



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA

TEMA: Rol de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños
menores de 5 años en Atuntaqui 2017.

AUTORA: Rosario Margarita Paredes Vinueza

DIRECTORA DE TESIS: Mph. Sonia Dayanara Revelo Villarreal

Ibarra - Ecuador

2017 – 2018

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada “Rol de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017”, de autoría de Paredes Vinuesa Rosario Margarita, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 27 de Abril 2018

Lo certifico



Mph. Sonia Revelo Villarreal

C.C: 0401026984

DIRECTORA DE TESIS

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FCS.UTN
Fecha: Ibarra, a los 05 de Abril 2018

Paredes Vinueza Rosario Margarita "Rol de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017" / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra

DIRECTOR DE TESIS: Mph. Sonia Revelo Villarreal

El principal objetivo de la presente investigación fue, identificar el rol de los profesionales de enfermería en el control del crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años en el Centro de Salud Atuntaqui durante el año 2017, entre los objetivos específicos se encuentran. Determinar el nivel de conocimientos de los/as profesionales de enfermería respecto al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años; describir el cumplimiento de la normativa de los controles de crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años en Atuntaqui.

Fecha: Ibarra, a los 27 de Abril 2018



Mph: Sonia Dayanara Revelo Villarreal

DIRECTORA



Rosario Margarita Paredes Vinueza

AUTORA



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	DE	1004480750	
APELLIDOS Y NOMBRES:	Y	PAREDES VINUEZA ROSARIO MARGARITA	
DIRECCIÓN:		Atuntaqui	
EMAIL:		Charitoparedes_17@yahoo.es	
TELÉFONO FIJO:	2909990	TELÉFONO MÓVIL:	0967282045

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	"ROL DE LA ENFERMERA EN EL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATUNTAQUI 2017"
AUTOR :	PAREDES VINUEZA ROSARIO MARGARITA
FECHA: AAAAMMDD	2018-04-26
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TÍTULO POR EL QUE OPTA:	Licenciada en Enfermería
ASESOR /DIRECTOR:	Lic: Sonia Revelo Mph

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, PAREDES VINUEZA ROSARIO MARGARITA con cédula de identidad Nro. 1004480750, en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es el titular del derecho patrimonial, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 26 días del mes de Abril del 2018

EL AUTOR:

(Firma) 

Nombre PAREDES VINUEZA ROSARIO MARGARITA
C.I.: 1004480750

Facultado por resolución de Consejo Universitario



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

Yo, PAREDES VINUEZA ROSARIO MARGARITA con cédula de identidad Nro. 1004480750, manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: **Rol de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años Atuntaqui 2017**", que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciatura en Enfermería, en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma) 
: PAREDES VINUEZA ROSARIO MARGARITA
C.I.: 1004480750

Ibarra, a los 26 días del mes de Abril del 2018

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a Dios, *por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy*, por guiarme e iluminarme por el camino del saber y *por haber puesto en mi camino a personas que han sido mi soporte y compañía durante la vida universitaria.*

A mis Padres; *por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, tanto en lo académico, como en el diario vivir; por su amor, sacrificio, paciencia y apoyo incondicional.*

A mis hermanos, *por apoyarme en todo momento, especialmente en los más difíciles y por ser un ejemplo de tenacidad para alcanzar nuestros objetivos.*

A mi hijo Benjamín, *por ser el regalo más grande que Dios me ha dado.*

A toda mi familia por la dicha de tenerles junto a mí, y por transferirme su aprecio, cariño, confianza y el valor de luchar por alcanzar el anhelo deseado; a los verdaderos amigos *por compartir los buenos y malos momentos.*

Rosario Margarita Paredes Vinueza

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud especial a la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela de Enfermería la Universidad Técnica del Norte, por haberme permitido adquirir sabios conocimiento para mi formación Académica.

A tan apreciada Lcda. Sonia Revelo MpH. quien supo guiarme con paciencia durante el desarrollo de esta Tesis.

A todos los maestros de las diferentes materias de la Escuela de Enfermería, por sus enseñanzas, conocimientos, y sobre todo por formarnos como profesionales.

Un agradecimiento profundo al Hospital Básico Atuntaqui, por el espacio dedicado a mis intervenciones, siendo la base primordial para la realización de este trabajo.

Rosario Margarita Paredes Vinueza

ÍNDICE

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DE TESIS	ii
Índice.....	ix
Tema:.....	xiv
1.2 Formulación del problema.....	17
1.3. Justificación.....	18
1.4 Objetivos	20
1.4.1 Objetivo General	20
1.4.2 Objetivos Específicos	20
1.5 Preguntas de investigación	21
CAPÍTULO II	22
CAPITULO II	26
2.1 Marco Contextual	26
2.2 Marco Conceptual	28
2.2.1 Crecimiento y desarrollo infantil, conceptos.	28
2.2.2 Factores que regulan el crecimiento	29
2.3.6.5 Detección de riesgo neuro-sico sensorial	44
2.3.6.6 Estimulación del desarrollo sicomotor	45
2.3.6.7 Educación alimentaria nutricional (Esquema de alimentación)	46
2.3.6.8 Lactancia Materna	46
El proceso de consejería para los niños menores de 5 años según el MAIS	47
2.4. Marco Legal	47
2.5 Marco Ético	51
3.4.1 Población.	55
3.4.2 Muestra.....	55
Por las técnicas de investigación utilizadas no fue necesario el cálculo de una muestra. Se trabajó con todas las enfermeras de consulta externa del hospital, y el grupo focal formado por 6.....	55
3.4.3 Técnicas e instrumentos	55
Técnicas e instrumentos	55
3.4.3 Métodos	56

3.5 Variables	56
3.6. Procedimiento	56
3.7. Operalización de Variables	56
Capitulo IV	60
4 Resultados	60
5.1 Resultados del Grupo focal	73
Acerca del proceso de consejería	73
CAPITULO V	76
4 Conclusiones y recomendaciones	76
5.1 Conclusiones	76
5.2 Recomendaciones	77
Referencias bibliográficas	78
ANEXOS	86

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Datos Generales de la Población en estudio (profesionales de enfermería)	60
Tabla 4 Resultados de la Lista de Chequeo	71
Tabla 5 Características de la población de estudio (Grupo Focal).....	73

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Grafico 1 Nivel de conocimientos.....	61
Grafico 2 El primer control y el número óptimo de controles	62
Grafico 3 Concentración mínima de controles	64
Grafico 4 Actividades básicas en la atención al niño.....	66
Grafico 5 Indicadores de crecimiento	68
Grafico 6 Protocolo para el manejo de la violencia	70

Resumen

Rol de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017

Nombre: Rosario Margarita Paredes Vinueza

Email: charitoparedes_17@yahoo.es

Para el futuro de las sociedades es fundamental que los niños puedan alcanzar un crecimiento físico y un desarrollo psicológico óptimo, en donde los establecimientos de salud juegan un papel importante y más aún de las profesionales de enfermería por su rol de educadora. Esta investigación se realizó en el Centro de Salud de Atuntaqui, con el objetivo de identificar el rol de los profesionales de enfermería en el control del crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años, siendo necesario determinar el nivel de conocimientos de los/as profesionales de enfermería respecto al control de crecimiento y desarrollo, identificar el cumplimiento de la normativa, analizar las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para impartir consejería. Se planteó un estudio descriptivo, transversal con un enfoque cuali-cuantitativo, se utilizaron cuestionarios, check list y entrevista dirigido a los profesionales de enfermería y un grupo focal aplicado a las madres usuarias del servicio. Se determinó que en promedio de los conocimientos del personal de enfermería alcanzó el 50% de las cuales se ubicaron en el rango de excelente, las principales deficiencias de conocimiento se relacionaron con el uso de conceptos básicos sobre test aplicables al control de desarrollo y el uso de patrones de crecimiento, al igual que los límites óptimos y mínimos los controles se concluye por tanto que el servicio de salud no cuenta con un programa de actualización de conocimientos, con respecto a la normativa.

Palabras clave: Crecimiento y desarrollo del niño, patrones de crecimiento, consejería, normativa de control de crecimiento y desarrollo del niño

Summary

Role of the nurse in the control of growth and development in children under 5 years in Atuntaqui 2017

Nombre: Rosario Margarita Paredes Vinueza

Email: charitoparedes_17@yahoo.es

For the future of societies it is fundamental that children can achieve physical growth and optimal psychological development, where health facilities play an important role and even more so for MSP professionals. This research was carried out in the Health Center of Atuntaqui during 2017, with the objective of identifying the role of nursing professionals in controlling the growth and development of children under 5 years of age. It is necessary to determine the level of knowledge of the nursing professionals regarding the control of growth and development, describe the compliance with the regulations, analyze the strategies used by the nursing staff to provide counseling. A descriptive, cross-sectional study with a qualitative-quantitative approach was proposed, questionnaires, check list and interview aimed at nursing professionals and a focus group applied to visiting mothers. It was determined that, on average, the knowledge of nursing personnel reached 50% of those who were in the excellent range, the main knowledge deficiencies were related to the use of basic concepts on tests applicable to the control of development and use of growth patterns, like the optimal and minimum limits, the controls are concluded so that the health service does not have a program to update knowledge, with respect to the regulations.

Keywords: Child growth and development, growth patterns, counseling, child growth and development control regulations

Tema:

Rol de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017

CAPITULO I

1. Problema de Investigación

1.1. Planteamiento del problema

La OMS en su informe anual del 2016, indica que el 43% de niños menores de 5 años (249 millones aproximadamente) se encontraba en riesgo de padecer un desarrollo infantil escaso, esto principalmente en países de bajos y medianos ingresos y atribuible a la situación de pobreza y desnutrición crónica en que habitan (1).

Para el 2012 en el Ecuador se registraba que el 25.3% de niños menores de 5 años tienen retardo en el crecimiento (talla) con antecedentes de desnutrición crónica, ; y el 12% sufre desnutrición global apreciable por un bajo peso (3), el 8,6% tiene riesgo de sobrepeso y obesidad, estos problemas inician desde el periodo de lactancia, lo que podría significar la limitada intervención del sistema de salud en la prevención de este problema que es multifactorial, y muchos países incluido Ecuador, tienen como estrategia el control riguroso de crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, con el propósito de prevenir la desnutrición y sus secuelas, el rol de enfermería es primordial para la educación y correcta práctica de la alimentación del niño o niña (5).

Un análisis con información básica presentado en “The Lancet: Maternal and Child Nutrition Series” (2013) y citado por la Secretaría Técnica del Plan Toda una Vida, permite entender que al ampliar los controles de salud en niños y niñas en al menos un 90%, se alcanzaría una reducción de la desnutrición crónica infantil hasta en un 20%, y en un 15% el índice de mortalidad infantil (3).

El crecimiento y el desarrollo del niño son dos ejes de mucha importancia tanto para la familia, como para las organizaciones e instituciones que velan por la salud de la comunidad y del mundo; y su carácter multifactorial al igual que su complejidad hace necesario una planificación estatal adecuada al igual que una inversión generosa, a fin de asegurar el correcto crecimiento y desarrollo del niño, dentro de ciertos parámetros que

se han tendido a estandarizar en un sistema de curvas de seguimiento propuestos por la OMS, al igual que otras nuevas referencias publicadas por la misma organización (4).

El control o seguimiento al crecimiento y desarrollo del menor es un componente central de los servicios de primer nivel de atención, el mismo que tiene tres elementos principales: 1) inmunización, 2) evaluación del crecimiento y desarrollo y 3) educación para la salud; estas actividades pueden ser realizadas principalmente por las enfermeras (7).

El Modelo de Atención de Salud (MAIS) indica que los objetivos del control de crecimiento y desarrollo del niño a más de control debe ser integral, fomentando en la madre los conocimientos para un adecuado manejo en el hogar, por ende, el papel de la enfermera que se desempeña en el primer nivel de atención es primordial, debe valorar el progreso en las conductas motora gruesa y fina, auditiva y del lenguaje y personal social, y realizar la consejería a la madre para que pueda estimular el desarrollo de su bebe, debe potenciar los factores protectores de la salud de la infancia, prevenir y controlar los factores de riesgo de enfermedades; detectar precozmente factores de riesgo y alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño(a); prevenir el maltrato; promover el autocuidado a través de la educación en salud; garantizar el esquema de inmunizaciones; fomentar la lactancia materna exclusiva; vigilar y controlar la nutrición de los niños(as); orientar a los padres sobre los métodos de crianza y alimentación de sus hijos(as); impulsar los componentes de salud oral y visual; promover los derechos de los niños(as) (5). Son actividades que una enfermera debe realizar desde sus acciones de promoción y prevención.

Bajo este contexto, en el que se prioriza la importancia de la salud del niño, durante una etapa catalogada como crucial, donde se ha dicho incluso que las repercusiones tanto positivas como negativas serán permanentes y determinantes para la vida futura del infante, una de las interrogantes que escapa a la vista es cuál es el rol que debe cumplir los profesionales de enfermería de las unidades de atención durante este proceso, principalmente cuando se dispone de instrumentos especializados y validados por organizaciones con la competencia en salud a nivel mundial, al igual que las políticas y lineamientos de planificación gubernamental en el cual se tiende a descentralizar las

actividades y donde se prioriza conceptos como la prevención y la salud familiar; y donde la eficiencia sobre las actividades realizadas principalmente sobre la variable cobertura toma tal importancia.

De la misma forma el proceso de socialización y capacitación son los ejes fundamentales de prevención en salud y por lo tanto una de las principales herramientas para la prevención de anomalías en el crecimiento y desarrollo del niño. Por tanto el rol de la enfermera en proceso de prevención como personal de primera línea, radica en facilitar la información necesaria, que permita a las madres de familia evitar complicaciones en la primera niñez de su hijo.

El presente trabajo busca por tanto el cumplimiento de los protocolos establecidos para el efecto los profesionales de enfermería en torno a estos dos ejes, esenciales del niño; describir el rol que desempeñan los profesionales de enfermería y cuales serían en todo caso los puntos a mejorar o cambiar. Se elaborará una guía práctica, la cual ayudará a mejorar los procesos del personal de enfermería en el rol que desempeñan en el procedimiento de control de crecimiento y desarrollo.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el rol del personal de enfermería en el proceso de control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en el Centro de Salud de Atuntaqui 2017?

1.3. Justificación

La importancia de la investigación es determinar el proceso de control de crecimiento y desarrollo en los primeros años de vida del niño, lo cual merece de la atención no solo nivel familiar sino también, por parte de las instituciones del estado y de los organismos internacionales, pero sobretodo, se quiere identificar qué rol cumple la enfermera en este vital proceso que garantiza, salud, crecimiento y un adecuado crecimiento de los niños.

La investigación permite identificar deficiencias en cuanto a la aplicación de la normativa establecida por el Ministerio de Salud Pública, para el control de crecimiento y desarrollo del niño, tomando principalmente en cuenta las deficiencias en cuanto al nivel y amplitud de conocimientos, la aplicación de los protocolos establecidos y el proceso de consejería.

Es importante resaltar que, en el crecimiento y desarrollo de los niños, la consejería juega un rol importante dentro del conjunto de actividades de atención primaria de salud, al igual en el seguimiento y son las profesionales de enfermería quienes deben poseer un claro y amplio conocimiento al respecto, para enfrentar las diferentes situaciones que se pueden presentar en la familia o el entorno del niño y que puedan perjudicar su normal crecimiento o desarrollo.

Además, se encuentra el desarrollo, adquisición de habilidades y funciones en aparatos y sistemas. Estos procesos están íntimamente unidos a la nutrición y cuidados que pueda brindarle la madre, quienes requieren de un conocimiento específico, en especial las madres primerizas o quienes pertenecen a sectores con factores de alta incidencia ambiental. De ahí la importancia del rol de la enfermera en los centros de salud, como un factor comunicativo y educativo, que permitan la adopción de conductas alimenticias y de salud que mejoren la calidad de vida del niño.

El “Manual del Modelo de Atención Integral Del Sistema Nacional de Salud Familiar Comunitario e Intercultural” (MAIS-FCI), establece los parámetros de consejería propios para cada grupo etario, para los cuales las capacidades tanto logísticas como de conocimiento deben estar debidamente establecidas en cada uno de los dispensarios de salud y del personal como tal.

La importancia de proporcionar información adecuada a las madres que concurren a la institución de salud, a cerca del desarrollo y crecimiento infantil en los primeros años de vida, son parte del rol de enfermería, es necesario que a través de procesos estratégicos de educación se alcancen los estándares de crecimiento y desarrollo del niño, generando una atención y asistencia integral.

Los principales beneficiarios de la adecuada intervención de la enfermera en el control de crecimiento y desarrollo es el niño/a menor de 5 años, los beneficiarios indirectos lo conforman los padres quienes son los responsables del cuidado de los niños sobre todo en sus primeros años de vida, la educación de los padres es importante para garantizar el proceso de crecimiento, maduración y despliegue de las capacidades potencialidades y aspiraciones del personal de salud al realizar los controles periódicos. La contribución social de la investigación, permitirá que mejorar la cultura de cuidado infantil, educación y protección para los niños, en especial en sectores donde los factores ambientales y socioculturales, son evidentemente negativos para el desarrollo y crecimiento de los niños.

Finalmente, la guía proporcionará información básica acerca de cómo el proceso de control de crecimiento y desarrollo del niño debe ser realizado, por parte de los profesionales de la salud, haciendo énfasis en el rol que juega el personal de enfermería en el mismo.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Identificar el rol de los profesionales de enfermería en el control del crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años en el Centro de Salud Atuntaqui durante el año 2017.

1.4.2 Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de conocimientos de los/as profesionales de enfermería respecto al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.
- Determinar el cumplimiento de la normativa de los controles de crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años en Atuntaqui.
- Identificar las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para impartir consejería a las madres de los niños menores de 5 años que acudieron al Centro de salud de Atuntaqui, para realizar el control de crecimiento y desarrollo del niño.
- Elaborar una guía educativa para el personal de enfermería sobre el rol en el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.

1.5 Preguntas de investigación

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los/as profesionales de enfermería respecto al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años?
- ¿Cumple la unidad de salud con lo dispuesto en la normativa nacional vigente en cuanto al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de seis años?
- ¿Cuál es el rol del personal de enfermería dentro de las estrategias utilizadas por la institución para impartir consejería sobre desarrollo y crecimiento del niño?
- ¿Cuál debería ser el rol de la enfermería en el proceso de control del crecimiento y desarrollo del niño?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco teórico referencial

2.1.1. Rol del enfermero/a rural en la región de la Araucanía Chile: percepción de usuarios y enfermeros (2013)

La atención primaria rural ha tenido un desarrollo importante en los últimos años, acercando las acciones de los programas de salud a dicha población y aumentando considerablemente su nivel de resolución. Este estudio se propone descubrir la percepción de usuarios y enfermeros/as del sector rural respecto del rol del enfermero/a en las postas rurales de la Región de la Araucanía, Chile. Corresponde a un estudio cualitativo-descriptivo basado en las narrativas de informantes claves, desarrollado entre enero y diciembre del 2013, en las tres comunas con mayor índice de ruralidad del borde costero sur de la región. En él participaron 30 informantes; 27 usuarios de postas rurales (nueve usuarios por posta) y tres enfermeros/as, quienes atienden esos centros de salud. El análisis se efectuó mediante un proceso de segmentación, codificación, categorización, y síntesis conceptual de las narrativas recopiladas. Para asegurar el rigor del estudio se realizó triangulación de datos, de fuente informante y doble análisis. Los resultados muestran la existencia de 4 categorías en el reconocimiento del rol profesional: las funciones, imagen o representación a partir de sus acciones y continuidad, competencias profesionales concentradas en habilidades, conocimientos y destrezas; y finalmente la concepción del cuidado enfermero/a. Los resultados describen al enfermero/a rural parcialmente visualizado por usuarios, destacando la amabilidad, conocimiento, habilidad técnica y consejería como factores identitarios del rol. Mientras que los enfermeros/as se caracterizan por compromiso social, capacidad adaptativa, proactividad y manejo de tecnologías (7).

2.1.2. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos (2013)

El crecimiento y desarrollo de los niños, requiere el fortalecimiento del vínculo con los padres, para que intervenga las necesidades desde las diferentes dimensiones; el profesional de enfermería como cuidador, desde el contacto inicial con los padres e hijos,

mediante el apoyo educativo orientado al objetivo central de hacer frente a las reacciones comportamentales del hijo en sus diferentes etapas. Información de un caso revisado en práctica formativa del programa de crecimiento y desarrollo de una Institución de Salud de baja complejidad, del área metropolitana; aplicando el proceso de enfermería y el análisis de la situación del paciente desde el referente teórico de Kathryn Barnard. El proceso de enfermería realizado en el caso, permite priorizar el cuidado, el cual se orienta al apoyo educativo de los padres, contribuyendo a intervenir las condiciones que afecta el crecimiento y desarrollo, según las necesidades identificadas. Mediante la intervención oportuna a los padres orientada al apoyo educativo, permite que identifiquen los cuidados que se deben modificar y que fortalecen el crecimiento y desarrollo. El enfermero en formación mediante la aplicación del proceso de enfermería en su práctica formativa, le permite reconocer el lenguaje estandarizado fortalece la unidad de criterio para su ejercicio profesional (8).

2.1.3. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco (2012)

Con el objetivo de identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINS) de Amazonas, Loreto y Pasco, Perú, de enero a diciembre de 2012. Materiales y métodos. Estudio de casos-controles pareados. Se definió como caso al niño que no completó 11 controles CRED hasta cumplir 11 meses de edad, y como control, aquel niño con 11 controles CRED para la misma edad. La relación entre cada factor con el cumplimiento del CRED se estableció mediante la prueba de McNemar ($p < 0,05$) y como medida de fuerza de asociación el odds ratio (OR) para muestras pareadas (IC 95%). Resultados. Siete factores, luego del control de diversas variables, están asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED. El factor común, en las tres regiones, fue que se dejó de atender alguna vez al niño; lo que se asoció, de tres a cinco veces, con la chance de no cumplir los controles CRED en Loreto y Pasco, mientras que en Amazonas se presentó un efecto opuesto (OR 0,58; IC 95% 0,41-0,81). Conclusiones. Existen factores relacionados con el cumplimiento del CRED en niños menores de un año que varían según región. Uno de los principales obstáculos identificados son las múltiples funciones que deben desarrollar los profesionales que

laboran en CRED, por lo que se pierden oportunidades de atención al niño; en tal sentido debe garantizarse la dotación suficiente de personal e inculcar permanentemente el buen trato que debe brindarse a los pacientes (9).

2.1.4. Calidad de atención en la Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo en infantes menores de 5 años según usuarios internos y externos que asisten al puesto de salud Lidia Saavedra Ortega, II semestre Matagalpa año 2015

El objetivo de la presente investigación es evaluar la calidad de atención en la Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo en infantes menores de 5 años según usuarios/as que asisten al puesto de salud Lidia Saavedra, Matagalpa II semestre año 2015, mediante la valoración de la estructura, proceso y resultado en la calidad del cuidado. Este estudio es descriptivo, de corte transversal y prospectivo en el tiempo con enfoque cualicuantitativo. El universo lo comprenden 855 niños/as menores de 5 años y 4 miembros del personal de salud, la muestra fue 50 niños/as y 2 miembros del personal de salud, el tipo de muestreo aplicado es no probabilístico a conveniencia. Para valorar la calidad de atención al VPCD se realizó guías de observación por el investigador a la infraestructura del puesto y al expediente, una entrevista al usuario interno y externo para valorar la estructura, proceso y resultado de atención. Algunos de los principales hallazgos fueron: techo en mal estado servicios higiénicos no accesibles para usuarios externos, piso dañado, cuentan con una sola cama para la revisión de los pacientes, no cuentan con suficientes instrumentos médicos y papelería de expediente, no se presentan con el usuario, las dificultades que más enfrenta el puesto son: poco personal tiempo de espera para atender a los pacientes y falta de medicamento. Muchos de los niños/as son mayores de 2 meses, todo el personal son femeninos y la mayoría de los infantes son, mujeres. El personal son enfermeras solteras y casadas, y la mayoría de usuarios externos proceden del área urbana. En su totalidad el personal califica la estructura como buena. El usuario externo en su mayoría valora como regular y en minoría como mala. Sobre el proceso de atención todo el personal aprecia la calidad como buena, mientras el observador y el usuario externo en su mayoría como regular. En lo que respecta a la satisfacción con la atención, no todo el personal y los usuarios externos están completamente satisfechos (9).

2.1.5. Factores Psicoemocionales que influyen en las madres que no acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño sano de 1- 3 años – Centro de Salud “Francisco Muro Pacheco”- Pueblo Nuevo 2016.

La presente investigación tiene como objetivo determinar los factores psicoemocionales que influyen en las madres que no acuden al control de incremento y progreso del niño sano de 1 a 3 años del Centro de Salud “Francisco Muro Pacheco” – Pueblo Nuevo 2016. La investigación de tipo cuantitativo, y diseño descriptivo de corte transversal, tuvo como población a 422 madres intermitentes con niños de 1 a 3 años del distrito de pueblo nuevo, con una muestra de 119 madres. El instrumento de recolección de datos fue un cuestionario tipo liker. El procesamiento de los datos se hizo con programa estadístico SPSS. Se obtuvo los siguientes resultados: El 70.6% de las madres manifiestan tener impaciencia por la espera del turno en el CS, un 66.4% de las madres considera que han recibido un trato regular por parte de la enfermera, que le 59.7% de las madres han dejado de asistir a los controles en dos oportunidades. De dichas conclusiones son las siguientes: Las madres manifiestan que tienen impaciencia a la hora de esperar el turno, el trato brindado por parte de las enfermeras es regular, y que en gran mayoría las madres no asisten a los controles en más de dos oportunidades (12).

CAPITULO II

2.1 Marco Contextual

2.2.1. Área de referencia

La ciudad de Atuntaqui es la cabecera cantonal de Antonio ante de la provincia de Imbabura. Cuenta con una población de aproximadamente de 37.000 habitantes de los cuales 17.775 es población urbana. La población es evidentemente textil por la cantidad de fábricas que existen (500 empresas privadas aproximadamente), aunque también se considera de importancia las actividades agropecuarias (10).

Características generales de la población de Atuntaqui (11):

- **Cantón:** Antonio Ante
- **Cabecera cantonal:** Atuntaqui
- **Provincia:** Imbabura
- **Ubicación:** Noroeste de Imbabura
- **Límites:**
 - Oeste: Cantones Cotacachi y Urcuquí
 - Norte: Cantón Ibarra
 - Sur: Cantón Otavalo
 - Este: Cerro Imbabura
- **Superficie:** 79 Km² (Agenda 21-2004)
- **Población:** 45.184 habitantes (Proyección poblacional del último censo de población y aplicando la tasa de crecimiento poblacional de la Agenda 21)
- **Parroquias:** Urbanas: Atuntaqui y Andrade Marín
- **Rurales:** San Roque, Chaltura, Natabuela, Imbaya.
- **Altitud media:** 2360 m.s.n.m.
- **Relieve:** Vasta y larga llanura ubicada a lo largo de las faldas del volcán Imbabura.
- **Idioma:** Español y Quichua
- **Grupos étnicos:** Mestizo e indígena

2.2.2. Hospital básico Atuntaqui- Área de salud N° 2

Información general (12):

Nombre: Hospital Básico Atuntaqui

Año de creación: 1963

Nivel de atención: Segundo nivel de atención

Categoría del establecimiento de Salud: Hospital Básico más de 20 camas

Número de camas declaradas: 25

Población beneficiaria indirecta: Cantón Antonio Ante, parroquias cercanas

Consulta externa cuenta con los servicios de Cirugía General, Ginecología Obstetricia, Pediatría, Psicología, Medicina Interna, Cardiología, Traumatología, Médico especialista en Nutrición y Fisioterapia. La Unidad de Apoyo diagnóstico y Terapéutico con los que cuenta la institución son: Rayos X, Ecografía, Laboratorio, Rehabilitación y terapia física, y Farmacia.(12).

2.2.3. Centro de Salud

El centro de salud es una unidad anidada al Hospital Básico Atuntaqui y cuenta con todos los servicios.



2.2 Marco Conceptual

2.2.1 Crecimiento y desarrollo infantil, conceptos.

Los conceptos crecimiento y desarrollo del niño son términos que generalmente se usan juntos, entendiéndose en mucho de los casos como sinónimos. Sin embargo para algunos autores como Arce (2015) se entiende por crecimiento y desarrollo al conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta su adultez (15).

El crecimiento y el desarrollo son el resultado de la interacción de factores genéticos aportados por la herencia y las condiciones del medio ambiente en el que vive el individuo. Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, etc.) son favorables, el potencial genético de crecimiento y desarrollo podrá expresarse en forma completa (14).

En base al análisis de crecimiento y el desarrollo del niño se constituyen excelentes indicadores de salud. La evaluación periódica del crecimiento por ejemplo ofrece la posibilidad de observar cómo, ante una variación positiva de las condiciones de salud y nutrición, mejoran los parámetros del crecimiento físico de los niños (15).

Es frecuente que ambas palabras, crecimiento y desarrollo, así como los conceptos que expresan, se entremezclen y empleen en forma conjunta, dado que ambas se refieren a un mismo resultado: la maduración del organismo. En general, todo crecimiento conlleva cambios en la función (15).

Aunque los dos conceptos se encuentran directamente relacionados entre sí, conceptualmente no son equivalentes; por un lado el crecimiento infantil hace alusión fundamentalmente al aumento en las dimensiones de tamaño y peso en las niñas y niños, hecho que en la práctica permite su cuantificación y evaluación en base a patrones de crecimiento previamente estudiados por la OMS y sometidos a validación periódicamente a nivel mundial y de forma general con un enfoque multicéntrico (16).

- **El crecimiento del niño.** - El Crecimiento del niño expresa en el incremento del peso y la talla del niño y ocurre básicamente por medio de dos mecanismos posibles que se dan en todos los seres vivos: la hiperplasia o aumento de número de células que ocurre a través de la multiplicación celular; y la hipertrofia o aumento del tamaño de las células. Ambos mecanismos contribuyen al crecimiento humano, aunque operan con diferente intensidad en distintos momentos de la vida (17).

2.2.2 Factores que regulan el crecimiento

En forma general pueden agruparse los factores que regulan el crecimiento, de la siguiente manera (18):

- **Factores nutricionales:** se refieren a la necesidad de contar con una adecuada disponibilidad de alimentos y la capacidad de utilizarlos para el propio organismo, con el fin de asegurar el crecimiento. La desnutrición es la causa principal de retraso del crecimiento en los países en desarrollo.
- **Factores socioeconómicos:** este fenómeno responde a una asociación multicausal, el solo hecho de contar con pocos recursos económicos tiene implicancias sobre el crecimiento. Esta situación tiene carácter extensivo a la población de recién nacidos de regiones pobres, donde la incidencia de recién nacidos de bajo peso es significativamente mayor en los países en vías de desarrollo.
- **Factores emocionales:** se relacionan con la importancia de un ambiente psicoafectivo adecuado que el niño necesita desde su nacimiento y a lo largo del crecimiento. Los estados de carencia afectiva se traducen, entre otras manifestaciones, en la detención del crecimiento.
- **Factores genéticos:** ejercen su acción en forma permanente durante el transcurso del crecimiento. Permiten la expresión de las variaciones existentes entre ambos sexos y aun entre los individuos de un mismo sexo en cuanto a las características diferenciales de los procesos madurativos. En algunas circunstancias pueden ser responsables de la aparición de enfermedades secundarias a la existencia de aberraciones en la estructura de los genes.

- **Factores neuroendocrinos:** participan en el funcionamiento normal de un organismo. Su actividad se traduce en el efecto modulador que ejercen sobre funciones preexistentes. Los estados de desequilibrio en la regulación neuroendocrina pueden manifestarse a través de una aceleración o retraso del proceso de crecimiento y desarrollo. Todas las hormonas y factores que regulan el crecimiento y ejercen su acción a través de mecanismos específicos y a edades determinadas de la vida, tanto en la etapa de crecimiento prenatal como en la postnatal.

1.1.1. Curvas de crecimiento

Se estima que el número de células que posee el ser humano adulto es del orden de 10^{14} , cifra a la cual se llega a través de 45 generaciones de células derivadas del óvulo fecundado. Durante los primeros 22 meses de vida (10 meses de vida intrauterina y los 12 primeros meses de vida extrauterina), el nuevo ser desarrolla la mayor velocidad de crecimiento de toda su existencia. El ser microscópico inicial alcanza 75 cm de estatura al cabo del primer año de vida. Sin embargo, esta velocidad no se mantiene constante, presentando períodos de máxima aceleración y otros en los que el crecimiento transcurre en forma más lenta describiendo de ésta manera una curva que modifica su pendiente a medida que la edad avanza en el eje “x” y se monitorea el peso o la talla y otros indicadores en el eje “y” (19).

Desde finales de los años sesenta se había presentado Desde 1993, la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegó a la conclusión, luego de un análisis, que los patrones de crecimiento del Centro Nacional para las Estadísticas de Salud (National Center for Health Statistics –NCHS-), que habían sido recomendados para uso internacional desde finales de los años setenta, no representaban adecuadamente el crecimiento en los niños más pequeños y que se necesitaban nuevos patrones de crecimiento. La Asamblea Mundial de la Salud apoyó esta recomendación en 1994. Como resultado, la OMS llevó a cabo el “*Estudio Multicéntrico de los Patrones de Crecimiento*” entre 1997 y 2003, con el propósito de generar nuevas curvas para evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños, menores de cinco años, en todo el mundo. Como resultado de éste trabajo se generaron un conjunto de patrones sugeridos por la OMS a nivel mundial (22).

1.1.2. Patrones de crecimiento

El trabajo desplegado por la OMS da lugar a un conjunto de patrones de crecimiento infantil: longitud/estatura para la edad, peso para la edad, peso para la longitud, peso para la estatura e índice de masa corporal para la edad. Los mismos que inicialmente parten de la toma adecuada de las siguientes variables (23): Edad, Sexo, Peso, Talla.

1.1.3. Longitud/estatura para la edad

La longitud es la medida lineal de los infantes medida generalmente hasta los 24 meses, a partir de lo cual se tiende a medir la estatura del niño que ya puede sostenerse en pie (24).

La longitud se mide con el niño acostado y con el uso de una tabla de longitud calibrada, los mismos que tienen una pieza fija en la cabeza y una móvil para los pies, perpendicular a la superficie de la tabla (25).

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes (26).

En cada una de estas curvas, el eje-x presenta la edad y el eje-y longitud o talla en centímetros. La edad se marca como semanas cumplidas desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad; como meses cumplidos de 3 a 12 meses; posteriormente como años y meses cumplidos (27).

1.1.4. Peso para la edad

El peso para la edad es un índice útil para vigilar la evolución del niño (a), a través del seguimiento de su curva de crecimiento, se compara el peso del niño con el peso de otros niños de la misma edad, Es sensible, fácil de entender y susceptible de ser modificado en forma relativamente rápida, en situaciones de malnutrición proteico-calórica. Identifica la gravedad de la desnutrición o la presencia de sobrepeso u obesidad (28).

Las curvas se presentan de forma diferenciada por sexo para las siguientes edades (29):

- nacimiento a 6 meses
- 6 meses a 2 años
- 2 a 5 años

Es necesario tomar en cuenta que la edad se mide como semanas cumplidas desde el nacimiento hasta la edad de 3 meses, cambiando a meses cumplidos desde los 3 a los 12 meses; y posteriormente a años y meses cumplidos a partir de allí (29).

1.1.5. Peso para la longitud/estatura

La construcción de los patrones del peso para la longitud (45 a 110 cm) y del peso para la estatura (65 a 120 cm) siguió un procedimiento similar al aplicado para la construcción de los patrones de longitud/estatura para la edad. Así pues, para adaptar un único modelo, se añadieron 0,7 cm a los valores transversales de la longitud, y una vez ajustado el modelo, las curvas de percentiles correspondientes al peso para la edad en el intervalo de longitudes entre 65,7 y 120,7 cm se desplazaron de nuevo 0,7 cm para obtener los patrones del peso para la longitud correspondientes al grupo de estaturas entre 65 y 120 cm. El límite inferior de los patrones de peso para la longitud (45 cm) se eligió para cubrir hasta aproximadamente una longitud de -2 SD de las niñas al nacer. El límite superior para los patrones de peso para la estatura estuvo influenciado por la necesidad de incluir a los niños más altos a la edad de 60 meses, es decir, 120 cm, es decir aproximadamente una estatura para la edad de 60 meses de +2 SD para los niños. El solapamiento entre el extremo superior de los patrones del peso para la longitud y el extremo inferior de los patrones del peso para la estatura tiene como finalidad facilitar su aplicación en poblaciones desnutridas y en situaciones de emergencia (30).

Se presentan diferenciadas por sexo, para los siguientes rangos de edad (29): *nacimiento a 2 años, 2 a 5 años.*

En estas curvas el eje x presenta la longitud-talla en centímetros y el eje y presenta el peso en kilogramos. Para marcar puntos en la curva de peso para la longitud-talla (29):

- Marcar la talla en una línea vertical (por ejemplo, 75cm, 78cm). Será necesario aproximar la medición hasta el centímetro completo más cercano (esto es, redondee hacia abajo de 0,1 a 0,4 y hacia arriba de 0,5 a 0,9, y siga la línea hacia arriba del eje x hasta encontrar la intersección con la medición del peso).
- Marcar el peso tan exacto como sea posible sobre o entre las líneas de la curva.

1.1.6. Pliegues cutáneos

La medida de su espesor permite estimar con bastante aproximación la cantidad de grasa subcutánea, que constituye el 50% de la grasa corporal. La medida correcta se hace utilizando un compás de presión constante, cuya precisión es de 0,2 mm. Los pliegues Tricipital (estima la obesidad periférica generalizada) y el pliegue Subescapular (mide la obesidad troncular), son los más usados. Los resultados se expresan en percentiles o porcentaje de normalidad: se considera depleción energética leve un valor de porcentaje de Grasa corporal de 90-50% del percentil 50 correspondiente a cada edad y sexo; moderada entre 50-30% y grave por debajo de 30%, en tanto que el diagnóstico de obesidad se plantea con valores sobre el percentil 90 (31).

1.1.7. Índice de masa corporal para la edad.

El índice de masa corporal es la relación entre el peso (en kilos) y la longitud en posición recostada o la estatura en posición vertical (en metros). Para tener en cuenta la diferencia entre la longitud y la estatura, el criterio utilizado para construir los patrones del índice de masa corporal para la edad fue diferente del descrito para la longitud/estatura para la edad. Dado que el índice de masa corporal es una relación en cuyo denominador hay una longitud o estatura elevada al cuadrado, añadir 0,7 cm a los valores de la estatura y

transformarlos de nuevo una vez ajustados no era factible. La solución adoptada fue construir por separado los patrones para los niños de menor edad y para los de mayor edad, basándose en dos conjuntos de datos con un grupo de edades que coincidían, por encima y por debajo de los 24 meses (30).

Las curvas de IMC para la edad se presentan diferenciadas por sexo para las siguientes edades (29):

- nacimiento a 6 meses
- 6 meses hasta 2 años
- 2 a 5 años

1.1.8. Talla para la edad

Este índice valora la cronicidad nutricional, el déficit refleja el estado de salud y nutrición de un niño o comunidad a largo plazo, tomando en cuenta la variación normal de crecimiento de una determinada población, peso bajo al nacer, peso o talla corta de los padres, escasa ingestión de nutrimentos, infecciones frecuentes o ambas (31).

Este indicador permite evaluar el crecimiento lineal del sujeto, debido a que el incremento de talla es más lento que el incremento de peso. Los estados de deficiencia de talla suelen presentarse más lentamente y también recuperarse más lentamente. Por tanto este índice refleja la historia nutricional del sujeto y estima el grado de desnutrición crónica al ser comparado con niños (as) de su misma edad. “Por sí solo la Talla/Edad no indica la razón de que un individuo sea de baja estatura y puede reflejar tanto un proceso patológico, como una variación normal. En la práctica, la Talla/Edad identifica la desnutrición pasada o crónica. No puede medir cambios en la malnutrición a corto plazo (32).

1.1.9. Desarrollo infantil

El desarrollo psicomotriz se entiende como un proceso evolutivo de adquisición gradual de habilidades durante la infancia con una similitud en todos los niños, pero con un ritmo variable. Este proceso permitirá al niño realizar actividades cada vez más complejas y secuenciales según su edad (34).

“Es un proceso que considera que “el desarrollo es un proceso continuo que se inicia en la concepción y culmina con la madurez” (21).

El cerebro de un niño no es un vaso para llenar, sino una lámpara para encender, encender con ternura, con ilusión, frotarla para dejarla volar el genio de la imaginación que diseña y construye un futuro diverso, amplio y solidario (21).

Entonces es el momento del desarrollo de diversas habilidades y destrezas: motrices, sensoriales, cognitivas, sociales y emocionales del individuo las que se desarrollan por maduración progresiva y plasticidad del sistema nervioso, factores genéticos y la satisfacción integral de las necesidades. En este periodo se forma el carácter y la capacidad de: crecer, aprender, superarse y progresar, por lo que es indispensable garantizar modelos y sistemas de educación, salud, cuidado, nutrición y protección de los niños y niñas para maximizar su desarrollo psicomotor (35).

1.1.10. Aparición de adquisiciones significativas del desarrollo

Cuadro 1 Desde el punto de vista postural y motor.

Pasa desde la posición boca arriba a la de costado	entre los 3 y 7 meses
Gira boca abajo	entre los 4 y 8 meses
Se desplaza rolando	entre los 6 y 10 meses
Repta	entre los 7 y 13 meses
Se sienta por sí mismo	entre los 9 y 16 meses
Gatea	entre los 8 y 16 meses
Se arrodilla y camina arrodillado	entre los 9 y 15 meses
Se pone de pie aferrándose	entre los 9 y 16 meses
Da pasos sosteniéndose	entre los 10 y 17 meses
Da pasos sin sostén	entre los 12 y 20 meses
Camina con seguridad	entre los 13 y 21 meses

1.1.11. Desde el punto de vista de las competencias para el lenguaje

Cuadro 2 Reacción ante la palabra

Está atento a la palabra	entre los 1 y 3 meses
Redondea los labios, sonrío cuando se le habla	entre los 2 y 4 meses
Reacciona activamente cuando se le habla	entre los 3 y 8 meses
“Comprende” palabras durante los cuidados	entre los 8 y 11 meses
“Comprende” fuera de los cuidados	entre los 8 y 18 meses
Ejecuta consignas verbales simples	entre los 12 y 24 meses

Cuadro 3 Iniciativas en vocalizaciones

Emite sonidos	entre los 1 y 4 meses
Gorjea	entre los 2 y 5 meses
Balucea	entre los 5 y 11 meses
Utiliza palabras o fragmentos de palabras	entre 12 y 24 meses
Utiliza frases de dos palabras	entre los 14 y 27 meses
Utiliza frases desarrolladas	entre los 18 y 30 meses
Habla correctamente	entre los 20 y 36 meses

Cuadro 4 Desarrollo de la coordinación óculo - manual y juego

Sigue un objeto con la mirada	entre 1 y 3 meses
Se mira las manos	entre los 2 y 5 meses
Juega con sus manos	entre los 3 y 6 meses
Extiende la mano y toma con facilidad	entre los 4 y 7 meses
Juega con varios objetos	entre los 8 y 14 meses
Construye con objetos	entre los 10 y 27 meses
Participa en juego de roles	entre los 15 y 27 meses
Organiza juegos de roles	entre los 21 y 30 meses

Cuadro 5 Control de esfínteres.

Control diurno regular entre los 24 y 36 meses	entre los 24 y 36 meses
--	-------------------------

Cuadro 6 Actitud durante los cuidados.

Intenta comer solo	entre los 11 y 21 meses
Come solo sin ensuciarse	entre los 16 y 33 meses
Bebe solo	entre los 12 y los 21 meses
Se pone y saca alguna ropa	entre los 14 y los 24 meses
Se lava las manos solo	entre los 24 y 30 meses
Se cepilla los dientes solo	entre los 24 y 30 meses

1.1.12. Crecimiento infantil

El crecimiento es el proceso biológico más característico de la infancia. Se inicia en el momento de la fecundación del óvulo y se extiende hasta que finaliza la maduración de los huesos y se completa el desarrollo sexual, lo que ocurre habitualmente, hacia el final de la segunda década de la vida. No representa solo un incremento del tamaño del cuerpo, sino que conlleva una maduración progresiva de todos los órganos y sistemas que conduce al individuo a adquirir una capacidad funcional completa. (14)

1.1.13. Protocolo de atención para el crecimiento del niño y niña

1.1.13.1. Historia Clínica Única

La HCU, entre otra información fundamental de la persona, contiene: Historia Clínica Materno Perinatal, MSP (Form. 051); Partograma, formularios de atención inmediata del recién nacido (Form. 016); formularios de atención al menor a dos meses (Form. 028 A - 028 B); formulario de atención a niños y niñas de dos meses a nueve años (028 C - 028 D); curvas de crecimiento del niño menor de cinco años (Form. 028 A2); curvas de crecimiento de la niña menor de cinco años (Form. 028 A1); en estos dos últimos

formularios constan las curvas de Peso/Edad, Talla/Edad, Perímetro Cefálico/Edad (niños y niñas menores a dos años) e Índice de Masa Corporal/Edad del niño y niña menor de cinco años; curva de crecimiento de niños y niñas de cinco a nueve años (Form. 028 A3 y 028 A4) (15).

1.1.13.2. Carné de salud del niño o niña

En el carné de salud del niño o niña se incluyen las curvas de Peso/Edad y Talla/Edad de menores de cinco años; breves recomendaciones de alimentación; principales hitos del desarrollo psicomotor; cuadro para registro de vacunas y de micronutrientes e importantes recomendaciones para identificar la necesidad urgente de acudir al centro de salud.

Esta información consiste en una serie de mensajes que pueden ser útiles como guías de referencia para los padres, otros cuidadores de la niña o niño y para los proveedores de salud.

Las mediciones antropométricas deben ser tomadas y registradas cuando el niño o niña visite al profesional de la salud, para vacunación, control de la niña o niño sano o atención durante la enfermedad. (15)

Evaluación de crecimiento a través de medidas antropométricas Para lograrlo se requieren los siguientes pasos:

1. Obtener y registrar los datos de identificación, fecha de nacimiento, talla y peso al nacer
2. Tallar, pesar y medir perímetro cefálico
3. Registrar los datos en la ficha o gráfica correspondiente, tanto en la HCU, como en el Carné de Salud del niño y de la niña
4. Interpretar los datos registrados, según los Patrones de Referencia de la OMS
5. De acuerdo al caso:
 - Realizar consejería nutricional, o
 - Interconsulta, o
 - Referencia a centro especializado. (15)

Para que las mediciones de peso, talla o longitud y perímetro cefálico, en niños y niñas menores a dos años; sean de utilidad, es preciso que los datos se tomen y registren cuidadosamente; de lo contrario, no podrán ser utilizados como elemento predictivo del estado nutricional de una población, en este caso, de los niños y las niñas.

Los datos básicos para evaluar el estado nutricional de niños y niñas son: sexo, edad, peso, talla o longitud y, en niños y niñas menores a dos años, perímetro cefálico

Peso.- El peso mide la masa corporal total de un individuo (tejido magro, tejido graso y fluidos intra y extracelulares) y es de suma importancia para monitorear el crecimiento de los niños y niñas porque reflejan el balance energético. (15)

Las niñas y niños sanos y bien alimentados deben ganar suficiente peso cada mes. El aumento de peso es mayor durante los dos primeros años de vida y después disminuye progresivamente.

Una guía fácil para saber si los niños y niñas están creciendo de manera adecuada es que al año de edad prácticamente se triplica el peso que tenía al nacer y a los dos años casi se cuadruplica

1.1.14. Rol de Enfermería en el crecimiento y desarrollo

1.1.14.1. Periodo Prenatal

El rol de la enfermera para menores de cinco años inicial realmente en el control prenatal, según las normas de atención integral a la niñez, del Ministerio de Salud Pública, “El personal que va a atender al recién nacido/a, debe estar capacitado para su correcta atención. Previamente deberá conocer la información básica de la historia clínica materno-perinatal MSP-HCU.Form.051-2008, que es fundamental para la buena atención del recién nacido/a” (16)

En este periodo el personal de enfermería debe estimar los riesgos que puedan generarse, por ejemplo: la edad de la madre o situaciones epidemiológicas. Además, deberá brindar indicaciones nutricionales, estimar factores de riesgo, medio ambientales, prácticas adecuadas para las relaciones sexuales, con el propósito de evitar infecciones. Es muy

importante considerar esto como parte del cuidado del desarrollo y crecimiento, ya que cualquier problema en el periodo prenatal, puede incidir sobre la niña o niño en su futuro.

El personal de enfermería realizará el control de la periodicidad de visitas de la madre en su periodo de embarazo, considerando como eficiente cinco controles:

Uno en las primeras 20 semanas

- Uno entre las 22 y 27 semanas
- Uno entre las 28 y 33 semanas
- Uno entre las 34 y 37 semanas
- Uno entre las 38 y 40 semanas

1.1.14.2. Registro de actividades en la atención

En la consulta del niño/a deben cumplirse las siguientes actividades:

- Anamnesis

La información será obtenida y registrada en la primera consulta o en el siguiente si no fue posible hacerlo.

Fuente de información: especificar la persona informante y transcribir los datos de la tarjeta del recién nacido/a y/o Carné de Salud del Niño/a.

Antecedentes familiares: Describir la patología importante de los padres y familiares.

Antecedentes personales: Describir la evolución de las etapas: prenatal, peri-natal, neo-natal y pos-natal, hasta el momento de la consulta.

Motivo de consulta e historia de la enfermedad actual

En todo niño/a que acude para control de salud o por morbilidad, se debe investigar: fecha y modo de iniciación, síntomas y signos, tratamientos recibidos, evolución, aparición de nuevos signos y síntomas, efectos sobre el estado general y de modo especial, en la nutrición. Se aplicará el cuadro de procedimientos de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI).

Los niños/as en riesgo recibirán atención preferente. Debemos considerar en situación de riesgo a los niños/as que presenten los siguientes problemas:

- Alteraciones nutricionales
- Insuficiente ganancia de peso

- Portadores de anomalías congénitas
 - Antecedentes de diarreas repetidas
 - Infecciones respiratorias a repetición
 - Padres, hermanos o abuelos con enfermedades crónicas, físicas, mentales, drogadicción o alcoholismo
 - Hogar desorganizado y otros factores de riesgo identificados en la historia social
 - Alteraciones neurológicas
 - Maltrato
 - VIH/SIDA
 - Referencia
 - Abandono
- **Tamizaje de patología prevalente, estado nutricional y control de salud**

Es importante detectar y tratar protocolizadamente y en forma integrada la morbilidad intercurrente en todos los niños/as que acuden al servicio de salud.

Para fines del manejo de la morbilidad por diarreas, infecciones respiratorias agudas, desnutrición, problemas febriles (malaria, dengue) y otros, a todo niño/a se le aplicará los protocolos de la estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Estas actividades deben registrarse en el formulario SNS-MSP/HCU form.028A/2010, 028B/2010, 028C/2010 y 028D/2010

- **Examen físico**

Hacer una descripción resumida de los hallazgos por aparatos y sistemas y registrar el diagnóstico presuntivo

- **Evaluación del crecimiento**

Uno de los métodos de evaluación del crecimiento es la toma de medidas antropométricas, es decir la medición exacta de peso, talla, perímetro cefálico en períodos y edades determinados. Es una prueba de detección útil para evaluar la salud, conjuntamente con el desarrollo Psicomotor.

Se deben utilizar los patrones de crecimiento del niño/a OMS: estatura /longitud para la edad, peso para la edad, índice de masa corporal para la edad y perímetro cefálico/edad, registrar e interpretar tendencias de crecimiento que determinan el estado nutricional del niño/a formularios HCU-028A1 y A2. Los trabajadores de la salud ante las variaciones de crecimiento deben averiguar sus causas como tuberculosis, infecciones de vías urinarias, deprivación social, maltrato, problemas nutricionales y otras enfermedades, aún antes de que se visualicen otros signos clínicos. Estos problemas también repercuten directamente en el desarrollo sicomotor. Al momento de la visita, previo a la toma de medidas antropométricas es necesario establecer la edad exacta del niño/a, en meses o años y meses, de acuerdo al caso

1.1.14.3. Indicador peso para la edad

El peso, mide la masa corporal total de un individuo, el mismo debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible. Para el monitoreo del crecimiento el/la niño/a menor de dos años, será pesado de acuerdo a la agenda establecida en las Normas en forma individual y colectiva, utilizando la balanza pesa bebé, acostado sobre el plato, sin ropa (cuando se pese con pañal, se descontará su peso). Es necesario verificar que la balanza esté encerada antes de cada pesada. Se debe registrar el peso en kilogramos y fracciones de hasta diez gramos y graficar en el formulario HCU 028A1 y 028A2 y en el Carné de Salud Infantil. (8)

La clasificación del estado nutricional y evolución del crecimiento se realizan con los datos de peso y de cada control subsiguiente, registrados en los gráficos de las curvas de crecimiento.

1.1.14.4. Indicador longitud/talla para la edad

La talla (T) es una medida de dimensión corporal que se expresa en centímetros. El indicador se constituye cuando se relaciona la talla obtenida con la referencia para su misma edad y sexo en una curva de distancia (T/E). El resultado obtenido se clasifica en variantes normales y variantes patológicas. (18)

Para medir al niño/a menor de 2 años, en decúbito dorsal (longitud), se utiliza el paidómetro o infantómetro y se requiere de dos personas, una de ellas sujeta la cabeza del niño/a en decúbito dorsal contra el plano fijo, la persona que realiza la medición sostiene las rodillas y aplica la escuadra móvil a la planta de los pies manteniéndolo en ángulo recto. (16)

- **Evaluación del desarrollo psicomotor**

El término desarrollo se refiere a los cambios en la función del organismo.

Es deber ineludible del equipo básico de salud, evaluar periódicamente el desarrollo sicomotor que manifieste un/a niño/a, muy especialmente en los primeros dos años de vida.

El crecimiento y el desarrollo sicomotor no se manifiestan en forma independiente, sino que representan una continuidad de interrelaciones entre el potencial genético, por una parte, y el medio ambiente por otra. Sin lugar a dudas, la evaluación del desarrollo sicomotor es una actividad importante, al igual que la evaluación del crecimiento físico y son parte integrante de la atención de todo niño/a, pues una y otra se complementan. (13)

Se aplicarán el Test de Aldrich y Norval para los 12 primeros meses de edad y el de Barrera – Moncada para niños/as de 12 a 60 meses de edad. (12)

El registro se hará en el gráfico con una “X” correlacionando el ítem y la edad en meses.

Las zonas gris y blanca inferior son consideradas como el rango de normalidad.

El/la niño/a ubicado en la zona blanca superior requiere una valoración más completa, para lo cual se utilizará el Test de Denver (10)

1.1.14.5. Prueba DENVER de selectividad del desarrollo

Esta prueba es un instrumento útil para descubrir retardos del desarrollo en la infancia y en los años preescolares. Dicha prueba se administra con facilidad y rapidez, así

como también se presta para realizar evaluaciones seriadas en una misma hoja de prueba y es mandatoria en niños/as que presentan retraso en la prueba de Aldrich y Norval o de Barrera – Moncada.

2.3.6.5 Detección de riesgo neuro-sico sensorial

En todos los servicios de salud, independientemente del nivel de complejidad, se deben detectar tempranamente signos de alerta neuro -sico-sensorial para la referencia oportuna de estos niños/as a unidades que cuenten con servicios neuropediátricos para su control periódico, estimulación precoz o rehabilitación. (16)

Signos de alerta en el desarrollo infantil

En el Recién Nacido:

- Llanto débil u ocasional
- Pocos movimientos
- Muy rígido/a; muy flojo/a
- No duerme
- No lacta
- No responde a ruidos ni a la voz de la madre
- Convulsiones

A los tres meses de edad:

- No responde a una sonrisa
- No sigue objetos o personas con la mirada
- No se interesa en su madre
- No sostiene la cabeza
- Continúa con puños cerrados y muy rígido
- Permanece muy flojo/a o muy rígido
- Muy irritable

A los seis meses de edad:

- No extiende los brazos para que le cojan
- Rigidez de brazos y piernas; cuello y cuerpo flojos
- No se sienta con apoyo
- Sentado con apoyo no sostiene la cabeza
- Sueño irregular, intranquilo
- No coge y juega con los juguetes

A los nueve meses de edad:

- Rigidez en las piernas
- Flojo/a de cuerpo
- No coge juguetes ni juega con sus manos
- Ausencia de balbuceo: Ma, Ta, Ba
- No se sienta

A los doce meses de edad:

- No se sostiene de pie
- No responde a caricias
- No dice: papá, mamá, teta

A los dieciocho meses de edad:

- No camina
- No dice palabras (8 a 10) con significado
- No atiende por mucho tiempo, cambia de actividad continuamente
- No imita juegos

A los veinticuatro meses:

- No colabora en su alimentación ni al vestirse
- No cumple órdenes sencillas
- No une dos palabras
- Babeo constante

A cualquier edad:

- Cabeza muy grande o muy pequeña
- Movimientos anormales de ojos, manos y cabeza
- Anormalidades físicas
- Convulsiones
- No escucha, no sigue con la mirada (16)

2.3.6.6 Estimulación del desarrollo sicomotor

Comprende el conjunto de acciones que tienden a proporcionar al niño/a las experiencias que necesita desde su nacimiento para desarrollar al máximo su capacidad mental. Esto se logra a través de estímulos adecuados (personas, acciones y objetos) en cantidad y oportunidad, para generar en el/la niño/a un mayor grado de interés y actividad, a fin de lograr una relación dinámica con su medio ambiente y un aprendizaje efectivo. El nivel

de inteligencia de los niños/as de hogares de bajo estrato socio-económico, si bien les permite adaptarse a su medio, no les garantiza un buen rendimiento y adaptación al sistema escolar en el que pueda competir con igualdad de oportunidades para desarrollar su potencial psicológico y asegurar un futuro mejor. (12)

Existen muchos programas de estimulación; independientemente de cuál se utilice, el personal de salud encargado de la atención del niño/a, debe impartir ciertas pautas a las madres. En el Anexo 6 se señala como ejemplo una serie de sugerencias para una estimulación adecuada a la edad del niño/a.

2.3.6.7 Educación alimentaria nutricional (Esquema de alimentación)

La alimentación adecuada contribuye a un óptimo estado de salud y nutrición del niño/a, fomenta las prácticas y hábitos alimentarios saludables, que permiten disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad infantil.

En los lactantes la diarrea infecciosa es una de las primeras causas de enfermedad y muerte debida a malos hábitos higiénicos, escasa disponibilidad de agua potable y habitualmente condicionada por inadecuadas prácticas en la alimentación. Las enfermedades infecciosas, en especial la diarrea, desnutren a los niños/as.

Las madres o cuidadores/as de los niños/as que acuden a los servicios, deben ser informados y aconsejados en:

2.3.6.8 Lactancia Materna

- Lactancia materna exclusiva hasta el 6º mes, a libre demanda de día y de noche (mínimo 8 veces al día) por las múltiples ventajas inmunológicas, psicológicas, económicas y nutricionales irremplazables.
- Prevención de los problemas más frecuentes durante la lactancia.
- Lactancia en las madres que trabajan fuera del lugar. Extracción manual, almacenamiento y administración de la leche.
- Ablactación.
- Medicación y lactancia.

- Importancia de la lactancia materna continúa con alimentación complementaria desde los 6 meses hasta los 2 años de edad. (19)

El proceso de consejería para los niños menores de 5 años según el MAIS

Según lo establecido por el Modelo de Atención integral de la salud (MAIS) los temas priorizados para su socialización dentro de las actividades de atención primaria son (44):

“• Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño/a y fortalecer el vínculo afectivo. Informar a padres y/o cuidadores de la importancia de la vacunación, lactancia materna exclusiva, estimulación Psicomotriz.

• Generar mecanismos de motivación para que acuda a los controles en la unidad operativa

• Comunicar a los padres y/o cuidadores acerca de variaciones benignas y comunes en el desarrollo del niño/a así como en el comportamiento del recién nacido, y, cuando corresponda, confirmarles la salud satisfactoria del niño/a”

2.4. Marco Legal

2.4.1.1. La Constitución De La Republica del Ecuador protege los derechos de la infancia lo cual se evidencia en los siguientes artículos (Art. 32, Art. 44, Art. 45)

“La Constitución de la República del Ecuador establece en su Art.- 13 que: “Las personas y colectividades tienen derecho al acceso seguro y permanente a alimentos sanos, suficientes y nutritivos [...]”; y en su Art.- 14 estipula que: “Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, sumak kawsay”

“Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir...”

“...El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional...”

“Art. 44.-El Estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos; se atenderá al principio de su interés superior y sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas.”

“...Las niñas, niños y adolescentes tendrán derecho a su desarrollo integral, entendido como proceso de crecimiento, maduración y despliegue de su intelecto y de sus capacidades, potencialidades y aspiraciones, en un entorno familiar, escolar, social y comunitario de afectividad y seguridad...”

...Este entorno permitirá la satisfacción de sus necesidades sociales, afectivoemocionales y culturales, con el apoyo de políticas intersectoriales nacionales y locales...

“Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad...”

“...El estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar...”

“...El estado garantizará su libertad de expresión y asociación, el funcionamiento libre de los consejos estudiantiles y demás formas asociativas.

Para asumir una legalidad del estudio, es necesario fundamentarnos en las disposiciones reglamentarias correspondientes que están basadas en la Constitución de la República del Ecuador en la cual serán tomadas por todo el equipo de salud ya que están en la obligación a dar una atención de calidad con calidez...”

2.4.1.2. Plan Nacional del Buen Vivir protege los derechos de los niños el cual se evidencia en el (Objetivo #3)

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2013-2017 es la hoja de ruta del Estado, en él se establecen ejes que plantean rupturas o aportes programáticos, entre ellos se incluye a la equidad como un imperativo moral para erradicar la pobreza, en este sentido se plantea el desarrollo integral de la primera infancia, dado que “si no se generan capacidades desde que nacemos, condenamos a la sociedad al fracaso” (PNBV 2013 – 2017). En este marco, la Estrategia Infancia Plena establece políticas orientadas al desarrollo integral de la primera infancia como una prioridad del Estado.

De los 12 objetivos del Plan, los siguientes son los que mayor vinculación tienen con la Estrategia Infancia Plena:

Objetivo 2: Auspiciar la igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad; en el que se incluye como tema fundamental “garantizar el desarrollo integral de la primera infancia, a niños y niñas menores de 5 años”.

Objetivo 3: Mejorar la calidad de vida de la población; en este objetivo contempla “garantizar la prestación universal y gratuita de los servicios de atención integral de salud”.

2.4.1.3. Ley Orgánica De Salud,

(Capítulo II De la Alimentación y Nutrición)

“Art.16.- El Estado establecerá una política intersectorial de seguridad alimentaria y nutricional, que propenda a eliminar los malos hábitos alimenticios, respete y fomente los conocimientos y prácticas alimentarias tradicionales, así como el uso y consumo de productos y alimentos propios de cada región y garantizará a las

personas, el acceso permanente a alimentos sanos, variados, nutritivos, inocuos y suficientes. Esta política estará especialmente orientada a prevenir trastornos ocasionados por deficiencias de micro nutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios...”

“Art. 17.- La autoridad sanitaria nacional conjuntamente con los integrantes del Sistema Nacional de Salud, fomentarán y promoverán la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida del niño o la niña, procurando su prolongación hasta los dos años de edad. Garantizará el acceso a leche materna segura o a sustitutivos de ésta para los hijos de madres portadoras de VIH-SIDA.”

“Art. 18.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con los gobiernos seccionales, las cámaras de la producción y centros universitarios desarrollará actividades de información, educación, comunicación y participación comunitaria dirigidas al conocimiento del valor nutricional de los alimentos, su calidad, suficiencia e inocuidad, de conformidad con las normas técnicas que dicte para el efecto el organismo competente y de la presente...”

“Art. 19.-La autoridad sanitaria nacional velará por la protección de la salud en el control de las enfermedades por deficiencia de yodo, mediante el control y monitoreo de la yodización de la sal para consumo humano...” (20)

2.4.1.4 Política de Desarrollo integral infantil

“El Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES, entidad rectora en temas de niñez, establece como política pública prioritaria el aseguramiento del desarrollo integral de las niñas y los niños en corresponsabilidad con la familia, la comunidad y otras instancias institucionales a nivel central y desconcentrado, en conformidad a lo dispuesto por los artículos 44 y 46, numeral 1 de la Constitución de la República; el objetivo 2, política 2.9 y meta 2.6, del Plan Nacional para el Buen Vivir; y, el Código de la Niñez y la Adolescencia. La estrategia de primera infancia organiza a los servicios de desarrollo infantil públicos y privados asegurando a niñas y niños menores de 3 años el acceso, cobertura y calidad de los servicios de salud, educación e

inclusión económica social, promoviendo la responsabilidad de la familia y comunidad”
(21)

2.5 Marco Ético

La protección de la salud y la vida son derechos inalienables del ser humano y así los consigna la Constitución Política de la República: (22)

Derechos de los pacientes

Recibir atención médica adecuada. -El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.

Recibir trato digno y respetuoso. -El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinde atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.

Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz. -El paciente, o en su caso el responsable, tiene derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible.

Decidir libremente sobre su atención. -El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.

Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.-El paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico.

Ser tratado con confidencialidad.-El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria.

Derecho a no ser discriminado.- Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.-El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Recibir atención médica en caso de urgencia.-Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.

Contar con un expediente clínico.-El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.

Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.-El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia

correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Derecho a la información.- *Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, al tratamiento, a los riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Exceptúense las situaciones de emergencia.*

Derecho a decidir.- *Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*

Situación de emergencia.- *Es toda contingencia de gravedad que afecte a la salud del ser humano con inminente peligro para la conservación de la vida o de la integridad física de la persona, como consecuencia de circunstancias imprevistas e inevitables, tales como: choque o colisión, volcamiento u otra forma de accidente de tránsito terrestre, aéreo o acuático, accidentes o infortunios en general, como los ocurridos en el medio de trabajo, centros educativos, casa, habitación, escenarios deportivos, o que sean el efecto de delitos contra las personas como los que producen heridas causadas con armas corto punzantes, de fuego, contundentes, o cualquiera otra forma de agresión material.*

CAPÍTULO III

3. Metodología de la Investigación

3.1 Diseño de Investigación.

Por los objetivos planteados en la investigación, el estudio es descriptivo, transversal, ya que la recopilación de información se hizo en un solo momento en un tiempo determinado. Por las técnicas utilizadas es un estudio cuali-cuantitativo; cuantitativo ya que indaga los conocimientos que las enfermeras tienen sobre una escala apreciable y un proceso específico y cualitativo se pretende conocer la opinión de las madres sobre la consejería en el control de crecimiento y desarrollo que las enfermeras brindan.

3.2 Tipo de Investigación

La investigación planteada es de tipo observacional, descriptivo y no experimental, ya que la observación posibilitó que se pueda comprender como las enfermeras de esta unidad de salud aplican la normativa del control de crecimiento y desarrollo, es descriptiva, puesto que se detalla las principales características del objeto de estudio y no experimental, porque no se hizo ninguna modificación a las variables.

3.3 Localización y ubicación del estudio

El presente trabajo tiene lugar en el Centro de Salud de la Ciudad de Atuntaqui y se enfoca principalmente al servicio de consulta externa, pediatría y ginecología, el personal de enfermería y de forma especial aquel personal que se encuentra vinculado con el proceso de control y desarrollo del niño así como la socialización y el proceso de consejería que reciben las madres de familia

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población.

La población objetivo del presente trabajo fueron los profesionales de enfermería del Centro de Salud vinculado con proceso de control de crecimiento y desarrollo; y madres de familia de niños menores de 5 años, con las que estableció un grupo focal.

3.4.2 Muestra

Por las técnicas de investigación utilizadas no fue necesario el cálculo de una muestra. Se trabajó con todas las enfermeras de consulta externa del hospital, y el grupo focal formado por 6

3.4.3 Técnicas e instrumentos

Técnicas e instrumentos

Objetivo	Metodología	Técnica	Instrumento
Objetivo 1 Determinar el nivel de conocimientos de los/as profesionales de enfermería respecto al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.	Descriptivo	Entrevista semi estructurada	Cuestionario en base a objetivo y rol de enfermera establecido en el MSP
Objetivo 2 Determinar el cumplimiento de la normativa de los controles de crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años en Atuntaqui.	Observación	Observación estructurada	Lista de chequeo en base a la normativa
	Descriptivo	Encuesta semi estructurada	Cuestionario en base a objetivo y rol de enfermera establecido en el MSP
Objetivo 3 Identificar la participación del personal de enfermería para impartir consejería sobre desarrollo y crecimiento del niño.	Descriptivo	Encuesta estructurada	Guía de encuesta

3.4.3 Métodos

- Empírico: La recolección de la información parte de fuentes primarias, es decir, el contacto con los sujetos de la investigación.
- Bibliográfico: por cuanto se realizó consultas, su gran mayoría fueron atendidas por medio de la lectura estructurada en función de los temas de tesis.

3.5 Variables

Conocimiento del personal

- Parámetros establecidos para control del niño
- Actividades básicas en el proceso de control de Crecimiento y desarrollo
- Utilidad de Test de desarrollo

Normativa del MSP para crecimiento y Desarrollo

- Interpretación de curvas de crecimiento
- Aplicación del test de desarrollo

Consejería de enfermería

- Utilización de material didáctico
- Uso de lenguaje verbal y no verbal
- Entrega de guías

3.6. Procedimiento

Para el levantamiento de información se procedió a realizar una entrevista semiestructurada.

3.7. Operalización de Variables

Objetivo 1: - Determinar el nivel de conocimientos de los/as profesionales de enfermería respecto al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.				
Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Conocimientos sobre el crecimiento y desarrollo del niño	Nivel de conocimientos con respecto a los conocimientos	Nivel de conocimientos Primer control del RN	Nº de enfermeras que conocen cuando se debe realizar	1. Primeros 7 días B.- En el primer mes

acerca del control de crecimiento y desarrollo del niño menor a 5 años, tomando como base la normativa disponible		el control del RN	C.-Inmediatamente después del nacimiento
	Número y frecuencia de los controles.	N° de enfermeras que conocen el número de controles que se debe realizar en el 1er año	A.- 12 controles B.- 6 controles C.- 9 controles
		N° de enfermeras que conocen el número de óptimos del niño de 2 a 5 años de edad deben ser?	A.- cada tres meses B.- cada cuatro meses C.- cada mes D.- cada 6 meses
	Actividades básicas en el proceso de control del niño	N° de enfermeras que conocen actividades básicas en la atención del niño?	A.- Inmunizaciones, Evaluación del desarrollo psicomotor, Examen de la glándula tiroide B.- Determinación de la agudeza auditiva, Biometría Hemática, Exámenes de VDR C.- Tamizaje de patología prevalente, Evaluación de discapacidades, Identificación de patologías importantes

Objetivo 2: - Describir el cumplimiento de la normativa de los controles de crecimiento y desarrollo de los niños menores a 5 años en Atuntaqui.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Cumplimiento de la	Nivel de conocimientos con respecto a los conocimientos acerca del	Interpretación de los patrones de crecimiento del niño	N° de enfermeras que conocen como clasifica los siguientes	Por debajo de -2 Por debajo de -3 Por encima de 3

normativa en los controles de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años	control de crecimiento y desarrollo del niño menor a 5 años, tomando como base la normativa disponible		indicadores del crecimiento?	
		Evaluación del desarrollo del niño	N° de enfermeras que conocen evaluar el desarrollo psicomotor de un niño que test utiliza el MSP?	A.- Denver B.- Barrera Moncada C.- Aldrich y Norval
		Conocimiento de la normativa	N° de enfermeras que conocen MSP algún manual, protocolo para el manejo de violencia?	A.- SI B.- NO

Objetivo 3: Analizar las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para impartir consejería en relación al crecimiento y desarrollo del niño.

Variable	Concepto	Dimensión	Indicador	Escala
Estrategias para impartir consejería	Acciones que utiliza la enfermera para que las madres entiendan la importancia del control del crecimiento y desarrollo	Utiliza ayudas didácticas para impartir educación	N° de enfermeras que utilizan ayudas didácticas	Menos del 50% Del 50 al 75% 75% al 100%
		Se comunica con un lenguaje claro, seguro.	N° de enfermeras que utilizan lenguaje claro y seguro	Menos del 50% Del 50 al 75% 75% al 100%
		Explican los beneficios del Control de Crecimiento y Desarrollo	N° de enfermeras que que explican sobre el desarrollo y crecimiento	Menos del 50% Del 50 al 75% 75% al 100%

Fuera de la unidad	Describe el proceso utilizado durante fuera de la unidad	Vinculación con otras instituciones	Nivel de aprobación de las beneficiarias	Menos del 50% Del 50 al 75% 75% al 100%
--------------------	--	-------------------------------------	--	---

Capítulo IV

4 Resultados

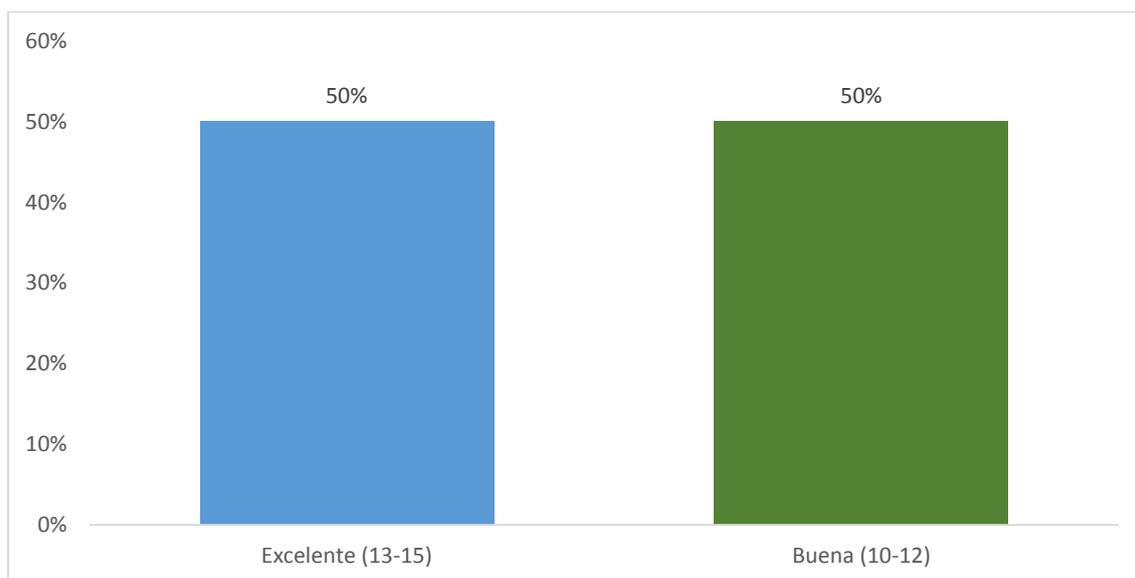
Tabla 1: *Datos Generales de la Población en estudio (profesionales de enfermería)*

	Frecuencia	Porcentaje
Sexo		
Femenino	4	100%
Edad		
24	2	50%
25	1	25%
34	1	25%
Años de trabajo		
1	3	75%
3	1	25%

La población objetivo estuvo constituida por 4 profesionales de enfermería todas de sexo femenino, con una edad promedio de 28 años de edad y un periodo de experiencia en el actual puesto de trabajo de 2 años, el 50% de los cuales tienen apenas un año o menos de trabajar en el sitio de estudio.

4.1 Nivel de conocimientos

Grafico 1 Nivel de conocimientos



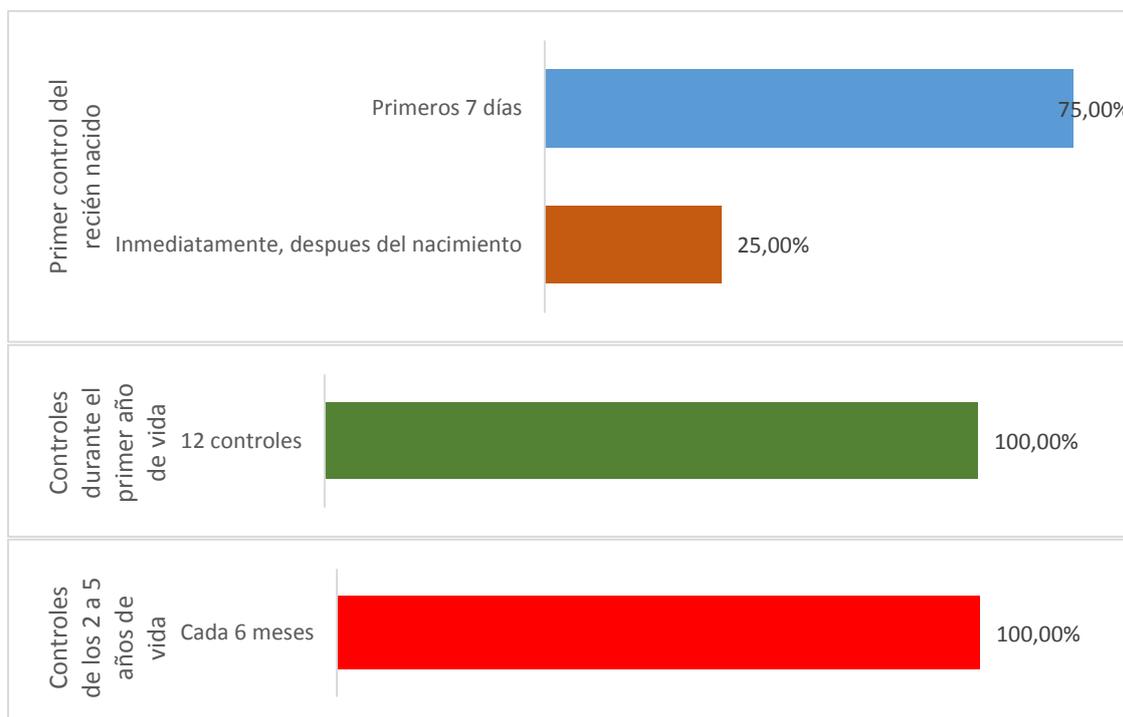
Análisis.- El personal de enfermería dieron como resultado un promedio de 12,50, sobre una escala de 15 (Numero de ítems a llenar dentro del test), lo mismo que tras aplicar una escala de valoración de Likert, dio como resultado la calificación de un nivel de conocimientos “Bueno”. En resumen el 50% de los resultados fueron excelentes, 50% recibieron la calificación de Buenos

Las principales deficiencias de conocimiento se evidenciaron en saber delimitar el número de controles mínimos necesarios para el control de crecimiento y desarrollo del niño, explicar el proceso de interpretación de los resultados de la evaluación de los patrones de crecimiento y enumerar las normas aplicables al control de crecimiento y desarrollo del niño.

Otros estudios como los de Pérez, M; Lorente, K; Rodriguez, E.; Olivera, D; Verdecia, N. en el 2016 (47), donde se evaluó de forma general el conocimiento de todo el proceso de atención, permiten evidenciar que el personal evaluado tiene un nivel de conocimientos regular en el 64,7% y bueno en al menos un 24,59%.

Los resultados encontrados no concuerdan con los obtenidos en el estudio de referencia, lo mismo que se atribuye principalmente a un conocimiento al menos aceptable del proceso de control del desarrollo y crecimiento del niño.

Grafico 2 El primer control y el número óptimo de controles



Análisis.- De los resultados obtenidos, el 75% de las enfermeras, especifican que el primer control de crecimiento y desarrollo del niño debe realizarse los primeros 7 días después del nacimiento. De la misma manera el 100% de los profesionales de enfermería respondieron que el número de controles óptimos para el primer año de vida es de 12 y cada 6 meses a partir de los dos hasta los 5 años de vida.

Las “*Normas para la atención integral a la niñez*” (2011) del MSP (36), establecen que el primer control se debe realizar en los primeros 7 días después del nacimiento y a partir de allí se establecen dos parámetros a tomar en cuenta, el primero una “*concentración*” (número y periodicidad) mínima y una óptima, en la cual se establece controles mensuales durante los primeros 24 meses y un control semestral entre los 24 y 60 meses de vida.

Los dos conceptos parten desde un primer control, el mismo que Monzó, Maite; Ferrer, Elena; Singler, Ma Dolores & Faura, Javier, señalan como único factor de riesgo independiente para el fracaso de la lactancia materna según el ensayo clínico aleatorizado realizado en 100 púerperas agrupadas en grupo de estudio con un primer control entre el cuarto y quinto día de vida (47).

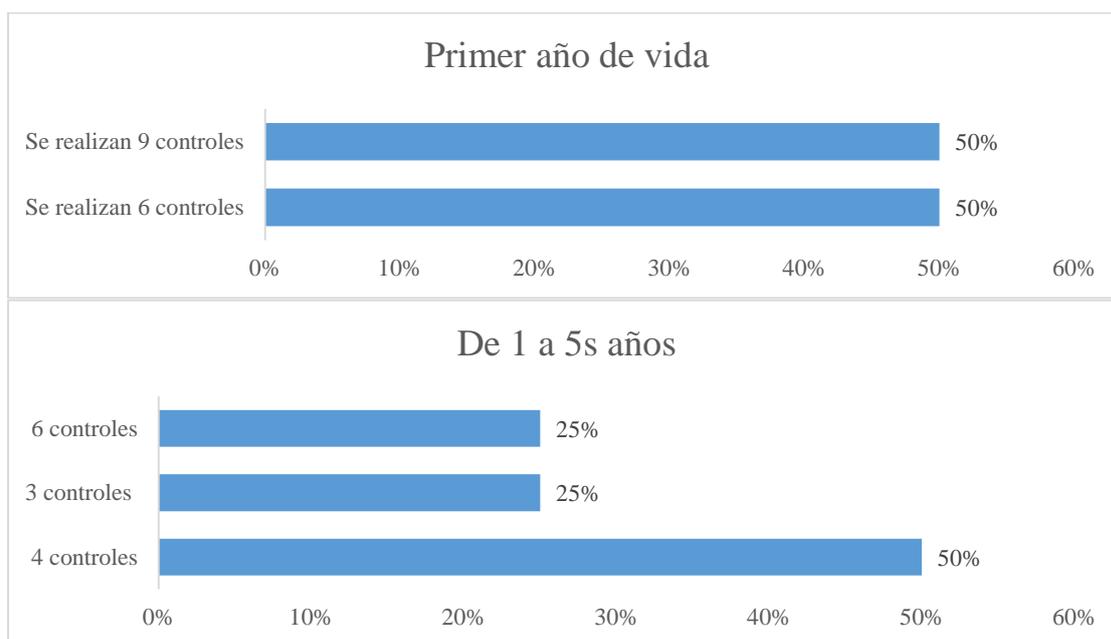
Bajo este contexto conversaciones posteriores (entrevistas) arrojan que generalmente los términos son confundidos, atribuyéndosele el nombre de primer control a registro de la antropometría en el esquema de atención al recién nacido el mismo que se registra en el SNS-MSP/HCU. form 016/2010 mientras que el primer control como tal se registra en el Historia Clínica Única: Formulario SNSMSP/HCU form.028.

Estudios realizados en Iquitos, Perú, describen entre sus resultados que de 120 niños (100%); el 70% de niños tienen controles incompletos y 30% controles completos según el grupo etario y la norma técnica (48), esto podría deberse a varios factores los cuales se pueden agrupar en: dificultad para acceder a los servicios de salud y deficiencias en el proceso de atención; dentro de éstas últimas el proceso de consejería juega un papel fundamental, principalmente en cuanto al tema de la lactancia materna en madres primerizas se refiere.

Los trabajos citados permiten entender que pese a que los profesionales de la salud conocen y dominan los conceptos básicos, el proceso de socialización y/o convencimiento de las madres para realizar los controles dentro la concentración y frecuencia establecida, no son tan efectivos como aparentarían, existiendo una especie de deserción del programa, priorizándose no más allá de los controles necesarios para cubrir el esquema mínimo de vacunación.

Durante el primer control los profesionales de enfermería realizan la administración de la BCG y el tamizaje metabólico, para la prevención de futuras enfermedades. En las visitas posteriores las actividades de los profesionales de enfermería se limitan a la toma de las medidas antropométricas, la consejería y las visitas domiciliarias, al igual que la coordinación con otras instituciones.

Grafico 3 Concentración mínima de controles



Análisis.- Cuando se les pregunto a los profesionales de enfermería acerca de la concentración mínima de controles del niño, las respuestas en su totalidad fueron herradas, tendiendo a fallar en uno o más partes de la respuesta.

Según las Normas para la atención integral a la niñez (2011)” la concentración mínima de controles en los niños debería ser a los siete días de vida (primer control) y luego en el 1º, 2º, 4º, 6º, y 12º meses durante el primer año de vida, a partir de allí se realizan controles trimestrales durante el 2º año de vida y un control anual entre los 24 y 60 meses de vida.

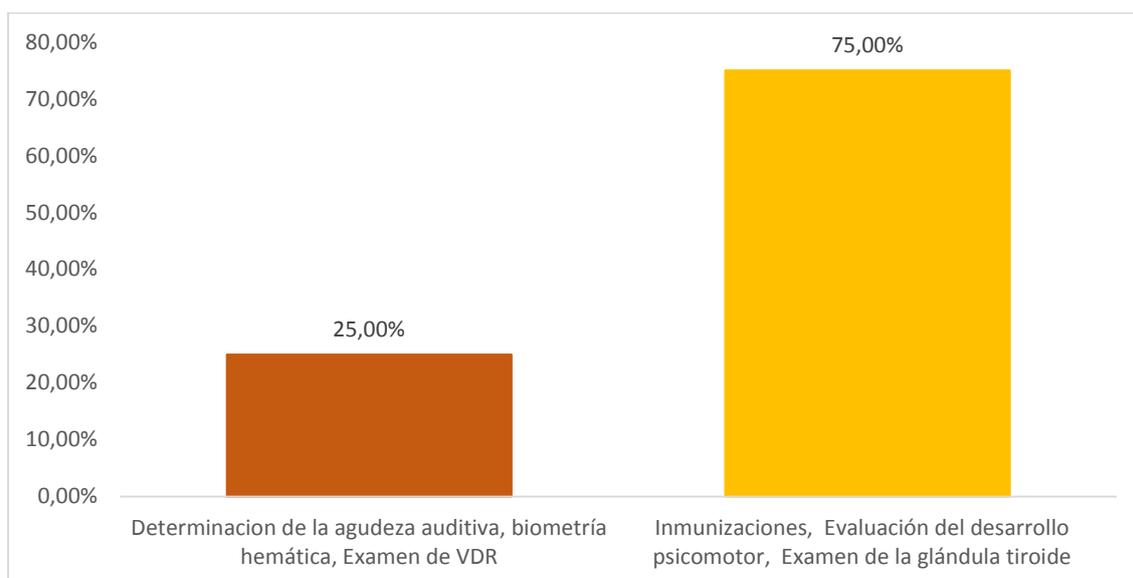
Estudios realizados en el Perú con relación al cumplimiento de asistencia al control de crecimiento y desarrollo se encontró que cerca del 88.0% tienen asistencia completa a sus controles, mientras que 12.0% tienen asistencia incompleta en el mismo se logró establecer una relación estadística entre la asistencia al control de crecimiento y desarrollo con el estado nutricional en lactantes (49), bajo este contexto es necesario comprender que el rol del personal de enfermería es crucial en el proceso de consejería y por tanto en el convencimiento del seguimiento al menos de los controles mínimos necesarios para asegurar el normal crecimiento de los niños.

La entrevista arrojó datos interesantes en cuanto a ésta misma pregunta; el más importante de ellos, fue una curiosidad generalizada en cuanto a la normativa que se debería aplicar a éste y a otras actividades frecuentes, a lo cual se suma que los profesionales de

enfermería consideran muy necesario que la capacitación de todo el personal de salud debe ser planificado y estructurado en función de las actualizaciones de la normativa, los protocolos y la política nacional.

De la misma manera el rol que juega la enfermera en el proceso del acompañamiento se encuentra muy ligado a la deserción de los niños; asegurando de ésta manera la asistencia completa de los niños a todos los controles mediante la consejería dirigida hacia los padres.

Grafico 4 Actividades básicas en la atención al niño



Análisis.- El 75% de los profesionales encuestados aseguraron que se encontraba entre las actividades básicas las inmunizaciones, la evaluación del desarrollo psicomotor, y el examen de la glándula tiroides. Mientras que el 25% de ellos aseguraron que las actividades básicas consistían en determinar la agudeza auditiva del niño, la biometría hemática y el examen VDRL.

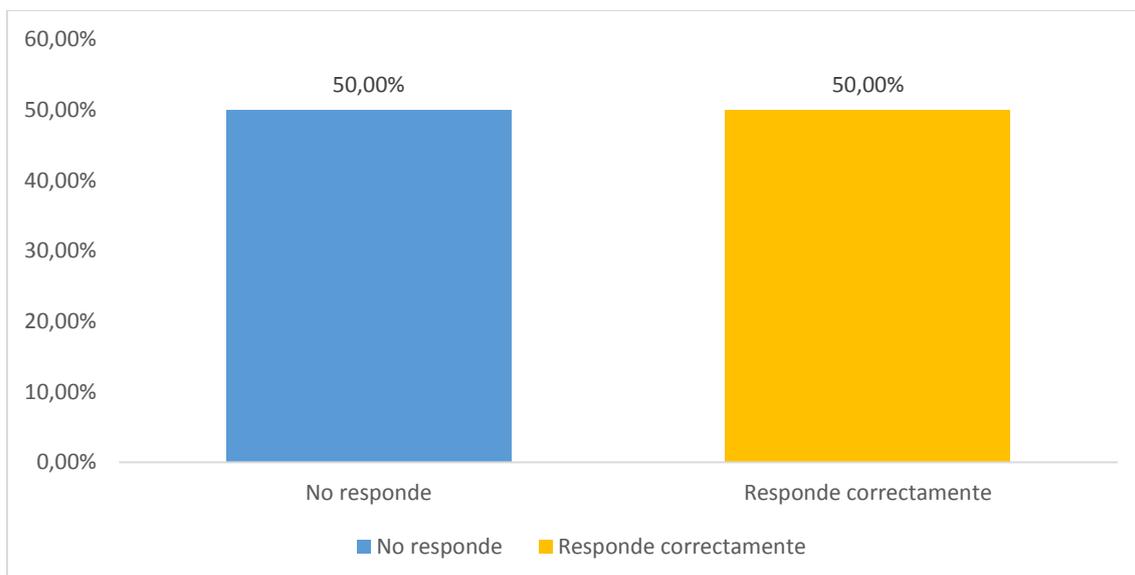
Según las Normas de atención integral a la niñez se establece que en la consulta del niño/a deben cumplirse las siguientes actividades: 1) Anamnesis, 2) Tamizaje de patología prevalente, estado nutricional y control de salud, 3) Examen físico 4) Evaluación del crecimiento 5) Evaluación del desarrollo sicomotor, 6) Inmunizaciones Educación alimentaria nutricional (esquema de alimentación), 7) Control de salud bucal, 8) Prevención, detección y manejo del maltrato a los niños/as, 9) Examen visual, 10) Determinación de la agudeza auditiva, 11) Examen de la glándula tiroides, 12) Promoción y educación para la salud 13) Visita de seguimiento (38).

En función de la normativa al menos el 3 de cada cuatro profesionales las responderían de forma correcta, sin embargo cuando se procedió a realizar una ronda de entrevistas, se pudo apreciar que si existía un desconocimiento en cuanto a la existencia incluso de la normativa, la misma que se atribuye a una deficiencia en cuanto a la planificación de la unidad para el proceso de actualización de conocimientos, causado principalmente por una desmotivación generalizada en la unidad, principalmente por la exigencia en cuanto

a indicadores institucionales, los mismos que se deben cumplir y motivo por el cual destinar tiempo al aprendizaje supone dejar tiempo de lado al cumplimiento de las exigencias planteadas en los indicadores institucionales.

De la misma manera el cumplimiento de todas las actividades, exámenes y controles deben ser claramente sugeridos por los profesionales de enfermería, para su posterior cumplimiento, en el caso de las referencias y contra referencias, según los problemas o complicaciones diagnosticadas son competencia de los médicos, en cuyo caso el acompañamiento por parte de las enfermeras se encuentra ligado a la capacitación y facilitación de información a los padres de familia en función del diagnóstico médico.

Grafico 5 Indicadores de crecimiento



Análisis.- Cuando se realizó una pregunta sencilla acerca de cómo interpretar los resultados de los patrones de crecimiento sugeridos por la norma, cerca del 50% no respondieron la pregunta, mientras que la otra mitad respondió de forma acertada.

El esquema establecido por el MSP del Ecuador sugiere la calificación de los niños según su peso en “baja talla”, para las puntuaciones por debajo de “-2”, y de baja talla severa, en el caso de los niños por debajo de -3; de la misma manera en el caso del patrón peso para la edad se clasifica a los niños por debajo de -2 como bajo peso y por debajo de -3 como bajo peso severo; y en el caso del IMC se los clasifica como emaciado aquellos que se encuentran por debajo de -2 y severamente emaciado cuando se encuentran por debajo de -3, de la misma manera se puede calificar de obeso cuando el niño se encuentra por sobre los 3 puntos (38).

Los resultados expuestos por González 2013, sugieren que al aplicar un test de conocimientos para determinar el nivel de conocimientos al personal de enfermería los resultados se distribuyeron con el 8.5% calificado como bueno; 24.9% como regular y 66.7% como malo. El mismo estudio señala además que esto se encuentra relacionado con un deficiente llenado de historias clínicas, donde solo el 28.0% de las historias auditadas fue calificada como “Satisfactoria”, al incluir anotaciones en cada uno de los ítems apuntados. Los resultados no son diferentes a los encontrados en el presente trabajo,

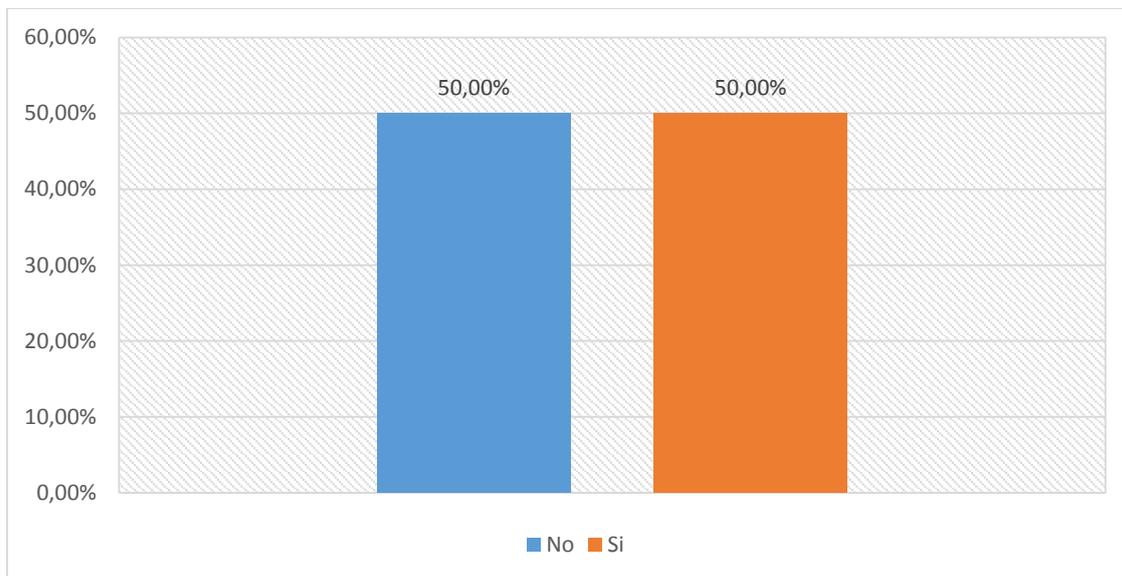
donde al menos el 50% no responde ante una pregunta que puede resultar habitual y con la que deberían haberse encontrado al momento de llenar los formularios correspondientes (50).

Conversaciones posteriores con el personal (entrevista) permiten apreciar que el conocimiento se encuentra presente en el profesional de una forma práctica que le permite realizar las actividades diarias, aunque presente deficiencias en cuanto a los conocimientos conceptuales.

Una de los objetivos implícitos en las visitas médicas es el mantener informado a los padres los pormenores en cuanto al crecimiento y desarrollo del niño, el cual es un rol compartido conjuntamente con los médicos responsables; por tanto la información debe ser claramente emitida por los profesionales y seguida posteriormente en las visitas domiciliarias.

En cuanto al rol de los profesionales de enfermería bajo éste contexto, se limita al aseguramiento de la calidad de la información y el correcto llenado de las historias clínicas.

Grafico 6 Protocolo para el manejo de la violencia



Análisis.- En cuanto al manejo de la violencia al menos el 50% de los encuestados aseguraron no conocer, acerca de cómo se realiza el manejo, mientras que la otra mitad si conocía al respecto.

Se establece en la normativa el “Manual de Atención Primaria de la Salud Mental”, en el cual se establece una aproximación al protocolo a seguir (36).

3 Cumplimiento de la normativa

Tabla 2 Resultados de la Lista de Chequeo

Criterio	Puntuación
Proceso de control de crecimiento y desarrollo	100%
Proceso de consejería	100%

En términos generales los resultados de la evaluación de la unidad mediante la lista de chequeo, permiten evidenciar un cumplimiento parcial de la normativa aplicable al control de crecimiento y desarrollo del niño, el cumplimiento parcial al parecer se debería al cumplimiento de un estándar sobreentendido por la mayoría sino todos los centros de salud.

Según la observación y la herramienta aplicada el personal de salud mantienen una buena comunicación con la madre, sin embargo no existe un medio de retroalimentación que permita entender o medir el nivel de comprensión de los familiares del niño.

En cuanto a la infraestructura física, se evidencia que la unidad cuenta con todos los ítems dispuestos en la normativa (38):

- **Área de preparación:** a) *Equipo antropométrico:* 1. Paidómetro, tallímetro o cinta métrica 2. Balanza pediátrica 3. Balanza de adulto) *Equipo para examen clínico:* 4. Fonendoscopio 5. Tensiómetro con mango pediátrico 6. Termómetros.
- **Consultorio Pediátrico:** a) *Insumos para aseo* 7. Lavabo 8. Jabón 9. Toalla b) *Equipo para examen clínico:* 10. Mesa de examen 11. Fonendoscopio 12. Equipo de diagnóstico 13. Baja lenguas 14. Escala de Snellen u otra c)
- **Paquete Normativo e instrumentos para la atención de la salud de la niñez:** 15. Normas de atención a la niñez 16. Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia “AIEPI” (cuadro de procedimientos, manual de capacitación, cuaderno de ejercicios, álbum de fotografías) 17. Guía para la atención primaria oftalmológica infantil 18. Formularios de HCU. (Form. 028, 028A, 028B, 005, AIEPI 01/02, y AIEPI 02/02 19. Recetario
- **Farmacia: (stock mínimo considerado por cada Unidad Operativa):** 1. Acetaminofén (paracetamol) en gotas, y jarabe o tabletas 2. Ampicilina suspensión 3. Amoxicilina o Cotrimoxazol suspensión 4. Eritromicina 200mg/5cc suspensión 5. Lactato de Ringer o solución salina 6. Mebendazol o Albendazol

suspensión o tabletas 7. Sales de rehidratación oral 8. Gentamicina 10 mg/cc amp.
9. Penicilina G Cristalina 1.000.000 UI. 10. Jeringuillas de 5 c.c.

En cuanto al esquema general de control de crecimiento y desarrollo del niño se evidencia que el médico registra el desarrollo del niño, mediante el Test de Denver (Form.028), confirmando si ha desarrollado habilidades de acuerdo a la edad del niño(a). Observa la Curva de Crecimiento y desarrollo de la niña (For.028 A1), niño (For.028 A2) y da a conocer a la madre la evolución en el desarrollo del niño(a). Dentro del proceso el médico contempla la posibilidad de en caso de encontrar alguna alteración remitir al niño(a) al especialista o una unidad de mayor complejidad.

El proceso de consejería planteado inicia con el Médico informando a la madre como estimular a su niño(a) en casa en las diferentes áreas (Lenguaje, Psicomotriz, Social-Afectivo), utiliza materiales didácticos para impartir la consejería como: videos, papelotes, juguetes, otros; y se entregan a las madres guías materiales sobre información acerca del crecimiento y desarrollo del niño.

Criterios posteriores al levantamiento de información y dentro de las entrevistas planificadas se describe que dentro del proceso de consejería las enfermeras se ven relegadas y cumplen las funciones delegadas in situ, más que una planificación debidamente articulada.

5.1 Resultados del Grupo focal

Tabla 3 Características de la población de estudio (Grupo Focal)

Detalle	#
Número de participantes	5
Rango de edad	22 – 35
Edad promedio	29,6
Auto identificación	Mestizas 100%
Nivel de Instrucción	20% con instrucción primaria 40% con instrucción secundaria 40% se encuentran estudiando actualmente dentro de un centro de educación superior.
Estado civil	80% con pareja estable

El grupo focal se realizó con 6 madres, las mismas que asistieron al centro de salud con el propósito de realizar el control de crecimiento y desarrollo de sus hijos. El grupo estuvo conformado por madres entre 22 y 35 años de edad (promedio de 29,6); en cuanto a su nivel de instrucción se evidencio que cerca del 20% tenían apenas la instrucción primaria, 40% habían terminado la secundaria y apenas un 40% argumentaron encontrarse estudiando actualmente en un centro de instrucción superior. En cuanto a la auto identificación, todas las madres se auto identificaron como mestizas en su totalidad y en lo que se refiere al estado civil, 80% se encontraban casadas o tenia pareja estable, el restante mientras el resto no poseían pareja estable.

Acerca del proceso de consejería

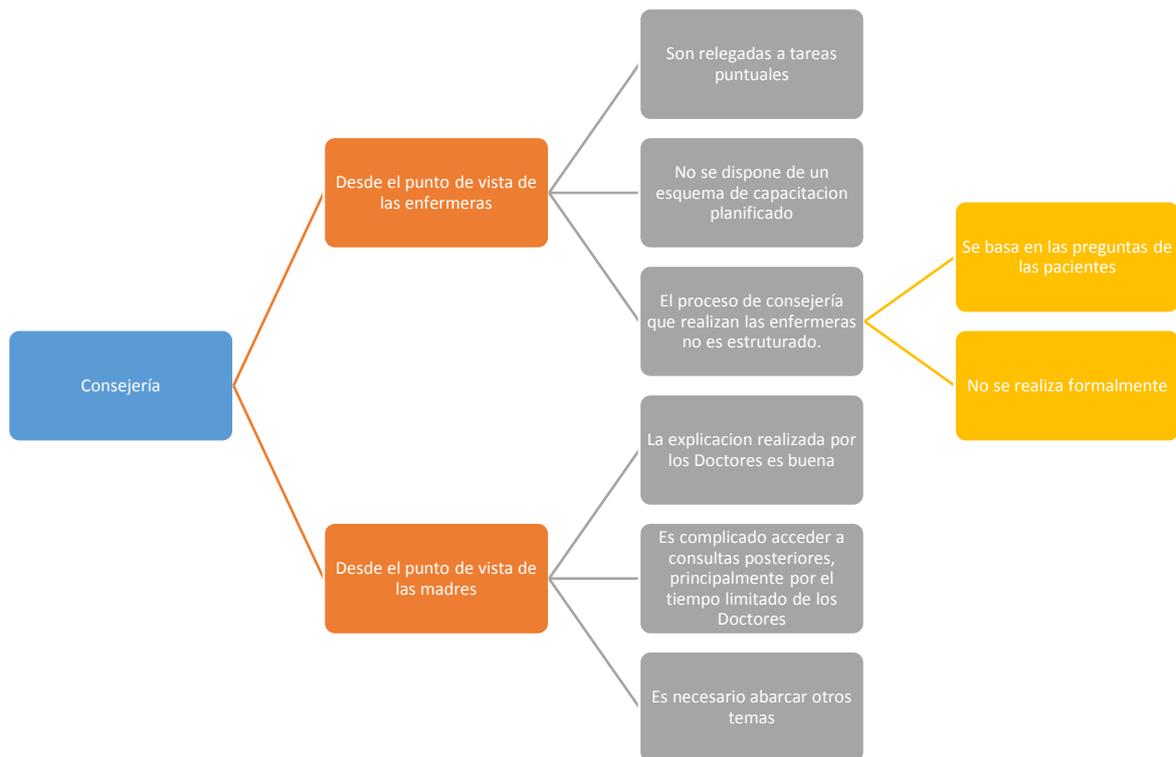
De acuerdo a los resultados obtenidos el proceso de consejería lo realiza casi de forma exclusiva el médico, el mismo que explica claramente temas prioritarios, principalmente aquellos relacionados con la lactancia materna en el caso de madres primerizas; Según el criterio de las madres, esta capacitación cumple con sus expectativas, toda vez que los términos en los que se realiza la explicación de los conceptos y los consejos son claros, sin embargo, se evidenciaron también algunos problemas.

Los problemas identificados inicialmente se pueden agrupar en los criterios emitidos por las enfermeras y el de las madres.

En el primer caso, las enfermeras se sienten relegadas a tareas puntuales y la consejería que ellas realizan es ofrecida de manera informal, sin que exista una estructura establecida y por lo tanto un esquema de actualización de conocimientos que la avalen. Según el

criterio de las mismas, acuerdan que es una buena opción que los Doctores realicen las charlas, sin embargo, consideran también necesario que se tome en cuenta su capacitación y las preguntas que una vez terminadas las charlas las madres podrían tener, y que en gran parte de los casos son realizadas directamente a las enfermeras.

Cuadro 1 Problemas en el proceso de consejería



Por otro lado, las madres consideran muy prácticas las charlas emitidas por los doctores, sin embargo, una vez terminada la charla muchas de las madres manifestaron tener varias preguntas que hacer, las mismas que no pudieron hacerlas debido a la dificultad para acceder a una consulta con los mismos al igual que consideran el tiempo limitado de los mismos. Las madres señalan que también son necesarios otros temas.

Cuando se preguntó a las madres acerca de si conocían las ventajas de realizar el control de crecimiento y desarrollo de los niños de manera oportuna, en su totalidad respondieron que conocían las ventajas, sin embargo algunas de las madres argumentaron que es muy probable que no puedan llegar a completar los controles según la norma, sino más bien tan solo a todos los que supongan un riesgo al no asistir a ellos, en otras palabras los controles a los que suelen asistir las madres son todos aquellos que los profesionales indican como necesarios y en los cuales se les administra las vacunas respectivas, las mismas que en resumen no contemplan el esquema mínimo sugerido por la normativa.

De la misma forma otra de las complicaciones que argumentaron las madres como motivo para no asistir a todos los controles sugeridos por el MSP, fue la dificultad de hacerse tiempo dentro del horario de trabajo, así como el desconocimiento, exclusivamente de cuál es el número de controles mínimos sugeridos.

De la misma manera cuando se preguntó a las madres acerca de si habían comprendido la charla impartida por los médicos, al menos el 60% de las madres reconocieron tener ciertas dificultades y problemas al querer recordar todas las recomendaciones y admitieron dificultad al querer aplicar una o dos de las recomendaciones sugeridas, principalmente en cuanto a la alimentación del niño, considerando la situación económica familiar y en pocos casos la carencia de tiempo para poder atender a los niños.

CAPITULO V

4 Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusiones

- En términos generales el nivel de conocimiento de las profesionales de enfermería es bueno, sin embargo, se encontró errores principalmente en el conocimiento de la normativa establecida, la mayor dificultad fue en el conocimiento de los requerimientos mínimos y óptimos de concentración de los controles en los niños de cero a cinco años, el esquema de atención para el control, la interpretación y uso de los principales patrones de crecimiento y el uso de los test adecuados en el caso del control del desarrollo del niño.
- El 50% de las profesionales de enfermería cumple correctamente con las actividades y procedimientos contemplados en la normativa, existe deficiencia en identificar los indicadores de crecimiento y su ubicación de acuerdo a percentiles. No se evidencia la realización de procesos de capacitación relacionadas con la actualización de conocimientos y la normativa sobre el control de Crecimiento y Desarrollo de los niños.
- La enfermera no realiza consejería sobre el control de crecimiento y desarrollo de los niños, siendo esta una actividad que la realizan los médicos en los consultorios, después del control, las madres que participaron en el grupo focal, indicaron que la consejería es clara, y que la realizaba el médico. Al perderse este espacio de comunicación entre la enfermera y los usuarios, también se perdió un importante espacio que es parte del que hacer enfermero.

5.2 Recomendaciones

- Se recomienda a las autoridades del Centro de Salud llevar a cabo actividades de actualización de conocimientos, sobre todo si existieran cambios en la normativa vigente, las políticas de salud y los enfoques de los mismos, considerar se incluyan a las entidades educativas, los centros infantiles, la comunidad y organizaciones de interés conforme lo establece la misma normativa; así como, se recomienda previa a la incorporación de personal de enfermería a la institución, debe existir un periodo de capacitación en el manejo de toda la normativa del Ministerio de Salud Pública.
- Se recomienda a las autoridades realizar monitoreo de cumplimiento en la aplicación de la normativa, que permitan detectar debilidades en la aplicación de los procedimientos propios del control, así tener la seguridad de establecer mejoras en la calidad de la atención.
- Se recomienda a las profesionales de enfermería asumir su rol de educadores, realizando actividades de consejería según los enfoques del modelo de atención integral MAIS; así como, siendo antes de cambio dentro del equipo de salud, que propongan acciones encaminadas a impartir consejería en todos los momentos de la atención con el único afán de provocar cambios significativos en la cultura de la población y por ende cambios en sus estilos de vida.

Referencias bibliográficas

1. Pérez R, Rizzoli A, Alonso A, Reyes H. Avances en el desarrollo infantil temprano: desde neuronas hasta programas a gran escala. [Online].; 2017. Acceso 08 de 10 de 2017. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665114616301617#bib0135>.
2. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. Los controles de salud de niños y niñas de 0 a 5 años contribuyen a la erradicación de la desnutrición infantil. [Online] Acceso 14 de Enero de 2018. Disponible en: <http://www.todaunavida.gob.ec/los-controles-de-salud-de-ninos-y-ninas-de-0-a-5-anos-contribuyen-a-la-erradicacion-de-la-desnutricion-infantil/>.
3. ENSANUT. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición – ENSANUT. [Online].; 2012. Acceso 08 de 10 de 2010. Disponible en: <http://www.salud.gob.ec/encuesta-nacional-de-salud-y-nutricion-ensanut/>.
4. UNICEF. Unicef Files. [Online].; 2012. Acceso 14 de Enero de 2018. Disponible en: http://www.who.int/entity/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1.
5. Flores Y, Almeida C, Duranza L. El proceso del trabajo de la enfermera en el cuidado al niño sano en una institución de la seguridad social de México. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2018; 14(5).
6. Marcela V. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO. [Online]; 2018. Acceso 2 de Abril de 2018. Disponible en: http://www.academia.edu/8452597/CONTROL_DE_CRECIMIENTO_Y_DESARROLLO.
7. Marilaf M, Alarcón A. Rol de enfermero/a en la región de Araucanía Chile, percepción de usuarios y enfermeros. [Online].; 2011.. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200012.

8. Laguado E. Cuidado de enfermería a padres para fortalecer el crecimiento y desarrollo de sus hijos. [Online].; 2013.. Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/17/146>.
9. Gonzales EA, Huamán LE, Aparco JP, Gutierrez C. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. [Online].; 2016. Acceso 21 de 09 de 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000200005&script=sci_arttext&tlng=pt.
10. Gonzáles K, Gutierrez Y. Calidad de atención en la Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo en infantes menores de 5 años según usuarios internos y externos que asisten al puesto de salud Lidia Saavedra Ortega, II semestre Matagalpa año 2015. Diss Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua M, editor. Managua; 2016.
11. Martínez C. Factores Psicoemocionales que influyen en las madres que no acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño sano de 1- 3 años – Centro de Salud “Francisco Muro Pacheco”- Pueblo Nuevo 2016 Sipán: Universidad Señor de Sipán; 2017.
12. Posso L. Modelo de atención integral para el adulto mayor de la unidad ambulatoria del IESS–Atuntaqui Imbabura, 2010 Atuntaqui: Tesis de Maestría; 2010.
13. Lara Rosales K. Cumplimiento de las normas de bioseguridad en el personal de salud del Hospital Básico Atuntaqui durante el periodo junio 2015 mayo 2016 Atuntaqui: Tesis de Grado; 2016.
14. Guama K. Factores que influyen en el cumplimiento del control prenatal en madres adolescentes que asisten al Hospital Básico Atuntaqui 2017 Atuntaqui: Tesis de grado; 2017.
15. Arce M. Crecimiento y desarrollo infantil temprano. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2015; 32.

16. Rosales-Mamani K. Asistencia al control de crecimiento, desarrollo y el estado nutricional en lactantes del Puesto de salud Progreso I-2, San Juan Bautista, 2016.; 2017.
17. Bejarano K, Wall A. Factores socioeconomicos y alimentarios asociados al niño alto juarenze en edad preescolar. Tesis de grado ed. Ciudad de Juarez: Universidad Autonoma de Ciudad Juarez; 2009.
18. Manrique J. Manrique, Herrera, and Jannyne Pamela. Evaluación del desarrollo psicomotor en niños/as de 0-3 años en el Centro Infantil Del Buen Vivir Mis Pequeños Angelitos en el cantón Ibarra de la provincia de Imbabura durante el periodo 2015-2016. Tesis de Licenciatura ed. Ibarra; 2017.
19. Talavera N. Valoración del crecimiento postnatal en recién nacidos prematuros d bajo peso al nacer atendidos por el servicio de neonatología y pediatría del Hospital Militar Escuela y" Dr. Alejandro Davila Bolaños" en el periodo comprendido entre Julio 2012 a Junio 2. Tesis Doctoral ed. Managua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua; 2016.
20. Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Martell M, Fescina R. Manual de Crecimiento y desarrollo del niño. Segunda edición ed. Washington D. C.: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD; 1993.
21. Brugué M, Sanchez C, Sellabona E. El desarrollo de los niños, paso a paso. 121st ed.: Editorial UOC; 2008.
22. Carvajal EA. Estudio antropométrico y patrones de crecimiento de las regiones craneofacial, facial y nasolabial en niños de 0-5 años. Bogotá, Colombia. Tesis doctoral ed. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2017.
23. Olivares G. Conocimiento Materno sobre alimentación complementaria y su relación con el crecimiento y desarrollo en niños de 6 a 12 meses del centro de salud San Jerónimo/Huancayo-2016; 2016.
24. Orphan Nutrition. Cómo Utilizar las Curvas de Patrones de Crecimiento de la OMS. [Online]; 2013. Acceso 1 de Enero de 2018. Disponible en:

<http://www.orphannutrition.org/spanish/nutrition-best-practices/growth-charts/using-the-who-growth-charts/>.

25. Carrión DdC. Tipo de alimentación versus velocidad de crecimiento en niños sanos de 6 a 2 años atendidos en el Hospital Universitario de Motupe junio noviembre 2013. Tesis de grado ed. Motupe; 2014.
26. García S. Desnutrición en menores de 5 años. Tesis Doctoral ed. Managua: Municipio San Antonio de Flores, Choluteca.; 2011.
27. Girona A, Iturralde A, Koncke F, Pandolfo V. Evaluación antropométrica desde el nacimiento hasta los 5 años de edad. Material de apoyo tecnico para los servicios de salud; 2016.
28. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Patrones de Crecimiento Infantil por Peso Edad Bogotá; 2016.
29. Jácome V. Relación entre las prácticas de alimentación complementaria y el estado nutricional de niñas y niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud n 10 Rumiñahui de la ciudad de Quito durante el mes de abril del 2013. Tesis de grado ed. Quito; 2013.
30. OMS. Patrones de crecimiento infantil. [Online]; 2014. Acceso 28 de Enero de 2018. Disponible en: http://www.who.int/childgrowth/standards/tr_summary/es/.
31. Britz M, Aznarez A, Della Santa AP. Desarrollo y validación de ecuaciones para estimar composición corporal en niños de 4 a 6 años de Uruguay. Rev. chil. nutr. [Internet]. 2017; 44(1).
32. Ramírez MM. Evaluación del estado de nutrición en la infancia. Segunda ed.; 2014.
33. Romero-Patiño YC. Estado nutricional de los niños y niñas del hogar San Camilo, relacionado con los conocimientos del personal sobre alimentación y nutrición, mayo-septiembre 2014. Tesis de grado ed.; 2014.
34. García-Salazar MJ, Torres-Mera AL. Uso del Test de Denver para la detección de alteraciones del desarrollo psicomotor comparado con el Test de Prunape, en

- niños de los centros infantiles del buen vivir del sector Carapungo 1 y 2. Tesis de grado ed. Quito; 2016.
35. Ministerio de Inclusión. Desarrollo Integral del niño. [Online].; 2016.. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2013/11/Libro-de-Políticas-Públicas.pdf>.
 36. UNICEF. Evaluación del crecimiento de niños y niñas. [Online]; 2015. Acceso 08 de 10de 2017. Disponible en: www.unicef.org/argentina/spanish/nutrición_24julio.pdf.
 37. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Protocolo de Atención para el crecimiento del niño y niña. [Online].; 2016.. Disponible en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/nutricion/ART_PROTOCOLO_CRECIMIENTO.pdf.
 38. MSP - Ecuador. Nomas de Atención Integral a la niñez. [Online].; 2011.. Disponible en: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/NORMAS%20DE%20ATENCIÓN%20INTEGRAL%20A%20LA%20NIÑEZ%202011.pdf>.
 39. Covían F, Carballo J, Jiménez F. Alimentación y desarrollo infantil II; el desarrollo físico comparativo de dos grupos de niños en edad escolar y distinto nivel económico. [Online].; 2014. Acceso 22 de 09 de 2017. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=02121611&AN=98915642&h=K%2bFONEMORzUFEj7TE1nrOVIFR2fmAWOLUNtS5MXLAGrmFObOXD8LMWFL8EBRVa24Z8TVxYXdz2Zafhd2vXDf3A%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLocal=Er>.
 40. OMS. Desarrollo de la primera infancia. [Online].; 2016.. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/investing-early-childhood/es/>.

41. UNICEF. Desarrollo infantil temprano. [Online].; 2014.. Disponible en: <http://desarrolloinfantilterprano.mx/>.
42. Pia M, Farkas C, Montoya M, Galleguillos F, Carvacho C, Fernández A, et al. [Online].
43. UNICEF. Alimentando el Cerebro. [Online].; 2016. Acceso 08 de 10 de 2017. Disponible en: https://www.unicef.org/peru/files/notas_prensa/carpetasinformativas/crecimiento_y_desarrollo.pdf.
44. MSP. MANUAL DEL MODELO DE ATENCION INTEGRAL DEL SISTEMA NACIONAL; 2012.
45. Asamblea Nacional. Ley orgánica de Salud Integral Quito; 2015.
46. MIESS. Normativas técnica de desarrollo infantil. [Online].; 2016.. Disponible en: <http://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/03/Vista-Previa-Norma-Técnica-CIBV-15x21-32-pag-Final-05-03-142.pdf>.
47. Ministerio de Salud Pública.. Ley de derechos y amparo del paciente Quito; 2006.
48. Pérez M, Lorente K, Rodriguez E, Olivera D, Verdecia N. Nivel de conocimientos sobre Proceso de Atención de Enfermería en profesionales de enfermería del municipio Yara. Revista Cubana de Enfermería [revista en Internet]. 2016; 32(3).
49. Monzó M, Ferrer E, Singler MD, Faura J. INFORME DEL “GRUPO ASESOR TÉCNICO PARA LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA” (GATPAP). , GATPAP.
50. Atalaya-Herrera V, Coral-Orellana C, Portocarrero-Larraín Y. Variables maternas asociadas al control de crecimiento en nmenores de 3 años puesto de salud I-I barrio Florido, Puchana. Tesis de Grado ed. Iquitoz; 2015.

51. Mamani-Rosales DK. Asistencia al control de crecimiento, desarrollo y el estado nutricional en lactantes del Puesto de salud Progreso I-2, San Juan Bautista, 2016. Tesis de grado ed. Lima; 2017.
52. Gonzales-Benitez M. Estado del conocimiento del personal de Enfermería sobre temas de Nutrición clínica. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2013; 23(1).
53. Remorini C. Estudios etnográficos sobre el desarrollo infantil en comunidades indígenas de América Latina: contribuciones, omisiones y desafíos. [Online].; 2013. Acceso 07 de 10 de 2017. Disponible en: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/view/2175-795X.2013v31n3p811/27728>.
54. Shea G, Rizzoli A, Aceves D, Villagrán V, Carrasco J, Halley E. Sistema de Protección Social en Salud para la detección y atención oportuna de problemas del desarrollo infantil en México. [Online].; 2015. Acceso 07 de 10 de 2017. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462015000600429.
55. Ministerio de la Protección Social. Política Pública Nacoinal de Primera Infancia. [Online].; 2013. Acceso 08 de 10 de 2017. Disponible en: https://www.mineduacion.gov.co/1759/articles-177832_archivo_pdf_Conpes_109.pdf.
56. Rosales N. [Desnutrición complica desarrollo infantil].; 2016. Acceso 08 de 10 de 2010. Disponible en: <https://lahora.com.ec/noticia/1101949979/desnutricic3b3n-complica-desarrollo-infantil->.
57. Ros C, Corfield I, García E, Nora E, Santos M. Análisis de factores socio-culturales y ambientales involucrados en problemas de salud prevenibles. [Online].; 2016. Acceso 11 de 09 de 2017. Disponible en: <http://www.pcient.uner.edu.ar/index.php/Scdyt/article/view/267>.

58. Civián F, Rof J, Cernuda A. Alimentación y desarrollo infantil I; El estado nutritiva de los niños en edad escolar de un suburbio madrileño. [Online].; 2014. Acceso 22 de 09 de 2017. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com/abstract?direct=true&profile=ehost&scope=site&authtype=crawler&jrnl=02121611&AN=98915641&h=alzA%2blaML7DCIpg%2f8hVv%2fXzvC7W6kSPmesLBfJmVPpnwN0NGwZsiAJttX9vysrLNt%2b7ixMNS02f1I5kKfN5gww%3d%3d&crl=c&resultNs=AdminWebAuth&resultLo>.
59. Aguilar M. Tratado de enfermería del niño y el adolescente en cuidado pediátrico. 1st ed. Madrid: Elsevier; 2015.
60. OMS. Nutrición. [Online]; 2015. Acceso 8 de 10de 2017. Disponible en: www.who.int/topics/nutrition/es/.
61. Carsento M. Aspectos biológicos del desarrollo. 5th ed. Bogotá: Mc. Graw Hill; 2016.
62. Secretaria Nacional de Planificación. Plan Nacional del Buen Vivir Quito; 2016.
63. UNICEF. Improving Child Nutrition: The achievable imperative for global progress. New York: UNICEF.
64. Ordoñez M. Estado nutricional en menor de 5 años que acuden a consulta en el Hospital Universitario de Motupe. Tesis de grado ed. Loja: Universidad Nacional de Loja; 2017.
65. DiNACEI. [PDF: Características y recomendaciones de las vacunas antipoliomelíticas].; 2016. Acceso 20 de marzo de 2018. Disponible en: https://cursospaíses.campusvirtuales.org/pluginfile.php/158236/mod_resource/content/2/Modulo%202_Las%20vacunas%20antipoliomieliticas.pdf.

ANEXOS





Encuesta: Nivel de conocimientos de los profesionales de enfermería con respecto al control de crecimiento y desarrollo y aplicación de la normativa

La información facilitada tiene fines investigativos y que podrían mejorar la calidad de la atención de los usuarios de la unidad de salud, por lo cual se ruega encarecidamente responder las preguntas con seriedad del caso.

DATOS GENERALES

1.- Edad (años): _____

2.- Género: Femenino Masculino

3.- ¿Cuánto tiempo trabaja en la unidad? (años): ____

DE ACUERDO A LA NORMATIVA

4.- El primer control a un Recién Nacido en el subcentro de salud debe realizarse?

A.- Primeros 7 días

B.-En el primer mes

C.-Inmediatamente después del nacimiento

5.- ¿El número de controles óptimos para el niño en el primer año de edad debe ser?

A.- 12 controles

B.- 6 controles

C.- 9 controles

6.- ¿ Los controles óptimos del niño de 2 a 5 años de edad deben ser?

A.- cada tres meses

B.- cada cuatro meses

C.- cada mes

D.- cada 6 meses

7.- ¿La concentración mínima de los controles en el niño menores de 5 años?

EDAD	CONCENTRACION MINIMA					
Señale con una X la respuesta correcta						
MENORES DE 1 AÑO	9		6		5	
HASTA 2 AÑOS	3		6		4	
2 A 5 años	8		4		26	

8.- ¿Señale las actividades básicas en la atención del niño?

A.- Inmunizaciones, Evaluación del desarrollo psicomotor, Examen de la glándula tiroide

B.- Determinación de la agudeza auditiva, Biometría Hemática, Exámenes de VDR

C.- Tamizaje de patología prevalente, Evaluación de discapacidades, Identificación de patologías importantes

9.- ¿Cómo se clasifica los siguientes indicadores del crecimiento?

Puntuación 2	Longitud talla para la edad	Peso para la edad	IMC para la edad
Por debajo de -2			
Por debajo de -3			
Por encima de 3			

10.- ¿Para evaluar el desarrollo psicomotor de un niño que test utiliza el MSP?

A.- Denver

B.- Barrera Moncada

C.- Aldrich y Norval

11.- ¿Existe en el MSP algún manual, protocolo para el manejo de violencia?

A.- SI

B.- NO

Cual



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

GRUPO FOCAL DIRIGIDO A LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS

TEMA: “Rol de enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017”

Pregunta 1: Sabe cuáles son las ventajas de realizar el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años.

Pregunta 2: Quien le brinda información sobre el control de crecimiento y desarrollo.

Usted comprende toda la información que le da el profesional de salud.

Pregunta 3: Después del control de crecimiento y desarrollo usted pregunta sobre la condición de su niño.

Pregunta 4: La enfermera le explico o le da información sobre el control de crecimiento y desarrollo.



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

CHEKSLIST APLICADO AL PERSONAL DE SALUD

TIPO DE PROFESIONAL

TEMA: "Rol de enfermera en el control de crecimiento y desarrollo en niños menores de 5 años en Atuntaqui 2017"

CRITERIO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. El personal de salud Enfermera mantiene una buena comunicación con la madre durante la primera visita			
2. El personal de salud Enfermera mantiene una buena comunicación con la madre durante las visitas posteriores de la madre			
3. La enfermera revisa el Test de Denver (Form.028) y confirma si ha desarrollado habilidades de acuerdo a la edad del niño(a).			
4. La enfermera observa la Curva de Crecimiento y desarrollo de la niña (For.028 A1), niño (For.028 A2) y da a conocer a la madre la evolución en el desarrollo del niño(a).			
5. En caso de encontrar alguna alteración remite al niño(a) al especialista.			
6. La enfermera informa a la madre como estimular a su niño(a) en casa			

en las diferentes aéreas (Lenguaje, Psicomotriz, Social-Afectivo).			
7. El profesional de Enfermera) utiliza materiales didácticos para impartir la consejería como: videos, papelotes, juguetes, otros.			
8. Entregan a las madres guías materiales sobre información acerca del crecimiento y desarrollo del niño.			

- Identificar las estrategias utilizadas por el personal de enfermería para impartir consejería a las madres de los niños menores de 5 años que acudieron al Centro de salud de Atuntaqui, para realizar el control de crecimiento y desarrollo del niño.
- Elaborar una guía educativa para el personal de enfermería sobre el rol en el control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de 5 años.