



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA DE
MATAGALPA

**SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.**

Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño en áreas de salud primaria, en Matagalpa año 2017.

Sub Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Nuevo Amanecer, Matagalpa II Semestre 2017.

Autores:

Br: López Vázquez Heydi Jazmina
Br: López Zeledón Yelitza Guadalupe

Tutora.

Msc. Duglania Martínez.

MATAGALPA 26 DE ENERO, 2018



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA DE
MATAGALPA

**SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIADA
EN ENFERMERIA MATERNO INFANTIL.**

Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño en áreas de salud primaria, en Matagalpa año 2017.

Sub Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Nuevo Amanecer, Matagalpa II Semestre 2017.

Autores:

Br: López Vázquez Heydi Jazmina
Br: López Zeledón Yelitza Guadalupe

Tutora.

Msc. Duglania Martínez.

MATAGALPA 26 DE ENERO, 2018

DEDICATORIA I

Quiero agradecer primeramente a DIOS por el don de la vida, por darme el entendimiento y la sabiduría necesaria para llegar hasta esta etapa de mi vida y culminar mis estudios con éxito.

A mis padres María Vásquez Cruz y Rosario López Guído quienes han sido mi ejemplo a seguir, por brindarme su apoyo incondicional y enseñarme a nunca darme por vencida y que todo sacrificio tiene su recompensa.

A mis hermanos quienes me instan a seguir adelante y luchar por mis sueños, por estar a mi lado en las buenas y las malas.

A mis docentes por compartir sus conocimientos quienes durante estos cinco años aportaron de una u otra manera a mi formación profesional.

“ Todo lo puedo en Cristo que me fortalece ”.

Heydí Jazmína López Vásquez

DEDICATORIA II

Al concluir mis estudios universitarios se la dedico a todas aquellas personas especiales e importantes que me han apoyado a seguir adelante con mi carrera.

A DIOS que es mi padre celestial, por haberme dado la vida, la fortaleza y sabiduría para concluir nuestro seminario de graduación y carrera.

A mis padres Yolanda Saldaña y Rafael Zeledón por ser seres maravillosos que aunque no me hayan dado la vida son mi todo, gracias a ellos he aprendido a crecer como persona moral y espiritualmente, me han brindado su amor, respeto, confianza, cariño y sobre todo su amistad, siempre me han ayudado y apoyado a seguir adelante mi carrera y baile, por eso son los mejores padres ya que son mi centro de inspiración en mi vida y sin ellos no sería nada.

A mi familia porque me han ayudado cuando los necesito, siempre estamos unidos en los buenos y malos momentos, son mi mayor tesoro, que aunque no son perfectos y a veces peleamos por cosas sin sentido, los amo y los adoro con todo mi corazón, le don gracias a DIOS por darme la mejor familia y por nada del mundo los cambiaría,

Hacer lo que nadie más hará, un camino que nadie más puede tomar, a pesar de todo, eso es Enfermería.

Yelitza Guadalupe López Zeledón.

AGRADECIMIENTO

Un profundo agradecimiento:

A DIOS nuestro padre celestial que nos ha brindado la fe, fortaleza y sabiduría para guiarnos por el buen camino y así concluir nuestros estudios universitarios.

A la Universidad Nacional Autónoma De Nicaragua, Managua Facultad Regional Multidisciplinaria Farem Matagalpa por brindarnos la oportunidad de estudiar estos 5 años en tal prestigiosa casa de estudio.

Al phd. Miguel Ángel Estopiñan por haber sido el guía durante los cinco años de estudio de nuestra carrera, por dar la cara siempre por el grupo, por apoyarlos y motivarnos a seguir adelante con nuestra carrera.

A nuestra tutora MSC. Duglanía Rodríguez queremos agradecerle por dedicarnos el tiempo necesario para brindarnos conocimientos para llevar a cabo nuestro seminario.

Al personal de salud por ser parte de nuestro estudio investigativo y dedicarnos el tiempo y la paciencia para brindarnos la información.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa
Departamento Ciencia- Tecnología-Salud



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

VALORACION DEL DOCENTE

Por medio de la presente se informa, que el seminario de Graduación para Optar al Título de **Licenciada en Enfermería Materno Infantil**, que lleva por tema general: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN LA VIGILANCIA PERIÓDICA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO EN ÁREAS DE SALUD PRIMARIA EN MATAGALPA AÑO 2017 y sub tema: Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño realizado en el puesto de salud Nuevo Amanecer, Matagalpa II semestre 2017. Elaborado por los autores: **Br. Heydi Jazmina López Vázquez y Br. Yelitza Guadalupe López Zeledón**; Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa 26 de Enero 2018.

Msc. Duglania Rodríguez
Tutora de Seminario

RESUMEN

El propósito de la presente investigación es Analizar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño realizado en el puesto de salud Nuevo Amanecer, Matagalpa II semestre 2017. Donde la temática se centra en caracterizar socio demográficamente a la población en estudio, describir los conocimientos, explicar las actitudes y valorar las prácticas del personal de salud en el momento del VPCD. El estudio tiene un enfoque Cualitativo – cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal prospectivo. Universo está constituido por el personal que laboran en el centro de salud y dedica a la realización de VPCD. Para la investigación la muestra está compuesta por tres recursos que laboran en dicha unidad. El tipo de muestra fue no probabilístico a conveniencia, se elaboraron instrumentos para dar salida a cada objetivo específico donde se realiza: Entrevistas para el conocimiento compuesta por 9 ítem donde al final se da una puntuación entre alto, medio y bajo; se elabora una escala Likert compuesta por 7 ítem donde la actitud se evalúa entre positiva y negativa, para valorar las practicas se aplicó una guía de observación dividida según los momentos de un VPCD donde se concluye que la edad del personal se encuentra dentro de los rangos de 21-34 años y de 35 a más, siendo dos médicos con años de servicios menor de 10 años y una licenciada de enfermería con más de 10 años de servicios laboral. El personal de salud posee en su mayoría un nivel de conocimiento básico para brindar atención de VPCD. Con respecto a la actitud el personal tiene actitud positiva debido a que cumplen los reglamentos que rige el ministerio de salud y hay una buena relación personal-paciente, lo cual influye a que se les brinde a los niños una buena atención. En relación a las prácticas del personal de salud, se encontró debilidad ya que algunos procedimientos no son realizados con la técnica correcta y por ende influye a que no se brinde una atención de calidad.

INDICE

I.	INTRODUCCIÓN.....	1
II.	JUSTIFICACIÓN	4
III.	OBJETIVOS.....	5
IV.	Desarrollo del tema	6
4.1.	Caracterización del puesto de salud	6
4.2.	Aspectos Sociodemográficos	7
4.3.	Conocimientos del personal de salud	12
4.4.	Actitudes del personal de salud.....	25
4.5.	Prácticas del personal de Enfermería.....	33
V.	CONCLUSIONES.....	55
VI.	BIBLIOGRAFIA.....	56
VII.	ANEXOS	

I. INTRODUCCIÓN

La Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo (VPCD) constituye una de las etapas más importantes del infante, donde se puede detectar precozmente cualquier alteración o conducta anormal. El seguimiento del crecimiento y desarrollo del infante identificado también por los profesionales de salud y los usuarios como control del niño sano es un componente central de los servicios de salud comunitarios. Este cuidado tiene tres elementos principales: inmunización, evaluación del crecimiento y desarrollo y educación para la salud, pueden ser realizados por médicos o enfermeras. (UNICEF, 2012)

La vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la promoción del desarrollo normal y a la detección de alteraciones durante la atención integral de la niñez, como un proceso continuo y flexible que incluye información de los profesionales de salud, profesores, familia y otros. Por lo tanto en el estudio se plantea la siguiente interrogante ¿Cuáles son los Conocimientos, Actitudes y Prácticas que tiene el personal de salud en la vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Nuevo Amanecer, Matagalpa II Semestre 2017?

Se han tomado ciertas medidas en pro de los niños del país, promoviendo planes de salud que garanticen el seguimiento de los niños con prácticas elaboradas para la integración de este modelo, esto con el fin de valorar el crecimiento y desarrollo, utilizando diferentes estrategias para llevar a cabo esta valoración.

Un estudio realizado en los Estados Unidos de Norte América por la Organización Mundial de la Salud (OMS 2006), refiere que: «El nuevo patrón es un instrumento importante para los padres, los profesionales de la salud y otros dispensadores de atención sanitaria, por cuanto permite evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños a nivel individual y colectivo», dice el Dr. Cutberto Garza (Boston College,

Estados Unidos de América), Director del Programa de Alimentación y Nutrición de la Universidad de las Naciones Unidas y Director del Estudio Multicéntrico sobre el Patrón de Crecimiento

En España (2011), se realizó un estudio sobre el crecimiento, el autor refiere que ‘El crecimiento es un proceso complejo en el cual intervienen diversos factores y uno de los mejores indicadores del estado de salud del niño. De hecho, el retraso en el crecimiento puede ser la primera manifestación de distintos procesos patológicos subyacentes, tanto congénitos como adquiridos. Para la valoración de la talla deberemos considerar los distintos factores que intervienen e interaccionan en su correcto desarrollo’.

En Perú (2011), se realizó un estudio expresando La importancia realizar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario.

En Nicaragua (2009), un estudio realizado refiere que la política de la salud, está dirigida a fortalecer la capacidad de identificar y controlar los riesgos sociales epidemiológicos y daños a la salud de la niñez. Producto de esto se establece un lineamiento para brindar a la niñez la posibilidad de un nacimiento óptimo, promoviendo un desarrollo y crecimiento sano, así como una atención a sus enfermedades impulsando medida en el programa y el servicio de atención prenatal. Es de esta manera que se emplea la estrategia del programa de atención a enfermedades prevalente de la infancia (AIEPI) y la aplicación es realizada a través del personal de la salud y para que sea efectivo se necesita de habilidades del personal de la salud lo mismo que los sistema de salud ofrezcan una atención de calidad.

En el 2016, La Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI), fue elaborada para disminuir la Morbi- Mortalidad infantil. La calidad de aplicación de esta estrategia, es una de las formas de maximizar los beneficios para la salud de los infantes, por lo que se realizó este estudio sobre factores que influyen en la calidad de la aplicación de la estrategia AIEPI.

En el presente estudio se utilizó metodología de la investigación de (Sampiere, Collado, & Lucio, 2006) por lo tanto este estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo en el tiempo, con un enfoque Cualitativo-cuantitativo. El universo está constituido por el personal que labora en el puesto de salud Nuevo Amanecer que realizan VPCD, para la investigación la muestra está compuesta por tres recursos de dicha unidad; el tipo de muestra fue no probabilístico a conveniencia, se elaboraron instrumentos para dar salida a cada objetivo específico donde se realiza (una entrevista compuesta por 9 ítem para medir el conocimiento, se elabora una escala Likert compuesta por 8 ítem, donde la actitud se evalúa entre positiva y negativa y una guía de observación compuesta por 11 ítem para valorar la práctica, para esto se realizaron 12 guías de observación dividida según los momentos de un VPCD). Posteriormente se procesa la información según los diferentes instrumentos mediante el programa de SPSS, donde se obtienen las tablas con los resultados por cada objetivo específico, a continuación de esto se elaboraron matriz y gráficas para la discusión y análisis de dichos resultados.

En cuanto al aspecto ético se llevó una carta proporcionada la directora del departamento de ciencias y tecnología de la UNAN, dirigido al director del centro. Además del permiso de todos los trabajadores que laboran en el sector por ser parte del estudio investigativo.

II. JUSTIFICACIÓN

El principal interés como servidores de la salud, es brindar atención de calidad y calidez en pro del bienestar físico y mental de los seres humanos, en especial en los infantes menores de cinco años, ya que esta etapa es la más vulnerable en el desarrollo humano

Por tal razón se realiza esta investigación con el propósito de analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Nuevo Amanecer en Matagalpa II Semestre 2017. Es un tema de interés social en especial para el ministerio de salud, debido a que un estudio CAP identifica problemática en cuanto a conocimiento, actitudes y prácticas presentes en una población en estudio específica, ya que al final dichos resultados permitirá al MINSA dar soluciones en cuanto a las debilidades encontradas en el personal en estudio y así replantear estrategia que fortalezcan las problemáticas encontradas con el objetivo de mejorar en la atención y prevención de las enfermedades de los infantes menores de 5 años de edad.

Así mismo servirá de como bibliográfica a estudiantes de la carrera de enfermería interesados en el tema y a la Universidad para tener registro sobre VPCD. Permitirá proporcionar información actualizada de conocimientos actitudes y prácticas sobre la realización de VPCD en puestos de salud, como sujeto de estudios activos y de interés para el desarrollo de dicha temática.

Favoreciendo al personal de salud de las aéreas donde se realizo el estudio como documento evaluador y mejorar en las técnicas de atención, facilita líneas de educación continua y monitoreo de las actividades.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

- Analizar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de salud en la vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Nuevo Amanecer en Matagalpa II Semestre 2017.

Objetivos Específicos:

1. Caracterizar socio demográficamente a la población en estudio.
2. Describir los conocimientos del personal de salud relacionados al VPCD.
3. Explicar las actitudes que tiene el personal de salud respecto a la atención del infante en el manejo del VPCD.
4. Valorar las prácticas del personal de salud relacionados al VPCD.

IV. Desarrollo del tema

4.1. Caracterización del puesto de salud

Nombre del puesto: Nuevo Amanecer

Posición geográfica: Ubicada a 8 km en la zona noroeste del municipio de Matagalpa

Límites: Al norte con la quebrada Molas, al sur con la colonia apoyo el combatiente, al oeste con la comunidad el jícaro, al este con el barrio el tule.

Población Total: 5408 habitantes.

El puesto de salud Nuevo Amanecer se encuentra en el edificio de infancia sin fronteras conocido como el comedor infantil Ana Rosa, atiende a un total de 5 barrios (Colonia apoyo el combatiente, santa teresita, el tule, nuevo amanecer y la comunidad rural el jícaro). Cuenta con tres personal de salud, lo cual brinda 100 atenciones de VPCD mensuales, las actividades que realiza el puesto de salud son: consultas generales y ginecológicas, controles prenatales, control de VPCD y cuenta con los programas todos con voz, amor para los más chiquitos y programa a pacientes crónicos.

PUESTO DE SALUD NUEVO AMANECER



INFANCIA SIN FRONTERA, CDI ANA ROSA, MATAGALPA

4.2. Aspectos Sociodemográficos

Demografía:

La demografía es el análisis de las comunidades humanas a partir de la estadística. El concepto procede de un vocablo griego compuesto que puede traducirse como “descripción del pueblo”. Esta disciplina estudia el tamaño, la estratificación y el desarrollo de una colectividad, desde una perspectiva cuantitativa. (Porto & Gardey, 2010)

La Demografía es la ciencia que estudia estadísticamente la estructura y dinámica de las poblaciones, así como las leyes que rigen estos fenómenos. Su objetivo son las poblaciones humanas, que podemos definir como el conjunto de personas que habitualmente residen en una zona geográfica, en un momento determinado. (F & Valero, SF)

La demografía es el estudio del tamaño, distribución territorial y composición de la población, sus variaciones y sus causas de dichas variaciones, que pueden identificarse como natalidad, mortalidad, movimientos territoriales y movilidad social (cambio de status) La demografía es el análisis estadístico de las poblaciones humanas .La demografía es la aplicación de métodos estadísticos, es decir cuantitativos, a los fenómenos de poblaciónll - Huber: la demografía es la aplicación del saber estadístico al estudio de las poblaciones. (Lezcano, Aviles, & Sandrin, 2011)

Según lo citado por los autores podemos decir que demografía es la descripción estadística y estructural de una población que reside en una zona determinada.

Edad:

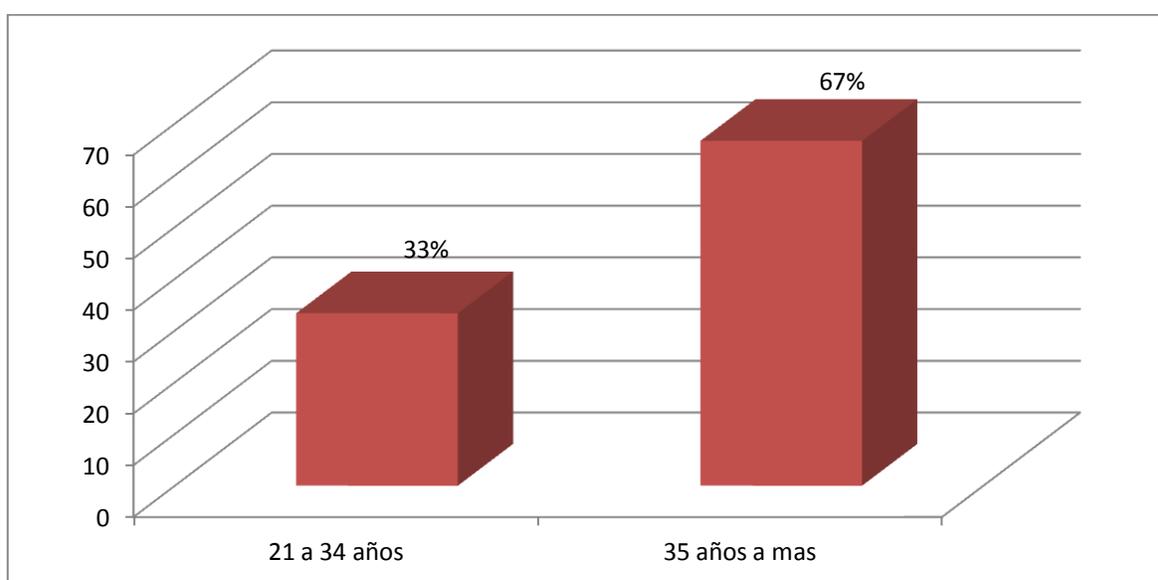
Es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. (Perez & Gardey, 2012)

Está referida al tiempo de existencia de alguna persona, o cualquier otro ser animado o inanimado, desde su creación o nacimiento, hasta la actualidad. (Martinez, 2006)

Según los autores podemos decir que la edad es el tiempo transcurrido del ser humano desde su nacimiento hasta lo largo de su vida.

Gráfico N°1

Rangos de edad del personal de salud



Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que labora en el puesto de salud Nuevo Amanecer

De acuerdo a la entrevista realizada al personal de salud del puesto de salud Nuevo Amanecer obtuvimos los siguientes resultados: un 33% se encuentra en los rangos de edades de 21 a 34 años y un 67% de 35 años a más.

Cabe mencionar que en el puesto de salud laboran tres recursos dos médicos y una enfermera ya que el Ministerio de Salud acepta recursos graduados y las edades de inicio son los 17 años y los 23; tomando en cuenta los 60 años de jubilación.

Estudios realizados: Se refiere al grado más alto de estudio que una persona ha cursado y ha abandonado ya. Bien porque los haya concluido o bien porque los interrumpió. Por tanto, afecta exclusivamente a la población no estudiante. (Instituto Vasco de Estadística, S.F)

Licenciado de enfermería

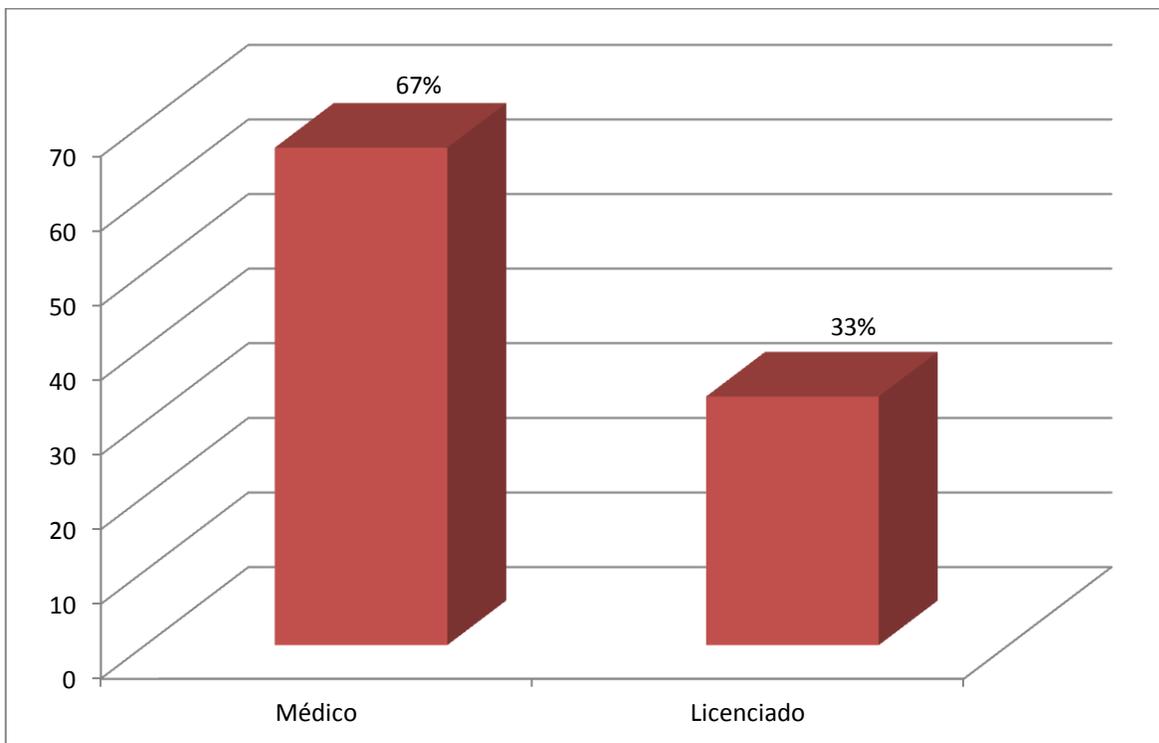
Es un enfermero capacitado para laborar en los 3 niveles de atención bajo el control y dirección de un profesional de enfermería de mayor categoría académica que lo va tutelando para que adquiera competencias científico técnicas para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente, embarazada, adulto y adulto mayor), familia y comunidad, mediante una firme actitud humanista, ética y de responsabilidad legal con conocimientos en las áreas biológicas y psicosociales y del entorno. (Torrez, 2006).

Médico

Desempeño de tareas encaminadas a promover y restablecer la salud y a identificar, diagnosticar y curar enfermedades aplicando un cuerpo de conocimiento especializado propio de nivel superior, en la que preside el espíritu de servicio y en la que se persigue el beneficio del paciente antes que el propio, y para la cual se requiere que las partes garanticen la producción, el uso y la transmisión del conocimiento científico, la mejora permanente para prestar la mejor asistencia posible, la aplicación del conocimiento de forma ética y competente, y que la práctica profesional se oriente hacia las necesidades de salud y de bienestar de las personas y de la comunidad. (Rodriguez, 2010)

Gráfico N°2

Profesión del personal de salud



Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que labora en el puesto de salud Nuevo Amanecer

Se obtuvieron los siguientes resultados: el 67% (2) correspondiente a médico y el 33%(1) licenciado de Enfermería. El puesto de salud cuenta con tres elementos dos médicos y una enfermera.

En la salud el equipo de atención está compuesto por Medico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería, Trabajador social y Operador de limpieza ya que en los centros de salud del municipio de Matagalpa solo se observan médicos, enfermeras y auxiliares ya que son los pilares fundamentales para brindar atención.

Años de Servicio del personal de salud:

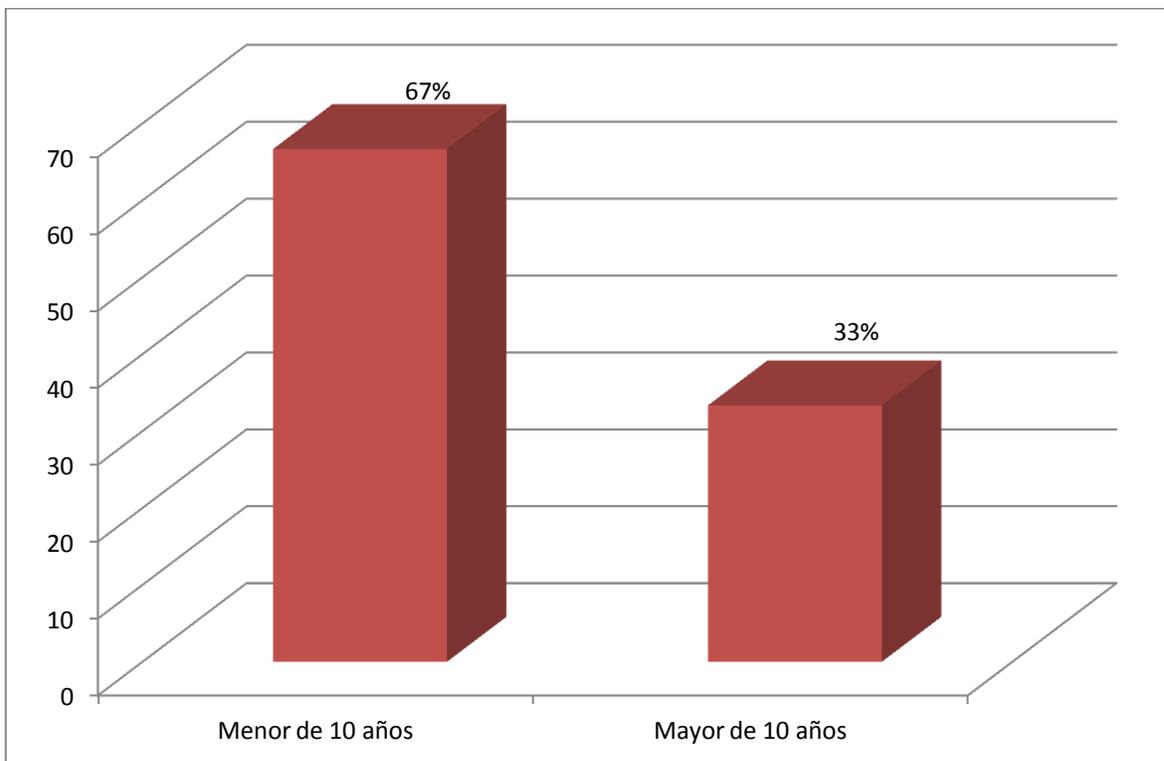
Conjunto de conocimientos y aptitudes que un individuo o grupo de personas ha adquirido a partir de realizar alguna actividad profesional en un transcurso de

tiempo determinado. Es considerada entonces como un elemento muy importante en lo que se refiere a la preparación profesional y en un mejor desempeño laboral en general. Se mide a partir de los años que una persona ha dedicado a alguna actividad específica, aunque también abarca los tipos y diversidad de trabajo que ella haya realizado. (Gomez, 2013)

Según lo citado por el autor, años de servicio es el tiempo que ha dedicado un trabajador de salud en ejercer su profesión en el cual adquiere mayor experiencia en su preparación profesional para un mayor desempeño laboral.

Gráfico N°3

Años de servicios del personal de salud



Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que labora en el puesto de salud Nuevo Amanecer

Se obtuvieron los siguientes resultados: El 67%(2) correspondiente al personal médico, una con 9 años de servicio y una con 1 año, la cual se encuentra en servicio social encontrándose dentro del rango menor de 10 años y un 33% (1)

mayor de 10 años correspondiente a la enfermera con 28 años de laborar para el MINSA.

A partir de la aceptación por el MINSA para laborar en uno de los sectores comienza a contar el tiempo de trabajo o servicio con el cargo asignado. Todo está relacionado con el curriculum o perfil profesional y los años de estudio o preparación.

Los años de servicios hacen mejorar las prácticas, ya que a través del tiempo se van adquiriendo más habilidades y capacidades.

4.3. Conocimientos del personal de salud

Conocimiento:

La experiencia es el comienzo del conocimiento, no algo previo a él, de tal manera que el conocimiento empieza con la experiencia, puesto que la experiencia es conocimiento, el primer conocimiento. La experiencia no es sólo el material previo al conocimiento, sino conocimiento, conocimiento propiamente dicho, elaborado. La experiencia que el personal ha adquirido con el paso de los años, crea una mejor atención debido a las prácticas realizadas anteriormente. (Hegel, 2006)

Es un conjunto de representaciones abstractas que se almacenan mediante la experiencia o la adquisición de conocimientos o a través de la observación.

De acuerdo con lo citado por los autores el conocimiento es todo el aprendizaje adquirido mediante la experiencia y la observación para así ponerlo en práctica.

Tipos de conocimiento

Conocimiento empírico

Se refiere al hecho de que un sujeto llega a reconocer o a diferenciar las cosas por rutina, por simple experiencia o práctica. (Garcia, SF)

Conocimiento científico

Se habla de conocimiento científico cuando se presentan ciertas características: orden, jerarquización, progresión, comprobación y predicción y están basados en la aplicación de un método lógico. (Garcia, SF)

Conocimiento teórico

Es aquel conocimiento que solo se conoce en teoría y que no es posible de ser comprobado en la práctica. (Garcia, SF)

Conocimiento vulgar:

Es aquel que se adquiere en la vida cotidiana del trato con los hombres y la naturaleza. Su carácter es superficial, empírico y no sistematizado. (Garcia, SF)

Conocimiento popular:

Es la información que se transmite sin una crítica de las fuentes que la validan, va dirigido al público en general y su lenguaje es sencillo. Dentro de este tipo de conocimiento se incluye la información periodística, televisiva, conferencias populares. (Garcia, SF)

Conocimiento de divulgación:

Se caracteriza por que en estos existe una crítica razonada de las teorías expuestas, una explicación somera de las fuentes de información y por qué los datos son recopilados directamente de investigadores de primera mano. Diccionarios especializados, conferencias científicas, estudios monográficos, etc. (Garcia, SF)

De acuerdo a los autores antes mencionados podemos referir que existen diferentes tipos de conocimientos, pero se relacionan con el aprendizaje de la

persona ya sea por experiencia o sea porque el individuo lo adquirió mediante la observación o por estudios realizados.

El personal de salud en estudio posee conocimientos científicos por que han recibido una preparación profesional previa y aún siguen actualizándose en conocimientos básicos.

Haber estado en un programa de formación universitaria, representa formas conocimientos científicos; pero se parte de lo empírico con vocación que se hace compartirlo con cada paciente y los estudiantes en particular dando al paciente atención, recomendaciones y como cumplir para mejorar.

Vigilancia, promoción, crecimiento y desarrollo:

Siglas que significan Vigilancia, promoción, crecimiento y desarrollo. Son los controles que se realizan cronológicamente cada 2 meses a los niños, durante 5 años con el fin de vigilar y valorar el crecimiento y desarrollo de los infantes, tomando en cuenta. Las medidas antropométricas y el estado nutricional.

- Permite la captación de los RN y niños menores de 5 años
- Promueve lactancia materna exclusiva en menores de 6 años. (Lagos, 2016)

La Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo se ha identificado como fundamental para dar seguimiento no solo al estado de salud de los niños, si no a la identificación de las alteraciones que pueden afectarlos con el fin de proporcionar oportunamente las correcciones. El entorno de un País es un excelente criterio para determinar el equilibrio entre las dimensiones sociales y económicas del desarrollo del mismo (Vallejos, 2017)

La Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo ha permitido la captación de los recién nacidos y niños menores de cinco años, promoviendo la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses y alimentación complementaria,

Suplementación de hierro y vitamina A, desparasitación, vacunación, estimulación temprana y educación a la madres en el cuidado de sus niños para la aplicación de prácticas de buena higiene (lavado de manos, uso de agua clorada, uso de letrinas) y el reconocimiento de signos de peligro para la búsqueda oportuna de la atención. (UNICEF, 2005)

De acuerdo con lo citado por el autor, VPCD, es la vigilancia, promoción, crecimiento y desarrollo del niño donde se identifica alteraciones o signos de peligro que puede afectar al niño para así corregirlos oportunamente para prevenir complicaciones futuras o las diferentes enfermedades prevalentes durante la infancia.

Importancia de VPCD

Es importante que los niños menores de cinco años estén en el programa de VPCD para lograr disminuir las tasas de morbilidad infantil y desarrollar los componentes de salud, Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD), inmunizaciones, desparasitación, Suplementación con vitamina A, sulfato ferroso y Zinc así como la Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) a nivel institucional y comunitario. (OMS, 2011)

Es importante beneficiar al niño con programa que controlen su crecimiento y desarrollo ya que las intervenciones combinadas tienen efecto positivo en el desarrollo psicosocial, cognitivo y de crecimiento. (Castro & Paredes, 2009)

En el programa se promueve el consumo de alimentos ricos en proteínas y nutrientes necesarios para ayudar al crecimiento del niño. En el programa de vigilancia crecimiento y desarrollo se aplican las numerosas vacunas que ayudan a reducir las distintas enfermedades inmuno prevenibles, fortaleciendo la salud del niño y un crecimiento satisfactorio. La asistencia del niño al programa es para

mejorar la calidad de enseñanza y aprendizaje en los primeros años de vida que son los más importantes para su desarrollo. (Castro & Paredes, 2009)

Según lo citado por el autor el VPCD es importante porque es un programa que ayuda a la disminución de la morbimortalidad infantil así como también la atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Actividades que se realizan en un VPCD.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desarrolla las curvas de crecimiento, que se transforman en una nueva referencia fundamental para conocer cómo deben crecer los niños y niñas (con lactancia materna) desde el primer año hasta los cinco años de vida como también otras actividades para la evaluación del estado general del niño como:

1. Medidas antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico
2. Clasificar el estado nutricional
3. Determinar la tendencia del crecimiento
4. Evaluar el desarrollo psicomotor
5. Determinar problemas de desnutrición, anemia o riesgo nutricional
6. Brindar consejería sobre estimulación temprana
7. Tratar los problemas de desnutrición o riesgo nutricional
8. Administración de sulfato ferroso para la prevención o tratamiento de la anemia
9. Administración de vitamina A una dosis cada 6 meses
10. Administración de tratamiento antiparasitario.
11. Se le brinda consejería a la madre sobre lactancia materna y alimentación complementaria
12. Evalúa el estado de inmunizaciones.
13. Se acuerda de citas de seguimiento según AIEPI
14. Referencia al hospital según protocolo
15. Llenado correcto de papelería de VPCD (Lagos, 2016)

Desarrollo psicomotor

El desarrollo psicomotor es la adquisición progresiva de habilidades funcionales en el niño, reflejo de la maduración de las estructuras del sistema nervioso central que las sustentan. Es necesario que los pediatras de Atención Primaria conozcan la evolución normal de dicho desarrollo, sus límites y las posibilidades diagnósticas ante signos de anormalidad. Se debe mantener la vigilancia en cada una de las revisiones del niño, y cualquier preocupación debe conducir a aplicar un test objetivo que lo ratifique, en cuyo caso se procederá a la derivación para un diagnóstico y tratamiento precoz. (García & Granero, (SF))

El desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son muy importantes en el desarrollo debido a que las sucesivas habilidades motoras que se van a ir adquiriendo hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno. Estos logros de los niños tienen una influencia importante en las relaciones sociales, ya que las expresiones de afecto y juego se incrementan cuando los niños se mueven independientemente y buscan a los padres para intercambiar saludos, abrazos y entretenimiento. (Mateo & Saenz, (SF))

En el desarrollo motor pueden establecerse dos grandes categorías:

1. Motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural)
2. motricidad fina (prensión).

El desarrollo motor grueso se refiere al control sobre acciones musculares más globales, como gatear, levantarse y andar. Las habilidades motoras finas implican a los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, asir, manipular,

hacer movimientos de tenazas, aplaudir, virar, abrir, torcer, garabatear. Por lo que las habilidades motoras finas incluyen un mayor grado de coordinación de músculos pequeños y entre ojo y mano. Al ir desarrollando el control de los músculos pequeños, los niños ganan en competencia e independencia porque pueden hacer muchas cosas por sí mismos. (Mateo & Saenz, (SF))

Según lo citado por los autores el desarrollo psicomotor son todas las habilidades y capacidades que el niño va ir adquiriendo según su edad, esto va en dependencia de las respuestas que tenga con el entorno que lo rodea. Como por ejemplo través de la manipulación de objetos y el dominio del espacio a través de la marcha, el niño va ir adquiriendo experiencias sensorio-motoras que le permitirán construir ideas y desarrollaran su pensamiento y su capacidad de razonar.

Parámetros de desarrollo psicomotor:

1 mes

Persiste semiflexión de extremidades. Manos flexionadas. En prono inicia movimientos repetición. Sigue objetos a 90°. Persiste Grasping.

Capacidad visual muy limitada. No fija. Distingue contornos a 30 cm. Poca visión lateral. Falta coordinación entre los 2 ojos. No percibe profundidades. Visión estereoscópica.

Oído Más desarrollado que la vista. Puede distinguir los ruidos. Los fuertes lo asustan. Distingue volumen, tono. (León, 2002)

En el primer mes se valora el inicio de los movimientos que realiza un niño, los reflejos de moro, la capacidad auditiva es más desarrollada que la visual y localiza el sonido. Aparece la sonrisa social, presta atención y responde a voces conocidas.

2 meses

Al llevarlo a posición sentado, la cabeza cae hacia atrás. Sosteniéndolo sentado. La cabeza se mantiene por instantes. En decúbito prono: se mantiene sostenido sobre antebrazos 45°. En decúbito supino: semiflexión miembros inferiores. Lenguaje: Arrullo cuando se le habla. Sonrisa social: Sigue con la vista objetos a 180°. Grasping discreto con frecuencia las manos abiertas.

Campo visual equivale a 1/3 del adulto.

Sigue con la vista. Oído: Reacciona a estímulos auditivos. (León, 2002)

En el segundo mes se valora los movimientos de la cabeza, está más desarrollada la vista que en el primer mes ya que puede seguir objetos con la vista, se valora el crecimiento y desarrollo para detectar alguna anomalía. Si se comunica con el observador a través de movimientos corporales y expresiones.

3 meses

A esta edad lo importante es que en decúbito prono se mantiene sobre antebrazos y eleva la cabeza de 45° a 90°. En prono, caderas en extensión 0°. Inicia observación de las manos. Voltea al sonido. Ríe cuando está contento. Gira la cabeza para seguir un objeto. Sostiene al contacto.

Reconoce a mamá. Diferencia y percibe olores.

Oído: Busca con la cabeza la fuente del sonido (León, 2002)

En el tercer mes ya el niño tiene desarrollado el sentido del olfato ya que percibe olores, localiza el sonido, se valora la sonrisa social y los diferentes movimientos. Se le pregunta a la madre si sonrío en respuestas a la voz y al rostro quien lo cuida, se comunica con el observador a través de movimientos corporales.

4 meses

Lo importante. Inicia medio giro. En prono; eleva sobre antebrazos el tronco y realiza movimientos como si “nadara”. En supino; intenta poner un pie sobre la rodilla opuesta. La planta de los pies totalmente apoyados sobre el plano de la mesa. Al llevarlo a la posición sentada, la cabeza sigue el resto del cuerpo. Sostiene por instantes los objetos. Visión: semejante al adulto. Lenguaje: voltea al ruido. (León, 2002)

En el cuarto mes se realizan maniobras para que el niño responda le dan objetos para que el niño los agarre, se observa y se escucha que el niño emita sonidos, si mueve o sostiene la cabeza, se le pregunta a la madre si el niño sigue objetos con la mirada.

5 meses

Ayuda a pasar de decúbito supino ha sentado. En prono, eleva el tronco y echa la cabeza hacia atrás. Apoyándose en el tórax, extiende extremidades (avión). Logra alternancia, movimientos miembros inferiores. Prensión voluntaria, palmar, global todavía imprecisa.

Distingue expresiones del rostro materno. Oído: Orienta bien la cabeza hacia el sonido. Puede dejar de llorar al escuchar a la madre o música conocida.

A los 5 meses se valora si el niño eleva el tronco, si extiende sus extremidades, si sonreí al contacto social, si se reí a carcajadas, si detiene el llanto cuando se le habla, si juega con sus manos, si pasa objetos de una mano a otra.

6 meses

En posición prona, puede utilizar sus manos para jugar, así como le gusta tocar sus pies. Si se sostiene de brazos, salta sobre sus pies, estadio “saltador”. Gira de supino a prono. Sostiene objetos uno en cada mano. Lenguaje: balbuceo. Reconoce voz mamá. Social: prefiere a mamá.

Vista: Visión tridimensional. Oído: Cuando se le habla observa y para de moverse. (León, 2002)

A los 6 meses se valora el crecimiento, desarrollo, perímetro cefálico, se observa si el niño intenta alcanzar un juguete, si lleva objetos a la boca, si localiza sonido y si cambia de posición activamente, a este mes el niño ya tiene preferencia a hacia sus padres y imita sonidos.

7 meses

Agarra sus pies “chupa primer orjejo”. Sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante para no caer estado “paracaidista”. Sentado tiene mayor control sobre él y puede inclinarse para sostener objetos. Pasa “rodando” de supino a prono. En prono con facilidad sostiene un objeto y golpea fuertemente en el plano de mesa/piso. Inicia pinza inferior entre pulgar y meñique. (León, 2002)

A los 7 meses se valora el desarrollo y las conductas habituales del niño se observa si se sienta sin apoyo, si alcanza objetos si él los tira y los busca con la mirada, usa gestos de agrado y enojo puede chuparse los dedos de los pies.

8 meses

Control total del tronco. Gira en ambos sentidos (supino-prono-supino). Pasa de supino a sentado. En prono puede elevarse manteniéndose en manos y pies. Si tiene un objeto en cada mano le presenta un tercero, suelta uno para coger el último. El índice empieza a participar en la prensión. Reclama su juguete preferido. “Principio permanencia del objeto”. (León, 2002)

A los 8 meses se valora la progresión del peso si este es normal o anormal, ya en este mes el niño puede elevar sus extremidades y tira objetos, se evalúa la

motricidad activa y pasiva, la postura de la cabeza con respecto al cuerpo, la tonicidad de los músculos y se evalúa el reflejo de Babinski.

9 meses

Inicia gateo hacia atrás. Logra pasar decúbito supino a bipedestación sosteniéndose, lo logra por instantes y cae. Entiende toma-dame. Pinza superior (base pulgar e índice). (León, 2002)

A los 9 meses el niño comienza a gatear, ya se para sobre pies y manos, se sujeta para ponerse de pie, reconoce ya su nombre, objetos y a personas conocidas, presta atención a la música y melodías, busca y da un objeto, tira un juguete y espera que lo recojan para volverlo a tirar.

10 meses

Se pone de pie y da pasos laterales, agarrándose de muebles, se cae con frecuencia. Gatea hacia delante, alterno. Pinza fina (parte distal pulgar e índice). Inicia significado, contenido. (León, 2002)

A los 10 meses se le pregunta a la madre si el niño camina sujeto a muebles y da la mano, si se para solo, si puede decir palabras como papa, mama, si comprende ordenes sencillas, si el niño aplaude, si atiende cuando la mama le habla, si puede comer con una mano y si busca objetos.

Sentido del olfato

La capacidad olfativa se inicia en el bebé en el mismo momento que el bebé respira automáticamente. 60 Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2002; 14: 58-60 edigraphic.com Es muy sensible a los olores fuertes por lo que la madre debe

evitar perfumes intensos (preferible el olor corporal). Ayuda a organizar relación placer-no placer. (León, 2002)

Sentido de la vista

William James dijo que el mundo del recién nacido aparece girando a su alrededor de forma confusa; se equivocaba. La percepción del bebé está más avanzada de lo que pensábamos. Los lactantes pueden diferenciar los estímulos visuales y ya discriminan la luz y la oscuridad, perciben los colores, siguen con la mirada el movimiento de ciertos objetos (Sabaté & Bielsa, (SF))

Sentido del gusto

Se desarrolla con la introducción paulatina de los alimentos. En cuanto el desarrollo motor se lo permita todo se llevará a la boca, a través del olfato y el gusto el bebé comienza a experimentar el placer y desplacer. (León, 2002)

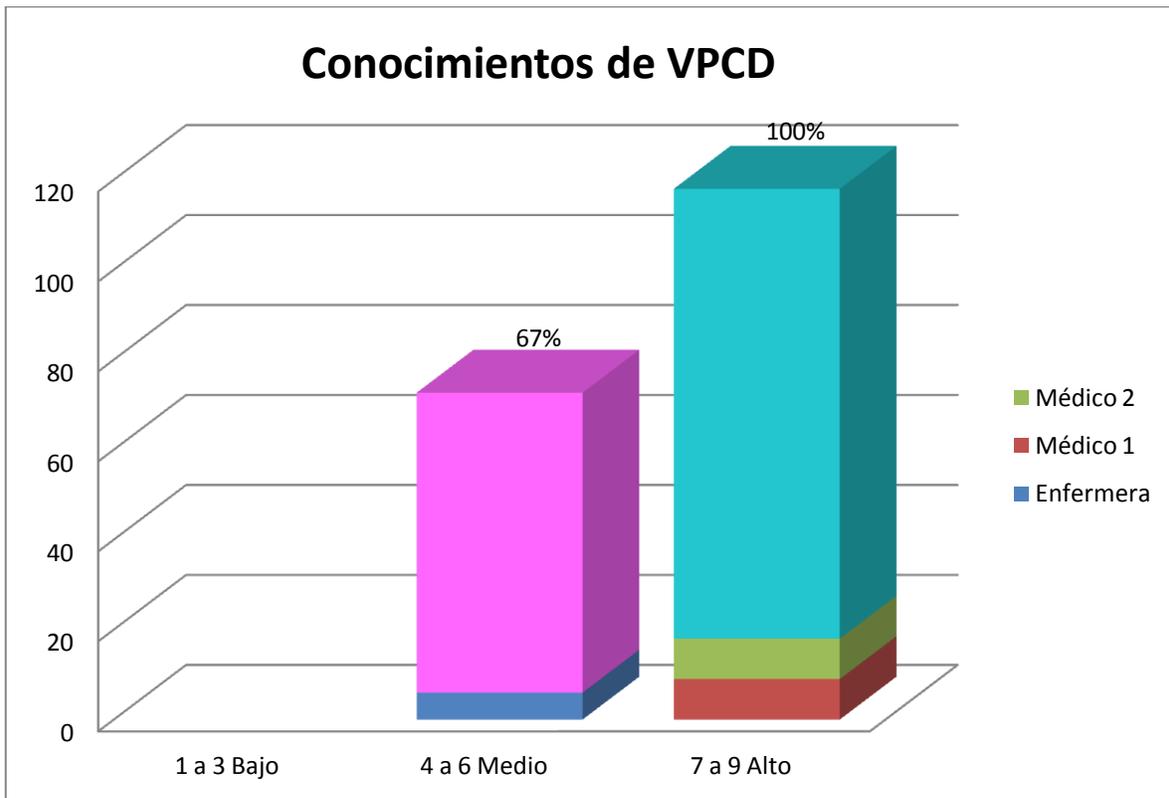
El sentido del tacto

Se convierte rápidamente en uno de los más importantes en el lactante. A través de él investiga y aprende sin cesar, describiendo sensaciones en la textura y calidad de los objetos. A través de ello encontrará sensaciones placenteras o de dolor (ásperas, cortantes, etc.). Existe desde el nacimiento. (León, 2002)

Sentido de audición

Varias semanas antes del nacimiento el feto ya puede oír; inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido podrá oír, aunque, como es lógico suponer su umbral sensitivo es más alto que el de los adultos. La mayoría de los lactantes son sensibles a los estímulos auditivos intensos y fuertes, calmándose cuando escuchan música. Los niños de menos de 20 semanas pueden localizar

una fuente sónica con bastante exactitud. (Sabaté & Bielsa, (SF))



Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que labora en el puesto de salud Nuevo Amanecer

De acuerdo a los resultados obtenidos los dos médicos poseen conocimientos básicos ya que manejan el programa de VPCD, la enfermera no posee conocimientos básicos ya que desconoce ciertas cosas como es que se promueve al momento de realizar un VPCD, cada cuanto se realizan a los niños los controles de VPCD y cuáles son los parámetros del desarrollo psicomotor que se evalúan.

El médico posee conocimiento básico ya que tienen los conocimientos frescos, conocimientos científicos recientes porque una de ellas se encuentra en servicio social y aún sigue en su formación profesional, en cambio la enfermera desconoce ciertas cosas debido a que sus conocimientos se han quedado estancados por la falta de tiempo o interés para actualizarse en conocimientos nuevos.

4.4. Actitudes del personal de salud

Actitud

Actitudes se hace referencia al grado positivo o negativo con que las personas tienden a juzgar cualquier aspecto de la realidad, convencionalmente denominado objeto de actitud (Eagly y Chaiken, 1998; Petty y Wegener, 1998). Las evaluaciones o juicios generales que caracterizan la actitud pueden ser positivas, negativas, o neutras y pueden variar en su extremosidad o grado de polarización. (Briñol, Falces, & Becerra, (SF))

Una definición clásica de actitud es la establecida por Allport, que la consideraba 'un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce un influjo directivo dinámico en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones' (Allport, 1935, en Martín-Baró, 1988). (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004)

Esta definición plantea ya algunas características centrales de la actitud (Vallerand, 1994): a) es un constructo o variable no observable directamente; b) implica una organización, es decir, una relación entre aspectos cognitivos, afectivos y conativos; c) tiene un papel motivacional de impulsión y orientación a la acción -aunque no se debe confundir con ella- y también influencia la percepción y el pensamiento; d) es aprendida; e) es perdurable; y, f) tiene un componente de evaluación o afectividad simple de agrado-desagrado. (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004)

Además, otros dos aspectos que se suelen integrar en los fenómenos actitudinales son: a) su carácter definitorio de la identidad del sujeto; y, b) el ser juicios evaluativos, sumarios accesibles y archivados en la memoria a largo plazo (Zimbardo y Leippe, 1991).citado por (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004)

De acuerdo con lo citado anteriormente por los autores actitud es el estado de ánimo de una persona o el comportamiento que tiene para realizar sus actividades diarias.

Características de las actitudes

1. Son aprendidas ya que se forman a través de las experiencias y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas.
2. Son dinámicas porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad.
3. Son susceptibles de modificación o sustitución sin extensión variable es decir puede abarcar o comprender múltiples objetos.
4. Se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre sí constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción.

Comunicación

La comunicación hace referencia a la interacción social, es decir, a la acción y al resultado de comunicarse. Es una acción social necesaria, ya que si esta no existiese, nadie sería capaz de conocer a fondo el mundo que nos rodea y mucho menos compartir las experiencias propias de cada ser humano con los demás. (Equipo de redacción, 2018)

De acuerdo al autor la comunicación es la acción de comunicarse ya que por medio de esta interacción se recibe y se transmite cualquier información.

Comunicación enfermera-paciente

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas. En lo que respecta al área de salud, se han encontrado estudios en donde la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso. (Adele, Ortiz, López, & Hernández, 2012)

Relaciones humanas

Proceso de interacción que involucra la fuerza activa y lleva a la creación de relaciones agradables o desagradables. (Ramos, 2005)

Toda actividad destinada a lograr la realización personal de los recursos humanos de una institución y optimizar la propuesta de trabajo Principios Rectores:

- Dignidad de la Persona Humana.
- Bien común.
- Solidaridad.
- Participación
- Concepción orgánica de la vida social.
- Consideración de “el otro”
- Tolerancia
- Responsabilidad (Ramos, 2005)
-

Relación Enfermera – Paciente

Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia

de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades. Diversos autores consideran que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos afirman que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño profesional (Ramírez & Müggenburg, 2015)

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

El personal de Enfermería, es el recurso fundamental en un área de salud, es el pilar, la fuerza, el alma de los pacientes por lo que su relación es sincera, desinteresada, cumpliendo con los principios de la ética que son autonomía, beneficencia, no maleficencia, justicia y veracidad.

Enfoque de la enfermería por las teorías de la relación interpersonal

Peplau: Fases de la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Orlando: Cuidado o satisfacción de la necesidad del paciente mediante acciones deliberadas de enfermería. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Trabelvee: La relación enfermera-paciente da sentido al sufrimiento, dolor y enfermedad. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

King: La relación enfermera-paciente permite alcanzar metas y objetivos en un ambiente natural. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Fases de la comunicación

Encuentro original: Se caracteriza por las primeras impresiones que recibe la enfermera del paciente, y viceversa. Ambos se perciben mutuamente según sus roles estereotipados (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Revelación de identidades: La enfermera y el paciente empiezan a verse mutuamente como individuos únicos. A partir de ella se establece un vínculo que dará lugar a la relación. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Empatía: Se distingue por la capacidad de compartir la experiencia de la otra persona. El resultado de este proceso de empatía, es la capacidad de predecir la conducta de la persona con la que se mantiene esta forma de relación. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Simpatía: Esta va más allá de la empatía y se produce cuando la enfermera desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente, se adquiere una implicación personal que permite tomar decisiones eficaces, lo que conlleva a utilizar la propia personalidad de forma consciente, para tratar de establecer relaciones y estructurar la intervención de enfermería. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Compenetración: Esta fase de determina por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento del enfermo. La enfermera y el paciente se relacionan como seres humanos y este último deposita su confianza, su fe en aquél. Para ello cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesarios para ayudar a los pacientes, además de tener la capacidad de percibir, responder y apreciar la individualidad del paciente. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

El modelo de relaciones entre seres humanos amplió las teorías de relación interpersonal de Peplau y Orlando, la diferencia fundamental se revela en cuanto a la relación humana terapéutica entre la enfermera y el paciente. El énfasis de Travelbee en el cuidado puso de relieve la empatía, la compenetración y los aspectos emocionales de la enfermería. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Tipos de Actitud

Actitud positiva

Se puede decir que la actitud debe ser aquella que “promueva la creatividad, la iniciativa, el esfuerzo personal, el trabajo en equipo, la rápida transmisión de información y la capacidad de adaptación”. (Santamaria, 2014)

La creatividad como actitud, es una variante de verla como una característica de la personalidad. Y es esta actitud lo que puede permitir generar procesos y productos que puedan ser juzgados, creativos). (Santamaria, 2014)

En este aspecto, la comodidad y buena acogida de las labores que se desarrollen en la empresa por parte de los subalternos serán del todo destacables y sobresalientes. (Santamaria, 2014)

Es imperioso dejar claro que la actitud positiva no se adquiere como cualquier transacción que uno hiciera, con un cliente, en nuestro campo económico. Para estos efectos, la Asociación Chilena de Seguridad (2012) establece que, siendo el positivismo un estado mental, éste debe ser adquirido por práctica y hábito; por lo que, en pocas palabras, toma tiempo. (Santamaria, 2014)

Actitud negativa

Según Oviedo (2012), una de las más importantes causas del fracaso de los profesionales, es la actitud negativa manifestada hacia la actividad que

desarrollan; sin embargo si las actitudes son de enojo o desprecio, serán estas las acciones y emociones que vivirá durante el día; por eso es importante hacer un análisis al comienzo del día de las acciones y el comportamiento con el cual se desea conducir. (Morales, 2013)

Los autores refieren dos tipos de actitudes, la actitud negativa que se manifiestan a través de conductas y emociones tales como el enojo y la actitud positiva que son acciones que ayudan día a día al crecimiento personal.

El personal de salud en estudio posee actitud positiva ya que tienen una buena relación con el paciente lo cual ayuda a tener una buena comunicación y tener una satisfacción a nivel personal.

Dirección de la actitud

Marca el aspecto positivo o negativo de la misma; es decir, señala el modo de sentir, en pro o en contra del objeto actitudinal; sólo se registra neutralidad en los instrumentos, cuando no se ha desarrollado una actitud frente al objeto en cuestión. Se puede tomar como ejemplo el fenómeno actitudinal del currículo por competencias en la enseñanza universitaria. (Morales, 2013)

Es fácil comprobar que hay muchos maestros que tienen actitudes de aceptación hacia éste, pero también hay quienes lo rechazan: si le pregunta a un matemático si lo acepta o lo rechaza, es muy probable que conteste que no está ni de acuerdo ni en desacuerdo, pues no sabe en qué consiste; de igual modo, entre quienes lo acepten puede haber algunos que no lo conozcan a cabalidad y otros no saben nada de competencias, es posible que entre sus detractores haya personas sólo basadas en ideas equivocadas acerca de él (Morales, 2013)



Con los resultados obtenidos se identificó que el personal de salud cumple con el horario establecido ya que en todo centro estatal o privado tienen reglamentos que rigen el horario de entrada y salida, asiste al trabajo con disposición de atender esto es muy importante ya que si el personal de salud no tiene disposición va a dar un maltrato a la población, organiza el área de trabajo desde que inicia la atención y clasifica las actividades a realizar según categoría es decir se dividen el trabajo. Hay una buena relación entre personal de salud y usuarios, hay empatía y simpatía por parte del personal de salud ya que les inspira confianza, aclara dudas e inquietudes sobre la atención del niño, hay dedicación en la atención del niño ya que se prioriza al niño como paciente y no percibimos actitudes negativas que pueden afectar el cuidado del niño ya que el personal de

salud es amable, respetuoso, cariñoso y paciente a la hora de la atención. El personal de salud identifica necesidades del niño a través de la comunicación tales como: enfermedades diarreicas, mal nutrición, enfermedades respiratorias, fiebre y maltrato infantil, lo cual da pauta para brindar los cuidados necesarios y evitar una mayor complicación en el infante. El personal de salud maneja el esquema de vacunación, aplican la técnica correcta de la vacunación y le explica a las madres sobre los efectos adversos de la vacuna y las enfermedades que esta previenen ya que es importante no perder la oportunidad de inmunizar ya que si un niño se atrasa en el esquema de vacunación habrá problemas en el crecimiento y desarrollo. En conclusión podemos decir que todas las actitudes del personal de salud van en consecución unas de otra lo cual influye en la eficiencia y eficacia de la atención de los niños que asisten a VPCD.

4.5. Prácticas del personal de Enfermería

Prácticas

Dicho de un conocimiento que enseña el modo de hacer algo. (Real Academia Española, (SF))

Ejercicio que bajo la dirección de un maestro y por cierto tiempo tienen que hacer algunos para habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión (Real Academia Española, (SF))

Que piensa o actúa ajustándose a la realidad y persiguiendo normalmente un fin útil. (Real Academia Española, (SF))

De acuerdo con los autores son las habilidades o experiencias que se adquiere con la realización continua de una actividad.

Actividades que se realizan en el primer control 3 días después del nacimiento

1. Examen físico céfalo caudal buscando anomalías fenotípicas tales como:
 - Hendidura palpebral oblicua
 - Ojos separados (hipertelorismo)
 - Implantación baja de las orejas
 - Labio leporino
 - Hendidura o fisura palatina
 - Cuello corto o largo
 - Pliegue palmar único – 5
 - Dedo de la mano corto y curvo.
 - Perímetro cefálico: Es importante porque ofrece información del desarrollo del cerebro del niño y alerta sobre posibles alteraciones como es la hidrocefalia, microcefalia y macrocefalia.
1. Peso: Su importancia radica en conocer la masa corporal de un individuo el mismo debe tomarse con la menor cantidad de ropa posible. Cuando el peso no se toma con la cantidad mínima de ropa se puede estar sobreestimando (pesando más de lo real) a un individuo dando lugar a una evaluación inadecuada del niño
2. Talla: Su importancia es medir el tamaño del individuo desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones). El niño se mide de pies, la talla se toma en niños menores de 24 meses.
3. Reflejo cócleo, succión y moro: Los reflejos de los bebés influyen en el desarrollo motor y son importantes para la creación de patrones de movimientos. El desarrollo motor del bebé es de vital importancia, para su desarrollo cerebral y para los procesos mentales e intelectuales de la vida del individuo; los reflejos del bebé constituyen la base neurológica para el desarrollo de los movimientos controlados, y por tanto base para la reflexión.
4. Brazos y piernas flexionados.

5. Manos cerradas: La causa es debido a un reflejo llamado prensil palmar, todo los bebes, mantienen con sus manos cerradas debido a este reflejo el cual va desapareciendo a partir de la semana 6.
6. Sonrisa social: Su importancia es intensificar la interacción entre la madre (padre o cuidador) y él bebe para mantener la proximidad de ambos y desarrollar los lazos de apego. Las sonrisas sociales selectivas; el niño comienza limitar los estímulos a los cuales sonrío.
7. Realizar expediente: Nos ayuda a entablar una relación más personal con el paciente, porque nos permite conocerlo en diferentes aspectos, es una forma de hacer contacto con el paciente e ir conociendo profundamente sus necesidades.
8. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación: : Nos va a ir ayudando poco a poco a ver más claro cuál es el problema del paciente y con eso ir planteando un tratamiento correcto.
9. Programación de próxima cita: La importancia es para llevar un control sobre las asistencias del niño en sus controles. (OPS,OMS, 2009)

Matriz de Captación (primer control)														
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Tiempo	15-25													
SI		XX												
NO														

Fuente: Propia

Según la guía de observación realizada al personal de salud se logró identificar que en el control de captación se tardan de 15-25 minutos porque hacen las actividades del VPCD correctamente, ya que realizan el llenado completo de la historia clínica, le realizan correctamente el examen físico cefalocaudal, pesan, talla y miden el perímetro cefálico adecuadamente, realizan los reflejos de moro y se le pregunta a la madre si succiona vigorosamente, si localiza el sonido y si sostiene la cabeza, grafica adecuadamente la curva de crecimiento y desarrollo, calcula adecuadamente el IMC, realiza adecuadamente el llenado de la tarjeta de

vacuna, brindan cita de seguimiento para su segundo control, informa a la madre sobre el crecimiento y desarrollo del niño, brindan consejería sobre las señales de peligro y la lactancia materna exclusiva.

Actividades que se realizan en el segundo control (2 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. realizar expediente
6. realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
7. programación de próxima cita (Figueiras, Souza, & Ríos, 2011)

Aplicación de vacunas polio oral, pentavalente DPT/HB+Hib, rotavirus, neumococo (Ministerio de Salud, 2017)

Matriz del segundo control									
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tiempo	10-15 min								
SI			XXX	XXX		XXX		XXX	XXX
NO		XXX			XXX		XXX		

Fuente: Propia

De acuerdo a los resultados se logró identificar que el personal de salud en los controles de dos meses se tardan de 10-15 minutos ya que no realizan en si todas las actividades del VPCD correctamente, ya que no realizan el examen físico cefalocaudal lo hacen de manera general cuando un niño llega enfermo, mide el perímetro cefálico y el peso del niño con la técnica correcta, realizan la talla pero

con mala técnica ya que miden a los niños cuando las madres los están cargando en sus brazos esto no da un dato exacto, realizan anotaciones en expediente sin embargo hay ítems de la hoja de seguimiento que los dejan en blanco esto puede ser por la falta de tiempo debido a la demanda de pacientes en este puesto de salud, si llena correctamente la tarjeta de vacuna y brinda cita para su tercer control, se le brinda consejería sobre la lactancia materna exclusiva y se le explica a la madre sobre los efectos adversos de las vacunas y las enfermedades que esta previene.

Actividades que se realizan en el tercer control (4 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. Responde al examinador
6. Agarra objetos: Los bebés nacen con el reflejo de agarre lo cual se va desarrollando mes con mes hasta que se desarrolle la coordinación necesaria para agarrar o sujetar los objetos con seguridad.
7. Emite sonidos: Es importante que desde el primer mes de vida se realice estimulación auditiva ya que está estrechamente relacionada a la adquisición temprana del lenguaje y la comunicación.
8. Sostiene la cabeza: Al nacer el bebé tiene poco control de su cabeza pero mes con mes se va desarrollando esta habilidad crucial para los movimientos posteriores como sentarse y caminar.
9. Realizar expediente
10. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
11. programación de próxima cita (Figueiras, Souza, & Ríos, 2011)

Aplicación de vacunas polio oral, pentavalente DPT/HB+Hib, rotavirus, neumococo (Ministerio de Salud, 2017)

Matriz del tercer control													
Pregunt a	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Tiempo	10-15 min												
SI			XXX X			XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX X	XXX	XXX
NO		XXX X		XXX X	XXX X								

Fuente: Propia

De acuerdo a los resultados se logró identificar que el personal de salud en los controles de 4 meses se tardan de 10-15 minutos ya que no realizan en si todas las actividades, no realizan el examen físico cefalocaudal, miden el perímetro cefálico con la técnica correcta, no realizan el peso correctamente ya que no retiran las prendas y esto altera el resultado, miden la talla pero no con la técnica correcta ya que no colocan a los niños sobre una superficie si no que hacen una medición cuando son cargados por las madres, realizan maniobras para que el niño responda le dan objetos para que el niño los agarre, observa y escucha que el niño emita sonidos, observa si mueve y sostiene su cabeza, le pregunta a la madre si sigue objetos con la mirada esto ayuda para valorar si el niño tiene un adecuado desarrollo psicomotor, realizan anotaciones correspondientes en el expediente, se llena correctamente la tarjeta de vacuna y brinda cita para su cuarto control, manejan el esquema de vacunación aplica las vacunas como la polio oral, pentavalente, rotarix y neumococo con la técnica correcta, se le brinda consejería sobre la lactancia materna exclusiva y se le explica a la madre sobre los efectos adversos de las vacunas y las enfermedades que esta previene.

Actividades que se realizan en el cuarto control (6 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico

3. Peso
4. Talla
5. Intenta alcanzar un juguete
6. Lleva objetos a la boca
7. Localiza un sonido
8. Cambia de posición activamente (gira)
9. Intenta alcanzar juguetes
10. Realizar expediente
11. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
12. Programación de próxima cita (Figueiras, Souza, & Ríos, 2011)
13. Aplicación de vacunas polio oral, pentavalente DPT/HB+Hib, neumococo (Ministerio de Salud, 2017)

Matriz del cuarto control														
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Tiempo	10-15 min													
SI			XXX			XXX	XXX	XXX	XXX	XXX	XXX		XXX	XXX
NO		XXX		XXX	XXX							XXX		

Fuente: Propia

De acuerdo a los resultados se logró identificar que el personal de salud que en los controles de 6 meses se tardan de 10-15 minutos que no realizan todas las actividades correctamente del VPCD, no realizan examen físico cefalocaudal, miden el perímetro cefálico con la técnica correcta, pesan y tallan al niño pero no con la técnica adecuada, observan si el niño intenta alcanzar un juguete, si lleva objetos a la boca, si localiza sonido, si el niño cambia de posición activamente, no realizan correctamente las anotaciones correspondientes en expediente hay ítems

de la hoja de seguimiento que los dejan en blanco, si llena correctamente la tarjeta de vacuna y brinda cita para su quinto control, , manejan el esquema de vacunación aplica las vacunas como la polio oral, pentavalente, rotarix y neumococo con la técnica correcta, se le brinda consejería sobre la lactancia materna exclusiva y se le explica a la madre sobre los efectos adversos de las vacunas y las enfermedades que esta previenen.

Todas las actividades que se realizan en los controles son importantes porque en estos se van valorando al niño sano o enfermo y el progreso que van teniendo en el crecimiento y desarrollo el cual da pauta para identificar alteraciones en el desarrollo psicomotor y corregirlas a tiempo para evitar mayores complicaciones.

Actividades que se realizan en el quinto control (12 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. Juega a taparse y descubrirse
6. Transfiere objetos entre una mano a la otra
7. Duplica sílabas
8. Se sienta sin apoyo
9. Realizar expediente
10. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
11. Programación de próxima cita (Figueiras, Souza, & Ríos, 2011)
12. Aplicación de la vacuna correspondiente MMR

Actividades que se realizan en el sexto control (15 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla

5. Imita gestos (ej. aplaude)
6. Produce jerga
7. Camina con apoyo
8. Realizar expediente
9. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
10. Programación de próxima cita (Figueiras, Souza, & Ríos, 2011)
11. Aplicación de vacuna correspondiente MMR (Ministerio de Salud, 2017)

Actividades que se realizan en el séptimo control (15 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. Ejecuta gestos a pedido
6. Coloca cubos en un recipiente
7. Dice una palabra
8. Camina sin apoyo
9. Realizar expediente
10. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
11. Programación de próxima cita (Figueiras, Souza, & Ríos, 2011)

Actividades que se realizan el octavo control (18 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. Identifica dos objetos
6. Garabatea espontáneamente
7. Dice tres palabras

8. Camina para atrás
9. Realizar expediente
10. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación (Figueiras, Souza, & Ríos, 2011)
11. Aplicación de vacuna correspondiente pentavalente (Ministerio de Salud, 2017)

Antropometría

Es la técnica que se ocupa de medir las variaciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo. Dos de las medidas utilizadas con mayor frecuencia son el peso y la estatura porque nos proporcionan información útil para:

- Identificar niños que pudieran tener anomalías en el crecimiento.
- Identificar precozmente a estos niños.
- Brindarle seguimiento, atención y tratamiento precoz. (UNICEF, 2010)

De acuerdo al autor antes citado antropometría es la habilidad de realizar medidas del peso y estatura, esto con el fin de observar anomalías en el crecimiento.

Peso

Es la medición de la masa corporal de un individuo. (tejada, 2013)

Peso para la edad

Un índice nutricional que mide la insuficiencia ponderal (o la emaciación y el retraso del crecimiento combinados). (Unicef, 2012)

Talla

Es la medición de la estatura o longitud del cuerpo humano desde las plantas de los pies hasta el vértice de la cabeza. (tejada, 2013)

Talla para la edad

Refleja el crecimiento lineal alcanzado en relación con la edad cronológica y su déficit se relaciona con alteraciones acumulativas de largo plazo en el estado de salud y nutrición. (Girona, Köncke, & Pandolfo, SF)

IMC

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). (OMS, 2016)

De acuerdo con el autor es la medida que asocia el peso y la talla para valorar si dicha relación es saludable.

Representa la relación entre masa corporal (peso) y talla (estatura). Esta prueba se fundamenta en el supuesto de que las proporciones de masa corporal/peso, tanto en los grupos femeninos como masculinos, poseen una correlación positiva con el porcentaje de grasa corporal que posee el cuerpo. (Corsino, 2008)

Índice de masa corporal para la edad (IMC/E)

Refleja el peso relativo con la talla para cada edad; con adecuada correlación con la grasa corporal. Se calcula con la división del peso sobre la talla² o bien más prácticamente el peso dividido por la talla, a su vez dividido por la talla. Su interpretación es similar a la mencionada para el peso talla, pero con más precisión. (Pacheco & Pernas, 2012)

Perímetro Cefálico

Es la medición del perímetro de la cabeza del niño en su parte más grande se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas y alrededor de la parte posterior de la cabeza. Se conoce también como circunferencia -frontal. (Mejia, 2016)

El perímetro cefálico representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital. Aporta información valiosa en relación al desarrollo del cerebro, especialmente en los primeros tres años de vida. (Gabulli, 2000)

De acuerdo con los autores el perímetro cefálico es la medida de la cabeza del bebe en su parte más grande. Esta técnica ayuda a prevenir complicaciones como la microcefalia y la hidrocefalia entre otros.

Según la guía de observación al personal de salud logramos identificar que si realizan correctamente la técnica de perímetro cefálico ya que utiliza la cinta métrica y mide arriba de las cejas y de las orejas llega hacia la parte prominente de la cabeza llamada occipucio.

Técnicas

Medición del peso

Técnica para balanza pediátrica

- Apoyar la balanza en una superficie horizontal firme.
- Verificar si se encuentra calibrada
- Colocar un género liviano sobre el platillo
- Pesar al niño sin ropa. Si esto no es posible, se descontará luego el peso de la prenda usada.
- Pedir a la madre que colabore quitando toda la ropa al niño. Si la madre no desea desnudarlo o la temperatura es muy baja, pesar al niño con ropa ligera (camiseta o pañal delgado) y descuento el peso posteriormente.
- Colocar al niño en el centro del platillo, cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte. Mientras permanece acostado o sentado, la madre o acompañante deberá estar cerca para tranquilizarlo.

- Deslizar primero la pesa que mide incrementos de 1 kg para obtener el peso aproximado.
- Deslizar luego la pesa que mide incrementos de 10 g para obtener el peso exacto, es decir cuando el fiel o barra quede en equilibrio. Si este peso se encuentra entre dos medidas se considerará la menor.
- Leer el peso obtenido y descontar el peso del género para obtener el peso real del niño.
- Anotar el peso en el registro.
- Volver ambas pesas a la posición “cero”.
- Al concluir la tarea trabar la balanza con el seguro. (Pacheco & Pernas, 2012)

De acuerdo a lo antes mencionado, para la realización correcta de la técnica debemos tener en cuenta que la balanza pediátrica debe estar calibrada y encontrarse sobre una superficie plana y firme, se debe de colocar un campo limpio este debe ser cambiado con cada infante ya que el niño se pesa desnudo con el fin no afectar los resultados.

Según la guía de observación se logró identificar que el personal de salud no realiza adecuadamente la técnica del peso ya que no les quitan las prendas a los niños y esto puede alterar el resultado en los menores de un año, ya que no cumplen con los pasos descritos en la teoría.

Medición de la longitud corporal (acostado)

La longitud corporal debe medirse hasta los 2 años. Desde esta edad en adelante se medirá en posición de pie.

Técnica

- Apoyar la cinta métrica sobre la superficie horizontal, haciendo coincidir el cero de la escala con el borde de la superficie, colocando un tope fijo (superficie vertical fija)

- Verificar la ubicación perpendicular de las cintas respecto a la superficie vertical fija, que debe estar en escuadra con el plano horizontal.
- Solicitar la colaboración de la madre para efectuar la medición. • El niño debe estar sin calzado ni medias, y se debe retirar de la cabeza hebillas, trabas, gorros, rodetes, etc.
- Colocar al niño en forma horizontal sobre la cinta, de manera tal que el cero de la escala quede a la altura de la cabeza. Se puede colocar un pañal o lienzo sobre la cinta.
- La cabeza debe quedar en posición que el plano formado por el borde orbitario inferior del ojo y el conducto auditivo externo quede en posición perpendicular a la superficie horizontal.
- Presionar suavemente el cuerpo del niño para que la espalda quede apoyada sobre la cinta.
- Presionar las rodillas y mantener los pies en ángulo recto, deslizando sobre la superficie horizontal un tope móvil (superficie vertical móvil), hasta presionar las plantas de los pies.
- Mantener el tope, retirar los pies y efectuar la lectura de las cintas en cm y milímetros.
- Registrar la medición en cm y milímetro

Medición de la Estatura

Medición de la talla (posición de pie) desde los 2 años

Técnica

- Adosar la cinta a la superficie vertical, haciendo coincidir el cero de la escala con el suelo.
- Verificar la verticalidad de la cinta usando una plomada o un objeto pesado (ej. piedra sujeto a un piolín).
- Solicitar la colaboración de la madre para efectuar la medición en los niños.
- La persona debe estar sin calzado ni medias y se debe retirar de la cabeza, gorras, gomas, trabas, hebillas, rodetes, etc.

- Colocar al sujeto de forma tal que los talones, nalga y cabeza, estén en contacto con la superficie vertical.
- La cabeza debe mantenerse erguida de forma tal que el plano formado por el borde orbitario inferior y el conducto auditivo externo esté perpendicular al plano vertical.
- Deslizar un tope móvil sobre el plano vertical, hasta contactar suavemente con el vértice superior de la cabeza.
- Retirar a la persona levemente inclinada, manteniendo el tope móvil en la posición y efectuar la lectura en cm y ms.
- Registrar el dato expresado en cm y milímetros. (Pacheco & Pernas, 2012)

Según la guía de observación se logro identificar que el personal de salud si realiza la talla del niño pero no con la técnica correcta ya que no se cumplen los pasos según teoría, puesto que los niños en algunos casos son medidos con cinta métrica cuando son cargados por las madres y esto no dará un dato exacto de la talla.

Procedimiento de Graficaciòn

Para la Graficaciòn, se deben conocer los datos de Edad (para seleccionar el / los indicador/es) Sexo (para seleccionar la/s gráfica/s correspondiente/s) y de Peso y Talla (mediciones antropométricas a evaluar).

a) Marcando Punto en la Gráfica de peso Para la edad (P/E)

Para conocer la edad del niño se tendrá en cuenta la fecha de nacimiento y la fecha del control. Se deberá registrar en meses y días. (ej.: 1 mes y 20 días; 1 mes y 28 días). Si se desconoce el día de nacimiento se aproximará al mes más próximo a alguna fecha importante, cercana a su nacimiento.

Marcar los puntos en la línea vertical correspondientes a la edad completada (en semanas, meses, o años y meses), no entre las líneas verticales.

El P/E refleja el peso corporal en relación a la edad del niño/a en un día determinado. Este indicador se usa para evaluar si un niño presenta peso bajo; pero no se usa para clasificar a un niño con sobrepeso u obesidad.

Para marcar puntos en la curva de peso para la edad: Marcar las semanas, los meses o años y meses cumplidos en una línea vertical Marcar el peso en una línea horizontal o en el espacio entre las líneas para mostrar la medición del peso a 100 g, por ejemplo: 9 meses 8 kg, 13 meses (1 año y un mes) 8,9 kg, 18 meses (1 año y 6 meses) y 15 días 9,2 kg y 23 meses (1 año y 11 meses) y 20 días 11,2 kg . Cuando hay puntos marcados de dos o más visitas una los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia. (Pacheco & Pernas, 2012)

Interpretación de las gráficas

Como interpretar la información relevada

- Alto Peso: mayor o igual a $z-2$
- Peso adecuado: mayor a $z -1,5$ y menor a $z-2$.
- Alerta Bajo Peso: menor o igual a $z-1,5$ y $z-2$. El alerta es un niño en la categoría de adecuado, pero que debe recibir controles más frecuentes para evaluar la tendencia.
- Bajo Peso: menor o igual a $z-2$ y mayor a $z-3$
- Muy Bajo Peso: menor o igual a $z-3$

La ubicación por debajo o igual al $z-2$ o por encima o igual al $z-2$ puede representar un problema, por ello debe derivar a todos los niños/as en esos rangos para que puedan ser diagnosticados medicamente.

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño/a. Este indicador permite identificar niños/as con baja talla (longitud o talla baja) a causa de un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes y/o maltrato.

Para marcar un punto en la curva de longitud/talla se procede de la siguiente manera:

- Marcar semanas cumplidas, meses o años y meses sobre la línea vertical (no entre las líneas verticales). Por ejemplo, si un niño tiene 5 ½ meses de edad, el punto será marcado en la línea para 5 meses (no entre las líneas para 5 y 6 meses).
- Luego se marca la longitud o talla sobre o entre las líneas horizontales, tan exacto como sea posible.
- Para una mejor apreciación de la tendencia se deben unir en una línea recta los diferentes puntos marcados en cada uno de los controles. Si un punto marcado parece dudoso, y si es necesario, vuelva a medir al niño/a.
- Uniendo los puntos queda dibujada una curva en la que se puede ver la tendencia del crecimiento en talla de la niña. (Pacheco & Pernas, 2012)

Según el autor antes mencionado la gráfica se interpreta guiándose por la edad, peso y estatura del infante, a medida que el niño va creciendo se van colocando los puntos y se va dibujando el gráfico, esto se debe realizar en cada control, estas gráficas orientan alguna anomalía en el desarrollo del infante.

Cómo interpretar la información relevada

- Talla alta: por mayor o igual (\geq) a z 2
- Talla adecuada: entre z -1,5 y z 2.
- Talla alerta: entre menor o igual (\leq) a z -1,5 y mayor a z -2
- Talla Baja: menor o igual a z -2 y mayor a z -3
- Talla Muy Baja: igual o menor a z -3

La ubicación por debajo o igual al z -2 o por encima o igual al z 2 puede representar un problema, por ello debe derivar a todos los niños/as en esos rangos para que puedan ser diagnosticados médicamente.

C) Determinación del índice de masa corporal (IMC)

IMC es un indicador que relaciona el peso de la persona con su talla/longitud, útil para evaluar la nutrición y el estado de salud; se calcula con la fórmula matemática de la siguiente forma:

$$\text{IMC} = \text{peso}/\text{talla}^2 \quad \text{o bien} \quad \text{IMC} = \text{Peso}/ \text{talla}/ \text{talla}$$

Peso en Kg y talla en m

Se puede reemplazar el cálculo matemático del IMC por la tabla DE IMC, para su uso siga los siguientes pasos:

- Encontrar la longitud o talla del niño/a (en centímetros) en la columna de la izquierda de la tabla. Si no se muestra la medición exacta, seleccione la más cercana. Si la medición del niño/a está justo en medio de los valores que se muestran, seleccione la próxima medición mayor.
- Mirar a lo largo de la fila para encontrar el peso del niño/a. Si no se muestra el peso exacto, seleccione el peso más cercano. Si el peso del niño/a está justo en medio de los valores que se muestran, considérela "en la línea".
- Desplazar su dedo desde el peso hacia arriba para encontrar el IMC del niño/a en la primera fila de la tabla (o puede desplazarlo hacia abajo ya que el IMC también se muestra en la última fila). Si el peso está "en la línea", el IMC estará en medio de los valores que se muestran, por ejemplo 15,5 si está en medio de 15 y 16. (Pacheco & Pernas, 2012)
- Registrar el IMC en el carné y su hoja de visita.

Cómo interpretar la información relevada

- Muy alto Peso: con IMC mayor o igual a z 3
- Alto Peso: mayor o igual a z 2 y menor a z 3
- Peso adecuado: mayor a z -1,5 y menor a z 2.
- Alerta Bajo Peso: menor o igual a z - 1,5 y z -2. El alerta es un niño en la categoría de adecuado, pero que debe recibir controles más frecuentes para evaluar la tendencia.
- Bajo Peso: menor o igual a z -2 y mayor a z -3

- Muy Bajo Peso: menor o igual a $z -3$

Según la guía de observación aplicada se logró identificar que el personal de salud si realiza la Graficaciòn correcta de las curvas de crecimiento y desarrollo de acuerdo con los percentiles para dar una buena valoración y explicarles a las madres si el niño va adecuado e inadecuado con su peso y talla; realiza el cálculo de IMC del niño. El calcular el IMC del niño es de gran importancia ya que este nos da pauta para identificar si el niño se encuentra ya sea en algún grado de desnutrición o sobrepeso y así poderlo clasificar.

Llenado de tarjeta de vacunas

En la cara externa de la carne figuran los gráficos de talla-edad (sector superior) y peso para la edad (sector inferior), dichas curvas se confeccionan a partir de los valores para varones y niñas de los percentiles diez de las tablas de referencia recomendadas por la OMS. . (Diaz, Marthel, & Martinez, 1993)

En cada control se grafican los puntos correspondientes a la intersección de los valores obtenidos entre peso-talla con la edad del niño en la consulta. (Diaz, Marthel, & Martinez, 1993)

Cada niño o niña debe tener su carnet para registrar su crecimiento, esto incluye mediciones, recomendaciones, enfermedades que padezca o haya padecido, vacunas que tiene y que le faltan, entre otras cuestiones de su desarrollo. (Pacheco & Pernas, 2012)

Según la fuente describe que la tarjeta de vacunación es un documento necesario para analizar el estado de salud del niño ya que se lleva un registro de las vacunas del infante, aplicadas desde el momento que nace hasta la edad actual que llega a su control de VPCD, se le entrega a la madre, padre o tutor, de niño(a), se le debe explicar la importancia de cuidar de este carnet, ya que es

fundamental para cada control, en esta se debe colocar la fecha de la aplicación de la vacuna y anotar la fecha de la siguiente.

Inmunización

Inmunización es aquella que previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante la vacunación. (OMS, 2017)

Es una forma de activar el sistema inmune y prevenir enfermedades graves potencialmente mortales. Esta exposición ayuda al sistema inmunitario a reconocer y crear anticuerpos, activar defensas contra esa enfermedad de manera eficiente y específica. (Ecured.cu, 2017)

De acuerdo a lo antes mencionado describe que la inmunización es la que previene el contagio de posibles enfermedades por medio de la vacunación, activando y fortaleciendo de esta manera el sistema inmunológico de cada niño.

Tipos de Vacuna

Según sus componentes biológicos se agrupan en:

- Vacunas de microorganismos vivos: están constituidas por gérmenes vivos atenuados.
- Vacunas de microorganismos muertos: están elaboradas con gérmenes muertos o sus productos.
- Vacunas con antígenos purificados de subunidades: en ellas se prescinde de todos los antígenos que no tiene influencia en la respuesta protectora.
- Vacunas adyuvadas: se emplean adyuvantes además de los antígenos que incrementa la respuesta inmunitaria y la hace más efectiva.
- Según su composición antigénica o su valencia, se agrupan en:
- Vacunas monovalentes: contienen un solo tipo antigénico, porque el agente microbiano tiene una composición inmunológica homogénea o porque se selecciona una sola variante. Ej.: tenemos la de la fiebre tifoidea.

- Vacunas polivalentes: son necesarias cuando la especie se subdivide en diversos tipos antigénicos que no inducen una respuesta inmunitaria cruzada. Ej.: Meningococo y poliomielitis trivalente.
- Vacunas combinadas: cuando se realizan asociaciones de varios elementos antigénicos de distintas naturalezas. Ej.: DPT – difteria, tosferina, tétanos. (Ecured.cu, 2017)

Esquema de Vacunación

El esquema de vacunación es una recomendación basada en evidencia, que permite a una población decidir la forma en que puede prevenir, en diferentes grupos de edades, enfermedades transmisibles por medio de la inmunización de sus habitantes. (Porrás, 2006)

Vacunas

- | | |
|--------------------|-------------|
| ➤ BCG | ➤ Neumococo |
| ➤ Polio inyectable | ➤ MMR |
| ➤ Polio oral | ➤ MR |
| ➤ Pentavalente | ➤ DPT |
| ➤ Rotavirus | ➤ DT |
| | ➤ Influenza |

Según la guía de observación se identificó que el personal de salud maneja el esquema de vacunación, aplican la técnica correcta de la vacunación y le explican a las madres sobre los efectos adversos de la vacuna y las enfermedades que esta previenen.

Historia Clínica

Se puede decir que es un arma básica para el personal de salud, es una narración escrita, ordenada, clara, precisa y detallada de todos los datos relativos, que sirve de juicio definitivo de la enfermedad actual. (Davila, 2014).

Es el arte de ver, oír, entender y describir la enfermedad humana. (Alfaro, 2009)

Según los autores la historia clínica es aquel documento donde el personal de salud describe de forma escrita los datos de relevancia que influya en la salud, la historia clínica es un instrumento fundamental para garantizar la realización correcta de los controles de VPCD al niño.

Según la guía de observación aplicada el personal de salud llenan, completamente la historia clínica, pero a la hora de las anotaciones en el expediente dejan en blanco ítems de la hoja de seguimiento esto puede ser porque no le toman a importancia a este documento, por falta de tiempo ya que es mucha la demanda de atenciones en los niños o por falta de recursos.

Examen Físico

Es el conjunto de procedimientos o habilidades de la ciencia de la semiología clínica que realiza el médico al paciente, después de una correcta anamnesis en la entrevista clínica, para obtener un conjunto de datos objetivos que estén relacionados. (Castañeira & Rico, 2007)

De acuerdo con lo citado por el autor el examen físico es la ciencia o la exploración que se le practica a una persona con el fin de identificar posibles alteraciones o enfermedades para prevenir complicaciones.

Según la guía de la observación aplicada se identificó que solo un personal de salud realiza el examen físico céfalo caudal lo cual este es importante ya que esto nos ayuda a identificar alguna alteración del niño, valorar la coloración de la piel y evidenciar algún signo de maltrato infantil.

V. CONCLUSIONES.

1. Se caracterizó socio demográficamente a la población en estudio en donde el personal de salud se encontró dentro de los rangos de 21-34 años y de 35 a más, siendo dos médicos con menos de 10 años de servicios laboral y una licenciada de enfermería con más de 10 años de laborar para el MINSA.
2. El personal de salud posee en su mayoría un nivel de conocimiento básico ya que cuando se le realizó la entrevista dieron las respuestas correctas las cuales coincidieron con la teoría, sin embargo se encontró debilidad por parte del personal de Enfermería por que desconoce ciertas cosas.
3. Con respecto a la actitud del personal de salud se aplicó una escala Likert en donde según esta, el personal de salud posee un actitud positiva, debido a que cumplen con el horario establecido ya que se rige por el reglamento interno de Enfermería, asisten al trabajo con disposición de atender, organizan el área de trabajo, clasifican las actividades a realizar, hay dedicación en la atención e identifican necesidades del niño a través de la comunicación, es decir hay una buena relación personal-paciente, todo esto influye a que se le brinde a los niños una buena atención.
4. En relación a las practicas del personal de salud, se encontró debilidad ya que algunos procedimientos no son realizados con la técnica correcta, como lo es el examen físico céfalo caudal no lo realizan completo, a veces no se realiza, el peso y talla no lo realizan correctamente ya que no se retiran las prendas a los niños al pesarlos y algunos casos tallan a los niños cuando son cargados por las madres lo cual no se obtendrá un dato exacto y por ende influye a que no se brinde una atención de calidad.

VI. BIBLIOGRAFIA

1. Adele, L., Ortiz, G., López, E., & Hernández, J. (2012). *medigrafic.org.mx*. Obtenido de http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtettriz/94.pdf
2. Alfaro, L. (2009). *Pensamientos criticos y juicios clinico de enfermeria*. Masson .
3. Briñol, P., Falces, C., & Becerra, A. ((SF)). *Universidad autonoma de Madrid*. Obtenido de <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
4. Castañeira, C., & Rico, R. (2007). *Como evaluar una guia de practica clinica*.
5. Castro, C., & Paredes, T. (Marzo de 2009). *UNAN*. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4929>
6. Corsino, E. ((SF) de 2008). *Experimentos de laboratorio en fisiologia del ejercicio*. Obtenido de Experimentos de laboratorio en fisiologia del ejercicio: http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf
7. Davila, T. (2014). *Valoracion de Enfermeria*. Matagalpa.
8. Diaz, J., Marthel, M., & Martinez, G. (1993). *Sistema informatico del niño*. tacuman: centro latinoamericano de perinatologia y desarrollo humano.
9. Ecured.cu. (2017). *Inmunización: Ecured*. Obtenido de Ecured.cu: www.ecured.cu/inmunizacio-y-vacunacion
10. *Equipo de redaccion*. (2018). Obtenido de <http://concepto.de/que-es-la-comunicacion/>
11. F, L., & Valero, J. (SF). Obtenido de http://ocw.usal.es/ciencias-biosanitarias/epidemiologia-general-y-demografia-sanitaria/contenidos/01%20PROGRAMA%20TEORICO/00%20DEMOGRAFIA%20Temas%201_3%20en%20PDF/01%20Temas%201_3%20Fundamentos%20de%20Demografia.pdf
12. Figueiras, A. C., Souza, I. C., & Ríos, V. G. (2011). *MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL EN AIEPI*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
13. Figueiras, Neves de Souza; Rios, A. (2011). *MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL EN AIEPI*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
14. Gabulli, M. (1 de Enero de 2000). Obtenido de pediátrica: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Paediatria/v03_n1/pdf/aspectos_antropomet.pdf

15. García, M., & Granero, M. ((SF)). *AEPAP*. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_al_arma.pdf
16. Garcia, Y. M. (SF). *UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO*. Obtenido de UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n8/m12.html>
17. Girona, A., Köncke, A. I., & Pandolfo, V. (SF). *Evaluación antropométrica*. Obtenido de Evaluación antropométrica: www.mides.gub.uy/innovaportal/file/63323/1/rotafolio-guia-antropometrica.pdf
18. Hegel, K. a. (11 de octubre de 2006). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001
19. *Instituto Vasco de Estadística*. (S.F). Obtenido de www.eustat.eus
20. Lagos, B. d. (12 de febrero de 2016). *Repositorio UNAN*. Recuperado el 04 de septiembre de 2017
21. León, B. (2002). Desarrollo Psicomotor. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 59.
22. Lezcano, A., Aviles, T., & Sandrin, G. (2011). *Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*. Obtenido de ANTOLOGIA DE DEMOGRAFIA tomo I: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5428/antologia_tomo_i.pdf
23. Martinez, L. (2006). *Concepto de Edad: deconceptos.com*. Obtenido de [deconceptos.com](http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad): <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>
24. Mastrapa, Y., & Lamadrid, M. (2016). *Revista Cubana de Enfermería*. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
25. Mateo, C., & Saenz, S. ((SF)). *Desarrollo físico y psicomotor en la primera infancia*. Obtenido de http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf
26. Mejia, R. (28 de abril de 2016). *SlideShare*. Recuperado el 04 de septiembre de 2017, de <https://es.slideshare.net-perimetro-cefalico>
27. Ministerio de Salud. (2017). *Ministerio de Salud*. Obtenido de http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/download/3680/chk,0911baac728abca6e3998969ca83e306/no_html,1/
28. Morales, M. (Diciembre de 2013). *UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR*. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Sandoval-Maria.pdf>
29. OMS. (Junio de 2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

30. OMS. (2017). *Inmunización*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: www.who.int.topics.inmunización
31. OMS. (s.f de s.f de 2011). *normas para la vigilancia nutricional de los niños*. Obtenido de download&category_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias: <http://www.paho.org/hon/index.php?option=com>
32. OPS,OMS. (2009). *Manual clinico para el aprendizaje de AIEPI en enfermeria*.
33. Pacheco, G., & Pernas, G. (julio de 2012). *Evaluacion del crecimiento de niños y niñas: unicef.org*. Obtenido de [unicef.org](https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf): https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
34. Perez, J., & Gardey, A. (2012). Obtenido de <https://definicion.de/edad/>
35. Porras, O. &. (Octubre de 2006). *Esquema de vacunacion* . Obtenido de Scielo.sa.cr: www.scielo.sa.cr/scielo
36. Porto, A., & Gardey, J. y. (2010). Obtenido de <https://definicion.de/demografia/>
37. Ramírez, P., & Müggenburg, C. .. (2015). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00134.pdf>
38. Ramos, L. I. (2005). *Dirección de Salud Ocupacional*. Obtenido de Dirección de Salud Ocupacional: http://www.digesa.minsa.gob.pe/material_educativo/pdf/Relaciones%20humanas%20Salud%20Ocupacional.pdf
39. Real Academia Española. ((SF)). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=TtEMsxJ>
40. Rodriguez, J. (2010). *Definición de. EDUC MED*.
41. Sabaté, N., & Bielsa, A. ((SF)). *Centro de Londres 94 Psiquiatria- Paidosiquiatria*. Obtenido de http://www.centrelondres94.com/files/DESARROLLO_SENSORIAL_Y_PERCEPTIVO_DE_LA_INFANCIA_0.pdf
42. Sampiere, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN*. Mexico: McGraw-Hili _ Interamericana.
43. Santamaria, Y. (2014). *UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA*. Obtenido de <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/13031/1/Trabajo%20Final.pdf>
44. tejada, G. G. (febrero de 2013). *Clases fundamentos de Enfermeria*. Obtenido de <https://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com/control-de-peso-y-talla.html>

45. Torrez, J. (2006). *Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal*. Cuba: Educ Med Sup.
46. Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2004). ACTITUDES: DEFINICIÓN Y MEDICIÓN COMPONENTES DE LA ACTITUD. MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA Y ACCIÓN PLANIFICADA. En S. U. Itziar Fernández Sedano (coord.), *Psicología social, cultura y educación* (pág. Capitulo X). España: Pearson Educación.
47. UNICEF. (24 de Julio de 2010). Obtenido de https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
48. UNICEF. (s.f de Julio de 2012). Obtenido de http://www.nutrinfo.com/biblioteca/libros_digitales/Evaluacion_crecimiento_unicef.pdf
49. UNICEF. (2005). *Salud Materna E Infantil En Nicaragua . Avances Y Desafío*. Recuperado el Agosto de 28 de 2017, de Salud Materna E Infantil En Nicaragua . Avances Y Desafío.: [www..Bvsde.Org.Ni](http://www.Bvsde.Org.Ni)
50. Unicef. (Abril de 2012). *Unicef*. Obtenido de unicef: https://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf
51. Vallejos, M. A. (2017). *VPCD en el centro de salud Raymundo Garcia del municipio de Somotillo en el periodo de agosto-septiembre del 2006*. Leon: UNAN Leon.

ANEXOS



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

ANEXO 1

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

Entrevista al personal de salud

I- DATOS SOCIODEMOGRÁFICO

1.1. Edad:

< 20 años

21 a 34 años

35 años a más

1.2. Profesión:

Médico Licenciado

Auxiliar

1.3. Años de Servicio en el MINSA: _____

II- CONOCIMIENTOS

1. ¿Qué es un VPCD?

- a- Consultas médicas realizadas a niños menores de cinco años
- b- controles que se realizan cronológicamente cada 2 meses a los niños, durante 5 años con el fin de vigilar y valorar el crecimiento y desarrollo
- c- controles de crecimiento y desarrollo a niños menores de siete años

2. ¿Cuál es la importancia del VPCD?

- a- para lograr disminuir la tasa de morbimortalidad infantil y desarrollar los componentes de salud, Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo
- b- para llevar un control numérico de cuántos niños asisten a un centro de salud
- c- para cumplir esquema de vacunación.

3. ¿Qué actividades se realizan en un VPCD?

- a- Peso, talla y vacunación
- b- Examen físico céfalo caudal, medidas antropométricas, estado nutricional, Clasificar el estado nutricional, Evaluar el desarrollo psicomotor.
Brindar consejería sobre estimulación temprana
Administración de sulfato ferroso para la prevención o tratamiento de la anemia
Administración de vitamina A una dosis cada 6 meses
Administración de tratamiento antiparasitario.
Se le brinda consejería a la madre sobre lactancia materna y alimentación complementaria

4. ¿Qué se promueve al momento de realizar un VPCD?

- a- Calidad de salud del infante
- b- vacunas y multivitamínicos
- c- disminuir las tasa de morbimortalidad infantil y desarrollar los componentes de salud

5. ¿Cada cuánto se le realizan al niño sus controles de VPCD?

- a- Cada mes
- b- Cada dos meses
- c- Cada seis meses

6. ¿Cuántos controles se le realizan al niño y hasta que edad?

- a- cada dos meses hasta los 18 meses de edad
- b- doce controles cada año en los primeros cinco años de vida
- c- En un niño sano en el primer año de vida de deben realizar 7 controles incluyendo la captación y 6 controles anual hasta los cinco años

7. ¿Qué es Crecimiento?

- a- Es la ganancia de peso y tamaño
- b- Ganancia de tamaño

c- Ganancia de peso

8. ¿Qué es desarrollo psicomotor?

a- se refiere a incremento de talla y peso del niño

b- Es la adquisición progresiva de habilidades funcionales en el niño.

c- Es la habilidad de caminar que adquiere el niño

9. ¿Cuáles son los parámetros del desarrollo psicomotor que se evalúan en el VPCD?

a- edad, lenguaje, social, coordinación, motora

b- edad, forma de caminar, forma de hablar

c- edad, lenguaje, peso, talla y coordinación.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE E
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

ANEXO 2

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

ESCALA LIKERT

	PREGUNTA	Si	No
1	Cumple con el horario establecido		
2	Asiste al trabajo con disposición de atender		
3	Organiza el área de trabajo desde que inicia		
4	Hay necesidad de clasificar las actividades a realizar según categoría		
5	Hay dedicación en la atención del niño		
6	Identifica algunas necesidades del niño a través de la comunicación		
7	Es necesario Manejar el esquema de vacunación.		



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

ANEXO 3

Guía de Observación para la captación del Recién Nacido

1. Cuánto tiempo tarda en realizar un ingreso de VPCD? Tiempo/minuto
10-15
15-25
25-30
2. ¿Realiza llenado completo de la historia clínica?
Sí No
3. ¿Le realiza al niño examen físico en su orden céfalo-caudal?
Sí No
4. ¿Pesa adecuadamente al niño(a)?
Sí No
5. ¿Talla adecuadamente al niño(a)?
Sí No

6. ¿Mide correctamente el Perímetro Cefálico?

Sí No

7. ¿Realiza la gráfica de la curva de crecimiento y desarrollo adecuado?

Sí No

8. ¿Realiza maniobras para detectar reflejo de moro?

Sí No

9. ¿Realiza maniobras para reflejo de succión?

Sí No

10. ¿Realiza maniobras para reflejo de cócleo?

Sí No

11. ¿Realiza el cálculo de IMC adecuadamente?

Sí No

12. ¿El personal da cita de seguimiento de control de VPCD?

Sí No

13. ¿Brinda información de crecimiento y desarrollo del niño?

Sí No

14. ¿Brinda consejería sobre la importancia de Lactancia Materna Exclusiva y las señales de peligro?

Sí No



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA

MATAGALPA

ANEXO 4

Guía de Observación para segundo control del niño(a) (2 meses edad)

1. Cuánto tiempo tarda en realizar un ingreso de VPCD? Tiempo/minuto

10-15

15-25

25-30

2. Examen físico céfalo caudal

Sí No

3. Realiza Perímetro cefálico

Sí No

4. ¿Pesa adecuadamente al niño?

Sí No

5. ¿Talla adecuadamente al niño?

Sí No

6. Realizar expediente

Sí No

7. Realiza anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

Sí No

8. Programa próxima cita

Sí No

9. Aplicación de vacunas polio IM, Pentavalente DPT/HB+Hib, Rotarix, Neumococo

Sí No



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA

MATAGALPA

ANEXO 5

Guía de Observación para tercer control del niño(a) (4 meses edad)

1. Cuánto tiempo tarda en realizar un ingreso de VPCD? Tiempo/minuto
10-15
15-25
25-30
2. Examen físico céfalo caudal
Sí No
3. Realiza Perímetro cefálico
Sí No
4. ¿Pesa adecuadamente al niño?
Sí No
5. ¿Talla adecuadamente al niño?
Sí No
6. Hace maniobra para que el niño(a) responda al examinador

Sí No

7. Le da objetos al niño para que los agarre

Sí No

8. Observa y escucha que el niño emite sonidos

Sí No

9. Observa que el niño sostiene la cabeza

Sí No

10. Realiza expediente

Sí No

11. Realiza anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

Sí No

12. Programa próxima cita

Sí No

13. Aplicación de vacunas polio oral, Pentavalente DPT/HB+Hib, Rotarix, Neumococo

Sí No



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA

MATAGALPA

ANEXO 6

Guía de Observación para cuarto control del niño(a) (6 meses edad)

1. Cuánto tiempo tarda en realizar un ingreso de VPCD? Tiempo/minuto
10-15
15-25
25-30
2. Examen físico céfalo caudal
Sí No
3. Realiza Perímetro cefálico
Sí No
4. ¿Pesa adecuadamente al niño?
Sí No
5. ¿Talla adecuadamente al niño?
Sí No
6. Observa que el niño intenta alcanzar un juguete

Sí No

7. Observa que el niño lleva objetos a su boca

Sí No

8. Observa que el niño localiza un sonido

Sí No

9. Observa que el niño cambia de posición activamente

Sí No

10. Observa que el niño intenta alcanzar juguetes

Sí No

11. Realiza expediente

Sí No

12. Realiza anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

Sí No

13. Programa próxima cita

Sí No

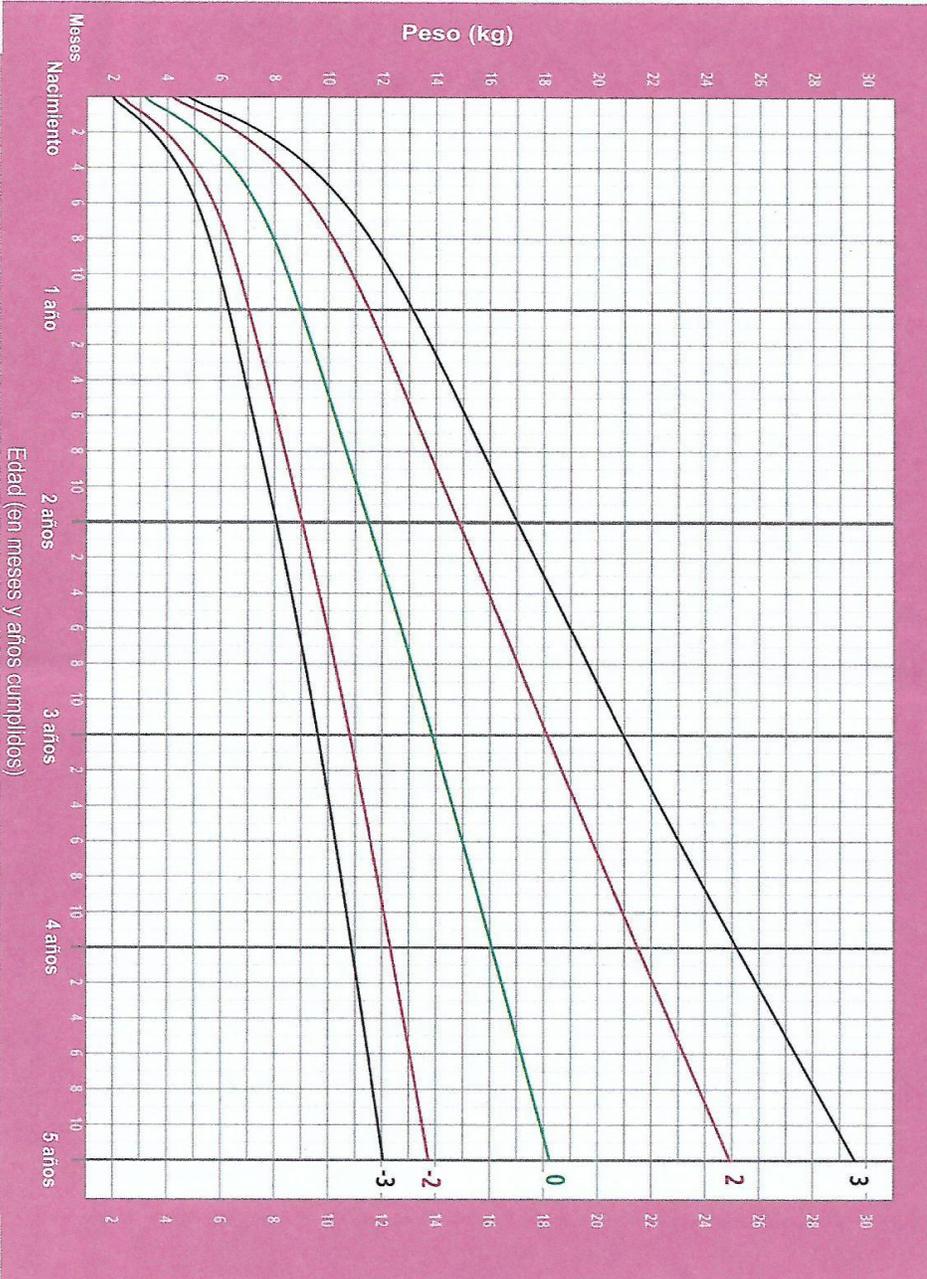
14. Aplicación de vacunas polio oral, Pentavalente DPT/HB+Hib, Neumococo

Sí No

Anexo 7

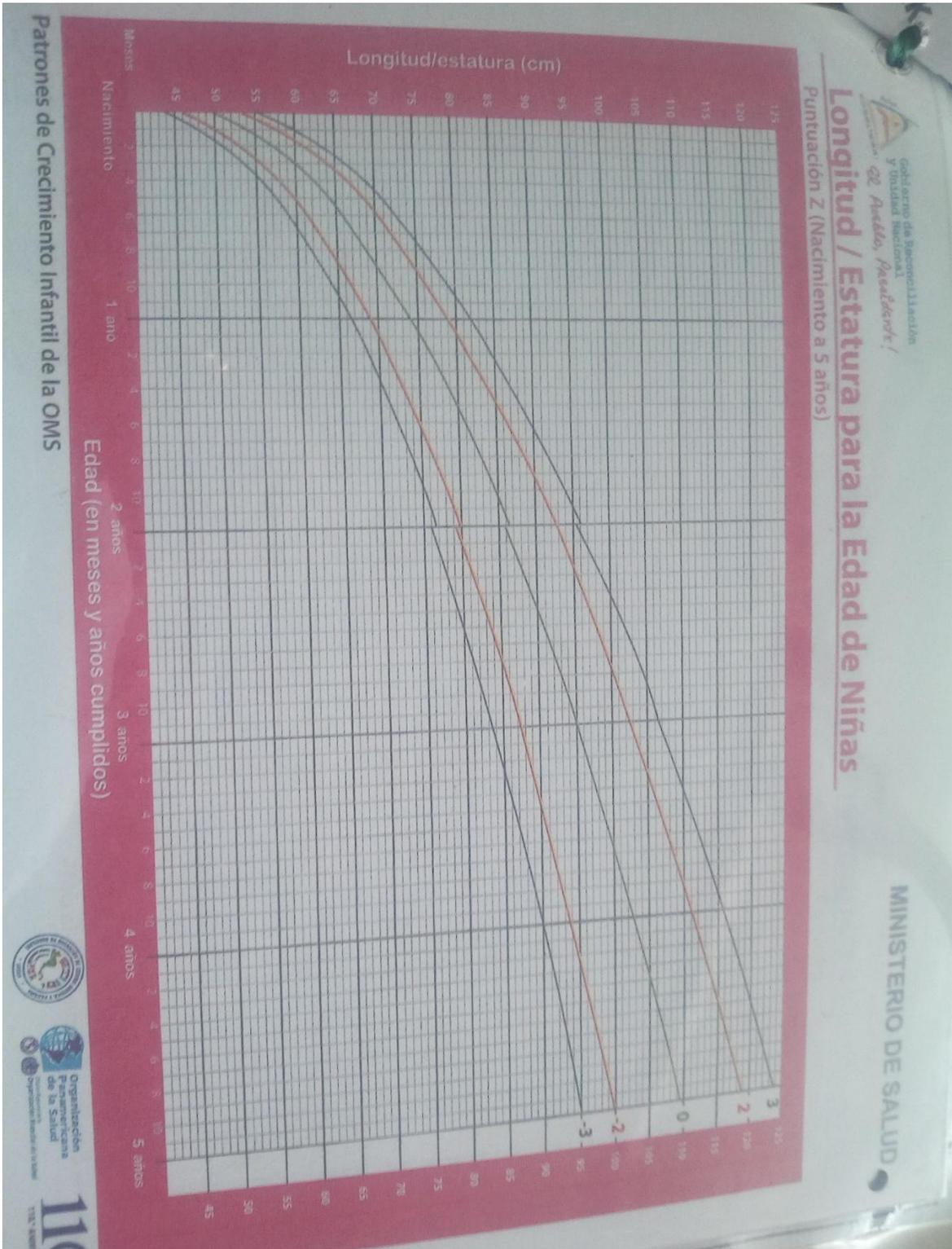
Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

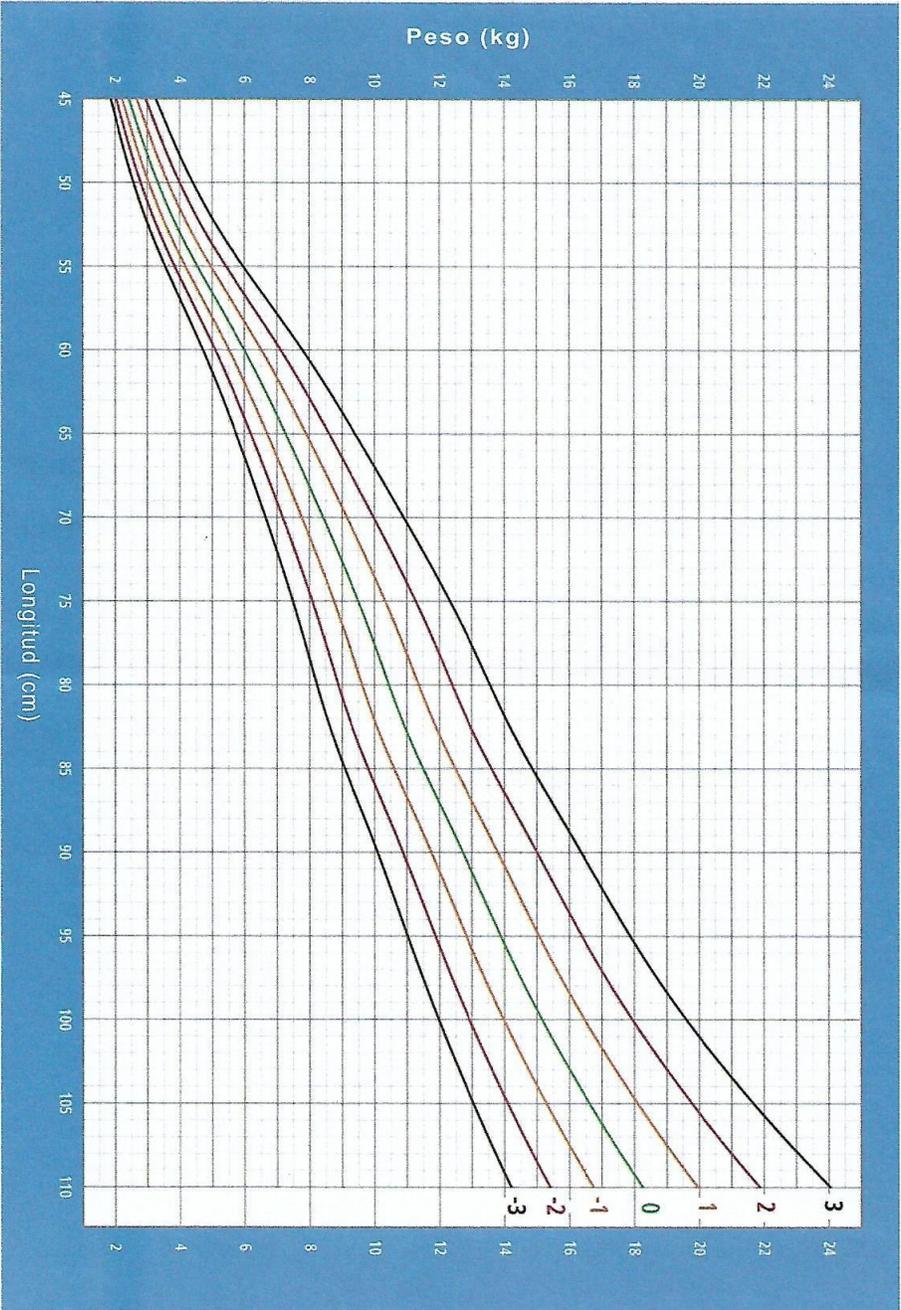
Anexo 8



ANEXO 9

Peso para la Longitud Niños

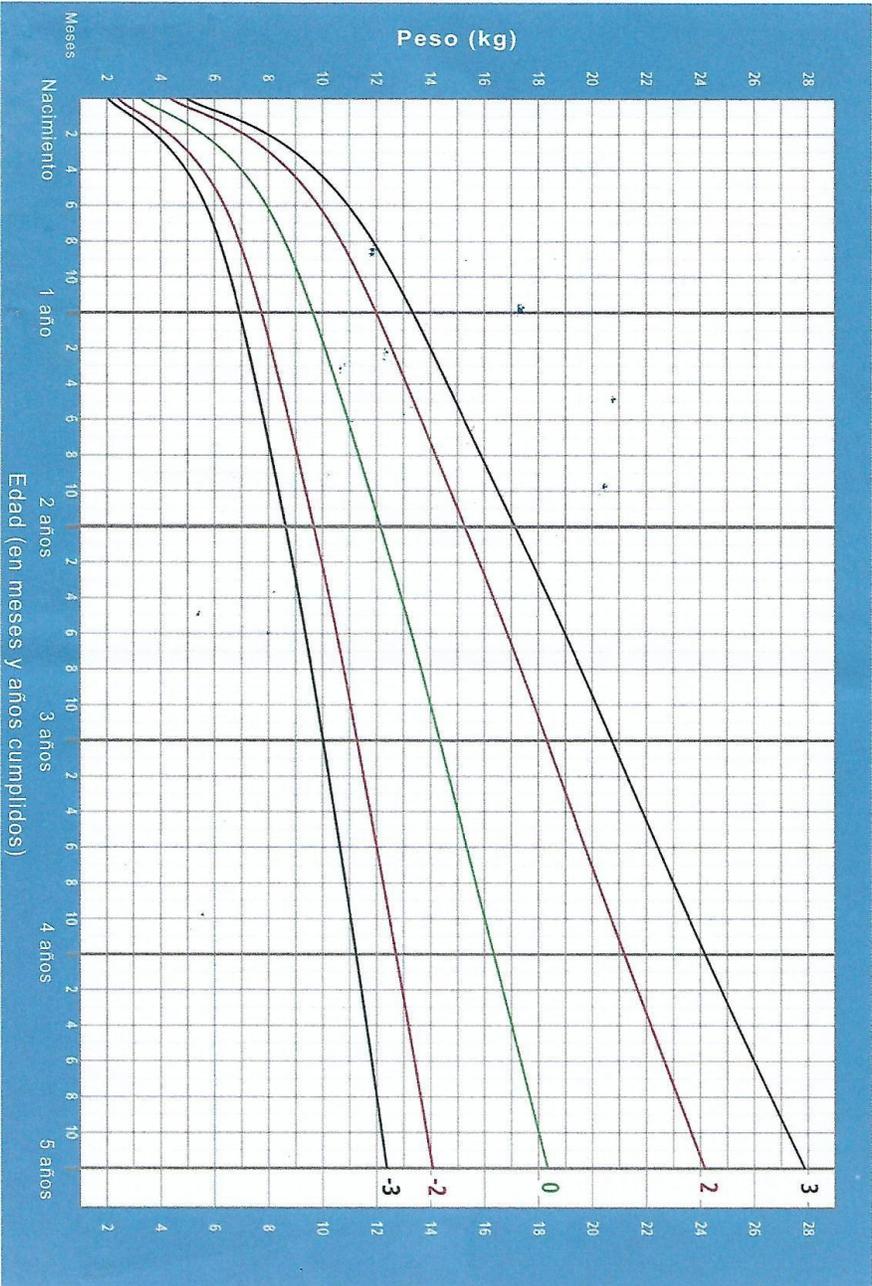
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



ANEXO 10

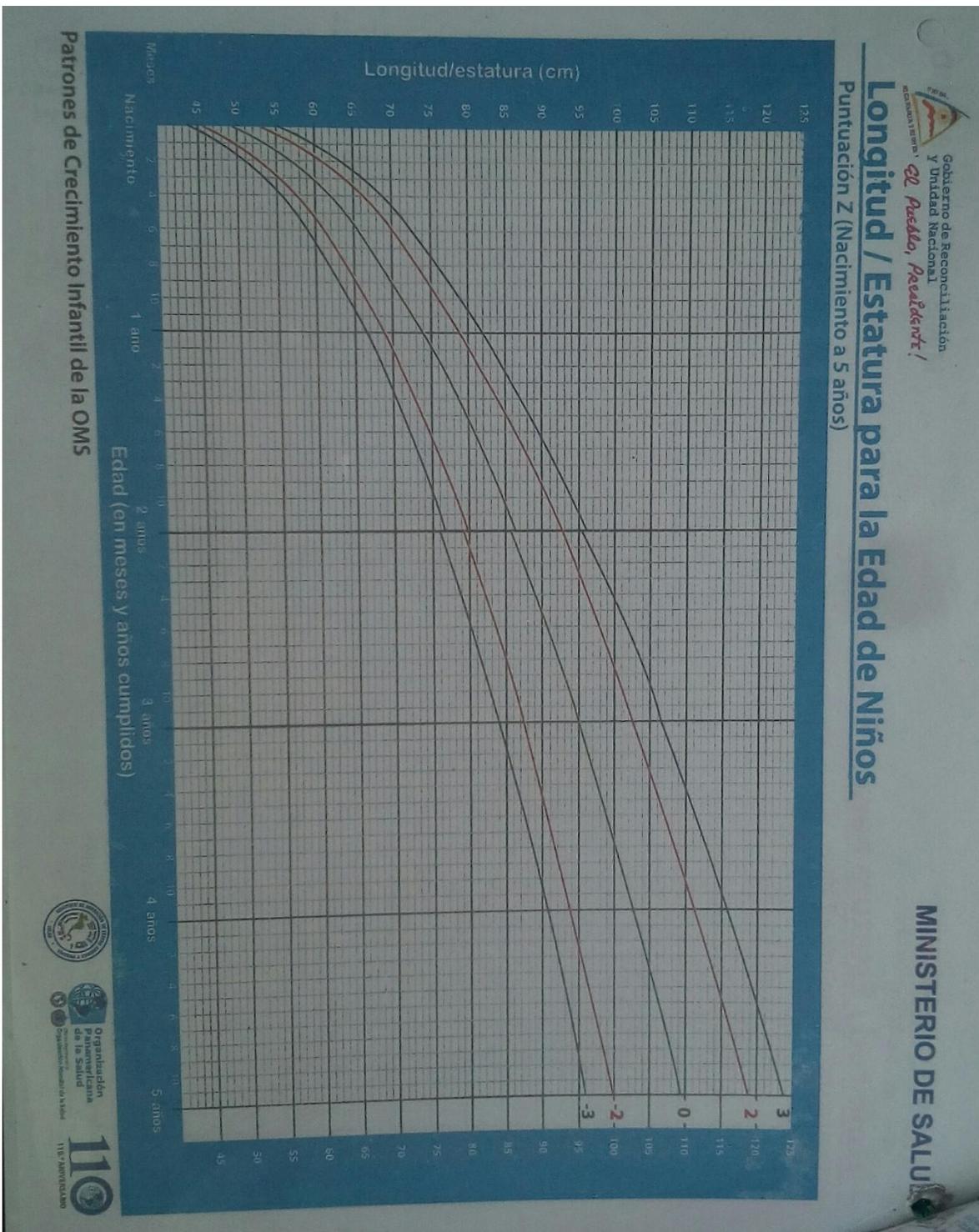
Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

ANEXO 11



ANEXO 12



ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) $\text{Peso (kg)/talla (m}^2\text{)}$

Talla en cm	Índice de Masa Corporal																										Talla en cm
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
	Peso en kilogramos																										
84	5.6	6.4	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84							
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85							
86	5.9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86							
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87							
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88							
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89							
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.8	18.6	19.4	20.3	21.1	90							
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.6	17.4	18.2	19.0	19.9	20.7	21.5	91							
92	6.8	7.6	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0	92							
93	6.9	7.8	8.6	9.5	10.4	11.2	12.1	13.0	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	93							
94	7.1	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.4	13.3	14.1	15.0	15.9	16.8	17.7	18.6	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	94							
95	7.2	8.1	9.0	9.9	10.8	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3	16.2	17.1	18.1	19.0	19.9	20.8	21.7	22.6	23.5	95							
96	7.4	8.3	9.2	10.1	11.1	12.0	12.9	13.8	14.7	15.7	16.6	17.5	18.4	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	24.0	96							
97	7.5	8.5	9.4	10.3	11.3	12.2	13.2	14.1	15.1	16.0	16.9	17.9	18.8	19.8	20.7	21.6	22.6	23.5	24.5	97							
98	7.7	8.6	9.6	10.6	11.5	12.5	13.4	14.4	15.4	16.3	17.3	18.2	19.2	20.2	21.1	22.1	23.0	24.0	25.0	98							
99	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	99							
100	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	100							
101	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	101							
102	8.3	9.4	10.4	11.4	12.5	13.5	14.6	15.6	16.6	17.7	18.7	19.8	20.8	21.8	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	102							
103	8.5	9.5	10.6	11.7	12.7	13.8	14.9	15.9	17.0	18.0	19.1	20.2	21.2	22.3	23.3	24.4	25.6	26.5	27.6	103							
104	8.7	9.7	10.8	11.9	13.0	14.1	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.7	23.8	24.9	26.0	27.0	28.1	104							
105	8.8	9.9	11.0	12.1	13.2	14.3	15.4	16.5	17.6	18.7	19.8	20.9	22.1	23.2	24.3	25.4	26.5	27.6	28.7	105							
106	9.0	10.1	11.2	12.4	13.5	14.6	15.7	16.9	18.0	19.1	20.2	21.3	22.5	23.6	24.7	25.8	27.0	28.1	29.2	106							
107	9.2	10.3	11.4	12.6	13.7	14.9	16.0	17.2	18.3	19.5	20.6	21.8	22.9	24.0	25.2	26.3	27.5	28.6	29.8	107							
108	9.3	10.5	11.7	12.8	14.0	15.2	16.3	17.5	18.7	19.8	21.0	22.2	23.3	24.5	25.7	26.8	28.0	29.2	30.3	108							
109	9.5	10.7	11.9	13.1	14.3	15.4	16.6	17.8	19.0	20.2	21.4	22.6	23.8	25.0	26.1	27.3	28.5	29.7	30.9	109							
110	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.2	19.4	20.6	21.8	23.0	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.3	31.5	110							
111	9.9	11.1	12.3	13.6	14.8	16.0	17.2	18.5	19.7	20.9	22.2	23.4	24.6	25.9	27.1	28.3	29.6	30.8	32.0	111							
112	10.0	11.3	12.5	13.8	15.1	16.3	17.6	18.8	20.1	21.3	22.6	23.8	25.1	26.3	27.6	28.9	30.1	31.4	32.6	112							
113	10.2	11.5	12.8	14.0	15.3	16.6	17.9	19.2	20.4	21.7	23.0	24.3	25.5	26.8	28.1	29.4	30.6	31.9	33.2	113							
114	10.4	11.7	13.0	14.3	15.6	16.9	18.2	19.5	20.8	22.1	23.4	24.7	26.0	27.3	28.6	29.9	31.2	32.5	33.8	114							
115	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.2	22.5	23.8	25.1	26.5	27.8	29.1	30.4	31.7	33.1	34.4	115							
116	10.8	12.1	13.5	14.8	16.1	17.5	18.8	20.2	21.5	22.9	24.2	25.6	26.9	28.3	29.6	30.9	32.3	33.6	35.0	116							
117	11.0	12.3	13.7	15.1	16.4	17.8	19.2	20.5	21.9	23.3	24.6	26.0	27.4	28.7	30.1	31.5	32.9	34.2	35.6	117							
118	11.1	12.5	13.9	15.3	16.7	18.1	19.5	20.9	22.3	23.7	25.1	26.5	27.8	29.2	30.6	32.0	33.4	34.8	36.2	118							
119	11.3	12.7	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.2	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.7	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	119							
120	11.5	13.0	14.4	15.8	17.3	18.7	20.2	21.6	23.0	24.5	25.9	27.4	28.8	30.2	31.7	33.1	34.6	36.0	37.4	120							
121	11.7	13.2	14.6	16.1	17.6	19.0	20.5	22.0	23.4	24.9	26.4	27.8	29.3	30.7	32.2	33.7	35.1	36.6	38.1	121							
122	11.9	13.4	14.9	16.4	17.9	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.8	31.3	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	122							
123	12.1	13.6	15.1	16.6	18.2	19.7	21.2	22.7	24.2	25.7	27.2	28.7	30.3	31.8	33.3	34.8	36.3	37.8	39.3	123							
124	12.3	13.8	15.4	16.9	18.5	20.0	21.5	23.1	24.6	26.1	27.7	29.2	30.8	32.3	33.8	35.4	36.9	38.4	40.0	124							
125	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	125							

Talla en cm

Índice de Masa Corporal

Peso en Kg

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) $\text{Peso (kg)/talla (m}^2\text{)}$

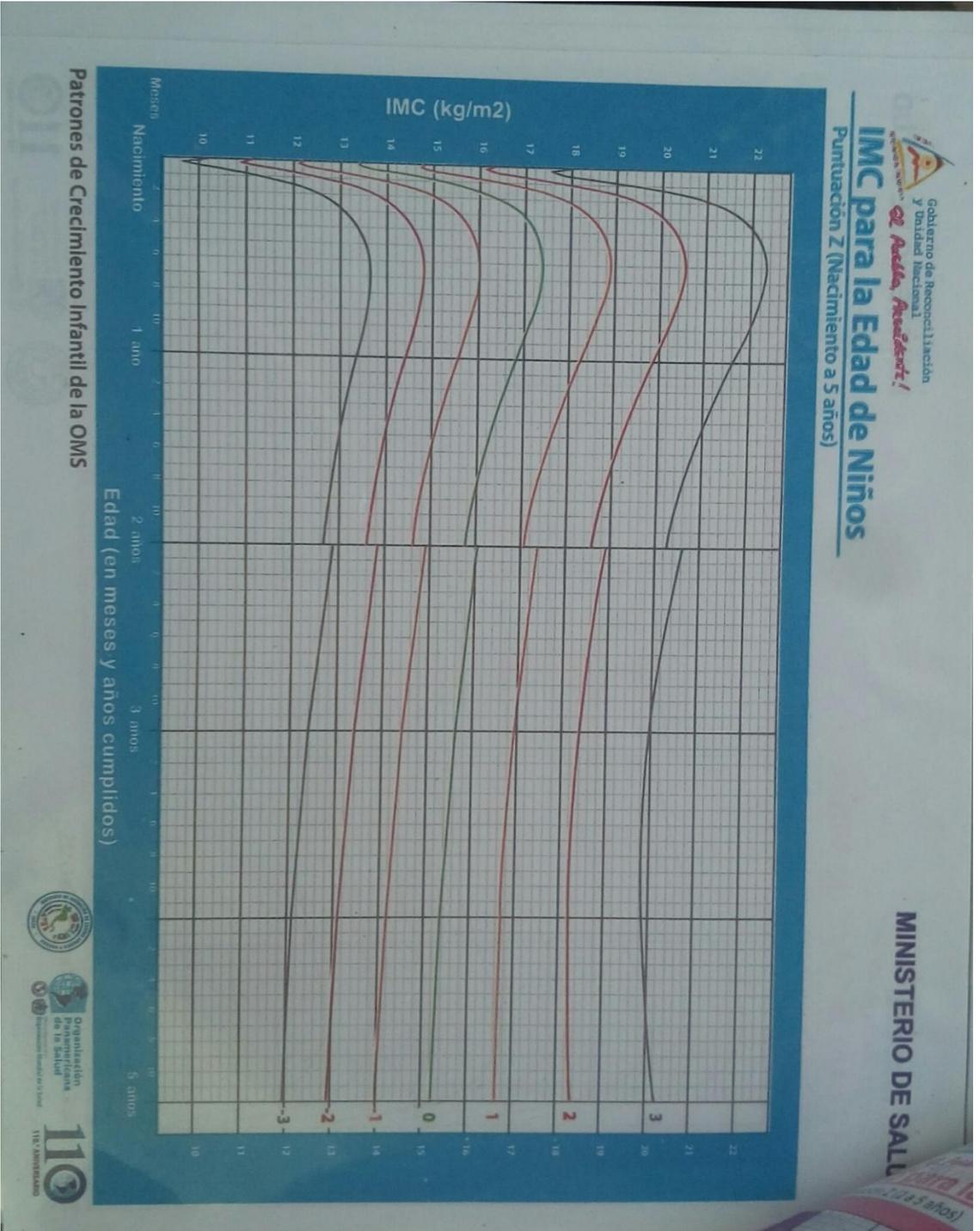
Talla en cm	Índice de Masa Corporal																				Talla en cm
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26		
	Peso en kilogramos																				
42	1.4	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	42
43	1.5	1.7	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.6	4.6	4.8	5.0	43
44	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	44
45	1.6	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	45
46	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	46
47	1.8	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	47
48	1.8	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.5	3.7	3.9	4.1	4.4	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.2	48
49	1.9	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3	6.5	49
50	2.0	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.0	4.3	4.5	4.8	5.0	5.3	5.5	5.7	6.0	6.2	6.5	6.8	50
51	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.9	4.2	4.4	4.7	4.9	5.2	5.5	5.7	5.9	6.2	6.5	6.8	7.0	51
52	2.2	2.4	2.7	3.0	3.2	3.5	3.8	4.1	4.3	4.6	4.9	5.1	5.4	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	52
53	2.2	2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	7.6	53
54	2.3	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.2	5.5	5.8	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	54
55	2.4	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.0	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8	8.2	55
56	2.5	2.8	3.1	3.4	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.3	5.6	6.0	6.3	6.6	6.8	7.1	7.5	7.8	8.1	8.4	56
57	2.6	2.9	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	4.9	5.2	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.1	7.4	7.7	8.1	8.4	8.7	57
58	2.7	3.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	5.0	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.1	7.4	7.7	8.0	8.4	8.7	9.1	58
59	2.8	3.1	3.5	3.8	4.2	4.5	4.9	5.2	5.6	5.9	6.3	6.6	7.0	7.3	7.7	8.0	8.3	8.6	9.0	9.4	59
60	2.9	3.2	3.6	4.0	4.3	4.7	5.0	5.4	5.8	6.1	6.5	6.8	7.2	7.6	7.9	8.3	8.6	8.9	9.3	9.7	60
61	3.0	3.3	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6	6.0	6.3	6.7	7.1	7.4	7.8	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	61
62	3.1	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.4	5.8	6.2	6.5	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	10.3	62
63	3.2	3.6	4.0	4.4	4.8	5.2	5.6	6.0	6.4	6.7	7.1	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	10.6	63
64	3.3	3.7	4.1	4.5	4.9	5.3	5.7	6.1	6.6	7.0	7.4	7.8	8.2	8.6	9.0	9.4	9.8	10.2	10.6	11.0	64
65	3.4	3.8	4.2	4.6	5.1	5.5	5.9	6.3	6.8	7.2	7.6	8.0	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1	10.6	11.0	11.3	65
66	3.5	3.9	4.4	4.8	5.2	5.7	6.1	6.5	7.0	7.4	7.8	8.3	8.7	9.1	9.6	10.0	10.5	10.9	11.3	11.7	66
67	3.6	4.0	4.5	4.9	5.4	5.8	6.3	6.7	7.2	7.6	8.1	8.5	9.0	9.4	9.9	10.3	10.6	11.1	11.6	12.0	67
68	3.7	4.2	4.8	5.1	5.5	6.0	6.5	6.9	7.4	7.9	8.3	8.8	9.2	9.7	10.2	10.6	11.0	11.4	11.9	12.4	68
69	3.8	4.3	4.8	5.2	5.7	6.2	6.7	7.1	7.6	8.1	8.6	9.0	9.5	10.0	10.5	10.8	11.3	11.8	12.3	12.7	69
70	3.9	4.4	4.9	5.4	5.9	6.4	6.9	7.4	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.3	11.8	12.3	12.6	13.1	70
71	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0	6.6	7.1	7.6	8.1	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.0	13.5	71
72	4.1	4.7	5.2	5.7	6.2	6.7	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	13.0	13.3	13.9	72
73	4.3	4.8	5.3	5.9	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.7	14.2	73
74	4.4	4.9	5.5	6.0	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.0	12.6	13.1	13.5	14.1	14.6	74
75	4.5	5.1	5.6	6.2	6.8	7.3	7.9	8.4	9.0	9.6	10.1	10.7	11.3	11.8	12.4	12.9	13.3	13.9	14.4	15.0	75
76	4.6	5.2	5.8	6.4	6.9	7.5	8.1	8.7	9.2	9.8	10.4	11.0	11.6	12.1	12.7	13.3	13.6	14.2	14.8	15.4	76
77	4.7	5.3	5.9	6.5	7.1	7.7	8.3	8.9	9.5	10.1	10.7	11.3	11.9	12.5	13.0	13.4	14.0	14.6	15.2	15.8	77
78	4.9	5.5	6.1	6.7	7.3	7.9	8.5	9.1	9.7	10.3	11.0	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.8	16.2	78
79	5.0	5.6	6.2	6.9	7.5	8.1	8.7	9.4	10.0	10.6	11.2	11.9	12.5	13.1	13.7	14.4	15.0	15.6	16.0	16.6	79
80	5.1	5.8	6.4	7.0	7.7	8.3	9.0	9.6	10.2	10.9	11.5	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.4	17.1	80
81	5.2	5.9	6.6	7.2	7.9	8.5	9.2	9.8	10.5	11.2	11.8	12.5	13.1	13.8	14.4	15.1	15.7	16.4	17.0	17.5	81
82	5.4	6.1	6.7	7.4	8.1	8.7	9.4	10.1	10.8	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	17.9	82
83	5.5	6.2	6.9	7.6	8.3	9.0	9.6	10.3	11.0	11.7	12.4	13.1	13.8	14.5	15.2	15.8	16.5	17.2	17.9	18.3	83

■ Talla en cm

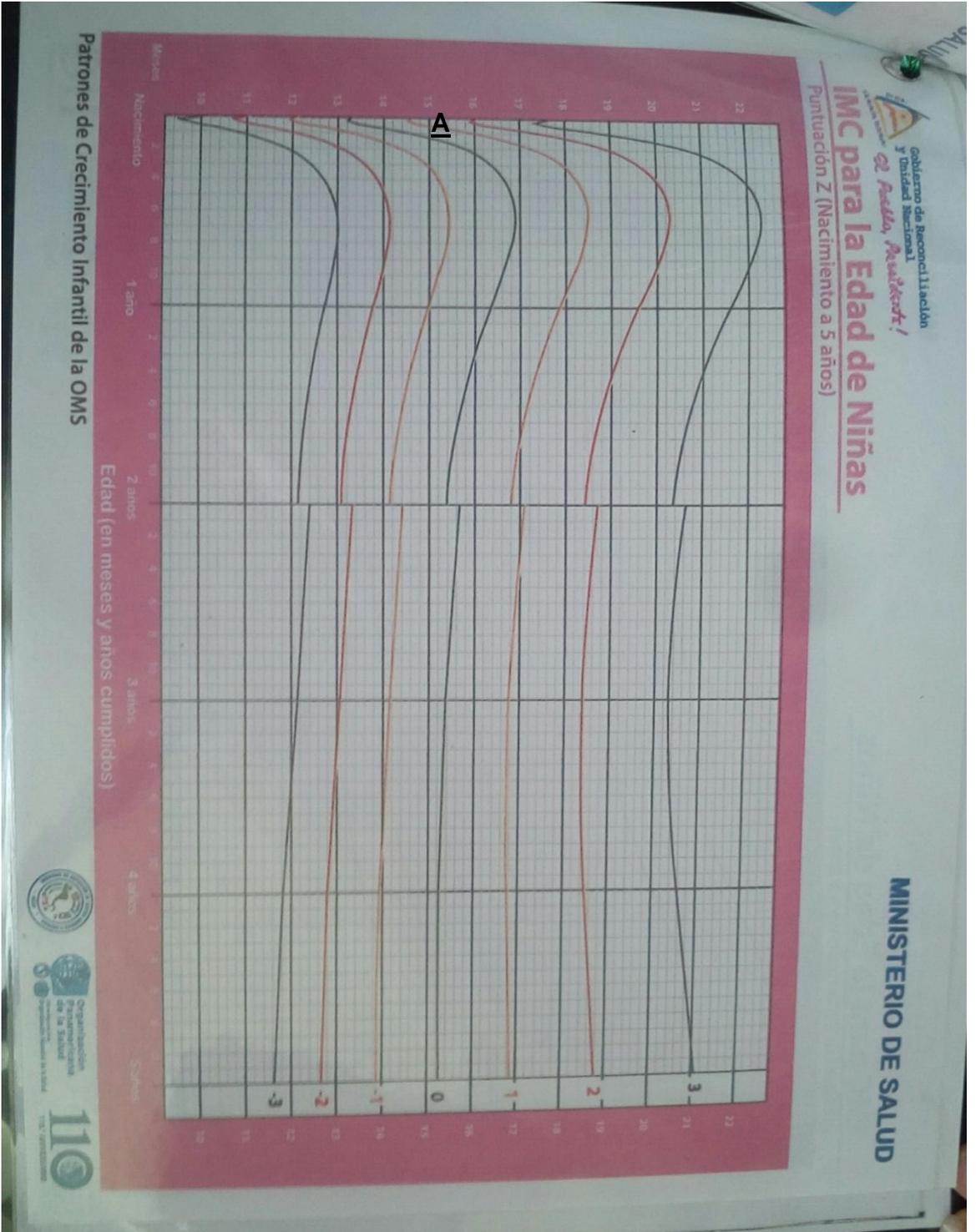
■ Índice de Masa Corporal

■ Peso en Kg

ANEXO 15



ANEXO 16



ANEXO 17


 Directorio de Responsabilidades
 y Unidades Funcionales
 del Estado, Perú

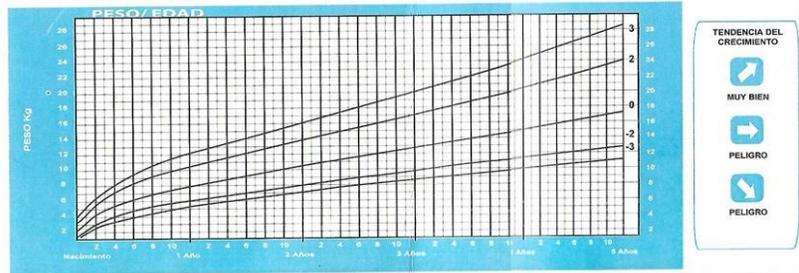
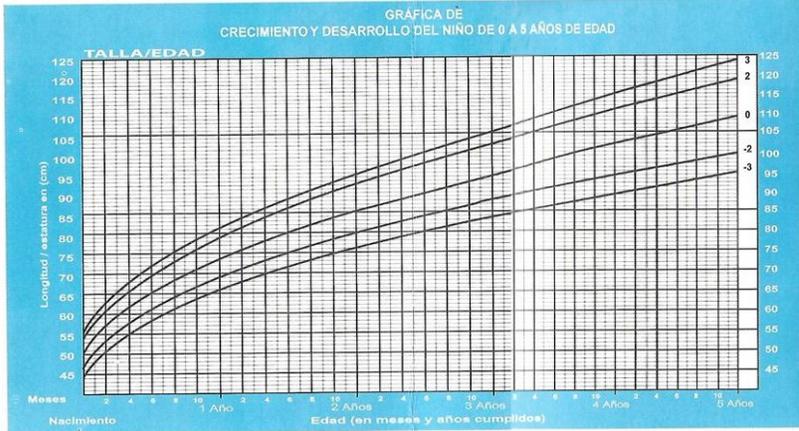
Indicadores de crecimiento menores de 5 años – INTERPRETACIÓN

MINISTERIO DE SALUD

Puntuación Z	IMC para edad Peso/talla (AGUDA)	Peso para edad (GLOBAL)	Longitud/talla para edad (CRÓNICA)
Por encima de 3 Mayor o igual a +3.1	Obesidad	Sospecha de problema de crecimiento	Muy alto para edad
Por encima de 2 De +2.1 a +3	Sobrepeso		Rango normal
Por encima de 1 De +1.1 a 2	Posible riesgo de sobrepeso	Rango normal	Rango normal
0 (X, mediana) De +1 a -1	Rango normal		Rango normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -2	Rango normal		Rango normal
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Emaciado (Desnutrición aguda moderada)	Peso Bajo (Desnutrición global moderada)	Talla Baja (Desnutrición crónica moderada)
Por debajo de -3 Menor o igual a -3.1	Severamente emaciado (Desnutrición aguda severa)	Peso Bajo Severo (Desnutrición Global Severa)	Talla Baja Severa (Desnutrición crónica severa)

Puntuación Z	IMC para edad Peso/talla (AGUDA)	Peso para edad (GLOBAL)	Longitud/talla para edad (CRÓNICA)
Por encima de 3 Mayor o igual a +3.1	Obesidad	Sospecha de problema de crecimiento	Muy alto para edad
Por encima de 2 De +2.1 a +3	Sobrepeso		Rango normal
Por encima de 1 De +1.1 a 2	Possible riesgo de sobrepeso	Rango normal	Rango normal
0 (X, mediana) De +1 a -1	Rango normal		Rango normal
Por debajo de -1 De -1.1 a -2	Rango normal	Rango normal	Rango normal
Por debajo de -2 De -2.1 a -3	Emaciado (Desnutrición aguda moderada)	Peso Bajo (Desnutrición global moderada)	Talla Baja (Desnutrición crónica moderada)
Por debajo de -3 Menor o igual a -3.1	Severamente emaciado (Desnutrición aguda severa)	Peso Bajo Severo (Desnutrición Global Severa)	Talla Baja Severa (Desnutrición crónica severa)

ANEXO 20



Desarrollo del Niño

EVALUAR EL DESARROLLO (ha logrado las habilidades de acuerdo a su edad)

Alteraciones Fenotípicas SI NO

Menos de 1 mes Succiona vigorosamente Manos cerradas Flexiona brazos y piernas Reflejo de mano	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 mes Vaciliza Alterna movimientos de piernas Abre las manos Sonrisa social	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2 a 3 mes Mira el rostro de la madre Segue con la mirada objetos Reacciona al sonido Eleva la cabeza	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4 a 5 mes Responde al examen Aptura objetos Emite sonidos Sostiene la cabeza	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6 a 8 mes Intenta tomar un juguete Lleva objeto a la boca Localiza el sonido Gira hacia el objeto	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	9 a 11 mes Juega a descubrirse Se pasa objetos Se sienta solo Duplica sílabas	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12 a 14 mes Imita gestos Panza superior Hace Garabatos Camina con apoyo	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	15 a 17 mes Hace gestos a pedidos Coloca cubos en recipiente Dice una palabra Camina sin apoyo	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18 a 23 mes Identifica 2 objetos Palabras confusas Dice 3 palabras Camina para atrás	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	24 a 35 mes Se quita la ropa Torre de 2 cubos Dice frases cortas Patea la pelota	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36 a 59 mes Se alimenta solo Dice oraciones largas Se viste solo Ordenes complejas	SI NO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Marque con una X el mes que inicia el alimento. El niño que es amamantado no necesita tomar agua, porque la LECHE MATERNA contiene suficientes AGUA. Al año de vida el niño debe comer de todo. Continuar la lactancia materna hasta los 2 años de edad.	

ALIMENTACION DEL NIÑO DURANTE SU PRIMER AÑO DE VIDA

ALIMENTOS	EDAD EN MESES CUMPLIDO											
	0	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Lecho Materna												
Vegetales												
Frutas												
Leche												
Arroz												
Otros Cereales												
Frijoles												
Carnes (pollo, Res, Cerdo, Pescado)												
Huevos												
Derivados de la leche												
Agua sola												

FECHA	EDAD		Per.Cef	PESO (Kg)	TALLA (cm)	ESTADO NUTRICIONAL	
	AÑOS	MESES				PESO EDAD (TALLA/EDAD)	PESO TALLA
	Recién nacido						

A los 6 meses, iniciar la alimentación complementaria, continuando con la lactancia materna hasta los 2 años o más

PROXIMAS CITAS

VACUNAS	1	2	3	1	2	3	4
Antipolio							
Rotavirus							
Pentavalente							
Neumococo							
MMR							
DPT							
dT							

- Lávate las manos antes de preparar los alimentos y comerlos, después de usar el inodoros o la letrina
- Recuerda lavar bien las frutas y verduras que se comen crudas

Vacunas	Número de dosis	Edad de la vacunación
BCG	1	Recién Nacido
Antipolio	3	2,4 y 6 meses
Pentavalente	3	2,4 y 6 meses
Rotavirus	3	2,4 y 6 meses
Neumococo	3	2,4 y 6 meses
MMR	1	Al año de edad
DPT	(2)	1 dosis a los 18 meses 2da. dosis a los 6 años de edad
dT	2	1era. Dosis a los 10 años de edad 2da. Dosis a Mujeres a los 20 años (o en el primer embarazo) y Hombres a los 20 años.

VACUNAS

VACUNAS	DOSIS			ADICIONALES			
	1	2	3	1	2	3	4
BCG							
Antipolio							
Rotavirus							
Pentavalente							
Neumococo							
MMR							
DPT							
MR							
dT							

SUPLEMENTACION CON MICRONUTRIENTES

VITAMINA "A"	Dar 100.000 UI			Dar 200.000 UI			
	6 a 11 meses	1 año	2 años	3 años	4 años	Otros	
1 era. dosis							
2 da. dosis							
Hierro							
Zinc							
Micronutrientes							
Antiparasitario							

MINISTERIO DE SALUD
TARJETA DE ATENCION INTEGRAL A LA NIÑEZ

No. Exp. _____

Nombre: _____

Madre: _____

Padre: _____

Fecha de nacimiento: Día: Mes: Año:

Certificado de nacimiento: Sí: No:

No. en el censo: _____ Sexo: M: F:

Dirección: _____

Unidad de Salud: _____

Municipio: _____

SILAIS _____

Antecedentes perinatales	Lugar de nacimiento Instit: <input type="checkbox"/> Dom: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/>	Tipo de nacimiento Unico <input type="checkbox"/> Multip. <input type="checkbox"/>
Atendido por:	Medico <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Via del Parto: Enfermera <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> Cesarea <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/>	
Appgar:	1 minuto <input type="checkbox"/> 5 minutos <input type="checkbox"/>	
Patología en:	embarazo <input type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/>	Edad Gest. al nacer: <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/>
parto	<input type="checkbox"/>	Peso gm. al nacer: <input type="checkbox"/>
puerperio:	Menor de 37 <input type="checkbox"/> Mayor de 41 <input type="checkbox"/>	Talla <input type="checkbox"/> cm
	Menor de <input type="checkbox"/> Mayor de <input type="checkbox"/>	Per Cef <input type="checkbox"/> cm
	2.500 <input type="checkbox"/> gm	<input type="checkbox"/> cm

ANEXO 22



MINISTERIO DE SALUD

P 122B



HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

MEMOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN, ANEMIA, DESNUTRICIÓN O RIESGO NUTRICIONAL: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
¿Tiene dificultad para alimentarse?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Recibe otros alimentos o líquidos		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
¿Se alimenta del pecho materno?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Se alimenta del pecho materno más de 8 veces al día?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Usa pacha?		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Si da otros alimentos ¿con que frecuencia? _____ al día. Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
SI ES MENOR DE 6 MESES O ALGUNA RESPUESTA A LAS PREGUNTAS ANTERIORES ES INSATISFACTORIA, OBSERVAR:										
Presencia de placas blancas en la boca: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: Problemas de posición SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Problemas de agarre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Problemas de succión SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
MICRONUTRIENTES		SOSPECHA DE MALTRATO				INMUNIZACIONES				
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Esquema vacunación completo para su edad		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Hierro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Lesiones Físicas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Comportamiento alterado del niño/a <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse: _____				
Vitamina A <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Lesión en genitales o ano <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Comportamiento alterado de cuidador/a <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>						
El niño/a expresa espontáneamente el maltrato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
EVALUAR EL DESARROLLO (ha logrado las habilidades de acuerdo a su edad) SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>										
< 1 MES		1 MES		2-3 MESES		4-5 MESES		6-8 MESES		3 o más SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Succiona vigorosamente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Vocaliza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Gira hacia el objeto <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Sonrisa socia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Agarra objetos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Lleva objeto a la boca <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Manos cerradas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Mira el rostro de la madre <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Eleva la cabeza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Reacciona al sonido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Localiza el sonido <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Flexiona brazos y piernas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Alternar movimientos de piernas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Responde al examen <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Intenta tomar un juguete <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
Sostiene la cabeza <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Reflejo de moro <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Abre las manos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Segue con la mirada objetos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Emite sonidos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
9-11 MESES		12-14 MESES		15-17 MESES		18-23 MESES		24 - 35 MESES		36-59 meses
Juega a descubrirse <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Imita gestos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Hace gestos a pedidos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Identifica 2 objetos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Se quita la ropa <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Se alimenta solo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se pasa objetos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Pinzas superior <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Coloca cubos en recipiente <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Hace Garabatos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Torre de 5 cubos <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Dice oraciones largas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sienta solo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Palabras confusas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Dice una palabra <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Dice 3 palabras <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Dice frases cortas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Se viste solo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Duplica sílabas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Camina con apoyo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Camina sin apoyo <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Camina para atrás <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Patea la pelota <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ordenes complejas <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
EVALUAR OTROS PROBLEMAS:										

CLASIFICACIÓN:

TRATAMIENTO:

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN:

PRÓXIMA CONSULTA:

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA:

REFERIDO SI NO

NOMBRE DE QUIEN ELABORO
LA HOJA DE SEGUIMIENTO

FIRMA, CÓDIGO Y SELLO DE QUIEN ELABORO
LA HOJA DE SEGUIMIENTO

ANEXO 23

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ

**GOBIERNO DE NICARAGUA
MINISTERIO DE SALUD**



NOMBRE: _____ UNIDAD DE SALUD _____ N° CENSO _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres
MADRE: _____ N° DE HISTORIA CLINICA: _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres
PADRE: _____ DOMICILIO: _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO **FECHA:** _____ SEXO F M

ANTECEDENTES PRENATALES		NACIMIENTO		ATENDIDO POR		TIPO DE NACIMIENTO	
Institut <input type="checkbox"/> Domic. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
PATOLOGIA		EDAD GESTAC. AL NACER		ANTROPOMETRIA		APGAR	
EMB SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Sem <input type="text"/> <input type="text"/>		PESO AL NACER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g		1º Minuto <input type="text"/> <input type="text"/> 5º Minuto <input type="text"/> <input type="text"/>	
PARTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Menor 37 <input type="text"/> <input type="text"/>		TALLA <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Deprimido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PUERP SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Mayor 41 <input type="text"/> <input type="text"/>		PER. CEF <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Reanimac SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
				Menor de 2500 g <input type="checkbox"/>			
FAMILIA		INTERVALO INTERGENESICO		ESTADO CIVIL		INSTRUCCION Madre Padre	
Madre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Edad Años <input type="text"/> <input type="text"/> Menor de 19 <input type="checkbox"/> Mayor de 35 <input type="checkbox"/>		Hermanos Vivos <input type="text"/> <input type="text"/> Hermanos Muertos <input type="text"/> <input type="text"/> Otros <input type="text"/> <input type="text"/>		Casada <input type="checkbox"/> Acompañada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Analfabeto <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Ocupación <input type="text"/>		Menor de 18 meses <input type="checkbox"/>		SITUACION DE LA PAREJA		Alfabetizado <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Padre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ocupación: <input type="text"/>		Mayor de 18 meses <input type="checkbox"/>		Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/>		Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
						Primaria Completa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
						Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
						Secundaria Completa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
						Educación Superior <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
VIVIENDA: N° de cuarto <input type="text"/>		AGUA		EXCRETAS			
Piso de Tierra SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Chorro dom <input type="checkbox"/> Chorro com <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>		Inodoro <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			

BCG	SARAMPION	DPT	ANTIPILO								
DOSIS FECHA	DOSIS FECHA	DOSIS FECHA	DOSIS FECHA DOSIS FECHA DOSIS FECHA								
1	1	1	1 6 11								
	Adic.	2	2 7 12								
		3	3 8 13								
		Adic.	4 9 14								
			5 10 15								
VACUNAS											
NEUMOCOCO						ROTAVIRUS					
DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA
1		6		11		1		6		11	
2		7		12		2		7		12	
3		8		13		3		8		13	
4		9		14		4		9		14	
5		10		15		5		10		15	

ANEXO 25



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

2017
TIEMPOS DE *Por Gracia*
VICTORIAS! *de Dios!*

ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE NICARAGUA 2017

Vacunas 	Enfermedad que previene	Edad de la Vacunación	Número de Dosis	Dosis de Refuerzo	Aplicación
BCG	Formas graves de tuberculosis	Recién nacidos	1 Dosis (0.1cc)	Ninguna	Intradérmica, en el tercio superior del área del deltoides del brazo izquierdo. Jeringa 0.5cc X 27G X 3/8"
Polio inyectable	Poliomielitis	2 meses	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular profunda en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo izquierdo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
Polio oral	Poliomielitis	4,6 meses	2 Dosis (2 gotas)	Una dosis adicional a niños de 18 meses	Oral
Pentavalente DPT/ HB+ Hib	Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía causada por Haemophilus Influenzae Tipo B	2,4,6 meses	3 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular profunda en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo derecho. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
Rotavirus	Diarrea grave por Rotavirus	2,4 meses	2 Dosis (1.5cc)	Ninguna	Oral
Neumococo 13 valente	Neumonía, Meningitis, Otitis causada por Neumococo	2,4,6 meses	3 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular profunda en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo izquierdo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
MMR (SRP)	Sarampión, Rubéola y Parotiditis	1 año de edad (12 meses)	1 Dosis (0.5cc)	1 dosis a los niños de 18 meses de edad	Subcutánea, parte superior del brazo (área del deltoides). Jeringa 0.5cc x 25 G X 5/8"
		18 meses de edad	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	
DPT	Difteria, Tos ferina, Tétanos	18 meses (al año de 3ra dosis de pentavalente)	1 Dosis (0.5cc)	1 dosis a los 6 años	Intramuscular en la cara anterolateral externa del muslo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
		6 años	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular, parte superior del brazo en niños mayores. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
dT	Tétanos	10 años	1 Dosis (0.5cc)	Si no tiene registro de haber recibido el esquema básico, aplicar una segunda dosis con intervalo de 4 semanas, una tercera dosis a los 6 meses, una cuarta dosis un año después de la tercera y una quinta dosis un año después de la cuarta dosis	Intramuscular en el brazo. Jeringa 0.5cc X 22 G X 1 ^{1/2} "
		Mujeres a los 20 años (o primer embarazo) Hombres a los 20 años	1 Dosis (0.5cc)		
Influenza	Gripe estacional Pediátrica	6 a 23 meses con enfermedades crónicas	1 Dosis (0.25cc)	Dos dosis cuando se aplica por primera vez	Intramuscular en el brazo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1" o Jeringa 0.5cc X 22 G X 1 ^{1/2} "
	Gripe estacional Adulto	≥ 50 años con enfermedades crónicas	1 Dosis (0.5cc)	Vacunación anual	
		Embarazadas	1 Dosis (0.5cc)		
		Personal de Salud atención directa de pacientes	1 Dosis (0.5cc)		
Neumococo 23 valente	Formas graves de neumonías causada por Neumococo	50 años con enfermedades crónicas	1 Dosis (0.5cc)	Vacunación anual	Intramuscular en el brazo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"

ANEXO 26

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Artículo 328.- El objetivo de la investigación en salud es contribuir al mejoramiento permanente de la salud de la población, considerándose la realidad socio-sanitaria, de género, generacional, causas y mecanismos que la determinen, modos y medios de intervención preventiva y curativa y la evaluación rigurosa de la eficacia, efectividad y eficiencia de las intervenciones

Somos estudiantes de Quinto año de la carrera de ENFERMERIA. Estamos realizando una investigación sobre VIGILANCIA, PROMOCION, CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS. Con el fin de culminar Seminario de Graduación para Optar al título de Licenciatura en Enfermería Materno Infantil. Puede que haya algunas cosas que no entienda. Si tiene preguntas puede hacerlas.

Yo:

He sido invitada a participar en la investigación sobre VPCD Entiendo que la información que brinde será utilizada solo con fines de investigación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento que lo decida.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

