

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

**Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante mayor con anomalía de
Peters y anemia ferropénica en el servicio de crecimiento y desarrollo de un
centro de salud de Lima, 2018**

Por:

Adriana Jesus Davila Bazan

Asesor:

Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Lima, setiembre de 2018.

ANEXO - 07

DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARÍA ÁNGELA PAREDES AGUIRRE, 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 mayor con anomalía de Peters y anemia ferropénica en el servicio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de Lima, 2018*”, constituye la memoria que presentan la licenciada: DAVILA BAZAN ADRIANA JESUS, 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.


Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante mayor con anomalía de Peters y anemia ferropénica en el servicio de crecimiento y desarrollo de un centro de salud de
Lima, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Mg. Nitzy Ramos Flores

Secretario



Dra. María Ángela Paredes Aguirre

Asesor

Lima, 17 de setiembre de 2018

Contenido

Contenido.....	iv
Dedicatoria.....	vii
Agradecimiento.....	viii
Índice de tablas	ix
Símbolos usados.....	x
Resumen.....	xi
Capítulo I	8
Proceso de atención de enfermería	8
Valoración	8
Datos generales	8
Resumen de motivo de ingreso.....	8
Situación problemática	9
Exámenes auxiliares	9
Valoración según patrones funcionales de salud	10
Listado de datos significativos por patrones funcionales	13
Diagnósticos de enfermería	15
Análisis de las etiquetas diagnósticas	15
Etiqueta diagnóstica: Incumplimiento	15
Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales .	16
Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento	16
Etiqueta diagnóstica: Cansancio del rol de cuidador.....	17
Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo	18

Complicación potencial: Anemia	19
Planificación	19
Planes de cuidados	21
Evaluación	51
Capítulo II	54
Marco teórico	54
Antecedentes.....	54
Revisión de la literatura /marco conceptual	55
Crecimiento y desarrollo del niño:	55
Crecimiento sano del infante:	55
Indices antropométrico:	56
Desarrollo infantil.....	57
Escala de valoración del desarrollo (EEDP).....	57
Diagnóstico oportuno del infante.....	59
Anemia infantil en el Perú.	61
Anemia ferropénica	62
Anomalía de Peters	73
Capítulo III.....	79
Materiales y métodos	79
Tipo y diseño	79
Sujeto de estudio.....	79
Delimitación geográfica temporal	79
Técnica de recolección de datos	79

Consideraciones éticas.....	80
Capítulo IV.....	81
Resultados, análisis y discusión.....	81
Resultados.....	81
Análisis de los diagnósticos.....	81
Discusión.....	90
Capítulo V.....	96
Conclusiones y recomendaciones.....	96
Conclusiones.....	96
Recomendaciones.....	96
Referencias.....	97
Apéndice.....	99
Apéndice A: Guía de valoración.....	99
Apéndice B: Fichas farmacológicas.....	101
Apéndice C: Consentimiento informado.....	104
Apéndice D: Plan de actividades para crecimiento y desarrollo.....	105
Apéndice E: Visita domiciliaria.....	117
Apéndice F: Tarjeta de vacunación.....	119
Apéndice F: Ficha EEDP.....	124

Dedicatoria

A Dios, por permitirme tener la fuerza para terminar mi especialidad que es cuidado integral infantil

A mi madre por ser un ejemplo a seguir de trabajo, ser constante y cumplir mis sueños.

A mi papá por apoyarme siempre en las buenas y en las malas, con sus consejos y su ejemplo de perseverancia, rectitud, integridad y ética.

Agradecimientos

A la Universidad Peruana Union por haberme permitido ingresar a sus aulas, obtener conocimiento científico y culminar con mi especialidad que tanto me apasiona como es el cuidado integral infantil.

A mis docentes por brindarme parte de su sabiduría y apoyo día a día.

A mis compañeros de la especialidad por su amistad y sinceridad otorgada.

A Dios por tener salud y fortaleza para concluir mis metas.

Índice de tablas

Tabla 1. <i>Control de hemoglobina</i>	9
Tabla 3. <i>SOAPIE: Incumplimiento</i>	41
Tabla 4. <i>SOAPIE: Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades corporales</i>	46
Tabla 5. <i>SOAPIE: Estreñimiento</i>	44
Tabla 6. <i>SOAPIE: Riesgo de retraso en el desarrollo</i>	46
Tabla 7. <i>SOAPIE: Cansancio del rol cuidador</i>	47
Tabla 8. <i>SOAPIE: Anemia</i>	50
Tabla 9. <i>Concentraciones de hemoglobina para su diagnóstico</i>	64
Tabla 10. <i>Clasificación de signos y síntomas de la anemia</i>	66
Tabla 11. <i>Prevención de anemia según el Ministerio de Salud</i>	69
Tabla 12. <i>Manejo terapéutico de la anemia en niños prematuros o bajo peso al nacer</i>	70
Tabla 13. <i>Manejo terapéutico de la anemia en menores de 6 meses</i>	71
Tabla 14. <i>Manejo Terapeutico de la anemia de 6 meses a 11 años</i>	72
Tabla 15. <i>Cumplimiento de los objetivos relacionado con el diagnóstico de enfermería</i>	82

Símbolos usados

CRED: Crecimiento y desarrollo

EEDP: Escala de evaluación del desarrollo psicomotor

OMS: Organización mundial de la salud

ENDES: Encuesta nacional de demografía y salud.

AOA: Alimentos de origen animal.

Resumen

El rol principal que cumple la enfermera frente al proceso de crecimiento y desarrollo del niño es de acompañar, orientar y evaluar el desarrollo del mismo, mediante la promoción de la salud y el diagnóstico oportuno que conlleven a optimizar el proceso. El presente estudio fue desarrollado a un paciente con anomalía de Peters, enfermedad congénita ocular que perjudica la visión impidiendo el correcto desarrollo de las actividades. Otra afección presente, es la anemia ferropénica, que en el Perú durante los últimos años los casos se ha incrementado con pacientes anémicos menores de cinco años, siendo los de menor de 1 año los más perjudicados. El objetivo del estudio es identificar los diagnósticos de enfermería principales mediante la correcta valoración para la realización de intervenciones oportunas que ayudaran en la mejora del estado encontrado. La metodología de estudio es el proceso de atención de enfermería. La técnica de recolección de información está basada en la observación y entrevista mediante la guía de valoración clínica y ficha técnica. Resultados: Se elaboró seis planes de cuidado producto de la elaboración de los diagnósticos de enfermería, logrando el alcance parcial de los objetivos esperados. Conclusiones: Las intervenciones brindadas de manera oportuna fueron efectivas para la mejora del crecimiento y desarrollo, cabe recalcar que el paciente aún continúa con controles regulares según edad.

Palabras clave: Síndrome de Peters, trastorno del desarrollo, anemia, lactante mayor.

Capítulo I

Proceso de atención de enfermería

Valoración

Datos generales

Nombre del paciente: M.M.A

Nombre de la madre: E.A

Fecha de nacimiento: 07/01/17

Edad: 1 año.

Sexo: Femenino.

Historia clínica: 2274.

DNI: ****3882.

Dirección: San Juan de Miraflores.

Teléfono: *****1798.

Diagnóstico médico: Síndrome de Peters, anemia.

Fecha de valoración: 18/01/18.

Resumen de motivo de ingreso

Lactante mayor de sexo femenino de 1 año de edad ingresa al servicio de crecimiento y desarrollo para su primer control del año presentando el diagnóstico médico: anomalía de Peters y anemia ferropénica.

Situación problemática

Paciente lactante mayor de sexo femenino asiste a su primer control del año en el consultorio de crecimiento y desarrollo, con diagnóstico médico de anomalía de Peters y anemia ferropénica. A la valoración se encuentra despierta, afebril, regular estado de higiene, piel y mucosas hidratadas, normocefalo, fontanela normotensa, ojo izquierdo se evidencia opacidad, uso de correctores refractivos, fosas nasales permeables, ligera mucosidad transparente, piezas dentarias presentes (4 incisivos, 4 caninos y 4 premolares), tórax simétrico, campos pulmonares limpios, abdomen blando y depresible a la palpación, genitales externos presentes, miembros inferiores simétricos.

Exámenes auxiliares

Tabla 1. *Control de hemoglobina*

	Valores obtenidos	Valores normales	Resultado
Hb	10.1 mg/dl	11.0 – 14.0 mg/dl	Anemia leve

Fuente: Resultado de hemoglobinómetro correspondiente 18/01/18

Según Brandan, "...la hemoglobina es una proteína globular, que se encuentra en grandes cantidades dentro de los glóbulos rojos e importancia fisiológica, para el aporte normal de oxígeno a los tejidos". Paciente en estudio presenta niveles bajos de hemoglobina (10.1 g/dl), los valores normales comprenden 11 a 12 g/dl para una niña de 1 año, lo que representa a una anemia leve. La anemia leve repercute en la salud de la paciente tanto en el área fisiológica debido a que no hay buena oxigenación de los tejidos, como en el área de

desarrollo cerebral porque no ayuda a la mielinización de las neuronas, por lo tanto, no hay una buena sinopsis y conducción de neurotransmisores. (Brandan, Aguirre y Gimenez, 2008).

Valoración según patrones funcionales de salud

Patrón de percepción control de la salud.

Estado de higiene: Bueno.

Prematuridad: Si (EG: 36ss).

Vacunas completas: Sí.

Controles de cred: Completos.

Tamizaje de anemia: Sí. Resultado: 10.1 g/dl.

Tamizaje parasitológico: Sí. Resultado: En espera.

Hospitalizaciones previas: No.

Antecedentes: Consumo de sulfato ferroso en gotas desde el alta de nacimiento (irregular).

Consumo de medicamentos prescritos: Sulfato ferroso (desde su nacimiento, de manera irregular) y MMN (desde los 6 meses, irregular)

Control de agudeza visual: No aplica, usa correctores refractarios.

Tamizaje de pie plano: No aplica

Test del desarrollo: Puntaje EEDP 88 (Desarrollo normal)

Perfil del desarrollo según EEDP: Retraso del desarrollo en área de coordinación.

Sesión de estimulación temprana: Sí. Número de sesiones: 1.

Patrón de relación de rol.

Se relaciona con el entorno: Sí.

Compañía de los padres: Sí.

Disposición positiva para el cuidado del niño: Sí

Tipo de familia: ampliada. Descripción: Tiene un hermano mayor y producto de parto gemelar, abuelos, tíos y primos.

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

Reactividad: Activo.

Estado emocional: Tranquilo.

La familia participa en las actividades diarias.

Tipo de trabajo del padre: Eventual

Estado emocional de los padres: Ansiosos por problemas de salud “estoy preocupada por la salud de mi niña”.

Patrón descanso-sueño.

Sueño: 8 horas al día.

No hay alteraciones del sueño.

Patrón valores-creencias.

Religión: Cristiana.

Religión de los padres: Cristiana.

Procedencia de los padres: Ambos son de la Costa.

Patrón perceptivo-cognitivo.

Nivel de conciencia: Despierto.

Alteración sensorial: Visual.

Patrón actividad y ejercicio.

Actividad respiratoria: 24 respiraciones por minuto.

Tos: No.

Secreciones: Sí, mucosidad nasal en poca cantidad de color transparente.

Ruidos respiratorios: Claros.

Actividad circulatoria: Pulso regular FC: 80 latidos por min.

Llenado capilar: <2 seg

Movilidad: Normal de acuerdo a su edad.

Patrón nutricional-metabólico.

Piel: Pálida y tibia.

Termorregulación: T° 37 C°, Normotermia.

Hidratación: Sí.

Fontanelas: Normotensa.

Cabello: Normal.

Mucosas orales: Intacta.

Malformación oral: No.

Peso: 9020 gr desde el último control perdió 200 g.

Talla: 75.5 cm

PC: 46 cm

Alimentación: Completa, 5 comidas al día.

Apetito: Disminuido, mamá refiere que “no termina de comer todo el plato”

Multimicronutrientes: si (n° 6), mamá refiere “no le doy todos los días”

Patrón eliminación.

Abdomen: Blando y depresible a la palpación.

Eliminación urinaria: Micción espontánea.

Eliminación Intestinal: Una deposición al día cada dos o tres días, de consistencia dura.

Mamá refiere “que puja mucho para hacer sus necesidades”.

Patrón sexualidad-reproducción.

Genitales con características normales de acuerdo a su edad y sexo.

Listado de datos significativos por patrones funcionales

Patrón de percepción control de la salud.

Prematuridad: Si (EG: 36ss).

Tamizaje de anemia: Sí. Resultado: 10.1 g/dl

Antecedentes: Consumo de sulfato ferroso en gotas desde el alta de nacimiento (irregular).

Consumo de medicamentos prescritos: Sulfato ferroso (desde su nacimiento, de manera irregular) y MMN (desde los 6 meses, irregular)

Control de agudeza visual: No aplica, usa correctores refractarios.

Test del desarrollo: Puntaje EEDP 88 (Desarrollo normal)

Perfil del desarrollo según EEDP: Retraso del desarrollo en área de coordinación.

Patrón de relación de rol.

Tipo de familia: ampliada, tiene un hermano mayor y producto de parto gemelar, abuelos, tíos y primos.

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

Tipo de trabajo del padre: Eventual.

Estado emocional de los padres: Ansiosos por problemas de salud “estoy preocupada por la salud de mi niña”

Patrón perceptivo-cognitivo.

Alteración sensorial: Visual.

Patrón nutricional-metabólico.

Piel: Pálida y tibia.

Peso: 9020 gr desde el último control perdió 200 g.

Apetito: Disminuido, mamá refiere que “no termina de comer todo el plato”

Multimicronutrientes: Si (nº 6), mamá refiere “no le doy todos los días”.

Patrón eliminación.

Eliminación Intestinal: Una deposición al día cada dos o tres días, de consistencia dura, mamá refiere “que puja mucho para hacer sus necesidades”.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas

Etiqueta diagnóstica: Incumplimiento

Código: 00079

Dominio: 1 Promoción de la salud

Clase: 2 Gestión de la salud

Página: 145

Definición: Conducta de una persona y/o cuidador que no coincide con el plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona (y/o la familia y/o comunidad) y el profesional sanitario. Ante un plan terapéutico o de promoción de la salud acordada, la conducta de la persona o del cuidador es de falta de adherencia total o parcial y puede conducir a resultados clínicos ineficaces o parcialmente eficaces.

Factor relacionado: Conocimiento insuficiente del régimen terapéutico.

Características definitorias: Conducta de no adherencia, inasistencia al control con oftalmología.

Enunciado de enfermería: Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (consumo de sulfato ferroso y MMN irregular) e inasistencia al control de oftalmología.

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.

Características definatorias: Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos, mamá refiere que “no termina de comer todo el plato” y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 200g/mes).

Enunciado de enfermería: Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 200g/mes).

Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento

Código: 00011

Dominio: 3 Eliminación e intercambio

Clase: 2 Función gastrointestinal

Página: 193

Definición: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Factor relacionado: Ingesta de fibra insuficiente.

Características definitorias: Cambios en el patrón intestinal habitual, disminución en la frecuencia de las deposiciones (una deposición cada 2 o 3 días), esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras y formadas.

Enunciado de enfermería: Estreñimiento relacionado a hábitos dietéticos inadecuados evidenciado por cambios en el patrón intestinal habitual, disminución en la frecuencia de las deposiciones (una deposición cada 2 o 3 días) y esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras y formadas.

Etiqueta diagnóstica: Cansancio del rol de cuidador

Código: 00061

Clase 1: Roles del cuidador

Dominio 7: Rol/relaciones

Página: 279

Definición: Dificultad para desempeñar el rol de cuidador de la familia o de otras personas significativas.

Características definitorias: Factores estresantes, preocupación por los miembros de la familia, preocupación por las rutinas de cuidado.

Factor relacionado: Patrón de adaptación familiar ineficaz

Enunciado de enfermería: Cansancio del rol de cuidador relacionado a patrón de adaptación familiar ineficaz evidenciado a factores estresantes, preocupación por los miembros de la familia (tiene 3 hijos), preocupación por las rutinas de cuidado (enfermedad crónica: anomalía de Peters, anemia).

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de retraso en el desarrollo

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

Código: 00112.

Dominio: 13 Crecimiento/desarrollo.

Clase: 2 Desarrollo.

Página: 452

Factor de riesgo: Dificultad para el aprendizaje en el área de coordinación.

Enunciado de enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a la dificultad para el aprendizaje en el área de coordinación secundario a enfermedad crónica: anomalía de Peters.

Complicación potencial: Anemia

Definición: Es un trastorno en el cual el número de globulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar (Ministerio de Salud del Perú, 2017).

Signos y síntomas: Inapetencia, anorexia, rendimiento físico disminuido y alteraciones en el crecimiento, baja ganancia ponderal (prematura y lactante). Algunas alteraciones inmunológicas como defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos, así como también síntomas neurológicos como alteraciones en el desarrollo psicomotor. (Ministerio de Salud del Perú, 2017)

Enunciado: CP Anemia

Planificación

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (consumo de sulfato ferroso y MMN irregular) e inasistencia al control de oftalmología.

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas,

interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 200g/mes).

Estreñimiento relacionado a hábitos dietéticos inadecuados evidenciado por cambios en el patrón intestinal habitual, disminución en la frecuencia de las deposiciones (una deposición cada 2 o 3 días) y esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras y formadas.

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a la dificultad para el aprendizaje en el área de coordinación secundario a enfermedad crónica: anomalía de Peters.

Cansancio del rol de cuidador relacionado a patrón de adaptación familiar ineficaz evidenciado a factores estresantes, preocupación por los miembros de la familia (tiene 3 hijos), preocupación por las rutinas de cuidado (enfermedad crónica: anomalía de Peters, anemia).

CP Anemia

Planes de cuidados

Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (consumo de sulfato ferroso y MMN irregular), inasistencia al control de oftalmología.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo General</i></p> <p>Madre cumplirá con el régimen terapéutico según lo indicado.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>1. Madre seguirá con tratamiento para la anemia con sulfato ferroso y MMN.</p>	<p>1. Brindar consejería de las consecuencias del incumplimiento del régimen terapéutico (citas control en oftalmología, uso de correctores refractarios, consumo de sulfato ferroso y MMN).</p> <p>2. Administrar refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.</p>	<p>1. La consejería es una herramienta usada en varios sobre todo en la prevención y promoción a la salud, consiste en una relación de ayuda basada en una comunicación asertiva, con ella se busca mejorar la salud del paciente, proporcionándole un medio para efectuar un trabajo más eficaz al menor costo.</p> <p>2. Usar una estrategia de reforzamiento positivo se trata de añadir un estímulo al entorno y éste atrae una respuesta precedente, se puede usar de diferentes formas como elogios después de una respuesta, es</p>

<p>2. Madre llevará a sus controles respectivos según especialista.</p> <p>3. Paciente usará correctores refractarios sin interrupción.</p>	<p>3. Motivar a la madre a establecer de manera clara sus objetivos.</p> <p>4. Elaborar plan de visita domiciliaria de seguimiento.</p> <p>5. Realizar visita domiciliaria de seguimiento en una semana.</p>	<p>más probable que así se vuelva a presentar la conducta que se quiere reforzar.</p> <p>3. Los objetivos son importantes porque representan las metas y las intenciones generales de la actividad, es por ello que deben de ser claras, coherentes y lógicas.</p> <p>4. La planificación es una de las etapas más importantes de todo proceso, el cual permite delimitar el objetivo general y los resultados esperados de la visita domiciliaria.</p> <p>5. La visita domiciliaria, es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y la familia, potenciando la</p>
---	--	--

		autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.
--	--	---

Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 200g/mes).

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo General</i></p> <p>Niña presentará equilibrio nutricional progresivo durante dos meses.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p>	<p>1. Brindar consejería nutricional de alimentación completa y balanceada durante el control de CRED.</p>	<p>1. La consejería nutricional es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado y el paciente. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas</p>

<p>1. Niña recibirá ración de alimentos adecuada para su edad.</p> <p>2. Niña recibirá alimentación balanceada de acuerdo a su edad.</p>	<p>2. Realizar control de peso en cada atención.</p> <p>3. Realizar plan de visita domiciliaria</p> <p>4. Realizar visita domiciliaria de seguimiento.</p>	<p>que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional.</p> <p>2. La frecuencia de citas para control de peso se incrementará cuando se identifiquen riesgos o problemas en la niña. Se pueden programar citas con intervalos de 7 días, de acuerdo a la necesidad, hasta lograr la recuperación.</p> <p>3. La planificación es una de las etapas más importantes de un proceso de atención en enfermería, el cual permite delimitar el objetivo general y los resultados esperados de la visita domiciliaria.</p> <p>4. La visita domiciliaria, es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de</p>
--	--	--

	<p>5. Coordinar con servicio de nutrición para que ajuste la dieta al estilo de vida de la familia y la niña.</p> <p>6. Realizar plan de sesión demostrativa de alimentación balanceada.</p> <p>7. Realizar sesión demostrativa de alimentos bueno, balanceado y barato.</p>	<p>salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas.</p> <p>5. El trabajo de la recuperación de la niña se debe realizar de manera multidisciplinaria, es por ello la importancia de las coordinaciones con el departamento de nutrición.</p> <p>6. La planificación es una de las etapas más importantes de un proceso de atención en enfermería, el cual permite delimitar el objetivo general y los resultados esperados de la sesión demostrativa</p> <p>7. La sesión demostrativa es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de</p>
--	--	---

		3 años. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada “aprender haciendo”.
--	--	---

Estreñimiento relacionado a hábitos dietéticos inadecuados evidenciado por cambios en el patrón intestinal habitual, disminución en la frecuencia de las deposiciones (una deposición cada 2 o 3 días) y esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras y formadas.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo General</i></p> <p>Paciente mejorará su problema de estreñimiento en relación con la dieta en una semana.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p>	<p>1. Enseñar a la madre a vigilar los movimientos intestinales, incluye frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.</p>	<p>1. Tener en cuenta la frecuencia de eliminación de las heces. A medida que el niño avanza en edad la frecuencia disminuye. El promedio de niños de 1 a 3 años es 1.4 deposiciones por día. En relación con la consistencia a medida que se inicia la ablactación, las heces toman mayor consistencia. Este es un factor que tiene una relación directa con el tipo de</p>

<p>1. Niña aumentará la frecuencia de heces cada dos días o diario.</p> <p>2. Niña presentará heces blandas en el transcurso de la semana.</p> <p>3. Niña disminuirá el esfuerzo excesivo en la defecación en el transcurso de la semana.</p>	<p>2. Enseñar a la familia las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.</p>	<p>alimentación. Por último, es difícil definir el volumen o tamaño de las heces de una manera objetiva y está muy de acuerdo con la cantidad de alimento ingerido.</p> <p>2. Varios estudios observacionales han mostrado que la dieta baja en fibra se asocia con una mayor frecuencia de estreñimiento; por el contrario, las dietas ricas en fibra aumentan el volumen de las deposiciones y aceleran el tránsito intestinal. La suplementación de fibra en la dieta de 25-30 g/día se ha recomendado durante mucho tiempo como una medida importante en el manejo de los pacientes con estreñimiento.</p> <p>3. Clínicamente se evidencia al estreñimiento con la alteración en la frecuencia, tamaño o consistencia de las heces. En términos de frecuencia se puede definir</p>
---	---	--

	<p>3. Enseñar a la madre a vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.</p> <p>4. Enseñar a la madre a identificar los factores (medicamentos, falta de actividad física, dieta) que puedan ser la causa del estreñimiento.</p>	<p>como evacuación de heces inferior a tres veces por semana; con respecto a la consistencia, como heces duras, caprinas, secas. Todo ello asociado con dolor al movimiento intestinal, más incomodidad, malestar, llanto y maniobras para retener las materias fecales.</p> <p>4. Entre los factores causantes se encuentran: hereditarios, psicológicos y educacionales, dolor a la defecación. No olvidar los factores dietéticos; el niño con estreñimiento bebe poco líquido, tiene un régimen desequilibrado, rico en proteínas de carbono con escasas fibras.</p> <p>5. Se recomienda la ingesta de líquidos por tratarse de una intervención de bajo costo y sin aparentes</p>
--	--	--

	5. Motivar a la madre a aumentar la ingesta de líquidos.	efectos colaterales, ésta ha sido una recomendación tradicional.
--	--	--

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a la dificultad para el aprendizaje en el área de coordinación secundario a enfermedad crónica: anomalía de Peters.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo General</i></p> <p>Niña mejorará desarrollo Psicomotor en todas las áreas según EEDP en dos meses.</p>	<p>1. Adecuar el ambiente para evaluación de EEDP.</p>	<p>1. En el lugar donde se vaya a administrar la escala se debe contar material estandarizado, que consiste en una batería de prueba, un manual de administración y un protocolo y hoja de registro para el niño con su perfil de desarrollo psicomotor.</p>

	<p>2. Realizar la evaluación de EEDP.</p> <p>3. Realizar el perfil de desarrollo según EEDP.</p> <p>4. Organizar un plan de visita domiciliaria: Sesión de estimulación temprano.</p>	<p>2. El EEDP mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor, esta escala consta de 75 ítem, 5 por cada edad, no admite graduaciones es decir tiene éxito o fracaso frente a la tarea propuesta.</p> <p>3. La escala mide el grado de desarrollo psicomotor en las áreas de lenguaje, social, coordinación y motora, con la cual se realiza el perfil de desarrollo del niño.</p> <p>4. La planificación es una de las etapas más importantes de un proceso de atención en enfermería, el cual permite delimitar el objetivo general y los resultados esperados de la sesión de estimulación temprana</p>
--	---	--

	<p>5. Realizar sesión de estimulación temprana en compañía de los padres.</p> <p>6. Brindarle a la madre consejos prácticos de actividades coherentes según su edad y habilidades.</p> <p>7. Enseñarle a la madre y/o familia sobre el refuerzo positivo.</p>	<p>5. Estimulación temprana contribuye a la promoción y desarrollo de habilidades y potencialidades del niño menor de 3 años a través de talleres vivenciales donde los grandes estímulos son los mismos padres y el entorno familiar.</p> <p>6. El objetivo de brindar consejería sobre actividades que se debe realizar con la niña es entrenar y orientar a los padres o cuidadores mantener un entorno saludable y potenciar habilidades del niño.</p> <p>7. Los primeros años de vida son cruciales para el desarrollo posterior de la persona puesto que la dependencia del niño de los que le rodean y la plasticidad cerebral, propia de esta etapa, requieren de un ambiente afectivo que le permita tanto</p>
--	---	---

	<p>8. Explicar a la madre y/o familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.</p>	<p>satisfacer sus necesidades como desarrollar al máximo sus capacidades.</p> <p>8. El rol que cumple la familia en la estimulación temprana adquiere una singular importancia, ya que ellos son los más cercanos educadores de los niños, los principales transmisores de la experiencia, los que con mayor afecto se relacionan con los niños y las niñas por esto se hace necesario la preparación de la misma, debido a que no en todos los casos la familia está preparada para ofrecerle a sus hijos la oportuna estimulación</p>
--	---	---

Cansancio del rol de cuidador relacionado a patrón de adaptación familiar ineficaz evidenciado a factores estresantes, preocupación por los miembros de la familia (tiene 3 hijos), preocupación por las rutinas de cuidado (enfermedad crónica: anomalía de Peters, anemia).

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo General</i></p> <p>Cuidador disminuirá su nivel de cansancio de moderado a leve en dos meses.</p> <p><i>Resultados Esperados</i></p> <p>1. Cuidador manifestara verbalmente la disminución de los factores estresantes de manera gradual.</p>	<p>1. Enseñar a la madre a vigilar la aparición de signos de depresión y deterioro de la salud del cuidador, especialmente si la situación familiar es mala.</p> <p>2. Promover el autocuidado del cuidador principal en su salud física, psicológica y social.</p>	<p>1. La vigilancia ayuda a la intervención precoz, para así dar todo el apoyo a fin de ayudar al cuidador a conseguir una máxima capacidad de aguante en los cuidados del día a día.</p> <p>2. Si el cuidador se encuentra mejor cuidará mejor. Se debe procurar que tenga tiempos de descanso y ocio adecuados, buscando respiros (apoyo externo) a través de la familia. Y animarle a que busque ayuda si hay sobrecarga, aprendiendo a delegar.</p>

<p>2. Cuidador disminuirá la cantidad de cuidados requeridos de manera sustancial, intercambiando responsabilidades con la familia.</p>	<p>3. Pactar periodos de descanso y distracción para el cuidador.</p> <p>4. Identificar junto al cuidador y la familia los principales factores generadores de tensión, dividiéndolos en modificables y no modificables.</p> <p>5. Ayudar al cuidador en los planes de cuidados de forma que sean</p>	<p>Ayudándole a encontrar tiempo personal para identificar sus propias necesidades, aprender las técnicas de manejo del estrés, programas chequeos regulares de salud y programar pausas regulares.</p> <p>3. El cuidador tiene la necesidad de prestar atención a su bienestar físico y psíquico para poder desempeñar su papel durante un tiempo prolongado.</p> <p>4. El papel del profesional en este caso es el de asesorar sobre el uso eficaz y eficiente de los recursos humanos o materiales que se disponen y sobre cómo modificar los factores que empeoran la situación.</p> <p>5. En muchos casos los cuidadores están casados y/o tienen hijos y trabajan y se ven obligados a abandonar estos roles por atender a la persona dependiente, lo cual acarrea sentimientos de culpa y puede suponer</p>
---	---	--

	<p>compatibles con otras actividades de la casa.</p> <p>6. Explicar en qué consiste el problema de salud de la persona cuidada.</p>	<p>un mayor aislamiento de su vida anterior. De modo que se debe fomentar en la medida de lo posible que estas actividades sean compatibles sin que esto suponga un gran nivel de estrés para el cuidador.</p> <p>6. El cuidador debe conocer y entender el proceso por el que pasa la persona dependiente para poder establecer cuáles son sus expectativas reales, de modo que el enfermero/a actúa como agente de educación para la salud facilitándole la comprensión del proceso y guiándole a la hora de marcarse objetivos.</p> <p>7. Es importante el aprendizaje en relación con la práctica asistencial. Dependiendo del nivel de dependencia del paciente los cuidados pueden ser más complejos, de modo que esta intervención puede asegurarnos su correcta ejecución tanto para el</p>
--	---	---

	7. Proporcionar técnicas y habilidades necesarias para brindar los cuidados.	receptor de los cuidados como para el cuidador y le puede proporcionar seguridad en sí mismo en la realización de sus tareas. Esta intervención debe completarse con el control de la calidad de cuidado realizado, su idoneidad y la necesidad de mejoría a través de una constante supervisión.
--	--	---

CP Anemia

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo General</i></p> <p>Corregir anemia.</p>	1. Educar a la madre sobre la anemia.	1. La madre/cuidador debe conocer y entender el proceso por el que pasa la paciente para poder establecer cuáles son sus expectativas reales, de modo que el enfermero/a actúa como agente de educación

	<p>2. Enseñar a la madre a identificar los signos de alarma de la anemia.</p> <p>3. Verificar el consumo de suplementación de hierro (sulfato ferroso y MMN) durante la visita domiciliaria.</p>	<p>para la salud facilitándole la comprensión del proceso y guiándole a la hora de marcarse objetivos.</p> <p>2. La anemia es una enfermedad que se desarrolla paulatinamente, las señales de alerta de la anemia suelen tardar en aparecer. En un principio, el paciente sólo se sentirá fatigado y débil. Luego aparecen signos como palidez en la piel, taquipnea, cefalea, taquicardia y mareos.</p> <p>3. En el caso de los niños la suplementación de hierro y la receta correspondiente es realizada por el personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño. El personal de enfermería es responsable de que la suplementación se deba realizar con dosis diarias, según la edad y condición del paciente, durante 6 meses consecutivos, el</p>
--	--	--

	<p>4. Explicar efectos adversos de la suplementación con hierro.</p> <p>5. Realizar control de hemoglobina en tres meses.</p>	<p>consumo debe ser alejado de las comidas, 1 o 2 horas después de las comidas en caso de sulfato ferroso, mientras que los MMN verificar consumo diario durante 12 meses continuos, combinados en 2 cucharadas de comida.</p> <p>4. Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento usado. El sulfato ferroso se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementa las manifestaciones de intolerancia digestiva (nauseas, vomitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), así como también el niño puede presentar heces más oscuras de lo habitual.</p> <p>5. El control de la hemoglobina en centro de salud primario se debe realizar al mes de haber iniciado el</p>
--	---	---

	<p>6. Brindar consejería nutricional durante la consulta de CRED.</p> <p>7. Planificar la visita domiciliaria</p>	<p>tratamiento, con la finalidad de verificar adherencia, debe de al menos subir un 1g/dl en hemoglobina, luego se realiza el control a los 3 y 6 meses posteriores.</p> <p>6. La consejería nutricional es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional.</p> <p>7. La planificación es una de las etapas más importantes de un proceso de atención en enfermería,</p>
--	---	--

	<p>8. Realizar visita domiciliaria de seguimiento de anemia dentro de un mes.</p>	<p>el cual permite delimitar el objetivo general y los resultados esperados de la sesión demostrativa.</p> <p>8. El monitoreo y seguimiento de manera extramural se realiza a través de la visita domiciliaria, la cual se realizará 1 visita domiciliaria dentro del primer mes después de iniciar el tratamiento y por menos una visita adicional en el resto del periodo de tratamiento.</p>
--	---	---

Ejecución

Tabla 3. *SOAPIE: Incumplimiento*

Fecha/hora	Intervenciones
20/1/18 (hora de atención en CRED)	<p>S</p> <p>Multimicronutrientes: Si (n° 6), sulfato ferroso en gotas, mamá refiere “no le doy todos los días”.</p> <p>Tamizaje de anemia: Si. Resultado: 10.1 g/dl.</p>
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	<p>O</p> <p>Consumo de medicamentos prescritos: Sulfato ferroso (desde su nacimiento, de manera irregular).</p> <p>Control de agudeza visual: No aplica, usa correctores refractarios.</p>
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	<p>A</p> <p>Incumplimiento relacionado a conocimiento insuficiente del régimen terapéutico evidenciado por conducta de no adherencia (consumo de sulfato ferroso y MMN irregular), inasistencia al control de oftalmología.</p> <p><i>Objetivo general:</i> Madre cumplirá con el régimen terapéutico según lo indicado.</p>
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	<p><i>Resultados esperados</i></p> <p>P</p> <p>Madre seguirá con tratamiento para la anemia con sulfato ferroso y MMN.</p> <p>Madre llevará a sus controles respectivos según especialista.</p> <p>Paciente usará correctores refractarios sin interrupción.</p>

Enero del 2018 (en el consultorio de CRED y visita domiciliaria)	I	<p>Se brindó consejería de las consecuencias del incumplimiento del régimen terapéutico (citas control en oftalmología, uso de correctores refractarios, consumo de sulfato ferroso y MMN).</p> <p>Se administró refuerzos positivos en las conductas que han de incrementarse.</p> <p>Se motivó a la madre a establecer de manera clara sus objetivos.</p> <p>Se elaboró plan de visita domiciliaria de seguimiento.</p> <p>Se realizó visita domiciliaria de seguimiento</p>
Según lo indicado	E	OPA

Tabla 4. *SOAPIE: Desequilibrio nutricional ingesta inferior a las necesidades corporales.*

Fecha/hora	Intervenciones
20/1/18 (hora de atención en CRED)	S Interés insuficiente por los alimentos: Mamá refiere que tiene poco apetito y no come todo lo que le presenta en el plato.
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	O Ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas. Ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 200g/mes) P: 9200 Kg

20/1/18 (en el consultorio de CRED)	A	Desequilibrio nutricional inferior a las necesidades corporales relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por la ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, interés insuficiente por los alimentos y ganancia insuficiente de peso (ganancia de peso menor de 200g/mes).
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	P	<p><i>Objetivo general</i></p> <p>Niña presentará equilibrio nutricional pogramado durante dos meses.</p> <p><i>Resultados esperados</i></p> <p>Niña recibirá ración de alimentos adecuada para su edad.</p> <p>Niña recibirá alimentación balanceada de acuerdo a su edad.</p>
Enero del 2018 (en el consultorio de CRED y visita domiciliaria)	I	<p>Brindé consejería nutricional de alimentación completa y balanceada durante el control de CRED.</p> <p>Realicé control de peso.</p> <p>Realicé plan de visita domiciliaria</p> <p>Realicé visita domiciliaria de seguimiento.</p> <p>Coordiné con servicio de nutrición para que ajuste la dieta al estilo de vida de la familia y la niña.</p> <p>Realicé plan de sesión demostrativa de alimentación balanceada.</p>

Realicé sesión demostrativa de alimentos bueno, balanceado y barato.

En dos meses **E** OPA

Tabla 5. *SOAPIE: Estreñimiento*

Fecha/hora		Intervenciones
20/1/18 (hora de atención en CRED)	S	Mamá refiere “no le gusta mucho los vegetales”. Mamá refiere “que puja mucho para hacer sus necesidades”.
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	O	Una deposición al día cada dos o tres días, de consistencia dura. Deposiciones duras y formadas.
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	A	Estreñimiento relacionado a hábitos dietéticos inadecuados evidenciado por cambios en el patrón intestinal habitual, disminución en la frecuencia de las deposiciones (una deposición cada 2 o 3 días) y esfuerzo excesivo en la defecación, heces duras y formadas.
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	P	<i>Objetivo General</i> Paciente mejorará su problema de estreñimiento en relación con la dieta en una semana.

Resultados esperados

Niña aumentará la frecuencia de heces cada dos días o diario.

Niña presentará heces blandas en el transcurso de la semana.

Niña disminuirá el esfuerzo excesivo en la defecación en el transcurso de la semana.

20/1/18 (en el consultorio de CRED)

I Se enseñó a la madre a vigilar los movimientos intestinales, incluye frecuencia, consistencia, forma, volumen y color.

Se enseñó a la familia las comidas específicas que ayudan a conseguir un adecuado ritmo intestinal.

Se enseñó a la madre a vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

Se enseñó a la madre a identificar los factores (medicamentos, falta de actividad física, dieta) que puedan ser la causa del estreñimiento.

Se motivó a la madre a aumentar la ingesta de líquidos. Fomentar el aumento de ingesta de líquidos.

En una semana

E

OPA

Tabla 6. *SOAPIE: Riesgo de retraso en el desarrollo*

Fecha/hora		Intervenciones
20/1/18 (hora de atención en CRED)	S	No aplica.
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	O	Test del desarrollo: Puntaje EEDP 88 (Desarrollo normal) Perfil del desarrollo según EEDP: Trastorno del desarrollo en área de coordinación.
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	A	Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a la dificultad para el aprendizaje en el área de coordinación secundario a enfermedad crónica: anomalía de Peters.
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	P	<i>Objetivo General</i> Niña mejorará desarrollo Psicomotor en todas las áreas según EEDP en dos meses.
Enero del 2018 (en el consultorio de CRED)	I	Se adecuó el ambiente para evaluación de EEDP. Se realizó la evaluación de EEDP. Se realizó el perfil de desarrollo según EEDP.
		Se organizó un plan de visita domiciliaria: Sesión de estimulación temprana. Se realizó sesión de estimulación temprana en compañía de los padres.

Se brindó a la madre consejos prácticos de actividades coherentes según su edad y habilidades.

Se enseñó a la madre y/o familia sobre el refuerzo positivo.

Se explicó a la madre y/o familia el papel de la actividad física, social, espiritual y cognitiva en el mantenimiento de la funcionalidad y la salud.

En dos meses **E** **O** OPA

Tabla 7. *SOAPIE: Cansancio del rol cuidador*

Fecha/hora	Intervenciones
20/1/18 (hora de atención en CRED)	<p>S Preocupación por los miembros de la familia (tiene 3 hijos), preocupación por las rutinas de cuidado (enfermedad crónica: anomalía de Peters, anemia).</p>
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	<p>Tipo de familia: ampliada, tiene un hermano mayor y producto de parto gemelar, abuelos, tíos y primos.</p> <p>O Consumo de medicamentos prescritos: Sulfato ferroso (desde su nacimiento, de manera irregular).</p> <p>Control de agudeza visual: No aplica, usa correctores refractarios.</p>

20/1/18 (en el consultorio de CRED)

A Cansancio del rol de cuidador relacionado a patrón de adaptación familiar ineficaz evidenciado a factores estresantes, preocupación por los miembros de la familia (tiene 3 hijos), preocupación por las rutinas de cuidado (enfermedad crónica: anomalía de Peters, anemia).

Objetivo General

Cuidador disminuirá su nivel de cansancio de moderado a leve en dos meses.

20/1/18 (en el consultorio de CRED)

Resultados esperados

P Cuidador manifestara verbalmente la disminución de los factores estresantes de manera gradual.

Cuidador disminuira la cantidad de cuidados requeridos de manera sustancial, intercambiando responsabilidades con la familia.

20/1/18 (en el consultorio de CRED)

I Se enseñó a la madre a vigilar la aparición de signos de depresión y deterioro de la salud del cuidador, especialmente si la situación familiar es mala.

Se promueve el autocuidado del cuidador principal en su salud física, psicológica y social.

Se pacta periodos de descanso y distracción para el cuidador.

Se identificó junto al cuidador y la familia los principales factores generadores de tensión, dividiéndolos en modificables y no modificables.

Se ayudó al cuidador en los planes de cuidados de forma que sean compatibles con otras actividades de la casa.

Se explica en qué consiste el problema de salud de la persona cuidada.

Se proporcionó técnicas y habilidades necesarias para brindar los cuidados.

En dos meses **E** OPA

Tabla 8. *SOAPIE: Anemia*

Fecha/hora		Intervenciones
20/1/18 (hora de atención en CRED)	S	No aplica

20/1/18 (en el consultorio de CRED)	O	<p>Hb: 10.1 g/dl.</p> <p>Antecedentes: Consumo de sulfato ferroso en gotas desde el alta de nacimiento (irregular).</p> <p>Consumo de medicamentos prescritos: Sulfato ferroso (desde su nacimiento, de manera irregular) y MMN (desde los 6 meses, irregular)</p> <p>Test del desarrollo: Puntaje EEDP 88 (Desarrollo normal)</p> <p>Perfil del desarrollo según EEDP: Trastorno del desarrollo en área de coordinación.</p>
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	A	CP Anemia
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	P	Corregir anemia
20/1/18 (en el consultorio de CRED)	I	<p>Se educó a la madre sobre la anemia.</p> <p>Se enseña a la madre a identificar los signos de alarma de la anemia.</p> <p>Se verificó el consumo de suplementación de hierro (sulfato ferroso y MMN) durante la visita domiciliaria.</p> <p>Se explicó efectos adversos de la suplementación con hierro.</p>

Se realizó control de hemoglobina en tres meses.

Se brindó consejería nutricional durante la consulta de CRED.

Se planificó la visita domiciliaria

Se realizó visita domiciliaria de seguimiento de anemia dentro de un mes.

En 6 meses **E** OPA

Evaluación

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Madre cumplirá con el régimen terapéutico según lo indicado.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Madre seguirá con tratamiento para la anemia con sulfato ferroso y MMN.</p> <p>Madre llevará a sus controles respectivos según especialista.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado.</p> <p>Madre continua con tratamiento para la anemia con sulfato ferroso y MMN</p> <p>Madre lleva a sus controles respectivos.</p> <p>Niña usa correctores refractarios la mayor parte del día.</p>

Paciente usará correctores refractarios sin interrupción.	
---	--

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Niña presentará equilibrio nutricional pogramado durante dos meses.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Niña recibirá ración de alimentos adecuada para su edad.</p> <p>Niña recibirá alimentación balanceada de acuerdo a su edad.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado</p> <p>Niña recibe ración en los alimentos según su edad la mayoría de días en la semana.</p> <p>Madre refiere que la niña se alimenta con alimentación balanceada.</p>

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo</p> <p>Paciente mejorará su problema de estreñimiento en relación con la dieta en una semana.</p> <p>Resultados esperados</p> <p>Niña aumentará la frecuencia de heces cada dos días o diario.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado</p> <p>Niña aumenta la frecuencia de heces a cada dos días.</p> <p>Niña no presenta heces blandas en el transcurso de la semana.</p> <p>Niña disminuyó el esfuerzo excesivo en la defecación en el transcurso de la semana</p>

<p>Niña presentará heces blandas en el transcurso de la semana.</p> <p>Niña disminuirá el esfuerzo excesivo en la defecación en el transcurso de la semana.</p>	
<p>Diagnóstico 4</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Objetivo</p> <p>Niña mejorará desarrollo Psicomotor en todas las áreas según EEDP en dos meses.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado</p> <p>Niña aún no mejora desarrollo psicomotor en todas las áreas según EEDP en dos meses.</p>
<p>Diagnóstico 5</p>	<p>Evaluación</p>
<p>Objetivo</p> <p>Cuidador disminuirá su nivel de cansancio de moderado a leve en dos meses.</p> <p>Resultados Esperados</p> <p>Cuidador manifestara verbalmente la disminución de los factores estresantes de manera gradual.</p> <p>Cuidador disminuira la cantidad de cuidados requeridos de manera sustancial, intercambiando responsabilidades con la familia.</p>	<p>Objetivo parcialmente alcanzado</p> <p>Cuidador refiere que su nivel de cansancio no disminuyó.</p> <p>Cuidador refiere que disminuyó cantidad de cuidados requeridos debido a que se organizó con su familia.</p>

Diagnóstico 6	Evaluación
Objetivo Corregir anemia.	Objetivo no alcanzado Niña continúa con anemia.

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Un estudio realizado por Sánchez, Zacarías, y García (2012), en la ciudad de Guantánamo, se encontraron con el caso de un recién nacido producto de un parto distócico por desproporción céfalo pélvica (DCP) a las 39.6 semanas, hijo de madre de 27 años sin antecedentes de enfermedad con G2 A1 (espontáneo) con un peso al nacer de 3 650 gramos que ingresa en sala de Neonatología por posible opacidad del cristalino en ambos ojos para estudio y tratamiento. Es evaluado a las 5 horas de nacido por el servicio de Oftalmología y se constata opacidad corneal densa, anular según se describe en historia clínica que solo deja ver segmento anterior en borde nasal no pudiéndose constatar otras estructuras. Se le realizan los exámenes de rutina para su posterior tratamiento. Como resultado de este estudio se concluyó que la anomalía de Peters es una patología poco frecuente en la práctica médica, por lo que el diagnóstico puede crear confusión a la hora de realizarse, es necesario pensar en él pues es eminentemente clínico. Es importante la detección precoz, aunque no determine un mejor pronóstico visual. Lamentablemente el trasplante corneal no resulta una buena alternativa de tratamiento, aunque pudiera tenerse en cuenta.

Así mismo en otra presentación de casos, en Cuba en el año 2010, se describió a una lactante blanca, femenina, de 10 meses de edad, producto de un embarazo gemelar dicigótico, en la que se realizó el diagnóstico de esta afección aplicando el método clínico a través de la técnica comparativa o de patrón. Se realizó estudio cromosómico descartándose la posibilidad de anomalías cromosómicas visibles por técnicas citogenéticas convencionales. Como conclusión de la presentación de caso se considera que hoy, cuando múltiples son los avances e investigaciones obtenidos en el campo de la Genética Humana, continúa y se reafirma la aplicación del método clínico por parte del médico como una herramienta fundamental, de gran utilidad, en el diagnóstico y prevención de estas enfermedades, de origen genético, que siguen siendo un desafío para la ciencia. (Marizon, n.d.)

Revisión de la literatura /marco conceptual

Crecimiento y desarrollo del niño:

El Ministerio de Salud (Minsa) recomienda a la población realizar los controles periódicos de crecimiento y desarrollo (CRED) de los niños y niñas menores de cinco años, ya que los controles CRED son un conjunto de actividades que permiten la detección temprana de los riesgos, alteraciones o trastornos que pueden presentarse en la infancia, facilitando así el acceso oportuno a una atención integral. El acceso a estas evaluaciones es un derecho y es deber de los padres llevar a sus niños al establecimiento de salud más cercano (MINSA, 2017)

Crecimiento sano del infante:

Según MINSA, se llama crecimiento al proceso del incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células, llamado hiperplasia, o al tamaño, llamado hipertrofia. Esto se encuentra regulado por algunos

factores como el nutricional, social, económico, cultural, emocional, genético, neuroendocrinos, etc. (Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. Perú, 2017)

Para poder evaluar este concepto de crecimiento, la Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolló las curvas de crecimiento, que en la actualidad las usamos como fuente de referencia para saber cómo los niños y niñas crecen desde el nacimiento. A partir de una investigación llamada “estudio multicéntrico” realizada en seis países del mundo, se pudieron realizar estas curvas de crecimiento, patrones comunes que nos sirven para detección y prevención precoz de problemas graves en el crecimiento como son la desnutrición, el sobrepeso y la obesidad de los niños y niñas (Unicef, 2012)

Índices antropométrico:

Para la evaluación nutricional se necesitan tener los índices antropométricos. La definición de estos índices según OMS, “son las combinaciones de mediciones y resultan esenciales para la interpretación de éstas”. Para los niños, los índices antropométricos más usados son el peso para la talla, la talla para la edad y el peso para la edad (Priore, 2005).

Peso para la edad (P/E): Es la masa corporal alcanzada en relación con la edad cronológica. Es un índice compuesto, influenciado por la estatura y el peso relativo.

Talla para la edad (T/E): Es el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y sus déficits. Se relaciona con alteraciones del estado nutricional y la salud a largo plazo.

Peso para la talla (P/T): Es el peso relativo para una talla dada y define la probabilidad de la masa corporal, independientemente de la edad. Un peso para la talla bajo es indicador de desnutrición y alto de sobrepeso y obesidad (Unicef, 2012).

Desarrollo infantil

Según el Ministerio de Salud (MINSA), “es el proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e integración de sus funciones, en aspectos como biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social” (“Ministerio de salud. Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años Perú, 2017).

Escala de valoración del desarrollo (EEDP)

Para la valorar el desarrollo psicomotor se usa la escala llamada EEDP (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor), el cual es el primer instrumento de medición de funciones psicológicas estandarizado para niños de 0 a 24 meses, elaborada por Rodriguez, Arancibia y Undurraga en 1974. Esta escala se aplica a los niños de 2 y 18 meses, cuyas condiciones de evolución de su desarrollo se ubiquen como normales, incrementándose su frecuencia en caso de presentar déficit en el desarrollo psicomotor a manera de seguimiento. Quien lo aplique será el personal profesional a cargo de la atención integral del crecimiento y desarrollo del niño. Este importante instrumento mide el rendimiento del niño frente a ciertas situaciones que para ser resueltas requieren determinado grado de desarrollo psicomotor. La escala consta de 75 ítems, 5 en cada edad. La puntuación no admite graduaciones, existiendo solo dos posibilidades, el éxito o fracaso frente a la tarea propuesta. Se considera 15 grupos de edad entre los 0 a 24 meses (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 15, 18, 21 y 24 meses), siendo estas edades las más significativas. Las áreas que evalúan son 4: lenguaje, social, coordinación y

motora. Para la medida del grado desarrollo psicomotor en las áreas anteriormente señaladas se usan las técnicas de observación y el interrogatorio a la madre o acompañante del niño, así como también contar con una batería de prueba, manual de administración y hoja de registro. (Rodríguez, Arancibia, & Undurraga, 1995)

Valoración de enfermería en el crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida:

Por todo lo expuesto anteriormente, el período de la primera infancia es considerado la fase de desarrollo más importante de todo el transcurso de la vida. Si el individuo tuvo un desarrollo saludable durante la primera infancia, tanto físico, socioemocional, lingüístico y cognitivo, cada uno de ellos de igual importancia, va a ejercer una influencia notable sobre el bienestar y factores en el desarrollo, salud mental, enfermedades cardíacas, habilidad numérica y de lecto escritura, criminalidad y participación económica durante toda la vida (Irwin, Siddiqi, y Hertzman, 2007)

Así mismo el acompañamiento en la crianza del niño durante el primer año de vida debería ser una de las acciones fundamentales del equipo de salud ya que representa un aporte importante para el adecuado crecimiento y desarrollo de niños y niñas. En efecto, la práctica durante la atención diaria del personal de salud demuestra que numerosas situaciones cotidianas de la vida familiar generan incertidumbre o interrogantes que los padres no siempre se sienten en condiciones de responder por sí solos. Es decir, sería conveniente que el equipo de salud no sólo se preocupen respecto de la normalidad del proceso de crecimiento y desarrollo del niño o niña, sino también en qué medida están ayudando a la familia a resolver aquellas situaciones que a diario se le plantean (Raineri et al., n.d.)

Es por ello, la importancia de la valoración de enfermería, donde la observación constante durante esta etapa de la vida es esencial, ya que en esta epata se inicia todo el

desarrollo de las potencialidades que le van a servir al niño y niña en el futuro tales como buenos hábitos alimenticios, postura correcta del cuerpo, adecuado lenguaje, etc. Durante este período el profesional de enfermería debe hacer énfasis en el estado físico del niño y niña, su crecimiento tanto en peso como en talla, sus hábitos particulares, y muy especial enfocar nuestros esfuerzos en desarrollar patrones de comportamiento de los padres hacia los hijos lo mas acertado posible. En este trabajo de la enfermera, la valoración neurológica es muy importante porque a través de ella se puede comprobar el funcionamiento del sistema nervioso central, el desarrollo neuromuscular, los reflejos, tan importantes para los niños y niñas en esta etapa de la vida, y que en forma normal estarán presentes durante su desarrollo hasta alcanzar la adultez. En el área biopsicosocial, los niños y niñas se encuentran en formación, siente la necesidad de fomentar desde edades tempranas de la vida el juego de roles con la representación de papeles imaginarios, todas estas actitudes deben ser reforzadas de forma positiva para desarrollar valores positivos en el niño y niña dentro de la sociedad (Rodolfo et al., 2011)

Diagnóstico oportuno del infante

El control de crecimiento y desarrollo se debe realizar en todos los establecimientos de salud del territorio nacional. En los establecimientos de salud del Ministerio de salud y de las DIRESA/GERESA, esta atención es gratuita para las niñas y niños protegidos por el SIS y los que carezcan de algún seguro de salud. Para realizar esta atención CRED, todos los establecimiento de salud de atención genereal deben contar con enfermera (o) (Norma técnica CRED, 2011).

Según el MINSA, durante el CRED se realizar una valoración, identificando factores de riesgo biopsicosociales que van a influir el óptimo crecimiento y desarrollo infantil. Alguno de estos factores es, por ejemplo, niño o niña sin controles, en

adopción, ausencia de cuidador estable, prematuridad, bajo peso al nacer, enfermedad congénita, entre otros. También se realiza la evaluación física y neurológica, usando diversas técnicas como inspección, auscultación, palpación y percusión. Así mismo se realiza la evaluación de la función visual y auditiva, de acuerdo a la edad del niño y niña. Incluye también la evaluación para el descarte de enfermedades prevalentes, donde la enfermera podrá detectar alguna infección respiratoria aguda o diarreica aguda siguiendo la metodología AIEPI y realizando el dosaje de hemoglobina en niñas y niños a los 6 meses y luego cada 6 meses para la detección de la anemia, igualmente se realiza el descarte de parasitosis en niñas y niños que se toma a partir de los primeros años de edad, una vez al año. Luego se evalúa el cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro, donde la enfermera verifica el cumplimiento del esquema nacional de vacunación vigente y administra la vacuna si es que le corresponde, así mismo se encarga de la entrega de los multimicronutrientes (MMN) si fuera el caso (Ministerio de Salud. Norma Técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años Perú, 2017).

Por ello, este desarrollo integral de la infancia, hablando de crecimiento y desarrollo de manera conjunta, es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social, elementos considerados principales y necesarios para romper el ciclo de pobreza y reducir las brechas de inequidad. Recientes investigaciones demuestran la importancia del desarrollo en la primera infancia para la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado debería ser una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones, y comunidad en general (Repositorio datos del ministerio de Salud, 2015).

Anemia infantil en el Perú.

Estadísticas nacionales

La anemia en niños y niñas llega al 33.3% en menores de cinco años de edad, en el 2016, según ENDES (Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar). Mientras en el año 2012 se observó un poco más alta, llegando al 32.9%. Si clasificamos por el tipo de anemia, se encuentra 22.8% en anemia leve, 10.3% anemia moderada y sólo 0.2% en anemia severa, y según el área de residencia, la anemia es más frecuente en el área rural alcanzando el 41.4%, y por departamento, Puno presentó la más alta proporción (62,3%), seguido por Loreto (49,9%), Pasco (49,4%), y Ucayali (47.2%). Los menores porcentajes se presentaron en Cajamarca (22,9%) y la Libertad (23,8%). Mencionando las estadísticas según grupo etáreo encontramos lo siguiente, encontramos que se presenta anemia principalmente a niños y niñas menores de 18 meses de edad, 62,1% de seis a ocho meses de edad, 56.7% de 9 a 11 meses de edad, 59.3% de 12 a 17 meses y de 18 a 23 meses de edad 43,6%, mientras, que en los infantes de 24 a 59 meses de edad los porcentajes fueron menores: 24 a 35 meses (24,4%), 36 a 47 meses (17,5%) y de 48 a 59 meses de edad 17.5% (ENDES, 2016).

Plan nacional de reducción contra la anemia

Ante la estadística antes presentada, la presencia de la anemia ocasiona preocupación en todos los ámbitos, por las consecuencias que pueden provocar en la salud y desarrollo de los niños y niñas a nivel cognitivo, motor, emocional y social. Esta enfermedad ocurre en la etapa de mayor velocidad de crecimiento y diferenciación de células cerebrales, es decir en los primeros dos años de vida, incluyendo la gestación. Esta situación ocasiona que la anemia en Perú se convierta en un problema de salud pública grave, según la OMS. En este contexto, el MINSA plantea una serie de estrategias, centradas en las personas y la familia para reducir la anemia, incluso la

desnutrición crónica también, haciendo énfasis en quince intervenciones, las cuales están contempladas en el Programa Articulado Nutricional y Salud Materno Neonatal. Se propone lograr las metas en Desnutrición Crónica Infantil y Anemia al 2021. En este contexto, este plan nacional adopta el modelo del Programa Articulado Nutricional, dando mayor énfasis en el consumo de hierro en la población vulnerable, lactancia de materna exclusiva, detección y tratamiento precoz de enfermedades más prevalente en niños menores de 3 años, vacunación completa para menores de 36 meses, control de crecimiento y desarrollo, hogares con agua segura, gestación, atención prenatal, embarazo de adolescentes y parto. (Ministerio de Salud, 2017)

Anemia ferropénica

Definición.

Según la OMS, es un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo, estas necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, considerando lo anterior, aquí los rangos de referencia:

Tabla 9. *Concentraciones de hemoglobina para su diagnostico*

Edad	Normal	Anemia (g/dl)
Menor de 2 meses nacido a término	13.5-18.5	<13.5
Niños de 2 a 5 meses	9.5-13.5	<9.5
Niños de 6 a 59 meses	11.0-14.0	Leve: 10.0-10.9 Moderada: 7.0-9.9

		Severa: <7.0
Niños de 6 a 11 años	11.5-15.5	Leve: 11.0-11.4 Moderada: 8.0-10.9 Severa: <8.0
Adolescente de 12 a 14 años	12 a más	Leve 11.0-11.9 Moderada: 8.0-10.9 Severa: <8.0
Varones 15 años a más	13 a más	Leve: 10.0-12.9 Moderada: 8.0-10.9 Severo: <8.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011

Etiología.

Según la guía práctica clínica de diagnóstico y tratamiento en establecimientos de salud del primer nivel de atención, la principal causa de la anemia nutricional es la deficiencia de hierro, algunas de éstas se encuentran en la siguiente lista:

Alimentación con bajo contenido y/o baja biodisponibilidad de hierro

Ingesta de leche de vaca en menores de 1 año

Disminución de la absorción de hierro por procesos inflamatorios intestinales

No se cubren los requerimientos en etapa de crecimiento acelerado (menor de 2 años y adolescentes)

Malaria e infecciones crónicas

Prematuridad y bajo peso al nacer.

Corte inmediato del cordón umbilical al disminuir la transferencia de hierro durante el parto.

Signos y síntomas.

Según la norma técnica vigente del manejo terapéutico y preventivo de la anemia (MINSA, 2016), los síntomas y signos de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo. Estos pueden identificarse a través de la anamnesis y con el examen físico completo.

Tabla 10. *Clasificación de signos y síntomas de la anemia*

Órganos o sistema afectado	Síntoma y signos
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y fanereas	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia)
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL).
Alteraciones digestivas	Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.

Alteraciones inmunológicas	Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención. Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

Fuente: Ministerio de Salud, Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, Dirección de Intervenciones Estratégicas por Etapas de Vida (2016)

Fisiopatología:

La deficiencia de hierro se produce por un balance negativo que comprende la síntesis de la hemoglobina. Las etapas de la aparición de la anemia son:

Las reservas de hierro se encuentran óptimas, la ferritina se encuentra >12 ug/dl y la hemoglobina dentro de los valores normales.

Luego, durante la primera etapa, se evidencia la depleción de los depósitos de hierro, la ferritina <12 ug/dl, dando como resultado una ferropenia latente, aún el valor de la hemoglobina se mantiene normales.

En la segunda etapa, se encuentra la eritropoyesis con deficiencia de hierro, hay un incremento en la concentración receptora de transferrina, hay ferropenia aún sin anemia, hemoglobina dentro de los valores normales.

En la tercera etapa, se encuentra anemia ferropriva, encontrando la hemoglobina con valores debajo de lo normal. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)

Diagnóstico:

Los criterios de diagnóstico pueden ser los siguientes:

Clínico: Mediante la identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico completo.

Laboratorio: Mediante la determinación de la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa.

Diagnostico diferencial: Como talasemias, anemia sideroblástica, anemia mieloplásica, saturnismo, hipelcarotenemias entre otros. (Ministerio de Salud del Perú, 2016)

Prevención y tratamiento.

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se deberá tener en cuenta con los productos farmacéuticos vigentes, tipo de anemia, edad, sexo y condición fisiológica.

Manejo preventivo de anemia en niños

Según la norma técnica actual (Ministerio de Salud del Perú, 2017), la prevención de anemia se realizará de la siguiente manera:

Tabla 11. Prevención de anemia según el Ministerio de Salud

Condición del niño	Edad de administración	Dosis (vía oral)	Producto a usar	Duración
Niños con bajo peso al nacer	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Gotas sulfato ferroso o gotas complejo	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos.

y/o			polimaltosado		
prematur			férico.		
s	Desde los 6 meses de edad	1 sobre diario	Multimicronutrientes: sobre de 1 g en polvo	Hasta complete consumo de 360 sobres	que el 360 sobres
Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer.	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses.	2mg/kg/día.	Gotas sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos.	
	Desde los 6 meses de edad.	1 sobre diario.	Multimicronutrientes: sobre de 1 g en polvo.	Hasta complete consumo de 360 sobres.	que el 360 sobres.

Fuente: Ministerio de Salud.

Manejo terapéutico de anemia en niños

Los niños que tienen bajo concentración de hemoglobina, deberá administrarse hierro según edad y si han sido prematuros con bajo o adecuado peso al nacer.

Tratamiento de la anemia en niños menores de 6 meses de edad:

Niños Prematuros y/o con Bajo Peso al Nacer:

Se deberá realizar el tratamiento según el siguiente cuadro.

Tabla 12. Manejo terapéutico de la anemia en niños prematuros o bajo peso al nacer

Condición	Edad de administración	Dosis	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niño prematuro y/o con bajo peso al nacer.	Desde 30 días de edad	4 mg/Kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado o Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: Ministerio de Salud

Niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses:

El tratamiento con hierro se deberá hacer con el siguiente esquema:

Tabla 13. Manejo terapéutico de la anemia en menores de 6 meses

Condición	Edad de administración	Dosis	Producto	Duración	Control de hemoglobina
-----------	------------------------	-------	----------	----------	------------------------

Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia	3 mg/Kg/día Máxima dosis 40 mg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos.	Al mes, 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
---	-------------------------------	---------------------------------------	--	----------------------------	--

Fuente: Ministerio de Salud

Tratamiento de la anemia en niños de 6 meses a 11 años de edad

El manejo de la anemia para este grupo estáneo será lo siguiente:

Tabla 14. Manejo Terapeutico de la anemia de 6 meses a 11 años

Edad de administración	Dosis	Producto	Duración	Control de hemoglobina
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 70 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de

		Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	iniciado el tratamiento.
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 90 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico	
Niños de 5 a 11 años	3 mg/Kg/día Máxima dosis: 120	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo	

Polimaltosado

Férrico o

1 tableta de

Sulfato ferroso

o

1 tableta de

Polimaltosado

Fuente: Ministerio de Salud

Medidas alimentaria

En la alimentación encontraremos dos tipos de hierro:

Hierro hem, el cual forma parte de la hemoglobina y mioglobina de tejidos animales, es absorbido con mejor eficiencia que el hierro no hem y potencia la absorción del hierro no hem, su porcentaje de absorción es del 15 al 35%, las sustancias inhibidores o potenciadores no afectan su absorción a excepción del calcio. Podemos encontrarlo en los alimentos como la sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones y bofe), pavo, carne de res, pescados, entre otros.

Hierro no hem, que se encuentra en los alimentos vegetales, y se encuentra principalmente oxidado, se absorbe con dificultad y necesita proteínas de la familia de las integrinas para absorberse. Este tipo de hierro tiene menor biodisponibilidad, se absorbe del 2 al 10%, y este porcentaje puede disminuir con la presencia de fitatos, oxalatos, fosfatos, polifenoles y pectinas presentes principalmente en los cereales, menestras, legumbres, vegetales de hoja verde, raíces y frutas. Además, los taninos presentes en el té, café, cacao, infusiones de hierbas o mates en general, como las bebidas carbonatadas bloquean de manera importante la absorción del hierro. Sin

embargo, los betacaroteno y vitamina A, el ácido fólico, ácido ascórbico o vitamina C, aún con presencia de filatos, taninos y calcio previene la formación del hidróxido férrico insoluble (Ministerio de Salud del Perú, 2016).

Anomalía de Peters

Fisiopatología

El sentido de la vision se realiza a través de los ojos, cada ojo consta de dos partes: el globo ocular y los órganos anexos. El globo ocular es un órgano casi esférico, de unos 24 mm diámetro, constituido por tres membranas: la esclerótica, la coroides y la retina. La esclerótica es la capa más externa y fibrosa del ojo, en la zona central de su parte anterior se hace transparente y se abomba para formar la córnea, que permite el paso de los rayos luminosos, mientras que en el área posterior se halla un orificio que da paso al nervio óptico, donde llegan las imágenes para luego pasar al lóbulo occipital, captando así la imagen en el cerebro (Hernández, 2005).

En embriología ocular, el globo ocular aparece desde que el embrión se encuentra en desarrollo con 22 días de vida, cuando éste tiene un tamaño de 2.5 a 3.0 mm de longitud, en la porción lateral de la región cefálica se evidencian dos abultamientos denominados vesículas ópticas las que presentarán un hundimiento en su porción central (Desarrollo prenatal de la córnea, 2010).

La anomalía de Peters, según el manual de diagnóstico y tratamiento en Oftalmología (Castro, 2009), es una malformación congénita de la córnea, que se produce en el desarrollo embrionario (10 a 16 semanas de gestación), explicado anteriormente.

Cabe mencionar que es una patología poco frecuente que afecta aproximadamente a 1 de cada millón de personas y es responsable del 40% de

las opacidades corneales congénitas. Puede afectar a uno o ambos ojos, aunque en el 80% de los casos es bilateral y asimétrica. No se conoce la causa exacta de esta enfermedad, aunque entre los factores se encuentra la parte genética que afectan al desarrollo embrionario del ojo. La mayoría de los casos son esporádicos, pero se han descrito patrones de herencia autosómica recesiva y dominante, en los que hay más de un miembro de la familia con la misma alteración (Centro de Oftalmología Barrquel, 2017).

Síntomas

La anomalía de Peters tiene las siguientes características definitorias (Castro, 2009):

Es una opacidad corneal central (leucoma de la córnea) que se asocia a un defecto posterior corneal.

El espesor de la córnea esta normal o aumentado.

No hay vascularización ni inflamación.

Bilateral, con tendencia a la asimetría, aunque puede ser unilateral.

Generalmente esporádicos.

Se han reportado casos familiares (carácter autosómico dominante y recesivo).

En algunos casos, el leucoma central y las fibras adherentes del iris son los únicos signos.

Defectos oculares asociados: glaucoma, microftalmia con coloboma coroideo, aniridia, esclerocórnea.

Asociaciones sistémicas: paladar hendido, defectos cardiacos congénitos, alteraciones esqueléticas, displasia craneofacial, alteraciones genitourinarias.

Diagnóstico

Esta alteración congénita suele ser detectada por el pediatra inmediatamente tras el nacimiento, durante la evaluación de rutina, pero se deriva al oftalmólogo para la confirmación. Es importante que el diagnóstico se realice lo antes posible, en ocasiones puede ser necesario un examen oftalmológico exhaustivo bajo anestesia general. A pesar de que la opacidad central de la córnea suele mejorar espontáneamente durante los primeros meses de vida, es muy difícil predecir qué visión tendrá definitivamente el niño (Instituto de microcirugía ocular, 2018).

Protocolo de tratamiento

El manejo de estos pacientes requiere un trabajo en equipo multidisciplinario, incluyendo al especialista en córnea y oftalmólogo pediátrico. En los casos en los que la anomalía sea bilateral, está indicado el tratamiento quirúrgico mediante queratoplastia (trasplante de córnea), donde se sustituye la córnea opaca por otra sana procedente de un donante. Asimismo es importante descartar posibles malformaciones asociadas, obtener una historia familiar completa y realizar un examen ocular a padres y hermanos, para ofrecer consejo genético. Por último, no debemos olvidar que el tratamiento de estos niños, cuyo sistema visual está en pleno desarrollo, debe ser lo más precoz posible para lograr un mejor pronóstico visual y minimizar el riesgo de ambliopía (Rodríguez Maiztegui, 2018).

Pronóstico

Los tratamientos para esta enfermedad congénita, anomalía de Peters, apuntan a despejar el eje visual central para así permitir la maduración del campo visual. El cuidado estándar actual es la queratoplastia penetrante de grosor completo, mientras que la irisdoplastia es recomendada para la remodelación del iris y la extracción de cataratas

para aquellos que está afectado el cristalino. Pero lo más importante de la terapia médica es la monitorización del glaucoma ya que la presión ocular a menudo es elevada en este tipo de pacientes con esta anomalía, debido a la digenesia de la estructura del segmento anterior. Ya antes mencionado, los pacientes con anomalía de Peters deben ser considerados para trasplante de cornea para despejar el eje visual central lo más pronto posible. Debido a los problemas sistémicos que pueden acompañar este mal congénito, se debe incluir las interconsultas con genética, cardiología y neurocirugía. Así como también el tratamiento para la corrección de gafas y el tratamiento de ambliopía debe iniciarse lo antes posible. Si bien es cierto que se debe realizar el trasplante de córnea, el pronóstico para mantener el injerto claro es después de los 2 años con un 22% de éxito como se informó en estudios realizados. Debido a la corta edad de los pacientes, se cree que el rechazo del sistema inmunológico es la causa más común de falla al injerto. En general el pronóstico visual general es malo después del injerto corneal y un estudio reciente halló que menos de un tercio de los ojos con Peters tienen una agudeza visual mejor que 20/400. (H. Santos R Lourdes et al, 2012)

Modelo teórico

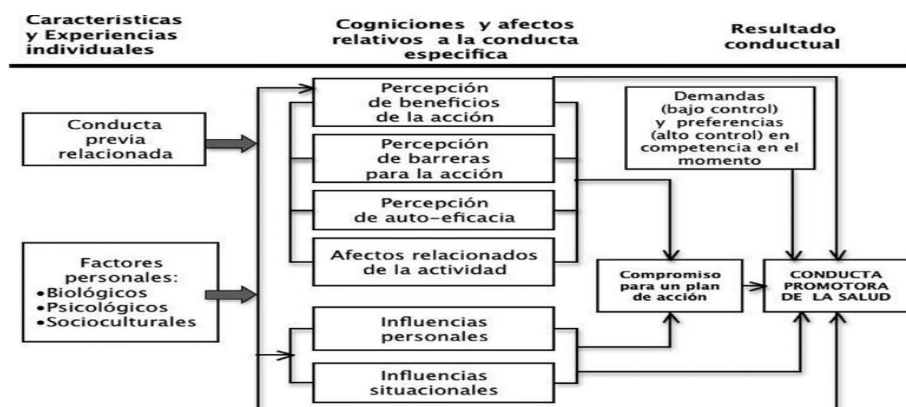
El presente trabajo de investigación, presentación de estudio de caso, se basó en el Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender, donde se sustenta que la persona es el núcleo del modelo y, por tanto, precisa de su implicación para el cambio conductual. Según Pender la familia, el entorno o la enfermera resultan ser factores favorecedores para que se den ese cambio de conducta. Dicho marco trata de explicar y predecir cómo la compleja interacción entre los factores perceptivos y ambientales influye en las decisiones relacionadas con la salud que el individuo desarrolla, mientras que por otra parte también orienta hacia la generación de conductas.

El modelo de promoción de la salud trata de explicar como las personas y su naturaleza multifacética interactúa con el entorno cuando intentan alcanzar el estado de salud deseado.

Nola Pender, enfermera y autora del modelo de Promoción de la Salud, expresó que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano. También dentro de su modelo expone los aspectos relevantes que intervienen en la modificación de conducta de los seres humanos, sus actitudes y motivaciones hacia la promoción de su salud.

Según el modelo de promoción de la salud de Nola Pender, está inspirado en dos sustentos teóricos: la teoría de aprendizaje social de Albert Bandura y el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana de Feather. De Bandura, rescata la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta y reconoce que los factores psicológicos influyen en los comportamientos de las personas. Mientras que de Feather, considera que el componente motivacional es clave para conseguir un logro es la intencionalidad. Es decir, si la persona tiene la intención clara, concreta y definida por conseguir una meta, aumenta la probabilidad de lograr el objetivo (Sakraida, 2011)

Para poder entender mejor el modelo de Nola Pender, se encuentra el siguiente esquema.



Fuente: Modelo de promoción de la salud de Pender 1996

El primer concepto se refiere a experiencias anteriores que pudieran tener efectos directos e indirectos en la probabilidad de comprometerse con las conductas de promoción de la salud. El segundo concepto describe los factores personales, categorizados como biológicos, psicológicos y socioculturales. La segunda columna son los centrales del modelo y se relacionan con los conocimientos y afectos (sentimientos, emociones, creencias) específicos de la conducta. Estos enunciados se relacionan entre sí en la adopción de un compromiso para un plan de acción, y constituye el precedente para el resultado final deseado, es decir para la conducta promotora de la salud.

En resumen, este modelo describe las dimensiones y relaciones que participan para generar o modificar la conducta promotora de la salud. (Blanco, Sánchez, y Ostiguín, 2011)

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

Es un caso clínico en una lactante mayor de 1 año con anomalía de peters, anemia mediante la utilización de metodología enfermera (proceso de atención de enfermería) con lenguaje NANDA, complementado con revisión de la bibliografía relacionada.

Sujeto de estudio

Lactante mayor de 1 año de edad de sexo femenino, segundo nacido en la familia, con madre y padre reconocidos, con seguro sis.

Delimitación geográfica temporal

El estudio de caso se tomó un centro de salud de Lima en el distrito de San Juan de Miraflores.

Técnica de recolección de datos

Para la recolección de datos se coordinó la autorización con la jefa de enfermería para realizar el caso de estudio. Así mismo, se obtuvo el consentimiento informado de la madre de la niña por escrito (ver apéndice C). Seguidamente se aplicó el formato de valoración por patrones funcionales. La técnica que se utilizó fue la entrevista y las técnicas de observación, palpación, inspección, auscultación y percusión. Para la recolección de los datos antropométricos se usaron los siguientes materiales: balanza pediátrica, infantometro, cinta métrica y para la valoración del desarrollo se utilizó ficha de evaluación y batería de eedp.

Consideraciones éticas

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

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 15. *Cumplimiento de los objetivos relacionado con el diagnostico de enfermería*

	Objetivo alcanzado	Objetivo parcialmente alcanzado	Objetivo no alcanzado
Diagnóstico 1		1	
Diagnóstico 2		1	
Diagnóstico 3		1	
Diagnóstico 4		1	
Diagnóstico 5		1	
Diagnostico 6			1
Total		5	1

Análisis de los diagnósticos

Diagnostico 1: Incumplimiento

El término cumplimiento implica una conducta de sumisión y obediencia a una orden, propia de una relación paternalista entre los profesionales de la salud y el

paciente. Esta falta de participación del paciente en la definición podría justificar el desuso del término cumplimiento en favor del de adherencia, pero en la práctica ambos términos continúan utilizándose de manera indistinta (Dilla, Valladares, Lizán, & Sacristán, 2009).

Por otro lado, la Sociedad Internacional de Farmacoeconomía e Investigación de Resultados Sanitarios (ISPOR) define el cumplimiento terapéutico, más conocido como adherencia, como el grado en que un paciente actúa de acuerdo con la dosis, la pauta posológica y el plazo prescritos. Por esa razón, en los últimos años se ha comenzado a utilizar el término persistencia para definir el tiempo durante el cual el paciente continúa con el tratamiento, es decir, la cantidad de tiempo que transcurre desde el inicio hasta la interrupción. (Kim y Lee, 2016)

La falta de cumplimiento con el régimen terapéutico conlleva muchas consecuencias, derivadas del incremento de la mortalidad o la morbilidad observado en los pacientes no cumplidores. La importancia y el horizonte temporal en que se desarrollarán dichas consecuencias dependerán fundamentalmente del tipo de fármaco prescrito y de la enfermedad para la que esté destinado su uso (Dilla et al., 2009).

La evolución del manejo del régimen terapéutico, es un hecho que siempre preocupa al personal de enfermería, ya que el cumplimiento tanto de las normas aprendidas durante la consulta como de las enseñanzas brindadas, son de suma importancia para minimizar las complicaciones intrínsecas al proceso terapéutico. Es por ello, que, para conocer este cumplimiento, se revisan los indicadores, los cuales son conocimiento del manejo del régimen terapéutico, el cual se define como comprensión específica del tratamiento y los procedimientos que ello implica, sea dieta, describe la medicación, describe las complicaciones potenciales, describe signos y síntomas de las complicaciones. También se valora la conducta de cumplimientos, donde el individuo o

cuidador comunica seguir pautas descritas, confianza en el profesional sanitario, conserva la cita, realiza actividades de la vida diaria según prescripción. Así como también se valora el control de riesgo y síntomas (Ojeda, et al, 2011).

En este caso la paciente es cuidada por la madre principalmente, quien brinda los cuidados necesarios para mantener la salud, la niña tiene un tratamiento específico debido a su condición por el síndrome de Peters, el cual debe realizar controles en el servicio de oftalmología, llevar un tratamiento de corrección refractiva de uso diario, de igual manera para la mejora de la concentración de hemoglobina, se tiene un tratamiento específico para la edad de la niña: uso de MMN y sulfato ferroso. Para ello es necesario que el cuidador sea su madre o familiar más cercano deba tomar en cuenta la importancia del régimen terapéutico ya que al no cumplir con dicho régimen ocasionar aparición de las complicaciones y el incremento de la morbilidad.

Diagnóstico 2: Desequilibrio nutricional

El equilibrio nutricional es un balance entre la ingesta y el gasto energético, la nutrición es un proceso mucho más complejo en el que, además, influyen elementos que modifican ambos componentes, como la genética, y otros factores como es la economía, la oferta de mercado, patrón cultural, entorno familiar y el comportamiento alimentario. Por el contrario, un desequilibrio nutricional, el organismo reacciona inicialmente con un proceso adaptativo, que debe ser reconocido en orden a establecer un diagnóstico precoz por el personal encargado, es así, donde la primera manifestación de un defecto de energía son los cambios funcionales que limitan el gasto energético (bradicardia, hipotermia, disminución de la actividad física) y, posteriormente el consumo de la masa grasa, donde se nota el adelgazamiento del individuo (Martínez, y Rodríguez, 2007).

Martínez y Pedrón, en una revisión bibliográfica en España, describe al retraso del crecimiento o desmedro a aquella situación clínica en la que el niño deja de

progresar respecto al ritmo esperado para su edad. Por otro lado, surge la desnutrición considerada como la expresión clínica de un fallo del crecimiento mantenido que se traduce en la alteración del tamaño y composición corporales (Moráis et al., 2012).

La OMS mediante el trabajo multicéntrico sobre el patrón de crecimiento, define que la ganancia de peso de una niña de 12 a 24 meses debe tener una ganancia mensual de 200 gr. (OMS, 2007).

Para poder lograr la ganancia de peso y talla adecuada según la edad que corresponde, debe cumplir con el requerimiento nutricional adecuado, que se define como la cantidad de energía y nutrientes biodisponibles en los alimentos que un individuo sano debe consumir para satisfacer sus necesidades fisiológicas, es decir que cantidad debe ingerir para satisfacer los criterios de adecuación, para prevenir riesgos de déficit o exceso nutricional. Tiene tres componentes: el requerimiento basal; el requerimiento adicional por crecimiento, gestación, lactancia o nivel de actividad física, y la adición de seguridad para considerar pérdidas de nutrientes por manipulación y procesamiento. (Ministerio de Salud del Perú, 2012)

En este estudio de caso, la menor no cubre la ganancia de peso adecuada según la edad cumplida en el primer control del año. Para la niña, que cumple 12 meses de edad, el lactante ya debe recibir una variedad de alimentos distintos de la leche, a pesar de que ésta sigue siendo un alimento básico. Tras el periodo de lactante, el desarrollo del niño va estrechamente ligado al establecimiento del comportamiento alimentario, la velocidad de crecimiento disminuye y va adquiriendo habilidades progresivas para alcanzar la autoalimentación, complicando así su crecimiento y desarrollo.

Diagnóstico 3: Estreñimiento

El hábito intestinal normal, es una definición que incluye la frecuencia, el tamaño y la consistencia de las heces. A medida que el niño avanza en edad la frecuencia disminuye. Siendo la frecuencia de movimientos fecales al día de 1.4. (Valle, Alberto, Valle, y Velasco, 2005)

En relación con la consistencia, a medida que inicia la alimentación complementaria, las las heces toman mayor consistencia. Este es un factor que tiene una relación directa con el tipo de alimentación. Por último, es difícil definir el volumen o tamaño de las heces de una manera objetiva y está muy de acuerdo con la cantidad de alimento ingerido. Es por ello que se define al estreñimiento crónico es un problema frecuente en la edad pediátrica, 95% de los casos es funcional, sin causas orgánicas, anatómicas o por ingesta de alimentos. La evaluación del estreñimiento requiere de una evaluación clínica, la cual debe ser completa, con un examen físico adecuado y paraclínicos como radiología, manometría anorrectal y biopsia rectal y el manejo incluye cambios en el medio ambiente, la dieta y los medicamentos (Valle, Lucía, y Valle, 2001).

La alteración de cualquiera de los mecanismos de la función de la defecación puede producir estreñimiento, llamado estreñimiento funcional. Por tanto, el estreñimiento crónico funcional puede producirse por déficit de fibra en la dieta y malos hábitos dietéticos, que no aportan suficiente contenido al colon, alteración de la motilidad del colon, alteración en la sensación de ganas de evacuar, algún problema neurológico que altera la sensibilidad que se encarga de hacer notar al enfermo las ganas de defecar, disminución en la presión de la pared abdominal, sobretodo en ancianos, embarazadas, pacientes debilitados y enfermedades neurológicas que puedan afectar a los músculos del abdomen (Societat Catalana de Digestologia).

En el presente estudio de caso, la paciente sufre de estreñimiento, refiriendo la madre que su niña realiza deposiciones cada 2 días, con síntomas más frecuentes como paso doloroso de heces, retención de heces y dolor abdominal. Además, se puede asociar los hábitos alimenticios de la niña, como poco apetito, por lo tanto, no se puede asegurar que esté consumiendo alimentos ricos en fibra para mejorar el estreñimiento que presenta.

Diagnóstico 4: Retraso del desarrollo

El neurodesarrollo es un proceso de adquisición de conocimientos, habilidades, actitudes y funciones que se adquieren continuamente a lo largo de la vida, siendo la mayor parte de este proceso se da entre la etapa fetal y los primeros tres años de vida. En este periodo las conexiones de los circuitos cerebrales se forman rápidamente y de forma muy eficaz. A pesar de que la actividad cerebral está influenciada por patrones genéticos, el cerebro en esta etapa, tiene la suficiente plasticidad para cambiar su organización y sus funciones en base a las experiencias y estímulos ambientales. Es así como llamamos a estos primeros años, la ventana de oportunidad. (Colegio Médico del Perú., Lazarte, & Alarcon, 1972)

Por otro lado, neuropsiquiatra alemán Carl Wernicke menciona al término Desarrollo Psicomotor (DSM) como fenómeno evolutivo de adquisición continua y progresiva de habilidades a lo largo de la infancia. Ambos refieren que el desarrollo neurológico o psicomotor es una actividad propia del ser humano que se realiza durante toda la vida, de manera organizada y continua, de acuerdo a su edad.

En los primeros seis años tu hijo es un periodo crítico para desarrollar y madurar su sistema viso-espacial debido a que vive una etapa de mayor plasticidad neuronal y cualquier alteración en la forma como le llegan las imágenes a su retina pueden afectar este proceso. Es por ello la importancia de atender oportunamente los problemas a nivel

de visión en los niños para evitar complicaciones como discapacidad visual severa e incluso pérdida de la visión (Chávez, 2016).

La detección precoz de los niños con retrasos del desarrollo o con factores de riesgo, es importante en nuestra práctica en la Atención Primaria, debido a que está diseñado para identificar a aquellos niños que deben recibir una valoración más detallada, de un posible retraso o trastorno del desarrollo. Cuando hablamos del término retraso y retardo del desarrollo, ambos sinónimos, tienen que ver con una demora o lentitud en la secuencia normal de adquisición de los hitos del desarrollo (Soria, y Galbe, 2009).

En el presente estudio de caso la niña presenta anomalía de Peters, una anomalía congénita que perjudica la córnea, la cual ayuda como función de ventana, es decir que permite visualizar la imagen reflejándola en la retina para luego pasar al nervio óptico. Esta situación fisiológica adversa en la paciente, se considera como factor de riesgo en el retraso del desarrollo, ya que los primeros 3 años de vida es la edad más importante para el buen desarrollo infantil, debido a la plasticidad neuronal. Es por ello, la necesidad de realizar una evaluación exhaustiva de acuerdo a la edad y control en el consultorio de crecimiento y desarrollo, así como también incluir a la familia en la estimulación del desarrollo de nuevas habilidades y reforzamiento de éste.

Diagnóstico 5: Cansancio del rol de cuidador

Los cuidadores son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, y son definidos como aquella persona que asiste o cuida a otra para la realizar sus actividades cotidianas y no pueden hacerlas solas. (Flores, Rivas, y Seguel, 2012)

El cuidador, quien asume la total responsabilidad del proceso de cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada y se caracteriza por no disponer de una formación específica para el desempeño de las tareas del cuidar, tiene un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad. (Ferré-Grau, Rodero-Sanchez, Cid-Buera, Vivies-Relats, y Aparicio-Casals, 2011)

Sin embargo, quienes cuidan no siempre están preparados para responder ante las tareas, tensiones y esfuerzos que supone el cuidado. Cuidar implicar muchas y variadas actividades. Es difícil señalar cuáles son con exactitud estas tareas ya que depende de cada familia y de la persona a quien se cuida. Algunas de las tareas más frecuentes son: ayuda en actividades de la casa (cocinar, lavar, limpiar, planchar, etc), ayuda para el transporte fuera del domicilio, ayuda en la higiene personal (peinarse, bañarse, etc), ayuda en la administración de dinero y bienes, supervisión en la toma de medicamentos, decidir en situaciones de conflicto, entre otras. (Fernández, y Montorio, 2007)

Por todo lo antes mencionado, los cuidadores pueden experimentar emociones fuertes, como ira, culpa, frustración, agotamiento, ansiedad, miedo, dolor, tristeza, amor, aumento de la autoestima y satisfacción del trabajo realizado. (Flores et al., 2012)

Durante el cuidado, se habla también del afrontamiento familiar, donde nos referimos a la forma en que los individuos o los grupos hacen frente a los acontecimientos y procesos vitales a los que se enfrentan. Este afrontamiento familiar se puede contemplar como un conjunto de interacciones dentro de la familia y de transacciones entre la familia y la comunidad. Durante este proceso, la familia debe aprender a detectar y a resolver los problemas o acontecimientos vitales estresantes. Para ello, debe ser capaz de evaluar la situación, enfrentarse al problema redefiniendo sus roles y modificando sus metas, si es necesario, para poder adoptar una actitud

práctica y flexible que le permita hacer frente a la situación. Siguiendo con este concepto, Mc Cubbin y Patterson (1983), se puede afirmar que la capacidad de afrontamiento depende de varios factores, como son, el tipo de estresor y su severidad, la acumulación de varias demandas o acontecimientos estresantes en un mismo periodo, el tiempo de ocurrencia de los mismos, la existencia de perturbaciones en el sistema familiar, y por otro lado, de la resistencia familiar, es decir, de la disponibilidad y de la capacidad para utilizar los recursos intrafamiliares y comunitarios por parte de la familia y, también, de que la familia haya tenido que hacer anteriormente frente a un acontecimiento similar. (Corzo, Pérez, Flores, Ponce, Gómez, y González, 1998).

Es por ello que en el presente caso de estudio se considera relacionar este rol de cuidador con el término cansancio, debido a la sobrecarga de trabajo que tiene el cuidador en este caso la madre de familia, debido a que la niña por tener una enfermedad crónica tiene cuidados especiales durante largo tiempo, así como también por presentar anemia, lleva un tratamiento con sulfato ferroso y multimicronutrientes. Así como también cabe mencionar que ella refiere que tiene que cumplir con otros deberes con su familia porque tiene otro menor de edad que está a su cuidado, todo ello en conjunto es un factor de estrés que lleva como resultado que manifieste signos de cansancio en su rol como cuidadora.

CP: Anemia

La OMS, mediante un boletín informativo sobre la anemia, la define como un trastorno en el cual el número de eritrocitos es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Por otro lado, a nivel nacional, la situación de la anemia motiva mucha preocupación en todos los ámbitos, ya que repercute negativamente en la salud y el desarrollo de niñas y niños a nivel cognitivo, motor, emocional y social. Esta

enfermedad ocurre en la etapa de mayor velocidad de crecimiento y diferenciación de células cerebrales, como son los primeros 24 meses de vida. Esta situación ocasiona que la anemia en el Perú constituya un problema de salud pública grave, según la OMS. La anemia por deficiencia de hierro se debe a un bajo consumo de alimentos que contienen este mineral, como ha sido descrito a nivel nacional por las encuestas de consumo de CENAN y por estimaciones a partir de la encuesta de hogares (ENAHO).

Adicionalmente, estudios específicos en Ayacucho, mostraron que los niños entre los 6 a 23 meses de edad, tienen un consumo reducido de hierro, al punto que el 90% de los niños no alcanza a consumir los niveles recomendados de este nutriente. Similares hallazgos se describen en una zona marginal de Lima Metropolitana en niños.

(Ministerio de Salud, 2017)

Dentro de la fisiopatología de la anemia en los prematuros encontramos tres mecanismos básicos como son la inadecuada producción de eritrocitos, acortamiento de la vida media o hemolisis y también las pérdidas sanguíneas, que todo el conjunto desencadena la aparición de la anemia antes de los 6 meses de vida, para ello hay un protocolo de tratamiento preventivo para los prematuros (Cuñaro, 2004).

En el presente estudio de caso, la paciente, en la cual preparamos el plan de cuidados, se encuentra en tratamiento de anemia con el fin de evitar posibles complicaciones durante la madurez de la vida, ya que esta es la etapa en la que necesita mejorar el aporte de micronutrientes en el consumo diario de alimentos. El principal antecedente que presenta la paciente es la prematuridad, ya que tuvo EG de 36 semanas por ser gestación gemelar.

Discusión

El interés por realizar este estudio de caso fue para conocer mejor las características de la atención del proceso de enfermería en la atención primaria en el

consultorio de crecimiento y desarrollo, para ello se contó con la ayuda de la bibliografía para contar con antecedentes del estudio de caso a nivel nacional e internacional.

El estudio de caso presentado, muestra la realidad actual de los problemas y posibles consecuencias de la enfermedad congénita como es la anomalía de Peters, desde la evaluación de recién nacido como el tratamiento, seguimiento esta enfermedad y pronóstico de la paciente. Así mismo, sobre la adherencia del tratamiento en varios ámbitos, tanto en el consumo de hierro y otros micronutrientes como tratamiento de anemia como consecuencia de la prematuridad y déficit de reservas de hierro durante el crecimiento de la niña.

Para su desarrollo se contó con la familia, en especial de la madre, ya que desarrolla un rol importante como es cuidador.

Después de realizar la valoración de la paciente, se observaron 6 diagnósticos de enfermería propuestos a cumplir lo mejor posible a través de las intervenciones.

Así mismo, para poder alcanzar los objetivos trazados en la etapa de planificación, la mayoría de los objetivos fueron parcialmente alcanzados, debido a algunas dificultades, tales como la familia y entorno de la niña y disponibilidad del personal de salud.

Según la priorización de los problemas diagnósticos en este estudio de caso se consideró la importancia que tiene el cumplimiento terapéutico en las importantes patologías que padece la paciente. Siendo unas de ellas es la deficiencia de hierro, causa más frecuente de anemia en el niño, prevalece mayormente en la edad preescolar, en especial entre los 6 y 24 meses de edad, según la guía de diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica (2009). ENDES (2016), en sus estadísticas considera que el

59,3% de los niños entre 12 a 17 meses de edad sufre de anemia, es por ello que combatir la anemia se ha vuelto uno de los principales objetivos de plan nacional de salud en la actualidad por la importantes consecuencias que puede producir en el futuro neurodesarrollo del niño y niña del Perú.

Así mismo se debe considerar de vital importancia el tratamiento temprano de la anomalía de Peters, enfermedad congénita que se detectó desde el nacimiento, debido a que el pronóstico de vida con este tipo de enfermedad, por lo tanto mucho depende del control del glaucoma que podría presentar la paciente, la corrección temprana con anteojos evitando así la ambliopía y la posible cirugía de injerto de corneas. (Santos y Lourdes, 2012)

Por lo anterior expuesto, la sociedad de psicología médica (2009) menciona que la dificultad de los pacientes para cumplir con las indicaciones médicas es un problema de enorme magnitud en todas las áreas y niveles de atención. En los países desarrollados, la adherencia a los tratamientos a largo plazo en la población general es de alrededor de 50%, siendo menor en los países en desarrollo; se asume que la magnitud y la repercusión de la adherencia terapéutica deficiente en los países en desarrollo son aún mayores, dada la escasez de recursos sanitarios y las inequidades en el acceso a la atención de salud.

El siguiente diagnóstico usado por prioridad, considera que la nutrición infantil durante la primera infancia ayuda, durante el primer año del vida, el profesional de enfermería debe hacer énfasis en el estado físico del niño o niña, su crecimiento tanto en peso como en talla, debido que la ganancia de estas medidas se triplican comparadas con el nacimiento, siendo así mayo el requerimiento nutricional durante esta etapa, he aquí que las intervenciones se basan en la consejería nutricional y el control esporádico según el control de crecimiento y desarrollo. (Pérez, y Olivia et al, 2011)

Otro diagnóstico que encontramos que va de la mano con el desequilibrio nutricional evidenciado en la poca ganancia de peso es el problema del estreñimiento debido a los hábitos dietéticos inadecuados. Para esta edad se recomienda una dieta rica en fibra y la ingestión abundante de líquidos. La fibra dietética incrementa la masa fecal acelerando así el tránsito intestinal y evitando el estreñimiento.(Suárez, 2002).

Agregando el tema del cuidado del niño, otro factor importante es la evaluación del desarrollo para poder detectar de manera precoz los trastornos o factores de riesgo identificados en la niña para el bien de su desarrollo psicomotor. La valoración neurológica es esencial a través de la cual se puede comprobar el funcionamiento del sistema nervioso central, el desarrollo neuromuscular, los reflejos, tan importantes para los niños y niñas en esta etapa de la vida, y que en forma normal estarán presentes durante su desarrollo hasta alcanzar la adultez. (Rodolfo, Pérez y Olivida et al, 2011)

También tenemos el diagnóstico orientado en el rol cuidador, donde se podría decir que la familia y entorno es importante, según la revista científica de Chile, Ciencia y Enfermería (2012), menciona que los cuidadores familiares son personas que otorgan cuidado informal, no reciben remuneración o retribución económica, se catalogan como principales o primarios y secundarios, según el grado de responsabilidad y son definidos como "aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones". Esta experiencia de cuidar involucra una gran responsabilidad y un enorme esfuerzo, provoca un aumento en la carga del cuidador, la cual si no se logra manejar adecuadamente puede traer repercusiones físicas, mentales y socioeconómicas y, por lo tanto, comprometer la vida, la salud, el bienestar, el cuidado y autocuidado no sólo del cuidador.

Por otro lado, otro de los factores que influyó en el desarrollo del plan de cuidado es el personal de salud, debido a los diferentes factores, el primordial es la carga de trabajo laboral tanto intra como extramural, lo que dificultó el seguimiento a través de las visitas domiciliarias.

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La presentación de este caso ha sido útil para poner como ejemplo el proceso de atención de enfermería con énfasis en el razonamiento diagnóstico que realiza el especialista en cuidado integral infantil. Este trabajo se basa en el modelo de atención de enfermería preventivo promocional, el cual constituye una herramienta en la identificación, priorización de patrones funcionales alterados y por tanto para el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, lo que permite proporcionar cuidados de enfermería precisa, oportuna y con una base científica, que contribuyen a la salud de la niñez.

Se logra aplicar el proceso de enfermería, cumpliendo con las 5 etapas ya mencionadas. Lográndose alcanzar los objetivos propuestos en su mayoría parcialmente alcanzados gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

Recomendaciones

Se recomienda que se mejore la redacción de diagnósticos de enfermería usado por el NANDA para un mejor desarrollo de los planes de cuidado de enfermería en atención primaria en enfermería, es decir en en la parte preventiva promocional.

Referencias

- Annia Rodríguez Cambas, U. M. (2018). Anomalía de Peters. Presentación de un caso clínico. Guantamano.
- Birman, A., y Snyder, S. (2013). Fundamentos de enfermería (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Castell, S., y Hernández, M. (2007). Farmacología en enfermería. Madrid: Elsevier.
- Doenges, M., y Moorhouse, M. M. (2008). Planes de cuidado de enfermería. México: Mc Graw Hill Interamericana.
- Herdman, H. (2013). NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014. Barcelona: Elsevier.
- Hogston, R., y Marjoram, B. (2008). Fundamentos de la práctica de enfermería (Tercera ed.). México: Mc Hill Interamericana.
- Kelley, W. (2002). Medicina interna. Buenos Aires: Panamericana.
- Malgor, L., y Valsecia, M. (2005). Farmacología médica. Buenos Aires: Cátedras.
- Pagana, K. (2008). Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio. Madrid: Elsevier.
- Rodes, J., Carné, X., y Trilla, A. (2002). Manual de terapéutica médica. Madrid: Elsevier.
- Smeltzer, S., y Bare, B. (2002). Enfermería médico-quirúrgica (Novena ed., Vol. II). México: McGraw- Hill Interamericana.
- Witter, B. (2000). Tratado den enfermería práctica. México: Interamericana.

Corzo, M., Pérez, S., Flores, P., Ponce, E., Gómez, F., y González, E. (1998). Determinantes sociales en la cohesión y adaptabilidad familiar. *Aten Primaria* 21(5), 275-282.

Hernández, L., Castro, D., Pons, L., Naranjo, R., Dorrego, M., y Arias Díaz, A. (2012). Anomalías del desarrollo del segmento anterior. *Revista Cubana de Oftalmología*, 25(1). Recuperado de <http://www.revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/98>

Anemia ferropénica: Guía de diagnóstico y tratamiento. (2009). *Archivos Argentinos de Pediatría*, 107(4), 353-361. Recuperado en 29 de julio de 2018, de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752009000400014&lng=es&tlng=es

Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes y mujeres gestantes y puérperas. (2017). MINSA, Perú,.

Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses -RM055-2016/MINSA

Wang J., Ding G., Li Y., Hua N., Wei N., Qi X., Ning Y., Zhang Y., Li X., Li J., Song L., y Qian X. (2018). Refractive Status and Amblyopia Risk Factors in Chinese Children with Autism Spectrum Disorder *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Volume 48,

Apéndice

Apéndice A: Guía de valoración

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA DEL NIÑO O NIÑA EN CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

DATOS GENERALES	
Nombre del Paciente: <u>Maza Aquino Lily</u>	Fecha de Nacimiento: <u>31/11/17</u> Edad: <u>1a</u> Sexo: F <input checked="" type="checkbox"/> M ()
Historia Clínica: <u>2274</u>	DNI: <u>90023882</u> Teléfono: <u>997151758</u>
Peso: <u>9.020</u>	Talla: <u>75.5</u> Perímetro Cefálico: <u>46</u> FC: <u>80</u> FR: <u>24</u> T°: <u>37.0</u>
Grupo sanguíneo: <u>NO SABE</u>	
Nombre del acompañante: <u>Esther Aquino</u>	
Domicilio: <u>Francisco Viqueo 429</u>	
Fecha de Valoración: <u>10/01/18</u>	

ANTECEDENTES PERSONALES	
Embarazo: Normal <input checked="" type="checkbox"/> Complicado () Patología durante la gestación: <u>Anemia</u>	
Control prenatal: Si <input checked="" type="checkbox"/> No () N de controles: <u>2</u> Embarazo: <u>2</u> Lugar de control: <u>HAMA</u>	
Parto: Eutócico () Distócico <input checked="" type="checkbox"/> Complicado () Complicación del parto: <u>preclampsia</u> Lugar del parto: <u>HAMA</u>	
Nacimiento: Edad gestacional: <u>36</u> Peso al nacer: <u>2250</u> Talla al nacer: <u>46</u> Perímetro cefálico: <u>46</u>	
APGAR: 1min <u>8</u> 5 min <u>9</u> Reanimación: si () No <input checked="" type="checkbox"/> Tiempo de hospitalización: <u>7d</u> Patología perinatal: <u>-</u>	
Patologías: Si <input checked="" type="checkbox"/> No () Especificar: <u>Anomalia de Peters</u> Ant. Familiares: Si <input checked="" type="checkbox"/> No () Especificar: <u>Diabetes (abuela)</u>	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD </div> <p>Estado de Higiene: Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Regular () Malo ()</p> <p>Factores de Riesgo:</p> <p>Bajo Peso: Si () No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Prematuridad SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ()</p> <p>Sulfato Ferroso SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ()</p> <p>Vacunas Completas: Si <input checked="" type="checkbox"/> No ()</p> <p>Controles CRED: completos <input checked="" type="checkbox"/> Incompletos ()</p> <p>Tamizaje de Anemia: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ()</p> <p>Resultado: <u>10.15/11</u></p> <p>Tamizaje Parasitológico SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ()</p> <p>Resultado: <u>espero resultado</u></p> <p>Hospitalizaciones Previas: Si () No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Descripción: <u>-</u></p> <p>Consumo de Medicamentos Prescritos: Si () No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Especifique: <u>-</u></p> <p>Control de Agudeza Visual: OD: <u>-</u> OI: <u>-</u></p> <p><u>usa lentes correctores</u> AO: <u>-</u> No aplica: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Tamizaje Pie Plano: SI () NO () No aplica: <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Test del Desarrollo: EEDP <input checked="" type="checkbox"/> TEPSI () TAP ()</p> <p>Resultado: <u>trastorno del desarrollo leve</u></p> <p>Sesión de Estimulación Temprana: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO ()</p> <p>Nº de sesiones: <u>1</u></p>	<p>Problemas de Drogadicción: Si () No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Pandillaje: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> Otros: <u>-</u></p> <p>Especifique: <u>-</u></p> <p>Comentarios: <u>-</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> PATRON AUTOPERCEPCION-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS </div> <p>Reactividad: Activo <input checked="" type="checkbox"/> Hipoactivo () Hiperactivo ()</p> <p>Estado Emocional: Tranquilo <input checked="" type="checkbox"/> Ansioso () Irritable ()</p> <p>Negativo () Indiferente () Temeroso ()</p> <p>Intranquilo () Agresivo ()</p> <p>Llanto Persistente: Si () No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Comentarios: <u>-</u></p> <p>Participación de la familia en las Actividades Diarias: Si <input checked="" type="checkbox"/> No ()</p> <p>Tipo de trabajo del padre: <u>eventual</u> Horario: <u>-</u></p> <p>Estado emocional de los padres: Tranquilo () Ansioso <input checked="" type="checkbox"/> Irritable ()</p> <p>Indiferente () <u>problemas de salud</u></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 80%; text-align: center;"> PATRON DESCANSO-SUEÑO </div> <p>Sueño: Nº de horas de Sueño: <u>8 horas</u></p> <p>Alteraciones en el Sueño: Si () No <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Especifique: <u>-</u></p> <p>Motivo: <u>-</u></p> <p>Especificar: <u>-</u></p> <p>Abdomen: B/D <input checked="" type="checkbox"/> Distendido () Timpánico () Doloroso ()</p> <p>Comentarios Adicionales: <u>-</u></p>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px; text-align: center;"> PATRON RELACIONES-ROL </div> <p>Se relaciona con el entorno: Si <input checked="" type="checkbox"/> No ()</p> <p>Compañía de los padres: Si <input checked="" type="checkbox"/> No ()</p> <p>Comentarios: <u>-</u></p> <p>Relaciones Familiares: Buena <input checked="" type="checkbox"/> Mala () Conflictos ()</p> <p>Disposición Positiva para el Cuidado del Niño: Si <input checked="" type="checkbox"/> No ()</p> <p>Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada: Si <input checked="" type="checkbox"/> No ()</p> <p>Padres Separados: Si () No <input checked="" type="checkbox"/> <u>de abuelos</u></p> <p>Problema de Alcoholismo: Si () No <input checked="" type="checkbox"/></p>	

<div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON VALORES-CREENCIAS</div> <p>Religión: <u>crishtiana</u> Bautizado en su Religión: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Restricción Religiosa: <u>—</u> Religión de los Padres: Católico <input checked="" type="checkbox"/> Evangélico () Adventista () Otros: <u>crishtiana</u> Observaciones: <u>—</u></p> <p>Misión Espontánea: Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No () Características: <u>—</u></p> <p>Procedencia de los padres: Papa <u>Costa</u> Mama <u>Costa</u></p>	<p>Hidratación: Hidratado (<input checked="" type="checkbox"/>) Deshidratado () Observación: <u>—</u> Edema: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) () + () ++ () +++ () Especificar Zona: <u>—</u> Comentarios: <u>—</u></p> <p>Fontanelas: Normotensa (<input checked="" type="checkbox"/>) Abombada () Deprimida () Cabello: Normal () Rojizo () Amarillo () Ralo () Quebradizo () Mucosas Orales: Intacta (<input checked="" type="checkbox"/>) Lesiones () Observaciones: <u>—</u> Malformación Oral: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Especificar: <u>—</u> Peso: Pérdida de Peso desde ultimo control: Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No () Cuanto Perdió: <u>200g. P/L</u> Alimentación: LME() LM() AC() Fórmula () Completa (<input checked="" type="checkbox"/>) Lactancia materna: Succión: Adecuada () Inadecuada () Observaciones: <u>—</u> Alimentación Complementaria: N° Comidas/día: <u>5</u> Micronutrientes Si (<input checked="" type="checkbox"/>) NO () <u>n°6.</u> Apetito: Normal () Disminuido (<input checked="" type="checkbox"/>) <u>esté con malestar y gripe.</u></p>
<div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</div> <p>Nivel de Conciencia: Orientado (<input checked="" type="checkbox"/>) Alerta () Despierto () Somnoliento () Irritable () Alteración Sensorial: Visuales (<input checked="" type="checkbox"/>) Auditivas () Lenguaje () Otros: <u>—</u> Especifique: <u>—</u> Comentarios: <u>—</u> Reflejos: Succión () Búsqueda () Plantar () Babinski () Moro ()</p>	<div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRÓN ELIMINACIÓN</div> <p>Intestinal: N° Deposiciones/Día: <u>1 cada 2 días.</u> Características: <u>blanca consistencia, formadas</u> Color: <u>marrom</u> Consistencia: <u>duras y formadas.</u> Comentarios: <u>—</u> Vesical: Dificultad para Deglutir: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Especificar: <u>—</u></p>
<div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRON ACTIVIDAD Y EJERCICIO</div> <p>Actividad Respiratoria: Respiración: FR: <u>24x1</u> Tos: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Secreciones: Si (<input checked="" type="checkbox"/>) No () Características: <u>este de gripe</u> Ruidos Respiratorios: Claros (<input checked="" type="checkbox"/>) Roncantes () Sibilantes () Crepitantes () Otros: <u>—</u></p> <p>Actividad Circulatoria: Pulso: Regular (<input checked="" type="checkbox"/>) Irregular () FC / Pulso Periférico: <u>80x1</u> Llenado Capilar: < 2" (<input checked="" type="checkbox"/>) > 2" () Perfusión Tisular Renal: Hematuria () Oliguria () Anuria () <u>NO</u> Perfusión Tisular Cerebral: Parálisis () Anomalías del Habla () Dificultad en la Deglución () <u>NO</u> Ejercicio: Tono muscular: Conservado (<input checked="" type="checkbox"/>) Hipotonía () Hipertonía () Movilidad: Conservada (<input checked="" type="checkbox"/>) Limitada () Comentarios: <u>—</u></p>	<div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRÓN SEXUALIDAD-REPRODUCCIÓN</div> <p>Secreciones Anormales en Genitales: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Especifique: <u>—</u> Otras Molestias: <u>—</u> Observaciones: <u>—</u></p> <p>Testículos Palpables: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Fimosis Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Testículos Descendidos: Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>) Masas Escrotales Si () No (<input checked="" type="checkbox"/>)</p> <p>Observaciones: <u>—</u></p>
<div style="border: 1px solid black; text-align: center; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO</div> <p>Piel: Normal () Pálida (<input checked="" type="checkbox"/>) Cianótica () Ictérica () Fría () Tibia (<input checked="" type="checkbox"/>) Caliente () Observaciones: <u>—</u> Termorregulación: Temperatura: <u>37°C</u> Hipertermia () Normotermia (<input checked="" type="checkbox"/>) Hipotermia ()</p>	<p>Nombre de la enfermera: <u>Adriana Saldaña B.</u> Firma: <u>Adriana Saldaña B.</u> CEP: <u>08297</u> Fecha: <u>18/10/18</u></p>

Apéndice B: Fichas farmacológicas

Sulfato ferroso heptahidratado 125 mg (Fe 25 mg).

Indicaciones terapéuticas:

Es el tratamiento de elección para casos de anemia hipocrómica y como profiláctico en niños prematuros, niños en época de crecimiento, niños con dietas especiales, embarazo, etc. Estimula la producción de hemoglobina.

Contraindicaciones:

Hipersensibilidad al principio activo. Hepatitis aguda. Hemosiderosis o hemocromatosis. Anemias no ferroprivas. Úlcera péptica, enteritis regional, colitis ulcerativa, gastritis.

Restricciones de uso durante el embarazo y la lactancia:

Su uso se recomienda como terapia para la anemia que padecen las mujeres embarazadas. A pesar de que la mujer embarazada tiene muy susceptible el aparato gastrointestinal no presenta una intolerancia absoluta a su administración por vía oral.

Reacciones secundarias y adversas:

Heces grises o negras. Dientes manchados. Constipación o diarrea. Náuseas, vómito, dolor abdominal, pirosis, enrojecimiento de la cara, fatiga, debilidad, orina oscura. Raramente dolor de garganta y pecho en la deglución. Calambres, sangre en heces, somnolencia.

Se debe administrar con precaución en casos de úlcera péptica, enteritis, colitis y cirugía. Si se ha padecido pancreatitis o hepatitis. Personas mayores de 60 años. Debe vigilarse su administración en niños.

Dosis excesivas pueden ser tóxicas y en casos extremos letales. Tratamientos muy prolongados sin vigilancia pueden producir hemocromatosis, daño hepático, diabetes, problemas cardiacos. Si se olvidara tomar una dosis a su hora, tomarla posteriormente si no sobrepasa el tiempo de dos horas. En caso contrario, esperar la siguiente dosis (no duplicar la dosis). Se recomienda su ingestión después de las comidas e iniciar el tratamiento con dosis pequeñas.

Interacciones medicamentosas y de otro género:

Ácido hidroxámico: Disminuye el efecto de ambos.

Alopurinol: Posible exceso de acumulación de hierro en el hígado. Los antiácidos disminuyen su absorción.

Cloranfenicol: Disminuye el efecto del hierro.

Colestiramina: Disminuye el efecto del hierro.

Penicilamina: Disminuye el efecto de la penicilamina.

Tetraciclina: Disminuye el efecto de la tetraciclina (si fuera necesario administrar hierro a pesar de lo anterior, hacerlo tres horas antes o dos horas después de la administración de la tetraciclina).

Vitamina C: Aumenta la incidencia de reacciones al hierro.

Otras interacciones: El jugo pancreático disminuye su absorción. Disminuyen su absorción la leche, el té, los huevos, el pan o el cereal integral; en general, disminuyen la absorción de hierro los alimentos que contienen filatos, oxalatos o fosfatos. El alcohol se debe prohibir o usar con moderación.

Precauciones en relación con efectos de carcinogénesis, mutagénesis, teratogénesis y sobre la fertilidad:

No existen reportes de datos comprobados de efectos sobre ninguno de los puntos anteriores ni sobre la función sexual.

Dosis y vía de administración:

Uso profiláctico en niños: 0.3 a 0.6 ml al día (solución oral). Administrarlo con los alimentos. Se recomienda su ingestión después de las comidas e iniciar el tratamiento con dosis pequeñas.

Manifestaciones y manejo de la sobredosificación o ingesta accidental:

Cuando se pueden hacer análisis, éstos son más precisos: si el paciente tiene de 20 a 60 mg de hierro se considera una intoxicación mediana.

Recomendaciones sobre almacenamiento:

Consérvese a temperatura ambiente a no más de 30°C y en lugar seco.

Consérvese el frasco bien tapado.

Apéndice C: Consentimiento informado

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 ^{la atención de mayor con} ~~la atención de mayor con~~ ^{duo matriculados de enfermería en la UPG de la UPELVI, Lima 2018}”. El objetivo de este estudio es aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a. Este trabajo académico está siendo realizado por la Lic. Adriana Dávila Sugañabaja 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: Starkly Aquino

DNI: 47066059

Fecha: 18/01/18


Firma del padre, madre o tutor

Apéndice D: Plan de actividades para crecimiento y desarrollo

Taller de estimulación temprana

Objetivo general

Crear las condiciones que favorezcan la participación de los padres y madres de familia en la estimulación temprana de sus hijos e hijas contribuyendo en su desarrollo integral.

Objetivos específicos

Desarrollar la relación y el vínculo afectivo madre-padre e hijo mediante el trabajo en equipo.

Fomentar la evolución del proceso de maduración y desarrollo integral de cada niño y niña.

Adaptar las actividades a la etapa de desarrollo por la cual está pasando el niño, a fin de que la viva plenamente y la supere.

Evitar forzar al niño a realizar una actividad para la cual no está preparado, y así avanzar en su desarrollo.

Canalizar el deseo innato de aprender de cada niño para desarrollar su potencial creativo.

Darle la oportunidad al niño de manipular diferentes materiales para favorecer el desarrollo satisfactorio de las destrezas que posee el bebé, aumentando su seguridad y confianza.

Estrategias

Sesión de estimulación temprana

Organización

Recursos humanos:

Lic. Adriana Dávila Bazán

Lugar de aplicación

Centro de salud leonor saavedra

Ejecucion:

Los talleres se ejecutarán en cuatro pasos:

1ª Animación:

En este paso se realiza una dinámica de motivación e integración, generalmente a través de canciones o actividades acompañadas de sonidos que inicien la interacción entre los padres y sus niñas o niños. Este tipo de actividades tienden a estimular las áreas de lenguaje y socialización en los menores.

2ª Reflexión:

En este paso se formulan preguntas a los participantes acerca de las actividades que normalmente realizan las niñas o niños a determinada edad. Esto nos permitirá conocer las pautas de desarrollo normal y sospechar de ciertos retrasos o riesgo de retraso en el desarrollo de la niña o niño

3ª Demostración

Es el paso de mayor duración, pues los participantes pondrán en práctica cada una de las actividades de la sesión de estimulación con sus propias niñas o niños o con muñecos de trapo, en el caso de los agentes comunitarios de salud. Las áreas que más se desarrollan en este paso son el área motora y de coordinación, pues generalmente son las áreas menos estimuladas en el hogar

4ª Evaluación

Este paso nos permitirá verificar si los participantes aprendieron la forma correcta de aplicación de las actividades o ejercicios, y daremos pautas de estimulación para el hogar, reforzando el desarrollo de las áreas de lenguaje y social principalmente

Tema 1: La estimulación temprana

Guía para el desarrollo de la sesión educativa

ANIMACION	REFLEXION	DEMOSTRACION	EVALUACION
10m	20m	80m	10m
<p>Ejercicio: “Recordando los juegos y juguetes favoritos de la niñez”.</p> <p>Objetivo: Movilizar en los participantes los recuerdos positivos durante su infancia, el gozo y placer que sentían al realizar algunas actividades.</p> <p>Desarrollo: Los participantes deberán sentarse o acostarse en el piso formando un círculo entre ellos y con los ojos cerrados. Si es posible</p>	<p>Se realizará una lluvia de ideas de conocimientos previos sobre la estimulación temprana, para ello se entregarán tarjetas de cartulina y plumón a los participantes, Indicándoles que registren sus respuestas a las siguientes preguntas: ¿Qué entiende por la frase “Estimulación Temprana”? ¿Por qué cree que es importante la estimulación Temprana? Se recogerán las tarjetas</p>	<p>Se desarrollará los temas con ayuda de láminas del según se detalla a continuación ¿Qué es la estimulación temprana? ¿Por qué es importante la estimulación temprana? ¿Qué es una sesión de estimulación temprana? ¿Qué vamos a estimular en una niña o niño? ¿Qué necesitamos para una sesión de estimulación temprana?</p>	<p>Se realizarán preguntas a los participantes, respecto al tema. Se motivará a los participantes a asumir compromisos para poner en práctica la Estimulación temprana en sus hogares. Cada participante o grupo de participantes mostrará un material de estimulación elaborado</p>

<p>colocar música ambiental de fondo. Indicar a los participantes que relajen su cuerpo lentamente en el siguiente orden: pies, piernas, barriga, brazos, pecho, espalda, cuello, cara y cabeza.</p> <p>Luego, indicarles que empiecen a recordar cuando tenían tres o cuatro años, sus juegos y juguetes o algún color, olor, persona u objeto que los hacía felices. Pedir a cada participante que abra los ojos y motivarlos a que comenten lo que recordaron</p>	<p>y se pegarán en la pared para darles lectura.</p>	<p>durante la sesión de estimulación temprana</p>	<p>durante el desarrollo de la sesión educativa</p>
--	--	---	---

Consideraciones para la sesión de estimulación temprana

Antes

No realice las actividades después de que la niña o niño haya comido sus alimentos (debe transcurrir 30 minutos desde la última comida).

Al realizar las actividades procure que la niña o niño esté con la menor ropa posible (pañal, camiseta delgada, pantalón cómodo).

Estimule a la niña o niño a realizar las actividades, festeje sus logros y hágalo sentir importante.

Repetir cada actividad de tres a cuatro veces.

Acompañe el desarrollo de las sesiones con rimas, cantos, juegos o música.

Se sugiere que la sesión se realice una vez por semana y que sea practicada en el hogar por lo menos tres veces por semana

Durante

Si la niña o niño se opone a realizar la actividad, no forzarlo y buscar hacerlo en otro momento.

Cuando el ejercicio se realice por primera vez, no debemos esperar que se haga bien, la niña o niño con la práctica poco a poco se irá perfeccionando.

No establezca comparaciones entre las niñas o niños para la realización de las actividades, ya que cada uno tiene su propio ritmo de desarrollo.

No exceda el tiempo de aplicación de la sesión de estimulación pues las sesiones están elaboradas de acuerdo a la tolerancia de las actividades según la edad de la niña o niño.


Para realizar las sesiones de estimulación se agrupa a niñas y niños de edades similares, generalmente por trimestres en los dos primeros años y en semestres en los siguientes y exceptuando la etapa de recién nacido por ser un momento especial; de este modo se respeta las pautas de desarrollo psicomotor.

ANIMACION 5m	REFLEXION 10m	DEMOSTRACION 60m	EVALUACION 15m
<p>Canción: “la manito”</p> <p>Objetivo: Promover la imitación de gestos. Identificación de las manos como parte del cuerpo. Introducir nociones de “cerrado” y “abierto”.</p>	<p>Se realizará una lluvia de ideas de conocimientos previos acerca del desarrollo normal de una niña o niño de 10 a 12 meses. Pregunte a los participantes: ¿Qué hace una niña o niño de 10 a 12 meses? Anote las repuestas en un papelote. Refuerce lo dicho por las madres con el siguiente contenido:</p>	<p>Durante la sesión de estimulación temprana El facilitador formará un círculo con todos los participantes y se colocará en un lugar visible para todos. Haciendo uso del Manual de Estimulación Temprana (rotafolio) para seguir la secuencia de actividades, el facilitador demostrará cómo</p>	<p>El facilitador motivará a los participantes a asumir compromisos para poner en práctica en sus hogares las actividades desarrolladas en la sesión de estimulación temprana. El facilitador solicitará a cada participante demostrar una actividad aprendida en el desarrollo de la</p>

<p>Estimular el área del lenguaje.</p> <p>Desarrollo:</p> <p>Colocar un papelote con la letra en un lugar visible. El facilitador entonará primero la Canción y luego pedirá a los participantes que la entonen juntos.</p> <p style="text-align: center;">Canción: "La manito"</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>LETRA</p> <p>Saco una manito, la hago bailar, la hago bailar, la cierro, la abro y la vuelvo a guardar.</p> <p>Saco otra manito, la hago bailar, la hago bailar, la cierro, la abro y la vuelvo a guardar.</p> <p>Saco dos manitos, los hago bailar, los hago bailar, los cierro, los abro y los vuelvo a guardar.</p> </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <p>MÍMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comenzar con las manos en la espalda. - Sacar primero una mano y seguir las indicaciones de la canción. - Sacar la otra mano y seguir las indicaciones de la canción. </td> </tr> </table>	<p>LETRA</p> <p>Saco una manito, la hago bailar, la hago bailar, la cierro, la abro y la vuelvo a guardar.</p> <p>Saco otra manito, la hago bailar, la hago bailar, la cierro, la abro y la vuelvo a guardar.</p> <p>Saco dos manitos, los hago bailar, los hago bailar, los cierro, los abro y los vuelvo a guardar.</p>	<p>MÍMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comenzar con las manos en la espalda. - Sacar primero una mano y seguir las indicaciones de la canción. - Sacar la otra mano y seguir las indicaciones de la canción. 	<p>Desarrollo normal de la niña o niño de 10 a 12 meses:</p> <p>. A esta edad la niña o niño inicia los intentos por dar los primeros pasos con ayuda, aumenta el registro en sus actividades manipulativas: golpea dos objetos, golpea sobre una superficie, deja un objeto para coger otro, tira un objeto al suelo y lo busca con la mirada</p> <p>A esta edad podemos catalogar a una niña o niño con desarrollo</p>	<p>hacer las actividades con un muñeco de trapo para que las madres o padres las realicen con sus niñas o niños.</p> <p>Cada actividad tiene la indicación del tiempo que se hará cada ejercicio, mientras ello el facilitador observará y apoyará a los participantes en la ejecución de las actividades.</p>	<p>sesión de estimulación temprana. Finalmente, el facilitador realizará una demostración de las actividades de estimulación que tendrán que ponerse en práctica en el hogar de manera más continua. Con la ayuda del Manual de Estimulación Temprana (rotafolio) aconseje a la madre realizar las siguientes actividades en casa</p>
<p>LETRA</p> <p>Saco una manito, la hago bailar, la hago bailar, la cierro, la abro y la vuelvo a guardar.</p> <p>Saco otra manito, la hago bailar, la hago bailar, la cierro, la abro y la vuelvo a guardar.</p> <p>Saco dos manitos, los hago bailar, los hago bailar, los cierro, los abro y los vuelvo a guardar.</p>	<p>MÍMICA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comenzar con las manos en la espalda. - Sacar primero una mano y seguir las indicaciones de la canción. - Sacar la otra mano y seguir las indicaciones de la canción. 				

	<p>.No responde a sonidos ni cuando le hablan.</p> <p>Los ejercicios de estimulación temprana a esta edad permitirán:</p> <p>.Adoptar la posición parada sin apoyarse y dar algunos pasos.</p> <p>.Ayudar a iniciar el lenguaje hablado.</p> <p>.Iniciar el garabato.</p>		<p>niño y motivarlo a que lo imite.</p> <p>. Darle objetos de la casa con los que pueda producir sonidos: cucharón y olla; cucharón y recipiente plástico, dos cucharas y otros</p> <p>. Decirle “toma” o “dame” cada vez que le dé o le pida algo a la niña o niño.</p>
--	---	--	--

			<p>. Hágale oler y nómbrele los alimentos que le da de comer.</p> <p>. Poner en práctica una actividad de la sesión por día</p>
--	--	--	---

ILUSTRACIÓN	ACTIVIDAD	ÁREA DE ESTIMULACIÓN	JUSTIFICACIÓN
	<p>4. Entregarle a la niña o niño juguetes que produzcan diferentes sonidos (piano, tambor, maracas, pandereta, xilofón, guitarra). Darle uno por uno mostrándole cómo producir el sonido y dejar que lo manipule por un momento; quitarle uno y darle otro. (10 minutos)</p>	<p>Coordinación.</p>	<p>Permitirá a la niña a niño reconocer de manera diferenciada los sonidos, distinguiendo la melodía, el timbre y la direccionalidad.</p>
	<p>5. Perfore una lámina de microporoso con agujeros pequeños y diferentes tamaños para que la niña o niño meta sus dedos y mire a través de ellos.(10 minutos)</p>	<p>Coordinación.</p>	<p>Permite la exploración y vivir la situación de atravesar un objeto.</p>
	<p>6. Entregar a la niña o niño una crayola y una hoja de papel para que haga garabatos, enseñarle cómo hacerlo y dejar que lo haga solo. (10 minutos)</p>	<p>Coordinación.</p>	<p>Desarrolla la capacidad motora fina y es el primer acercamiento a la escritura.</p>

Apéndice E: Visita domiciliaria

FICHA: VISITA DOMICILIARIA "SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS PARA EL BUEN CRECIMIENTO INFANTIL: NIÑOS Y NIÑAS ENTRE LOS 4 A 12 MESES"

DATOS GENERALES									
N° de Historia Clínica		DNI		F.de Nac		Sexo		M	F
Apellidos		Peso al nacer				Edad Gest al nacer (sem)			
Nombres		Prematuro		SI	NO	Bajo Peso		SI	NO
Nombre de la madre		Dirección				Telefono			
VISITAS									
		1ra visita		2da visita		3ra visita		4ta visita	
FECHA DE VISITA		/ /		/ /		/ /		/ /	
Tiene control CRED		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Peso de control CRED									
Fecha dosaje Hemoglobina (último control)		/ /		/ /		/ /		/ /	
Valor Hemoglobina									
Fecha de última entrega de suplemento		/ /		/ /		/ /		/ /	
Compromiso asumido (C)									
Compromiso asumido (C)									
Tiene cartilla de compromisos		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
C LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA O CONTINUACION DE LA LACTANCIA. Explorar según corresponda si el niño(a) está recibiendo LME o si continua recibiendo LM									
1	1.1	¿Está dando de lactar a (nombre del niño(a))? Si responde NO continúe con el siguiente compromiso.		SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1.2	¿Además de su leche le da formula "otra leche"?		SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1.3	¿Le da aguita, mate, hierbas, te, jugo, caldo, otros?		SI	NO	otros =			
ALIMENTACION COMPLEMENTARIA. Explorar									
2		¿Qué le está dando de comer? Sopas, caldos (1), pures, mazamorras(2), alimentos picados (3), segundo (4)							
3	3.1	¿Ayer (nombre del niño(a) comió?: pescado				SI	NO	SI	NO
		higado, sangrecita, bazo, u otra viscera oscura				SI	NO	SI	NO
		carne de res				SI	NO	SI	NO
		pollo				SI	NO	SI	NO
		huevo, leche o queso				SI	NO	SI	NO
	3.2	Si en 3.1 consumio un AOA rico en hierro. Explore ¿Cuanto comio? (referencia 2 Cdas ¹)				SI	NO	SI	NO
	3.3	Si en 3.1 no consumio un AOA rico en hierro, explore: ¿En Los últimos 3 días (nombre del niño(a) ha comido higado, sangrecita, bazo, u otra viscera oscura?				SI	NO	SI	NO
4		Cuántas veces le da de comer cada día: 2 a 3 v/día (6 a 8m), 3 comidas +1 refrigerio (9 a11m), 3 comid + 2 refrig (>1 año)				SI	NO	SI	NO
5		Que cantidad esta comiendo su niño(a): 1/2 plato de comida o 3 a 5 cdas (6 a 8m), 3/4 plato comida o 5 a 7 cdas (9 a 11m), 1 plato o 7 a 10 cdas (>1 año) ²				SI	NO	SI	NO
6	6.1	¿En los últimos 3 días le dio verduras de color amarillo, anaranjado, verde?				SI	NO	SI	NO
	6.2	¿En los últimos 3 días le dio frutas de color amarillo, anaranjado?				SI	NO	SI	NO
7		¿Esta última semana le dio habas, frijoles, lentejas u otra menestra a su niño(a)?				SI	NO	SI	NO

VISITAS		1ra visita		2da visita		3ra visita		4ta visita	
C	SUPLEMENTACION. Explorar uso correcto del suplemento								
8	8.1 ¿le da suplementos de hierro y/o Micronutriente? Si es NO pase a 8.5	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	8.2 Muéstreme lo q le da: gotas(1), jarabe(2), Polvo(3), no muestra(4)								
	8.3 ¿Cuánto le da y cada cuanto le da? Verifique si es correcto								
	8.4 Si 8.2 respondió 3, ¿Con que se lo da?, con alimento líquido (1), con alimento semisólido (2), otro (3) anote								
	8.5 Si 8.1 la respuesta es NO, pregunte ¿Por qué no le da?								
OTROS COMPROMISOS									
9	¿Se lava las manos y las manos del niño(a)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
10	¿Anima a su hijo(hija) a comer y le hable cariñosamente?			SI	NO	SI	NO	SI	NO
11	¿Cuándo su niño(a) está enfermo le da de comer igual (1), le da menos comida (2), le da más comida (3), no le da de comer (4)								
12	¿Su Fam. le apoya con la alimentación de su hijo(a)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Asistió a Sesión demostrativa de preparación de alimentos			SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Está cumpliendo compromiso (C)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	¿Está cumpliendo compromiso (C)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Si no está cumpliendo compromisos, explore ¿Por qué?								
	Anote quien atendió la visita								
	Nombre del personal de salud que la realizó la visita								
	OBSERVACIONES:								

Apéndice F: Tarjeta de vacunación


PERÚ
 Ministerio de Salud
 
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO
 Nº HISTORIA CLÍNICA **2274**

Código de Afiliación HCL

Nombre de la Niña **Lily Maza Aguirre**

Fecha de Nacimiento **02/10/17** DNI **000738802**

Nombre de la Madre **Oskenly Aguirre** DNI **74201569**

Nombre del Padre DNI

Dirección **Francisco Bolognesi 429 P.B.**

Lugar de Atención **C.S. Leonor Saavedra** Teléfono


VACUNAR A TU NIÑA ES UN GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL
 VACUNA
 OTRO

Antor Fasfas

BCG (TUBERCULOSIS) (RN) **HYBIANTI-HEPATITIS (RN)**

ANTIPOLIO

1º dosis (2 meses) RT-IPV 2º dosis (4 meses) RT-IPV 3º dosis (18 meses) ORAL-APD

PENTAVALENTE (DPT + Hib + HVR)

1º dosis (2 meses) 2º dosis (4 meses) 3º dosis (18 meses)

NEUMOCOCO

1º dosis (2 meses) 2º dosis (4 meses) 3º dosis (12 meses)

ROTAVIRUS

1º dosis (2 meses) 2º dosis (4 meses)

INFLUENZA

1º dosis (7 meses) 2º dosis (3 meses)

1 Año 2 Años 3 Años 4 Años

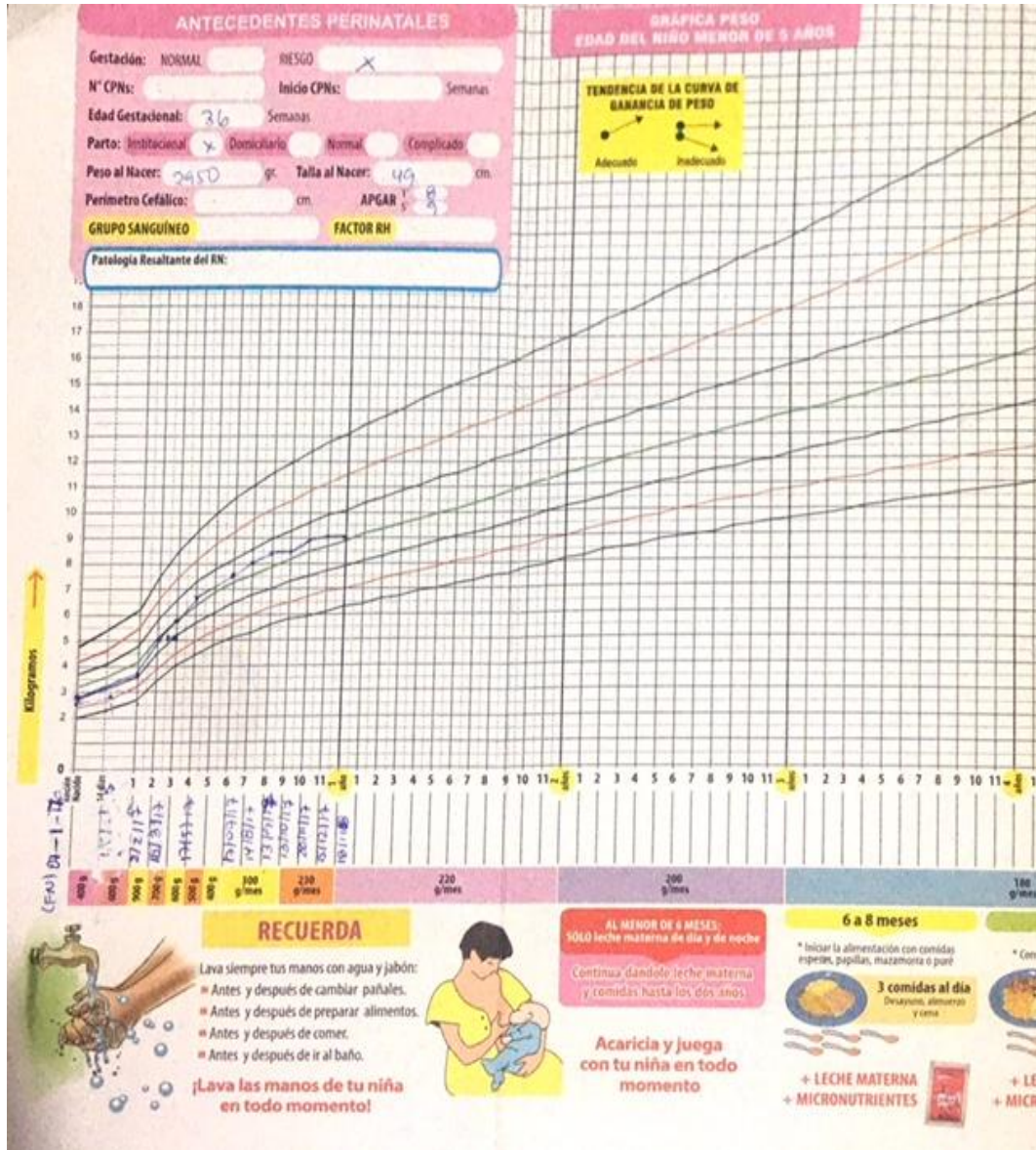
SPR (SARAMPIÓN, PAPERAS, RUBÉOLA) **ANTIEMARILICA** (15 meses)

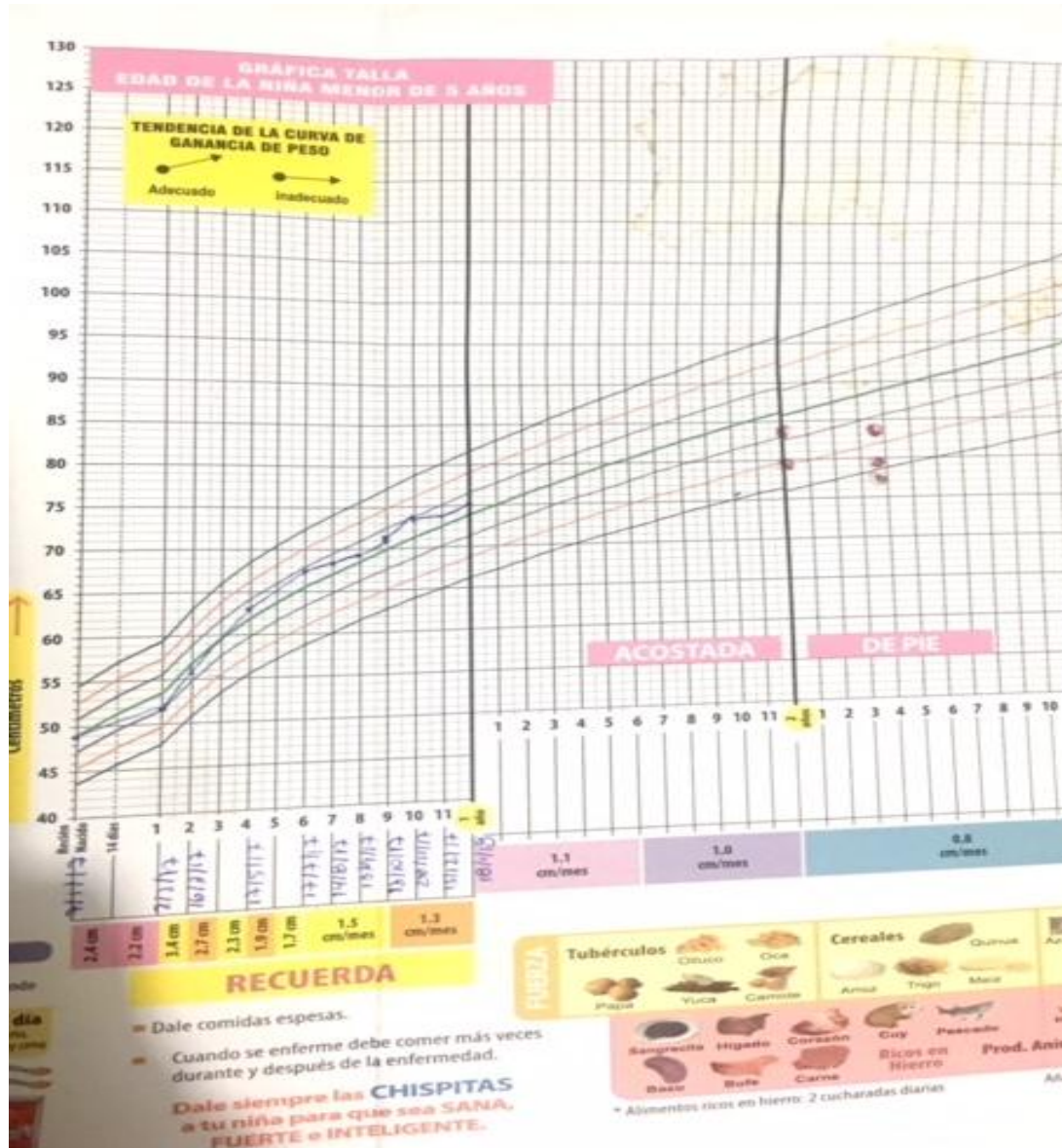
REFUERZOS

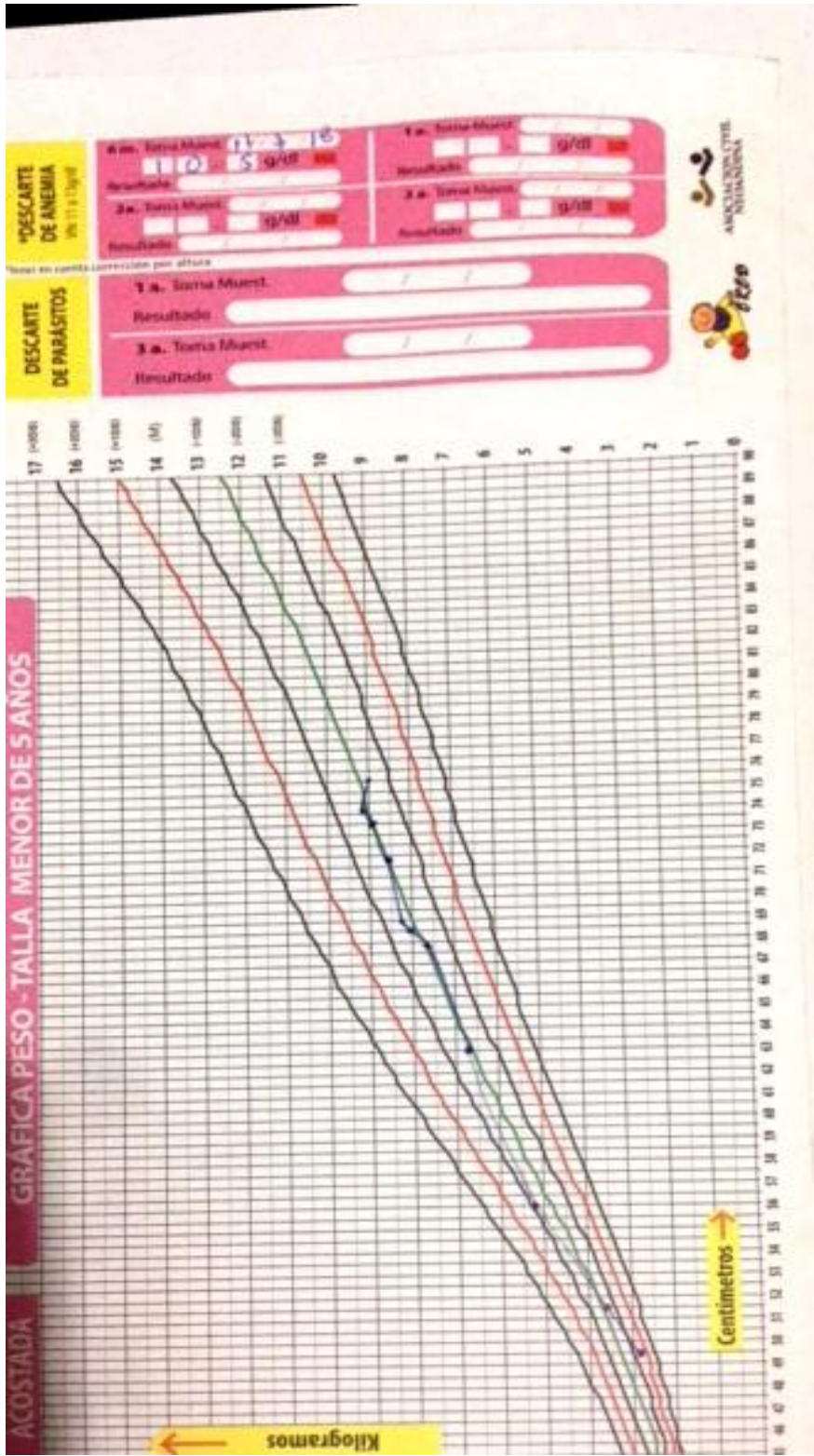
1º Ref. DPT (18 meses) 2º Ref. DPT (4 años)

3º Ref. Antipolio (Dist. 18 meses) 2º Ref. Antipolio (Dist. 4 años)

OTRAS VACUNAS







MONITOREO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA

GPA: Ganancia de Peso Acumulado
GTA: Ganancia de Talla Acumulada
Colorear según corresponda

● Adecuado ● Inadecuado

LEYENDA

No le corresponde
 Le corresponde

VITAMINA A

100 000 UI < 1 año
 200 000 UI > 1 año

Fecha	Edad (Meses)	Peso (gr)	GPA	Talla (cm)	GTA	Perim. Cefálico (cm)	Tip. Aliment.	Microelementos Vit A Fe (μg/día)	Estim. Temp.	Antiparasitario	E D A	I R A	Resp.
	2d												
	7d												
	15d												
	21d												
21/7/17	1m	3600	●	52.1	●								
16/8/17	2m	5100	●	56.2	●								
13/9/17	3m												
12/10/17	4m	6700	●	63.1	●								
	5m												
13/11/17	6m	7630	●	67.8	●	44.5							
14/12/17	7m	8050	●	68.5	●								
13/1/17	8m	8420	●	69.3	●			1					
12/10/17	9m	8550	●	71.8	●	48.5		2					
08/11/17	10m	8780	●	73.5	●	45.5		3					
15/12/17	11m	9100	●	73.9	●	46.5		4					
18/1/18	1 año	9620	●	75.5	●			5					
	1a. 1m							6					
	1a. 2m												
	1a. 3m												
	1a. 4m												
	1a. 5m												
	1a. 6m												
	1a. 7m												
	1a. 8m												
	1a. 9m												
	1a. 10m												
	1a. 11m												
	2 años												
	2a. 1m												
	2a. 2m												
	2a. 3m												
	2a. 4m												
	2a. 5m												
	2a. 6m												
	2a. 7m												
	2a. 8m												
	2a. 9m												
	2a. 10m												
	2a. 11m												
	3 años												
	3a. 3m												
	3a. 6m												
	3a. 9m												
	4 años												
	4a. 3m												
	4a. 6m												
	4a. 9m												
	5 años												

MES ES	ITEM	PUNT.	EDAD DE EVALUACIÓN (mes)				
			12				
7	31 (M) Se mantiene sentado solo por 30 segundos o mas	6 pts. c/u	6				
	32 (C) Intenta agarrar la pastilla		6				
	33 (L) Escucha selectivamente palabras familiares		6				
	34 (S) Cooperar en los juegos		6				
	35 (C) Coge dos cubos, uno en cada mano		6				
8	36 (M) Se sienta y se mantiene erguido	6 pts. c/u	6				
	37 (M) Tracciona hasta lograr la posición de pie		6				
	38 (M) Iniciación de pasos sostenido bajo los brazos		6				
	39 (C) Coge la pastilla con movimiento de rastrillo		6				
	40 (L) Dice da-da o equivalente		6				
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 participación del pulgar		6				
	44 (C) Encuentra el cubo bajo el pañal		6				
	45 (SL) Reacciona a los comentarios verbales *		6				
10	46 (C) Coge la pastilla con el pulgar e índice	6 pts. c/u	0				
	47 (S) Imita gestos simples		6				
	48 (C) Coge el tercer cubo dejando uno de los dos primeros		6				
	49 (C) Junta cubos en la línea media		6				
	50 (SL) Reacciona al no-no *		6				
12	51 (M) Camina algunos pasos de la mano	12 pts. c/u	12				
	52 (C) Junta las manos en la línea media		0				
	53 (M) Se pone de pie solo *		0				
	54 (SL) Entrega como respuesta a una orden		12				
	55 (L) Dice al menos dos palabras *		12				
15	56 (M) Camina solo	18 pts. c/u	0				
	57 (C) Introduce la pastilla en la botella		0				
	58 (C) Espontáneamente garabatea		0				
	59 (C) Coge el tercer cubo conservando los dos primeros		0				
	60 (L) Dice al menos tres palabras *		18				
18	61 (SL) Muestra sus zapatos	18 pts. c/u	0				
	62 (M) Camina varios pasos hacia el lado		0				
	63 (M) Camina varios pasos hacia atrás		0				
	64 (C) Retira inmediatamente la pastilla de la botella		0				
	65 (C) Atrae el cubo con el palo		0				
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 más partes en el cuerpo de la muñeca						
	75 (C) Construye una torre de cinco cubos						