox"/> | |
| 3-11-17 | 7 | 8.400 kg | | <input type="checkbox"/> | 67.5 | | <input type="checkbox"/> | |
| 5-12-17 | 8 | 8.600 kg | | <input type="checkbox"/> | 70 | | <input type="checkbox"/> | |
| | 9 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| 24/1/18 | 10 | 8.600 | | <input type="checkbox"/> | 71.2 | 1.2 | <input type="checkbox"/> | |
| 17/2/18 | 10.5 | 8.900 kg | | <input type="checkbox"/> | 73 | 1.8 | <input type="checkbox"/> | |
| | 12 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 14 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 16 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 18 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 20 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 22 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 24 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 27 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 30 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 33 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 36 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 39 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 42 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 45 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 48 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 51 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 54 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 57 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |
| | 60 | | | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |

BUENO ●

MALO ●

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

| MULTIMICRONUTRIENTES | | | | | |
|----------------------|------|-------|------|--------|------|
| MENOR 1 AÑO | | 1 AÑO | | 2 AÑOS | |
| FECHA | EDAD | FECHA | EDAD | FECHA | EDAD |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Multimicronutrientes

TEST PERUANO DE E

| FECHA: | 1 MES | 2 MESES | 3 MESES | 4 MESES | 5 MESES | 6 MESES |
|--|---|---------|---|---|---|---|
| CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO | MOMENTOS ASIMÉTRICOS DE BRAZOS Y PIERNAS A 1 2/5 | | LA CARRERA COMIENZA MOVIMIENTO TRONCO DE A3 3/5 | | SONRISO RECTO APOYO INCLINADO ANTE CON DISCRETA DE PESO A4 4/5 | |
| CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES | LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS B 1 2/5 | | APOYO INESTABLE SOBRE ANTEBRAZOS B3 3/5 | | | GIRA PA B4 4/5 |
| CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN MARCHA | PUERTO DE PIE ENTRENDO LAS PIERNAS C 1 2/5 | | PARADO NO SOSTIENE EL PESO DE SU CUERPO C3 3/5 | | COMIENZA A PARARSE C4 4/5 | |
| USO DEL BRAZO Y MANO | APRENDIENDO A COGER UN OBJETO COLGADO EN SU MANO D 1 2/5 | | MANOS ABIERTAS ABRE BRAZOS ANTE OBJETO D3 3/5 | TOMA UN OBJETO CON AMBAS MANOS D4 4/5 | | COGE UN EN CAD D5 5/5 |
| VISION | PIERDE EL OBJETO Y REINICIA COGIÉNDOLO LA UN OJETA E 1 2/5 | | SOLO CON LA MANO DERECHA ESTIENDE EL BRAZO DE 90° E3 3/5 | SOLO CON LA MANO IZQUIERDA ESTIENDE EL BRAZO DE 90° E4 4/5 | | |
| AUDICION | RETIENE SU MOVIMIENTO AL OIR UN SONIDO F 1 2/5 | | VOLTA AL OIR SONIDO DE LA CAMPANA F3 3/5 | | | COGE UN EN CAD F4 4/5 |
| LENGUAJE COMPRESIVO | SONRÍE CON LA VOZ DE SU MADRE G 1 2/5 | | | | RECONOCE SU MADRE G4 4/5 | COGE UN EN CAD G5 5/5 |
| LENGUAJE EXPRESIVO | LLORA POR UNA CAUSA HAMBRE, FRÍO, SUEÑO H 1 2/5 | | EMITE SONIDO C "A" CUANDO SE LE HABLA H3 3/5 | | | SE REPTA A MORDI EN RESPUESTA A LOS SONIDOS H4 4/5 |
| COMPORTAMIENTO SOCIAL | CONSTRUYE UN PANDERO AL SER MANDADO CANTAR I 1 2/5 | | SONRÍE ANTE CUALQUIER ROSTRO I3 3/5 | ALFONDOSE PREVIENE AL VER MUELT Y LA VOZ ALERGI I4 4/5 | | TOCA SU MAN EN SU SEÑE I5 5/5 |
| ALIMENTACIÓN VESTIDO E HIGIENE | CHUPA J 1 2/5 | | | | SE LLEVA LA BOCA AL ODO QUE LE PORMEN EN LA MANO J4 4/5 | REBE DEL VORO C J5 5/5 |
| JUEGO | | | JUEGA CON LAS MANOS K3 3/5 | LEVA LOS JUEGUITOS A LA BOCA K4 4/5 | JUEGA CON SUS MANOS Y PIES K5 5/5 | COGE UN EN CAD K6 6/6 |
| INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE | DEMOSTRA ESTAR ATENTO L 1 2/5 | | ALGO QUE CON UN CANTO ABRE Y CIERRA EL OJETO L3 3/5 | SE ALEGRA CUANDO LE VIRA A SU OJETA L4 4/5 | | UNA CUANDO CAL U L5 5/5 |
| ACTIVIDAD | 1 MES | 2 MESES | 3 MESES | 4 MESES | 5 MESES | 6 MESES |

APELLIDOS Y NOMBRES:

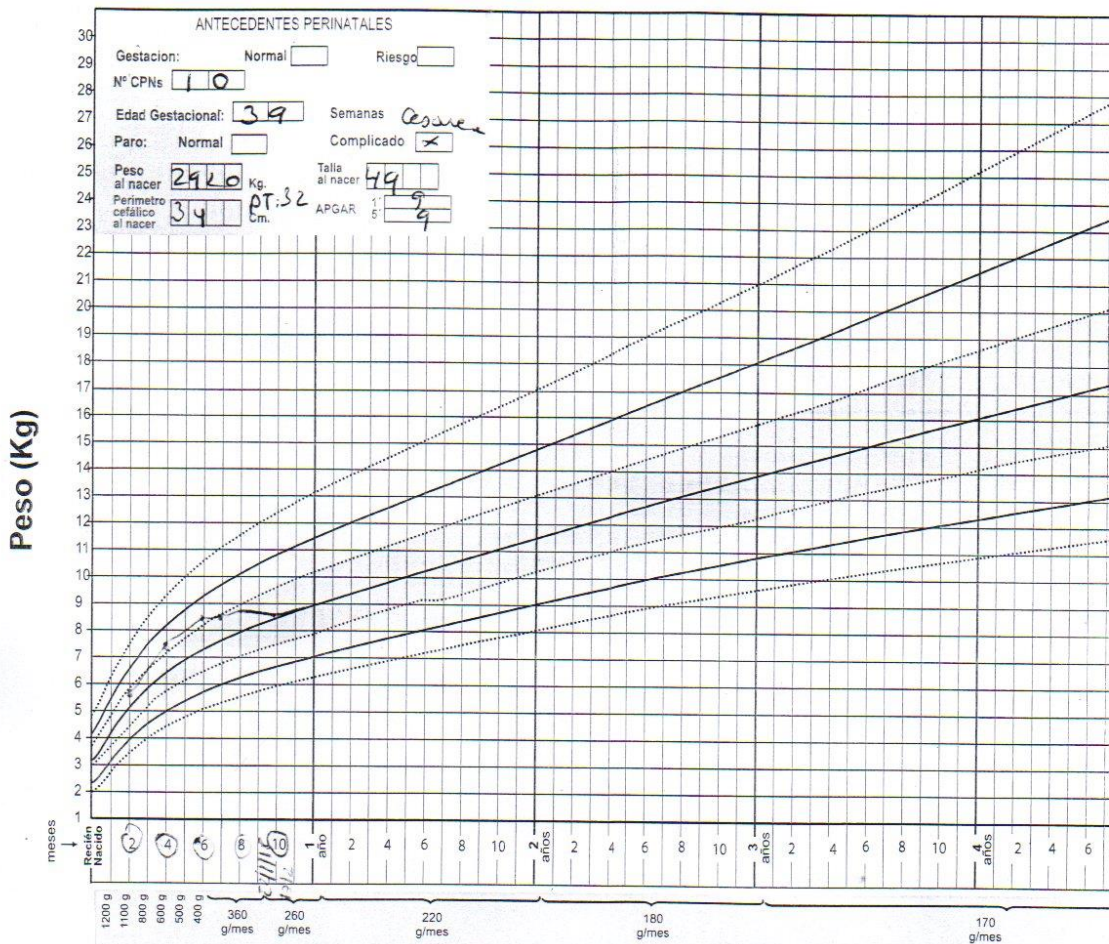
AYUDANDO A CRECER A NU

GRAFICA PESO-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PE

Bueno

Malo



Lactancia Materna Exclusiva

0 a 6 meses



Lactancia Materna y alimentación complementaria

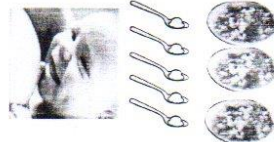
6 a 7 meses

* iniciar la alimentación papilla, mazamorra o puré



7 a 8 meses

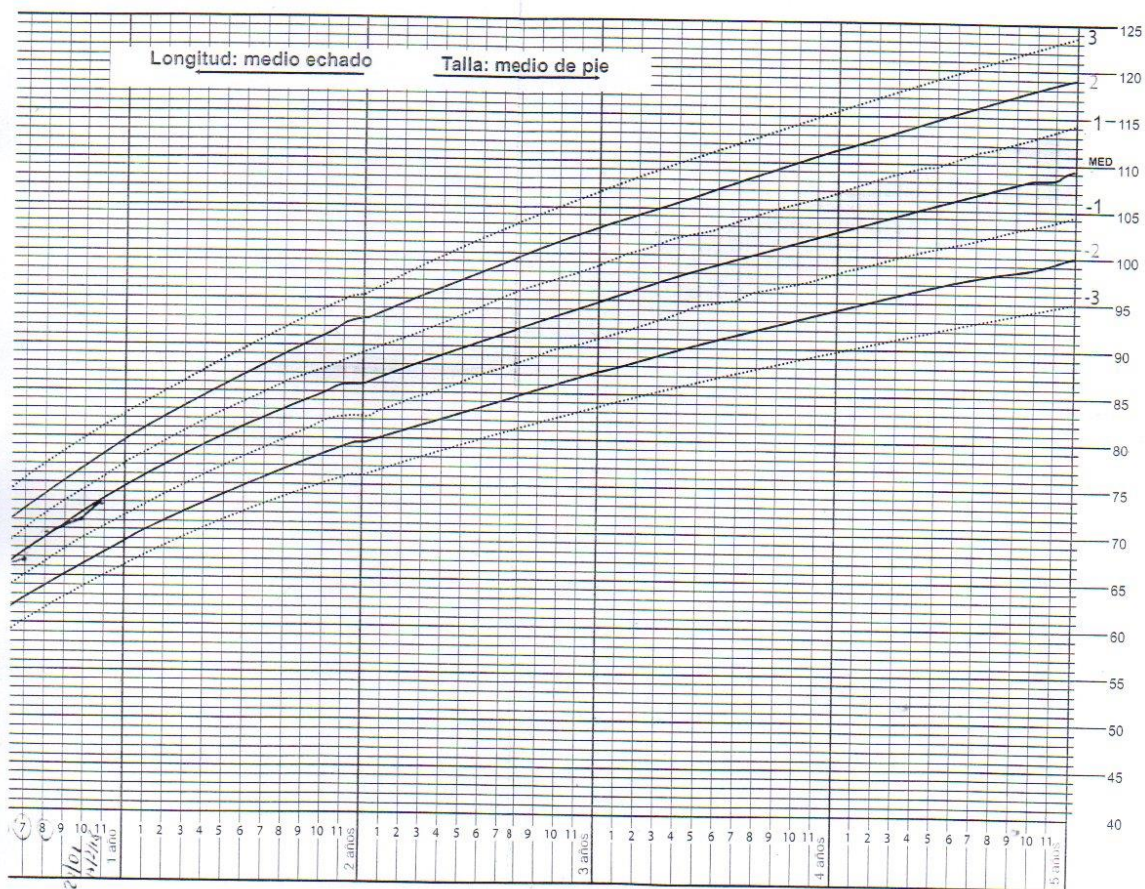
* Además de aplastado debe consumir alimentos triturados



GRAFICA TALLA-EDAD

TENDENCIA DE LA GANANCIA DE PESO

Bueno \rightarrow Malo \rightarrow



RECUERDA

Lava siempre tus manos y las de tu niña:

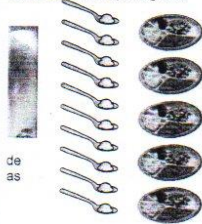
- * Antes de preparar los alimentos.
- * Antes de Comer.
- * Después de ir al baño.
- * Después de cambiar pañales.

Regala a tu hija una sonrisa sana

- * Lleva a tu hija al odontólogo antes del 3º mes de vida.
- * Realiza la higiene bucal de tu hija después de cada comida sobre todo antes de dormir.
- * Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

materna y Alimentación familiar

12 a 23 meses
sumir alimentos tipo segundo



de
as

Alimentación completa

24 meses a más



Apéndice D: Escala de EDDP

ESCALA DE EVALUACION DE DESARROLLO PSICOMOTOR (EDDP) DE 0 A 2 AÑOS



NOMBRE DEL NIÑO(A): M. L. C. L. FECHA DE NAC.: 23-03-17 Nro. H. Clínica:

COEFICIENTE DE DESARROLLO: CD = EM/ES * 100 (conversion a PE x 100)

FECHA: 22-04-18

NORMAL >= 85 EM/ES = RZ. 282/299

RIESGO 84 COEF. DESARROLLO 87

RETRASO <= 79 CLASIFICACION N X RI Re N RI Re N RI Re N RI Re N RI Re

EXAMINADOR Yolanda Cruz

PERFIL DE DESARROLLO PSICOMOTOR

| FECHA (m) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 12 | 15 | 18 | 21 | 24 | | | |
|--------------|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| COORDINACION | 4 | 8 | 12 | 16 | 22 | 27 | 28 | 32 | 39 | 43 | 46 | 48 | 52 | 58 | 64 | 75 | | |
| SOCIAL | 1 | 6 | 7 | 11 | 20 | 21 | 30 | 34 | 45 | 47 | 50 | 54 | 61 | 70 | 73 | | | |
| LENGUAJE | 2 | 7 | 10 | 15 | 20 | 30 | 33 | 40 | 45 | 50 | 54 | 60 | 61 | 66 | 69 | 72 | | |
| MOTORA | 3 | 5 | 9 | 14 | 18 | 24 | 25 | 31 | 36 | 37 | 41 | 51 | 55 | 56 | 62 | 67 | 70 | 74 |
| | | | | | 19 | 25 | | 38 | | 42 | | 53 | 56 | 63 | | 71 | | |

| MES | ITEM | PUNT. | EDAD DE EVALUACION (mes) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|------------|--------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 | 1 (S) Fija la mirada en el rostro del examinador | 6 pts. c/u | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2 (L) Reacciona al sonido de la campanilla (detrás) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3 (M) Aprieta el dedo indice del examinador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4 (C) Sigue con la vista la argolla (ang. 90 grados) (detrás) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5 (M) Movimiento de cabeza en posicion prona | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 6 (S) Mimica en respuesta al rostro del examinador | 6 pts. c/u | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7 (SL) Vocaliza en respuesta a la sonrisa y conversacion del examinador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8 (CS) Reacciona ante el desaparecimiento de la cara del examinador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9 (M) Intenta controlar la cabeza al ser llevado a posicion sentado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | 10 (L) Vocaliza dos sonidos diferentes * | 6 pts. c/u | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 11 (S) Sonrie en respuesta a la sonrisa del examinador | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 12 (CL) Busca con la vista la fuente del sonido (detrás) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 13 (C) Sigue con la vista la argolla (ang. 180 grados) (detrás) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 14 (M) Mantiene cabeza erguida al ser llevado a posicion sentado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | 15 (L) Vocalizacion prolongada * | 6 pts. c/u | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 16 (C) La cabeza sigue la cuchara que desaparece | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 17 (CL) Gira la cabeza al sonido de la campanilla (detrás) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 18 (M) En posicion prona se levanta a si mismo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 19 (M) Levanta cabeza y hombro al ser llevado a posicion sentada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 20 (SL) Rie a carcajadas * | 6 pts. c/u | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 21 (SL) Vuelve la cabeza hacia quien le habla (detrás) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 22 (C) Palpa el borde de la mesa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 23 (C) Intenta presion de la argolla (detrás) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 24 (M) Empuja hasta lograr la posicion sentada | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | 25 (M) Se mantiene sentado con breve apoyo | 6 pts. c/u | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 26 (M) Se mantiene sentado solo momentaneamente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 27 (C) Vuelve la cabeza hacia la cuchara caida | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 28 (C) Coge la argolla | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 29 (C) Coge el cubo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 30 (SL) Vocaliza cuando se le habla * | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| MES ES | ITEM | PUNT. | EDAD DE EVALUACION (mes) | | | | |
|-----------|---|---------------|--------------------------|--|--|--|--|
| | | | 10m | | | | |
| 7 | (M) Se mantiene sentado solo por 30 segundos o mas | 5 pts c/u | | | | | |
| | 32 (C) Intenta agarrar la pastilla | | | | | | |
| | 33 (L) Escucha selectivamente palabras familiares | | | | | | |
| | 34 (S) Coopera en los juegos | | | | | | |
| | 35 (C) Coge dos cubos, uno en cada mano | | | | | | |
| 8 | 36 (M) Se sienta y se mantiene erguido | 6 pts c/u | 6 | | | | |
| | 37 (M) Tracciona hasta lograr la posicion de pie | | 6 | | | | |
| | 38 (M) Iniciacion de pasos sostenido bajo los brazos | | 6 | | | | |
| | 39 (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo | | 6 | | | | |
| | 40 (L) Dice da-da o equivalente | | 4 | | | | |
| 9 | 41 (M) Se pone de pie con apoyo | 6 pts c/u | 6 | | | | |
| | 42 (M) Camina sostenido bajo los brazos | | 6 | | | | |
| | 43 (C) Coge la pastilla con participacion del pulgar | | 6 | | | | |
| | 44 (C) Encuentra el cubo bajo el pañal | | 6 | | | | |
| | 45 (SL) Reacciona a los comentarios verbales * | | 0 | | | | |
| 10 | 46 (C) Coge la pastilla con el pulgar e indice | 6 pts c/u | 6 | | | | |
| | 47 (S) Imita gestos simples | | 0 | | | | |
| | 48 (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros | | 6 | | | | |
| | 49 (C) Junta cubos en la linea media | | 6 | | | | |
| | 50 (SL) Reacciona al no-no * | | 0 | | | | |
| 12 | 51 (M) Camina algunos pasos de la mano | 12 pts c/u | 0 | | | | |
| | 52 (C) Junta las manos en la linea media | | 0 | | | | |
| | 53 (M) Se pone de pie solo * | | 0 | | | | |
| | 54 (SL) Entrega como respuesta a una orden | | 0 | | | | |
| | 55 (L) Dice al menos dos palabras * | | 0 | | | | |
| 15 | 56 (M) Camina solo | 18 pts c/u | | | | | |
| | 57 (C) Introduce la pastilla en la botella | | | | | | |
| | 58 (C) Espontaneamente garabatea | | | | | | |
| | 59 (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros | | | | | | |
| | 60 (L) Dice al menos tres palabras * | | | | | | |
| 18 | 61 (SL) Muestra sus zapatos | 18 pts c/u | | | | | |
| | 62 (M) Camina varios pasos hacia el lado | | | | | | |
| | 63 (M) Camina varios pasos hacia atrás | | | | | | |
| | 64 (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella | | | | | | |
| | 65 (C) Atrae el cubo con el palo | | | | | | |
| 21 | 66 (L) Nombra un objeto de los cuatro presentados | 18 pts c/u | | | | | |
| | 67 (L) Imita tres palabras en el momento del examen | | | | | | |
| | 68 (C) Construye una torre con tres cubos | | | | | | |
| | 69 (L) Dice al menos 6 palabras * | | | | | | |
| | 70 (SL) Usa palabras para comunicar deseos * | | | | | | |
| 24 | 71 (M) Se para en un pie con ayuda | 18 pts c/u | | | | | |
| | 72 (L) Nombra dos objetos de los cuatro presentados | | | | | | |
| | 73 (S) Ayuda en tareas simples * | | | | | | |
| | 74 (L) Apunta cuatro o mas partes en el cuerpo de la muñeca | | | | | | |
| | 75 (C) Construye una torre de cinco cubos | | | | | | |

OBSERVACIONES

MMR/GBS-2002

Apéndice E: 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.....". El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a . Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Liz Lavado Peña bajo la asesoría de la Dra. Angela Paredes Aguirre. 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: Angela Liz Lavado Peña
DNI: 44 375565 Fecha: 22 - 01 - 2018



Firma del padre, madre o tutor

