



UNIVERSIDAD  
NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
NICARAGUA,  
MANAGUA  
UNAN-MANAGUA

**RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**MONOGRAFÍA PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO.**

**“Caracterización clínica de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del  
Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021”**

***Autores:***

- **Br. Glenda Valeria Cuadra Espinoza.**
- **Br. Loana Denisse Robleto Blandón.**

***Tutor Metodológico:***

- **Dr. Douglas Montenegro Moreno**  
Máster en Epidemiología.  
Docente – Investigador  
Facultad de Ciencias Médicas UNAN - Managua

**Managua, Nicaragua, febrero de 2022.**

## **Dedicatoria.**

*Siempre parece imposible, hasta que se hace. – Nelson Mandela.*

*A Dios:* por llegar a este punto en mi vida, por darme sabiduría, fortaleza y resiliencia para poder concluir mis estudios profesionales.

*A la memoria de María Delia Guerrero,* mama Delia, quien cuida de mi desde el cielo, mi abuela, quien me crio como su hija y a quien amo profundamente. Todos mis logros y éxitos son para ti, mi viejita.

*A mi madre,* mi mayor apoyo y mi fortaleza, a quien le debo todo lo que soy, y por su amor incondicional.

*A mi tía Rocío,* por ser como mi madre y apoyarme siempre.

*A mi esposo,* Luis Fernando por estar a mi lado en cada momento.

**Br. Glenda Valeria Cuadra Espinoza**

## **Dedicatoria.**

A Dios, por haberme dado la fortaleza de enfrentar cada dificultad que se presentó en el camino.

A mis hermanas, Celeste y Rosemary, que son mi motivación diaria para ser un buen médico y sobre todo una buena persona.

A mis abuelos, Concepción y Alberto, por ser mis pilares, que me ayudaron cada día para seguir adelante, desde el primer día, con su amor incondicional.

A mis padres, Javier y Violeta, por ser mi apoyo, por todos los sacrificios, por su amor, por ser mi consuelo y fortaleza, que me enseñaron cómo Benedetti ‘no te rindas que la vida es eso, continuar el viaje, perseguir tus sueños’

A mi tía Jessenia y a Muriell, por ser mis segundas madres, estar siempre ahí para mí y me siento feliz de su orgullo hacia mí.

A mi amado Ringo, mi fiel amigo, que estuvo desde mis primeros pasos, hasta cumplir el sueño de ser médico, la mayor lección de amor me la dio alguien que no hablaba el mismo idioma que yo, te extraño.

‘Amado mío, esta vida no es una prueba, ni un escalón, ni un paso en el camino, ni un ensayo, ni un preludio hacia el paraíso. Esta vida es lo único que hay aquí y ahora y lo único que necesitas.’ Baruch de Spinoza

**Br. Loana Denisse Robleto Blandón.**

### **Agradecimientos.**

Agradecemos a Dios la oportunidad de permitirnos entrar a la carrera de medicina y haber llegado a este importante paso, por habernos dado sabiduría y fortaleza a través de cada etapa en nuestra carrera.

A nuestros Abuelos, por aconsejarnos siempre, por darnos ánimos y motivarnos a nunca perder el sentido de la carrera y la labor de servicio que enseña Medicina.

A nuestros Padres, por haber hecho muchos sacrificios por nosotros durante este largo camino, por haber estado en nuestros éxitos, logros, en los días grises, siempre apoyándonos y haciéndonos sentir que podemos con todo.

Gracias a los docentes que nos motivaron durante nuestra formación, quienes nos hicieron enamorarnos de las materias más difíciles, en especial al Dr. Erasmo Aguilar quien nos motivó a iniciar este trabajo y fortaleció nuestro trabajo en equipo. Gracias por su apoyo y paciencia.

Al Dr. Bomar Méndez también por ser una guía para nosotros y consejero para este arduo trabajo.

Gracias al Dr. Douglas Montenegro por ayudarnos a culminar este proceso, por su paciencia, disponibilidad como docente e investigador, quien ha hecho que con sus enseñanzas nos despierte la motivación de seguir investigando.

Muchas gracias a la Dra. Flores directora del Centro de Salud Roberto Herrera y al personal de estadística por habernos permitido realizar nuestra monografía en su unidad de salud y su ayuda para brindarnos la información que requerimos para nuestro trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua- Managua, UNAN- Managua, por habernos dado la oportunidad de poder recibir nuestros estudios académicos de la carrera de medicina y cirugía.

## **Opinión del tutor**

El presente estudio titulado “**Caracterización clínica de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021**”.

Elaborado por: Br. Glenda Valeria Cuadra Espinoza y Br. Loana Denisse Robleto Blandón., es de relevancia ya que vigilancia del crecimiento y desarrollo infantil es sumamente importante como un método de detección oportuna de problemas de salud que pueda presentar los infantes.

Es importante señalar que los datos brindados por este estudio tienen gran relevancia dado que estadísticas propias de los niños y niñas que ingresan al programa de VPCD, hay datos estadística entre ellos demográficos, antropométricos, desarrollo del sistema locomotor e inmunizaciones. Felicito a las doctoras Cuadra y Robleto, Por el logro alcanzado con la culminación de la presente Monográfica, superando las adversidades que se le presentaron durante el proceso de formación académica y el servicio social así mismo por la dedicación y empeño demostrado en la ejecución del estudio, un trabajo lleno de esfuerzo y mucha calidad, aprovecho para instarlos en la superación académica y administrativa.

---

Dr. Douglas Alberto Montenegro Moreno

MSc. Epidemiología

Tutor Metodológico

Docente de la Facultad de Ciencias Médicas

UNAN-Managua

## **Resumen.**

El presente estudio aborda la Caracterización clínica de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino y tiene como objetivo determinar las características clínicas del desarrollo de estos niños en la unidad en mención, en el periodo de julio a octubre del 2021.

La investigación es de tipo cuantitativo no experimental con alcance descriptivo transversal, realizado en pacientes que acuden al programa VPCD en un centro de atención primaria, en la ciudad de Managua, se realizó una investigación documental de 80 expedientes clínicos que cumplían los criterios de selección con los siguientes resultados: el sexo de mayor predominio durante la investigación fue el masculino (52.5%), la procedencia de la población es completamente urbana (100%), la edad de mayor predominio para el sexo masculino fue de 12-14 meses de edad (18%) y para el sexo femenino menor de 1 mes de edad (12%). El 67.5% de los niños y niñas en este estudio estaban inscritos en el registro civil. El 90% de los niños presenta un peso normal para su edad, así como el 90% presenta una talla adecuada para su edad. El 87.5% de los niños presentan una evolución psicomotora adecuada. Se registró un 79% de niños con esquema de vacunas al día y 11.3% de administración de micronutrientes, cabe destacar que el 58% de los pacientes en estudio no aplico para la administración de micronutrientes.

En conclusión, el sexo masculino fue el de mayor predominio, así como la procedencia urbana para los niños ingresados en este programa. Tanto el peso como la talla de estos niños es adecuada para su edad, así como la evolución psicomotora. Prevaleció el esquema de vacunación al día en los niños en estudio, así como no había criterio según normativa para la administración de micronutrientes.

**Palabras clave:** VPCD, Niño sano, Atención primaria

# ÍNDICE

## 1. CAPITULO – GENERALIDADES

|     |                            |    |
|-----|----------------------------|----|
| 1.1 | Introducción               | 1  |
| 1.2 | Antecedentes               | 2  |
| 1.3 | Justificación              | 8  |
| 1.4 | Planteamiento del Problema | 10 |
| 1.5 | Objetivos                  | 11 |
| 1.6 | Marco Teórico              | 12 |

## 2. CAPITULO – DISEÑO METODOLÓGICO

|      |  |    |
|------|--|----|
| 2.1  | Área de Estudio  | 25 |
| 2.2  | Tipo de Estudio  | 25 |
| 2.3  | Periodo de Estudio   | 25 |
| 2.4  | Universo   | 25 |
| 2.5  | Muestra  | 25 |
| 2.6  | Tipo de Muestreo   | 26 |
| 2.7  | Unidad de Análisis   | 26 |
| 2.8  | Criterios de inclusión:  | 26 |
| 2.9  | Criterios de exclusión:  | 26 |
| 2.10 | Operacionalización de las Variables                            | 27 |
| 2.11 | Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información | 35 |
| 2.12 | Procedimientos para la recolección de datos e información      | 36 |
| 2.13 | Plan de tabulación y análisis                                  | 36 |
| 2.14 | Aspectos éticos  | 36 |
| 2.15 | Cruce de Variables   | 37 |

## 3. CAPITULO – DESARROLLO

|     |                 |    |
|-----|-----------------|----|
| 3.1 | Resultados      | 38 |
| 3.2 | Discusión       | 41 |
| 3.3 | Conclusiones    | 46 |
| 3.4 | Recomendaciones | 47 |

## 4. CAPITULO – BIBLIOGRAFÍA

|     |              |    |
|-----|--------------|----|
| 4.1 | Bibliografía | 49 |
|-----|--------------|----|

## 5. CAPITULO - ANEXOS

|     |                               |    |
|-----|-------------------------------|----|
| 5.1 | Ficha de recolección de datos | 52 |
|-----|-------------------------------|----|

|                     |    |
|---------------------|----|
| <b>5.1 Tablas</b>   | 54 |
| <b>5.2 Gráficos</b> | 61 |



# **1. CAPITULO – GENERALIDADES**

## **1.1 Introducción**

El desarrollo infantil es un proceso de maduración que depende de la interacción del niño con otras personas y que resulta en una evolución ordenada de habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de autorregulación que son utilizadas a lo largo de la vida en diversos ámbitos de la misma. (Apoyando el desarrollo en la primera infancia: de la ciencia a la aplicación en gran escala, 2016)

La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) a través del programa Niño Sano consiste en la evaluación repetida del niño y tiene como principales objetivos la supervisión y la promoción de la salud en donde dos de sus pilares básicos son la educación sanitaria y la realización de actividades preventivas, las cuales permiten brindar seguimiento no solamente al estado de salud de los niños, sino a la identificación de las alteraciones que puedan afectarlos, con el fin de proporcionar oportunamente las intervenciones y sus pertinentes correcciones. (OPS, 2011)

Por medio de este programa implementado actualmente en el país caracterizado por la necesidad de adaptación a las características de cada niño y de su familia, así como el nivel sociocultural de la población a la que se encuentra dirigida se logra brindar ayuda necesaria en el momento adecuado a diversos niños que presenten alguna patología o problema durante su desarrollo infantil, mejorando de esta manera la calidad de vida.

Por ende, dando la oportunidad a estos niños de utilizar en etapas posteriores de su vida todas las capacidades desarrolladas de manera óptima durante la infancia, las cuales aumentan competencias en distintos ámbitos de la vida que permitiendo avances personales como sociales y por ende mejoría en el desarrollo del país.

Por lo antes expuesto, se realizó la presente investigación en el Puesto Medico Memorial Sandino, con el objetivo de caracterizar los componentes relacionados al desarrollo y crecimiento de la niñez, permitiendo conocer la utilidad de las diversas técnicas que brinda la normativa para lograr una mejoría en la calidad de vida de cada niño nicaragüense.

## **1.2 Antecedentes**

### **Nivel Internacional**

En Uruguay, María Ascarete, realizó un estudio, de corte transversal, titulado: Causas del incumplimiento del control de salud de los niños/as menores a 2 años del Centro de Salud Cerro, cuyo objetivo era determinar las causas principales de incumplimiento pediátrico, en el cual se demostró en un 33,9 % se olvidaron de llevarlo al programa, un 17,7 % se durmieron, un 12,9 % no tenía con quien dejar a sus otros hijos, un 12,9 % porque el clima estaba malo, un 8,1 % porque estaba enfermo, un 6,9 % no sabía, un 4,8 % por otros motivos, y un 3,2 % porque no consiguió libre en el trabajo.

Concluyeron que es de suma importancia del seguimiento de los padres al control pediátrico para evitar alguna anomalía. Ascarete, M; et al (2012)

Por otro lado, Gabriela Dávila, en Argentina, efectuó un estudio titulado: Control de niño sano, concluyó, de acuerdo a los datos estadísticos obtenidos en el trabajo de investigación, se llegó a conocer que gran parte de las familias encuestadas son de bajo recursos, y se encontró que el 75% de personas expresaron haber faltado más de una vez al control de niño sano, y de estas el 47% los padres o responsables de los niños, no asistían debido a que no consideraban importante el control de niño sano por creer que sus hijos eran muy sanos. Dávila, G, et.al (2012)

Así mismo, Paula Bedregal, en Chile realizó un estudio de casos y controles titulado: Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas, del grupo de niños/as pertenecientes al PADB, donde los resultados obtenidos concluyeron que los niños y niñas son similares al nacer independiente de su condición socioeconómica y de su desarrollo posterior; y que la trayectoria de los primeros años son las que hacen las diferencias en el desarrollo infantil, mediados por las características de la crianza (conductas, creencias y actitudes, como también recursos disponibles para la estimulación).

De esta forma, demostró en base a evidencias científicas que la modificación o efecto de las intervenciones sobre el desarrollo infantil es más bien pequeña, pero que, dada la alta prevalencia de retrasos, riesgos en el desarrollo y su vinculación con el desempeño biopsicosocial, el impacto final de las intervenciones es muy importante. Bedregal, P (2013)

En Madrid-España, se realizó un estudio en 2016 realizado por José Mantilla en la Universidad Complutense de Madrid titulado: Detección, diagnóstico e intervención temprana en niños menores de tres años de alto riesgo biológico y ambiental pertenecientes a la comunidad indígena de Salasaca provincia de Tungurahua, en el que se manifestó que las condiciones precarias de vida de 90 niños/as de 0 a 42 meses que están al cuidado de los Centros Infantiles del Buen Vivir de Salasaca, son una situación de riesgo, ya que no están cubiertas todas las necesidades básicas para el desarrollo integral Infantil.

Así mismo, expresó la presencia una talla inferior en el 20% de estos niños que no está acorde a la edad como consecuencia de la mala nutrición, cuidado y atención del niño y prácticas de crianza de las madres de la comunidad de Salasaca (Mantilla, J, et.al; 2015).

En Venezuela en el año 2017, Rosmely Cáceres realizó un estudio titulado: Control de niño sano de 0 a 2 años y la morbilidad del servicio de Emergencia del Hospital de Niños Dr. Jorge Lizárraga. Ciudad Hospitalaria Dr. Enrique Tejera obtuvo un 72,7% de madres que refirieron haber cumplido con las consultas de niño sano, en donde un 59,6% acudían mensualmente en el periodo de 0 a 2 años. No obstante, al obtener el factor predisponente de sus ausencias, el cual correspondía a la minoría de las madres entrevistadas; se obtuvo que en 31,7% era debido a la lejanía del centro.

De esta forma se demostró que las madres cumplieron en su gran mayoría atención primaria en salud, es decir, la consulta de niño sano, sin embargo, a consecuencia del incumplimiento se origina la dificultad en el seguimiento y detección de situaciones que pueden conllevar a patologías (Cáceres, R; 2017).

## **Nivel Nacional**

En el año 2005 Nicaragua participó en la iniciativa de explorar el comportamiento del Desarrollo infantil en conjunto con dos países Latinoamericanos (Honduras y Chile), considerando que América Latina y el Caribe tuvieron grandes avances en salud infantil gracias a estrategias de salud pública sistemáticas, que lograron disminuir la mortalidad infantil por enfermedades prevalentes en gran parte por la implementación de la estrategia “Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia” (AIEPI), inmunizaciones y mejoras sustantivas en las condiciones de vida. Sin embargo, se demostró que los esfuerzos realizados para que los niños alcancen su óptimo desarrollo en las áreas físicas y psicosociales eran insuficientes, disminuyendo de esta forma su calidad de vida.

El Ministerio de la Familia desde el año 1996 ha realizado acciones de promoción del desarrollo infantil en los Centros infantiles comunitarios (CICOs), fortaleciendo el accionar institucional a favor de la niñez nicaragüense.

Así mismo, el Ministerio de Salud, dentro de sus normas, establece que el recién nacido, durante su primera semana de vida, debe acudir a su primera evaluación a las unidades de salud del primer nivel, para ser incorporado al programa de “Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo infantil” (ENDESA, 2011/2012).

En 2006, Manuel Vallejos realizó un estudio titulado: Evaluación de la calidad de atención de los usuarios asistentes al programa, de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo, en el Centro de Salud Raymundo García del municipio de Somotillo, evidenció que las actividades existentes del programa de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo del niño en el centro de Salud Raymundo García del municipio de Somotillo, eran precarias con limitaciones en primer lugar por falta de los recursos materiales adecuados para realizar la valoración completa de la VPCD.

Por otra parte, las madres recibieron escasas orientaciones sobre procedimientos que podían emplear para estimular el desarrollo del niño. El grado en que las madres aprendieron sobre las actividades era mínimo ya que el conocimiento brindado a través de las charlas era de poco conocimiento, lo que pone de manifiesto la falta de práctica de las madres con sus niños (Vallejos, M, 2006).

ENDESA en el año 2011/2012, indagó en las mujeres sobre la atención que recibieron todos los hijos nacidos vivos que tuvieron en los cinco años previos a la entrevista dentro de las acciones contenidas en la Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo, que se brindó en los establecimientos del primer nivel de atención. Encontrando que el 94% de todos los nacidos vivos tuvieron al menos una atención del Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo, en donde solo el 6% estaban enfermos durante la primera atención recibida, superando de esta forma los datos encontrados en 2006/07, cuando el 90% había recibido al menos una atención y el 9% estaba enfermo en la primera atención recibida.

En el Centro de Salud Juigalpa municipio de Chontales-Nicaragua, se realizó un estudio en el 2015 titulado: Llenado e interpretación de la hoja de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), que realiza el personal de salud que labora en el Equipo de Salud Familiar y Comunitario N° 1 Juigalpa. Expresó que el registro que realiza el personal de salud en el llenado de las hojas de AIEPI, tanto para personal médico como enfermería, era en su mayoría incorrecto (62.4%) y que la interpretación de los datos que realiza el personal de salud acerca de peso/edad, talla/edad, índice de masa corporal (IMC) e interpretación correcta de las curvas de crecimiento era deficiente (Suarez, R; 2015).

En Matagalpa-Nicaragua se realizó un estudio en 2015 titulado: Calidad de atención en la Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo en infantes menores de 5 años según usuarios internos y externos que asisten a los puestos de salud, Wuppertal Sector N° 3, Matagalpa. Se demostró que los usuarios internos estaban medianamente satisfechos debido a la carga de trabajo y el poco salario que reciben coincidiendo así en mayor porcentaje con los usuarios externos que asisten a su Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo ya que ellos expresan que no les prescriben medicamentos y existe falta de medicamentos.

Al mismo tiempo, de acuerdo con la disponibilidad de los medios del puesto de salud el observador, usuario interno y externo la califican como regular, tomando en cuenta que no presta con los equipos suficientes para realizar procedimientos durante la atención en el Programa de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo. Por último, en lo que respecta a la aplicabilidad de normas y protocolo es valorada por el usuario interno en su totalidad como buena, en cambio el observador y usuario externo la consideran en mayor porcentaje como regular (Alemán, M, et.al; 2015).

### **1.3 Justificación**

Lo que sucede con un niño en sus primeros años de vida, tiene una importancia fundamental tanto para su bienestar presente, como para su futuro. Garantizar y cuidar el desarrollo del niño, es esencial para que los ellos puedan ejercer el conjunto de derechos de los cuales son tutelares. El desarrollo pleno en la primera infancia, ayuda además a las personas a salir de la pobreza y combatir la inequidad dentro de y entre las comunidades y las naciones (UNICEF, 2012).

Las ventajas financieras de invertir en el desarrollo de los niños son importantes. Estas se reflejan en la mejora de los resultados de salud y educación, en unas tasas de delincuencia más bajas y en el incremento de los ingresos individuales. Invertir en el desarrollo temprano de los niños puede aumentar los ingresos individuales de los adultos hasta en un 25%. Invertir en el desarrollo del niño en la primera infancia, también beneficia a los países, ya que les permite contar con una mano de obra más competente y mejor preparada para afrontar los retos de una economía digital a escala mundial (UNICEF, 2017).

Es importante que todos los niños tengan un buen desarrollo en la primera infancia, con un óptimo desarrollo cognitivo, lingüístico, social y afectivo de los niños, con esto se evita la incidencia o prevalencia de enfermedades en la niñez, que puedan tener una mayor repercusión en la vida adulta, asegurándose de que estos niños tengan una mejor calidad de vida (Ritcher, L; 2016).

La vigilancia y promoción del crecimiento del niño sano a través de la evaluación del peso y talla, alimentación y las diferentes actividades de estimulación temprana del desarrollo, son pilares fundamentales para clasificar a los niños con bajo riesgo, riesgo alto y muy alto de alteraciones en su crecimiento y así, obtener pautas para intervenciones tempranas y objetivas para mejorar la situación de la niñez y que estos tengan mejores condiciones de vida, y de esta forma, obteniendo las mismas oportunidades que los niños que tienen un desarrollo adecuado a su edad.

Debido a que, en la actualidad, existe escasa información acerca de las condiciones asociadas al desarrollo de la niñez en el país y que estos son indicadores fundamentales para el crecimiento de los niños, que influyen en las futuras etapas de su vida. Este trabajo permitirá hacer una contribución al Ministerio de Salud sobre las condiciones que se relacionan con el desarrollo de los niños a través del Programa Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo, del mismo modo puede servir de referencia para futuras investigaciones que



profundicen en la temática, debido a que no existen estudios nacionales en los que se evalúa el seguimiento del niño sano a través del programa, solamente se valora la calidad de atención a través de este.

## **1.4 Planteamiento del Problema**

Existe una inminente necesidad de describir las condiciones relacionadas al desarrollo de la niñez y visualizar el problema del desarrollo en los niños desde los Centros de Atención Primaria en Salud, que son el primer contacto del niño y la madre con el Ministerio de Salud, para así poder intervenir de forma temprana en este panorama y mejorar la calidad de vida de los niños y la familia con un programa cada vez más eficiente.

Según ENDESA 2011 -2012 en cuanto a la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo (VPCD) destaca que el 94% de todos los nacidos vivos tuvieron al menos una atención del VPCD, y solo el 6 % estaban enfermos durante la primera atención recibida.

Considerando lo antes expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación:

***¿Cómo son las características clínicas de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021?***

### **Sistematización del problema**

1. ¿Quién es la población sociodemográfica en estudio?
2. ¿Cuáles son los datos antropomórficos de la población en estudio?
3. ¿Cómo es la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD?
4. ¿Cuáles las actividades de control y vigilancia de los niños de la población en estudio?

## **1.5 Objetivos**

### **Objetivo General:**

Caracterizar clínicamente a los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.

### **Objetivos Específicos:**

1. Caracterizar sociodemográfica la población en estudio.
2. Describir datos antropomórficos de la población en estudio.
3. Indagar la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD.
4. Identificar las actividades de control y vigilancia de los niños de la población en estudio.

## **1.6 Marco Teórico**

### **Desarrollo Integral Infantil**

El desarrollo infantil según (Mussen, 1995) es definido como cambios de estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y del comportamiento, que emergen de manera ordenada y son relativamente permanentes. Su fundamento consiste en detectar cómo y porqué el organismo humano crece y cambia durante la vida, en base a tres aspectos: el primero es comprender los cambios que parecen ser universales y que ocurren en todos los niños, sin importar la cultura en que crezcan o las experiencias que tengan; el segundo es explicar las diferencias individuales y el tercero, comprender cómo el comportamiento de los niños es influenciado por el contexto o situación ambiental. Resaltando el adecuado estudio y entendimientos de estos para poder comprender el desarrollo infantil. Por otra parte, se conoce que el desarrollo infantil es un proceso de maduración que depende de la interacción del niño con otras personas y que resulta en una evolución ordenada de habilidades perceptivas, motrices, cognitivas, lingüísticas, socioemocionales y de autorregulación. Demostrando que las habilidades que se desarrollan a lo largo de la vida se basan en capacidades básicas adquiridas en la primera infancia. (Campos, 2010)

De esta forma queda evidenciado que el desarrollo integral en la infancia es fundamental para el desarrollo y la construcción de capital humano y social. Estos elementos son considerados necesarios para romper el ciclo vicioso e intergeneracional de la pobreza y reducir las brechas de inequidad, igualando oportunidades no solo a nivel socioeconómico, sino también de género y de ser humano.

### **Vigilancia del desarrollo**

Comprende todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de problemas de desarrollo en la atención primaria de la salud, siendo un proceso continuo y flexible, que entrega información a los profesionales de salud, a los padres y a otros miembros de la comunidad, por lo general con el uso de escalas o guías clínicas que indican el grado de desarrollo del infante.

Los padres cumplen un papel de suma importancia en el contexto de la vigilancia del desarrollo. En general, existe consenso de que los padres son buenos observadores y detectores certeros de las deficiencias observadas en sus hijos, mostrando una alta sensibilidad y especificidad y su opinión tiene un buen valor predictivo en la detección de problemas de desarrollo. (Consuelo Figueiras, 2011)

### **Promoción del desarrollo a través de controles del niño sano**

El control del niño sano es un actividad de supervisión periódica, tanto del estado de salud, como del crecimiento y desarrollo, desde que nace hasta los cinco años, realizada por un equipo multidisciplinario, que incluye detección precoz de problemas de salud, prevención de accidentes, aplicación de inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicomotor, medición de peso y talla para evaluar su crecimiento y estado nutricional; así como la orientación a padres o tutores sobre aspectos en la alimentación, estimulación temprana e higiene (Ritcher & Lamrsdast, 2016).

En todas las visitas del control de niño sano se deben realizar:

#### *Actividades específicas*

- Antropometría, se evalúa del crecimiento y desarrollo.
- Examen Físico, se realiza un rastreo de problemas.
- Según calendario e indicación, aplicación de vacunas; recordamos que algunas actividades de este punto son llevadas a cabo por el médico y otras por el enfermero entrenado.
- Evaluación de riesgo y detección precoz de problemas, este punto evalúa los datos obtenidos en el punto anterior o de acuerdo a registros previos o datos del interrogatorio. Estas acciones corresponden, principalmente, al médico, aunque debemos propiciar que los enfermeros de atención primaria tengan también elementos de juicio para detectar problemas y riesgos.

Es esencial conocer el crecimiento y desarrollo normal y las variaciones aceptables de las pautas normales para conocer patrones patológicos tempranos, indicándonos posibles trastornos. Se define crecimiento como el proceso de aumento en la masa corporal, producido por el aumento en el número de células y el aumento del tamaño de las mismas.

En el crecimiento influye la carga genética, las características étnicas y los patrones alimentarios sumergidos en la clase sociocultural del niño. En la etapa del crecimiento, el niño cambia constantemente, pero no de manera regular ni uniforme.

El crecimiento se evalúa mediante los registros antropométricos de peso, talla y perímetro cefálico. Deben ser obtenidos con instrumentos y técnicas adecuadas. Estos registros deben volcarse en las tablas de la Organización Mundial de la Salud del año 2007, de crecimiento para peso, talla y perímetro cefálico relacionando según sexo y edad, y así evaluaremos el patrón de crecimiento de cada niño (UNICEF, 2016).

## **Desarrollo infantil del niño**

### *Lactancia Materna*

La lactancia materna es la primera vacuna que recibe el niño contra la muerte, la enfermedad y la pobreza, también la inversión más perdurable en su capacidad física, cognitiva y social. Cuando se amamanta a un niño, se genera crecimiento económico futuro (UNICEF, 2016).

Según (OMS, 2016), las deficiencias nutricionales tempranas también han sido vinculadas con problemas que comprometen el crecimiento y la salud a largo plazo. La desnutrición durante los primeros dos años de vida es causa de desnutrición crónica, la cual provocará que el adulto no alcance su potencial para el crecimiento en talla y que sea varios centímetros más bajo.

Se ha demostrado científicamente que los primeros dos años de vida brindan una ventana de oportunidad crítica para asegurar el apropiado crecimiento y desarrollo de los niños, mediante una alimentación óptima. Es por esto que (OMS, 2016) brinda serie de planes de alimentación infantil óptima, tal como los establecidos en la Estrategia Mundial:

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida (180 días).

- Iniciar la alimentación complementaria, adecuada y segura, a partir de los 6 meses de edad, manteniendo la lactancia materna hasta los dos años de edad o más.

Es de vital importancia tratar de implementar la lactancia materna exclusiva en donde el lactante recibe solamente leche del pecho de su madre o de una nodriza, o recibe leche materna extraída del pecho y no recibe ningún tipo de líquidos o sólidos, ni siquiera agua, con la excepción de solución de rehidratación oral, gotas o jarabes de suplementos de vitaminas o minerales o medicamentos. Si la técnica de la lactancia materna es satisfactoria, la lactancia materna exclusiva, durante los primeros 6 meses de vida, cubre las necesidades de energía y de nutrientes para la gran mayoría de niños, lo que disminuye el riesgo de padecer diversas enfermedades que interfieren con el adecuado desarrollo del niño (OMS, 2016).

La Serie del Lancet sobre Lactancia Materna muestra porqué la lactancia materna es una de las intervenciones de mayor impacto que proporcionan beneficios para los niños, las mujeres y la sociedad. Según (UNICEF, 2016), La lactancia materna reduce la morbilidad y la mortalidad infantil, aumenta el cociente de inteligencia (CI), mejora el rendimiento escolar y aumenta los ingresos en la edad adulta, esto es esencial para la reducción de la pobreza. También contribuye a la equidad al dar a todos los niños una ventaja nutricional para el éxito en la vida.

### **Vigilancia del peso y talla**

*Talla para edad y/o longitud para la edad:* Es útil para conocer la historia nutricional.

Cuando la medición se encuentra debajo de  $-2$  DE, es evidencia de un retraso del crecimiento moderado o desnutrición crónica (La talla es menos sensible a los cambios rápidos de alimentación por cualquier causa incluyendo enfermedad).

*Peso para la edad:* permite detectar desnutrición, pero no se precisa si es desnutrición actual o pasada (desnutrición global), es más útil con fines epidemiológicos. Desde el punto de vista de valoración nutricional o seguimiento a nivel de hospital su aporte es mínimo. Sin embargo, si se encuentra en desnutrición global moderada o severa debe vigilarse estrechamente porque tiene un riesgo alto de evolucionar a emaciación.

*Índice de Masa Corporal (IMC):* La fórmula para determinar Índice de Masa Corporal es:  $\text{Peso (Kg.)} / \text{Talla en metros al cuadrado}$ .

Después de la medición se utilizan, las curvas de los estándares de crecimiento para clasificar el estado nutricional de acuerdo a la talla y peso, por esa razón a continuación realizaremos una breve descripción de las tablas que indican el rango en el que se encuentra cada niño permitiendo clasificarlos y determinar el grado de riesgos que estos presentan.

De acuerdo a los estándares de la OMS, (Cuadro de Procedimientos de AIEPI), *la interpretación del peso según la edad permite identificar:*

**Desnutrición Aguda:** Si el punto marcado cae exactamente en la línea de puntuación Z, se clasifica en la categoría menos severa. Por Ejemplo, un peso para la edad exactamente sobre la línea Z-3 se considera “bajo peso” y no “bajo peso severo”.

1. Peso para la edad  $\leq X$  (en 0 por debajo de la mediana) y  $< Z-1$  (por debajo de Z-1) se clasifica como Rango Normal.
2. Peso para la edad  $< Z-2$  (por debajo de Z-2) como de Peso Bajo.
3. Peso para la edad  $< Z-3$  (por debajo de Z-3) como Peso Bajo Severo.
4. Peso para la edad  $\geq X$  (en o por encima de la mediana) se clasifica como Rango Normal.
5. Peso para la edad  $> Z 1, > Z 2$  o  $> Z 3$  (por encima de Z 1, Z 2 o Z 3) se interpreta como Puede Tener un Problema de Crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud/talla o IMC para la edad.



*Talla para la edad se interpretará de la siguiente manera:*

1. Talla para la edad  $\leq X$  (en 0 por debajo de la mediana) y  $< Z-1$  (por debajo de  $Z-1$ ) se clasifica como Rango Normal.
2. Talla para la edad  $< Z-2$  (por debajo de  $Z-2$ ) como Baja Talla.
3. Talla para la edad  $< Z-3$  (por debajo de  $Z-3$ ) como Baja Talla Severa (Es posible que un niño con baja talla o baja talla severa desarrolle sobrepeso).
4. Talla para la edad  $\geq X$ ,  $> Z 1$  o  $> Z 2$  (en 0 por encima de la mediana, de  $Z 1$ , o de  $Z 2$ ) se clasifica como RANGO NORMAL.
5. Talla para la edad  $> Z 3$  (por encima de  $Z 3$ ) como Muy Alto. Un niño en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caso extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor productor de hormona del crecimiento, por ejemplo, si los padres con una estatura normal tienen un niño excesivamente alto para su edad.

*Interpretando peso para talla-longitud (P/TL)*

1. Peso para talla-longitud  $\leq X$  (en 0 por debajo de la mediana) y  $< Z-1$  (por debajo de  $Z 1$ ) se clasifica como Rango Normal.
2. Peso para talla-longitud  $< Z-2$  (por debajo de  $Z-2$ ) como de Emaciado (Desnutrición aguda moderada).
3. Peso para talla-longitud  $< Z-3$  (por debajo de  $Z-3$ ) como Severamente Emaciado (Desnutrición aguda severa).
4. Peso para talla-longitud  $\geq X$  (en o por encima de la mediana) se clasifica como Rango Normal.
5. Peso para talla-longitud  $> Z 1$  (por encima de  $Z 1$ ) como Posible Riesgo de Sobrepeso.
6. Peso para talla-longitud  $> Z 2$  o (por encima de  $Z 2$ ) como Sobrepeso.
7. Peso para talla-longitud  $> Z 3$  (por encima de  $Z 3$ ) como Obesidad.

(AIEPI, 2018) (*Ver tabla en Anexos*)

## **Estimulación del Desarrollo Infantil**

Las actividades de estimulación temprana se basan en una serie de ejercicios que tienen como objetivo potenciar el desarrollo del niño, tanto a nivel intelectual, como físico y social. Estas prácticas pueden iniciarse desde el mismo instante del nacimiento del bebé y continuar practicándose hasta los 6 años de edad.

Según (Consuelo Figueiras, 2011), es necesario concretar que existen una serie de rutinas o prácticas específicas para cada una de las etapas de niño, adecuadas al nivel de desarrollo propio de la edad. El motivo de que la franja de edad ideal para realizar estos ejercicios sea hasta los 6 años es que, hasta esta edad, el niño goza de una mayor plasticidad cerebral.

El concepto de plasticidad cerebral hace referencia a la capacidad que tiene el sistema nervioso de cambiar y modificarse como reacción a la interacción con el entorno. Esto significa que, mediante una estimulación adecuada, nuestro cerebro tiene la capacidad de crear nuevas sinapsis y circuitos neuronales que le permiten potenciar o mejorar la actividad y el rendimiento de ciertas áreas cerebrales. Estos ejercicios pueden practicarse tanto en niños sanos, con la intención de potenciar sus habilidades, como con niños con algún tipo de trastorno o afección que afecte a su desarrollo. De esta manera se estimulan sus capacidades de compensación y se mejoran sus habilidades físicas y psicológicas.

Según (Salvador, 2019), el principal objetivo de la estimulación temprana es que, mediante la realización de una serie de actividades estimulantes, el niño desarrolle incrementemente su autonomía e independencia. De la misma manera, se pueden conseguir grandes avances en el desarrollo físico, cognitivo, las habilidades de comunicación y el aspecto sensorial.

*Área emocional:* desarrollo de la autonomía e independencia del niño, así como el reconocimiento y expresión de emociones.

*Área cognitiva:* Desarrollo del intelecto y los conocimientos del niño.

*Área motriz:* Desarrollo de la motricidad gruesa y fina, potenciación del control muscular y la coordinación.

*Área social:* Desarrollo de las habilidades de interacción con el entorno.

*Área de lenguaje:* Desarrollo de la expresión y comprensión del lenguaje (UNICEF, 2016).

## Ejercicios de estimulación temprana según la etapa

Siguiendo la línea del resto del artículo, presentamos una serie de ejemplos de ejercicios de estimulación temprana adaptados según la edad del pequeño, así como pensados para potenciar cada una de las áreas de desarrollo mencionadas anteriormente.

- De 0 a 12 meses

*Motricidad gruesa:* una actividad muy efectiva para trabajar la motricidad gruesa del bebé es aquella que ayuda a controlar la cabeza de este. Para ello, se deberá colocar al bebé acostado boca abajo, mostrando juguetes o estímulos llamativos que le obliguen a mantener la cabeza levantada.

*Desarrollo social:* este ejercicio facilita el autoconocimiento corporal y consiste en colocar al pequeño frente a un espejo, en una postura cómoda, para que este pueda empezar a reconocerse en él. A continuación, realizar movimientos con los brazos o manos para mantener su atención.

- De 1 a 2 años

*Motricidad gruesa:* Mediante este ejercicio mejoraremos el sentido del equilibrio del niño. Para ello es necesario sujetar al niño por debajo de los brazos, moviéndose suavemente de un lado a otro y de delante hacia atrás, permitiendo que este enderece por sí mismo.

- De 2 a 3 años

*Área cognitiva y de lenguaje:* Leer en voz alta cuentos infantiles con ilustraciones que pueda ver el niño. A continuación, realizar preguntas sencillas sobre la historia o dejar que el niño nos cuente su versión de lo que ha entendido.

- De 3 a 4 años

*Lenguaje y motricidad fina:* Se le pedirá al niño que dibuje libremente en una hoja, pidiéndole que explique mientras lo que va dibujando. También pueden dibujar los dos juntos e ir haciendo mientras preguntas sobre los dibujos.

- De 4 a 5 años

*Motricidad gruesa:* Animar al niño a bailar. Realizar ejercicios divertidos de baile estimulará su coordinación y su equilibrio (Salvador, 2019).

## **Evolución Psicomotora**

La evolución psicomotriz depende fundamentalmente de la maduración neurológica y pasa de una fase de automatismo en los primeros meses, a una fase receptiva en el segundo trimestre, que coincide con la mayor capacidad discriminativa de los órganos de los sentidos, y sigue una fase de experimentación o adquisición de conocimiento que se va a prolongar a lo largo de la vida. La valoración de esta evolución se hace seleccionando muestras significativas de las modificaciones motrices, de la conducta adaptativa, del lenguaje, y de la conducta personal-social. Las fases de esta evolución, que se van a estudiar, podemos sintetizarlas muy brevemente:

- <1 mes: Reflejo de succión, de moro y flexión de las extremidades.
- 1 mes: Movimiento de los miembros inferiores alternados, abre las manos y vocaliza.
- 2 meses: Sujeta la cabeza en brazos; Sonríe, sigue con la mirada y balbucea.
- 4 meses: Se coloca boca abajo se apoya en antebrazos y levanta cabeza; se gira cuando le hablas y te mira con atención; mueve y sacude un sonajero y coge objetos y se los lleva a la boca.
- 6 meses: Se da la vuelta; se agarra los pies; si le sientas aguanta un poco apoyándose con las manos; se pasa cosas de una mano a otra; hace sonidos con varias vocales; se mira en el espejo y comienza a distinguir a la familia de los extraños.
- 9 meses: Se mantiene sentado sin apoyo; empieza a mantenerse de pie con apoyo; se desplaza en el suelo (gateando u otras formas); dice: “mamamama”, “dadadada”, “papapapa...”; juega a estoy/no estoy y levanta un trapo para ver qué hay debajo; imita gestos.

- *Un año:* Se mantiene algo en bipedestación y deambula con ayuda; recoge pequeños objetos con pulgar e índice, siendo la prensión completa; arroja objetos; introduce cosas en recipientes; reconoce a familiares a distancia; dice dos-tres palabras: comprende órdenes simples y oye ruidos mínimos; muestra afectos; hace juegos estereotipados con las manos, repitiéndolos ante el agrado de los familiares; permite activamente que le cambien la ropa e inicia la masticación.
- *Un año y medio:* Ya ha alcanzado una deambulación casi completa que, incluso, le permite transportar objetos o empujarlos; observa dibujos y pasa varias hojas de un libro juntas; el lenguaje se amplía a 10-15 palabras, e incluso puede decir frases simples de dos vocablos; obedece órdenes simples y empieza a conocer su cuerpo y a tener sentido de la posesión.
- *Dos años:* Juega y corre con cierta violencia; se alza a sitios elevados y, apoyado, sube escaleras; pasa páginas de libros y coge un lápiz en ademán de escribir; imita; describe lo que está haciendo utilizando algunos objetivos, adverbios de lugar, pronombres y preposiciones; habla bastante y entiende casi todo lo que se le dice; hace peticiones intencionadas y sabe decir su nombre; comienza a pensar con cierta lógica y controla sus esfínteres, principalmente durante el día.
- *Tres años:* Puede saltar con los pies juntos; copiar un círculo; subir y bajar escaleras, amplía su vocabulario utilizando palabras plurales y algunos tiempos de verbos, sabe decir su edad; puede comer solo y entona canciones simples.
- *Cuatro años:* Se mantiene sobre un pie y trepa; anda de puntillas; pateo una pelota con soltura; pregunta e indaga con reiteración; conoce los colores principales; pinta figuras humanas simples; empieza a contar números por orden y conoce canciones; es capaz de vestirse y lavarse solo.
- *Cinco años:* Alcanza un gran sentido del equilibrio y el ritmo; escribe algunas letras y dibuja figuras; el lenguaje es casi correcto; ayuda de forma útil; tiene amigos determinados (Educaguia, 2016).

## **Administración de Micronutrientes**

### *Administración de sulfato ferroso para la edad (Forma preventiva)*

Según los grupos de edad, se administran en gotas (frasco de 30 mL) el Sulfato ferroso 15 mg/0.6 mL (25 mg de hierro elemental / mL ):

- 1 a 5 meses: 3 mg / kg/ día o 10 gotas/día
- 6 meses a < de 2 años: 1 a 2 mg/kg/día o 15 gotas/día
- 2 a 4 años: 2 a 3 mg/kg/día o 30 gotas/día

### *Administración de vitamina A por edad*

Según la edad y la presentación de Gotas 25,000 UI /gota o Cápsulas 200,000 UI

- < 6 meses 2 gotas (50,000 UI) o 1 gota (50,000 UI)
- 6 a 11 meses 4 gotas (100,000 UI) o 2 gotas (100,000UI)
- 1 a 4 años 8 gotas (200.000 UI) o 1 cápsula (AIEPI, 2018, p. 44).

## **Evaluación del estado de inmunización**

Se deben de verificar los antecedentes de vacunación en todos los niños y se debe de revisar la tarjeta de vacunación, determinar si han recibido todas las vacunas recomendadas para su edad, si necesitan alguna vacuna en el momento según el Esquema Nacional de Vacunación, se deben de tomar en cuenta las contraindicaciones para la vacunación del niño y anotar en la hoja de seguimiento Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia y la tarjeta si se aplicó alguna vacuna u otra forma de inmunización, registrando fecha y la dosis de la vacuna aplicada, y si es necesario registrar la próxima cita para aplicar la vacuna siguiente.

## **Visitas para el Control del Niño Sano hasta los 5 años**

Como puede verse el cronograma propone un número total de 20 visitas programadas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. En cuatro visitas solo actúa el administrativo y el enfermero. En las restantes dieciséis, los agentes son los tres participantes del equipo (médico, administrativo, enfermero). Tal como sucede con otras actividades de un centro de Atención Primaria, el valor de la información, el compromiso y la capacitación de cada uno de los agentes intervinientes resulta fundamental para lograr que todo el proceso se desarrolle con éxito desde el punto de vista sanitario y con satisfacción por parte de los beneficiarios (Ritcher & Lamrsdast, 2016).

- Visita de la primera semana (3 a 5 días)
- Visita de 1 mes
- Visita de los 2 meses
- Visita de los 4 meses
- Visita de los 6 meses
- Visita de los 9 meses
- Visita de los 12 meses
- Visita de los 15 meses
- Visita de los 18 meses
- Visita de los 2 años
- Visita de los 2 años y medio
- Visita de los 3 años
- Visita de los 4 años
- Visita de los 5 años

## **Beneficios de visitas de control de niño sano**

- *Prevención:* Los niños obtienen las vacunas programadas para prevenir enfermedades. También se puede preguntar al pediatra sobre la nutrición y seguridad en el hogar y en la escuela.
- *Seguimiento del crecimiento y desarrollo:* Se puede ver cuánto ha crecido el niño desde la última visita y hablar con el médico sobre el desarrollo del niño. Puede discutir los logros/progresos de su niño, su comportamiento social y su aprendizaje.
- *Plantear inquietudes:* Hablar con el pediatra sobre posibles inquietudes, tales como desarrollo, comportamiento, sueño, alimentación o como se lleva con otros miembros de la familia.
- *Enfoque en equipo:* Las visitas regulares crean relaciones estrechas y de confianza entre el pediatra, el padre y el niño. La Academia Americana de Pediatría recomienda las visitas de control del niño sano como una forma para que los pediatras y los padres atiendan las necesidades de los niños. Este enfoque de equipo ayuda al desarrollo óptimo de la salud física, mental y social del niño (Pediatrics, 2018).

## **Acompañamiento del desarrollo infantil**

Para que el niño tenga un buen desarrollo es necesario, ante todo, que sea amado y deseado por su familia, que en la medida de lo posible la familia intente comprender sus sentimientos y sepa satisfacer sus necesidades.

Eso significa que el niño precisa tener en su entorno condiciones que lo estimulen a que desarrolle toda su potencialidad. Estas condiciones pueden ser humanas: personas que promuevan en forma positiva esa interacción, y físicas: casa, parques, guarderías y escuelas, que le permitan vivir experiencias diferentes y sumatorias que le proporcionen protección, estímulo y sensación de conquistas y realizaciones. Además de las características externas están también las internas, que son los aspectos relacionados a las características personales. Dentro de ellas se destacan principalmente la autoestima, la creatividad, el humor y la autonomía, todas ellas íntimamente relacionadas (Coronado, 2018).



## **2. CAPITULO – DISEÑO METODOLÓGICO**

### **2.1 Área de Estudio**

El estudio se llevó a cabo en el Municipio de Managua, Puesto de Salud Memorial Sandino, el cual está ubicado en el barrio Memorial Sandino, cuya dirección es de la Plaza Julio Martínez 800 metros al sur.

Este Puesto de Salud cuenta con 3 Equipos de Salud Familiar y Comunitario, en donde se reciben consultas de Medicina General.

### **2.2 Tipo de Estudio**

Se realizó un estudio Cuantitativo, de tipo Descriptivo, según el periodo y secuencia del estudio es un estudio de Corte Transversal, según el análisis y alcance de los resultados es Exploratorio, debido a que son los primeros alcances de información del tema y según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información, es un estudio retrospectivo porque son datos pasados, tomados de los expedientes (Piura, J; 2014).

### **2.3 Periodo de Estudio**

El estudio realizó del mes de Julio a octubre del 2021.

### **2.4 Universo**

100 niños que acuden al Programa VPCD en el Puesto de Salud Memorial Sandino en el periodo de estudio.

### **2.5 Muestra**

La muestra fue calculada a través del programa Open Epi.

Open Epi es una serie de programas de código abierto para uso en epidemiología, bioestadística, salud pública y medicina, que proporciona una serie de herramientas epidemiológicas y estadísticas para datos resumidos.

El tamaño de la muestra fue de un aproximado de 80 expedientes de niños menores de 1 mes a 36 meses que asisten al programa de VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino.

| Tamaño muestral para % de frecuencia en una población (muestras aleatorias) |     |   |
|---|-----|---|
| Tamaño de la población  | 100 | Si es grande, déjela en un millón                     |
| Frecuencia (p) anticipada %   | 50  | Escriba entre 0 y 99.99. Si no lo conoce, utilice 50% |
| Límites de confianza como +/- porcentaje de 100                             | 5   | Precisión absoluta %                                  |
| Efecto de diseño (para estudios con muestras complejas—EDFF)                | 1.0 | 1.0 para muestras aleatorias                          |

#### Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita  $fcp(N)$ ): 100  
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 50% +/- 5  
 Límites de confianza como % de 100(absolute +/- %)(d): 5%  
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

#### Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

| IntervaloConfianza (%) | Tamaño de la muestra |
|------------------------|----------------------|
| 95%                    | 80                   |
| 80%                    | 63                   |
| 90%                    | 74                   |
| 97%                    | 83                   |
| 99%                    | 88                   |
| 99.9%                  | 92                   |
| 99.99%                 | 94                   |

#### Ecuación

Tamaño de la muestra  $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p)]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor  
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P  
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

## 2.6 Tipo de Muestreo

El tipo de muestreo es no aleatorio por conveniencia.

## 2.7 Unidad de Análisis

Niños menores de 1 mes a 36 meses que asisten al programa “Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo” del Puesto de Salud Memorial Sandino, Nicaragua, cuya información se encuentra registrada en el expediente del Programa.

### 2.8 Criterios de inclusión:

- Expedientes de niños de 1 mes a 36 meses de edad, que asisten al programa “Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo.”
- Expedientes de niños que comprendan el periodo de estudio.
- Expedientes de niños que asisten al programa “Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo” del Puesto de Salud Memorial Sandino.

### 2.9 Criterios de exclusión:

- Expedientes de niños con alguna enfermedad concomitante diagnosticada durante el periodo prenatal o postnatal (desde momento del nacimiento hasta los 2 meses de vida).
- Expedientes de niños que estén en tratamiento con medicamentos que afecten el desarrollo físico y/o psicológico.
- Expedientes con letra ilegible o no debidamente llenados.

## 2.10 Operacionalización de las Variables

### *Definición de Variables por Objetivos Específicos*

| No. | Objetivos Específicos  | Variables   |
|-----|--|---|
| 1   | Caracterizar sociodemográfica la población en estudio.                                       | <ul style="list-style-type: none"><li>● Edad.</li><li>● Sexo.</li><li>● Procedencia.</li><li>● Registro Civil.</li></ul>                                      |
| 2   | Describir datos antropomórficos de la población en estudio.                                  | <ul style="list-style-type: none"><li>● Características Antropométricas.</li></ul>  |
| 3   | Indagar la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD.   | <ul style="list-style-type: none"><li>● Desarrollo Motor Fino.</li><li>● Desarrollo Motor Grueso.</li><li>● Interacción social.</li><li>● Lenguaje.</li></ul> |
| 4   | Identificar las actividades de control y vigilancia de los niños de la población en estudio. | <ul style="list-style-type: none"><li>● Inmunizaciones.</li><li>● Micronutrientes.</li></ul>  |

### Matriz de operacionalización de variables (MOVI)

#### Objetivo Específico No. 1: Caracterizar sociodemográfica la población en estudio.

| Variable              | Definición operacional   | Indicador | Valor/Escala  |
|-----------------------|--|-----------|---|
| <b>Edad</b>           | Numero de meses al momento del ingreso al programa VPCD.   | Meses     | <p>&lt;1 mes</p> <p>1 mes</p> <p>2 – 3 meses</p> <p>4 – 5 meses</p> <p>6 – 8 meses</p> <p>9 – 11 meses</p> <p>12 – 14 meses</p> <p>15 – 17 meses</p> <p>18 –23 meses</p> <p>24 – 36 meses</p> |
| <b>Sexo</b>           | Conjunto de características de los individuos que los dividen en masculino y femenino por su capacidad de reproducción genética. | ---       | <p><b>Femenino</b></p> <p><b>Masculino</b></p>  |
| <b>Procedencia</b>    | Origen de donde nace un individuo.   | ---       | <p><b>Urbano</b></p> <p><b>Rural</b></p>  |
| <b>Registro Civil</b> | Documento que hace constar del nacimiento de los ciudadanos.   | ---       | <p><b>Si</b></p> <p><b>No</b></p>   |

**Objetivo Específico No. 2: Describir datos antropomórficos de la población en estudio.**

| No. | Variable                               | Definición operacional                                      | Dimensión | Indicador     | Valor/Escala |
|-----|--|---|-----------|---------------|--------------|
| 5   | <b>Características Antropométricas</b> | Proporciones y medidas del niño en cuanto a su edad y sexo. | Talla     | Ficha de VPCD | Z+3          |
|     |  |   |           |               | Z (+2- 0)    |
|     |  |   |           |               | Z-2          |
|     |  |   |           |               | Z-3          |
|     |  |   | Peso      |               | Z+3          |
|     |  |   |           |               | Z+2          |
|     |  |   |           |               | Z0           |
|     |  |   |           |               | Z-2          |
| Z-3 |  |   |           |               |              |

**Objetivo Específico No. 3: Indagar la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD.**

| No.                              | Variable              | Definición operacional   | Dimensión                                   | Indicador     | Valor/Escala |
|----------------------------------|-----------------------|--|---|---------------|--------------|
| 6                                | Desarrollo Motor Fino | Habilidad para usar ojos, manos y dedos juntos, para lograr una manipulación precisa, necesaria para realizar variedades de actividades diarias. | <1 mes - Manos cerradas                     | Ficha de VPCD | Si<br>No     |
|                                  |                       |  | 1 mes - Abre las manos                      |               |              |
|                                  |                       |  | 2 – 3 meses - Sigue la mirada con objetos   |               |              |
|                                  |                       |  | 4 – 5 meses - Agarra objetos                |               |              |
|                                  |                       |  | 6 – 8 meses - Lleva el objeto a la boca     |               |              |
|                                  |                       |  | 9 – 11 meses - Se pasa objetos              |               |              |
|                                  |                       |  | 12 – 14 meses - Pinza superior              |               |              |
|                                  |                       |  | 15 – 17 meses - Coloca cubos en recipientes |               |              |
|                                  |                       |  | 18 – 23 meses - Hace garabatos              |               |              |
| 24 – 36 meses - Torre de 5 cubos |                       |  |   |               |              |

**Objetivo Específico No. 3: Indagar la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD.**

| No. | Variable                       | Definición operacional  | Dimensión                          | Indicador     | Valor/Escala     |
|-----|--------------------------------|---|------------------------------------|---------------|------------------|
| 7   | <b>Desarrollo Motor Grueso</b> | Habilidad para mover armoniosamente los músculos del cuerpo, los cambios de posición y el control que el niño tiene sobre este. | <1 mes - Flexiona brazos y piernas | Ficha de VPCD | <b>Si<br/>No</b> |
|     |                                |   | 1 mes - Movimientos de piernas     |               |                  |
|     |                                |   | 2 – 3 meses - Eleva la cabeza      |               |                  |
|     |                                |   | 4 – 5 meses -Sostiene la cabeza    |               |                  |
|     |                                |   | 6 – 8 meses - Gira hacia el objeto |               |                  |
|     |                                |   | 9 – 11 meses - Se sienta solo      |               |                  |
|     |                                |   | 12 – 14 meses - Camina con apoyo   |               |                  |
|     |                                |   | 15 – 17 meses - Camina sin apoyo   |               |                  |
|     |                                |   | 18 –23 meses - Camina para atrás   |               |                  |
|     |                                |   | 24 – 36 meses - Patea la pelota    |               |                  |

**Objetivo Específico No. 3: Indagar la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD.**

| No. | Variable                  | Definición operacional   | Dimensión                                | Indicador     | Valor/Escala     |
|-----|---------------------------|--|--|---------------|------------------|
| 8   | <b>Interacción social</b> | Es una acción social que se ejerce recíprocamente entre dos o más objetos. | <1 mes - Succiona vigorosamente          | Ficha de VPCD | <b>Si<br/>No</b> |
|     |                           |  | 1 mes - Sonrisa social                   |               |                  |
|     |                           |  | 2 – 3 meses - Mira el rostro de la madre |               |                  |
|     |                           |  | 4 – 5 meses - Responde al examen         |               |                  |
|     |                           |  | 6 – 8 meses - Intenta tomar un juguete   |               |                  |
|     |                           |  | 9 – 11 meses - Juega a descubrirse       |               |                  |
|     |                           |  | 12 – 14 meses - Imita gestos             |               |                  |
|     |                           |  | 15 – 17 meses - Hace gestos a pedidos    |               |                  |
|     |                           |  | 18 –23 meses - Identifica 2 objetos      |               |                  |
|     |                           |  | 24 – 36 meses - Se quita la ropa         |               |                  |



**Objetivo Específico No. 3: Indagar la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD.**

| No. | Variable | Definición operacional  | Dimensión                          | Indicador     | Valor/Escala |
|-----|----------|---|------------------------------------|---------------|--------------|
| 9   | Lenguaje | Capacidad para expresar pensamientos y sentimientos a través de la palabra. | <1 mes. - Reflejo de moro          | Ficha de VPCD | Si<br>No     |
|     |          |   | 1 mes. - Vocaliza                  |               |              |
|     |          |   | 2 – 3 meses - Reacciona al sonido  |               |              |
|     |          |   | 4 – 5 meses - Emite sonidos        |               |              |
|     |          |   | 6 – 8 meses - Localiza sonidos     |               |              |
|     |          |   | 9 – 11 meses - Duplica silabas     |               |              |
|     |          |   | 12 – 14 meses - Palabras confusas  |               |              |
|     |          |   | 15 – 17 meses - Dice una palabra   |               |              |
|     |          |   | 18 –23 meses - Dice 3 palabras     |               |              |
|     |          |   | 24 – 36 meses - Dice frases cortas |               |              |

**Objetivo Específico No. 4: Identificar las actividades de control y vigilancia de los niños de la población en estudio.**

| No. | Variable                                     | Definición operacional  | Indicador              | Valor/Escala          |
|-----|--|---|------------------------|-----------------------|
| 10  | <b>Inmunizaciones</b>                        | Es la acción de inmunizar a un niño para prevenir enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante vacunación.              | Tarjeta de vacunación. | Sí<br>No              |
|     | <b>Micronutrientes (Hierro y Vitamina A)</b> | Son moléculas que se consumen en cantidades bajas, pero son imprescindibles para las funciones de la vida. Entre ellos están las vitaminas y los minerales. | Ficha de VPCD.         | Sí<br>No<br>No aplica |

## **2.11 Métodos, técnicas e instrumentos de recolección de información**

En esta investigación se utilizaron varias técnicas e instrumentos para la recopilación de datos, con la finalidad de analizarlos y comprenderlos y, así responder a las preguntas de investigación y generar conocimiento.

La fuente fue secundaria, la representa la hoja de seguimiento atención integral a la niñez, se realizó una revisión documental utilizando un instrumento u ficha de recolección de datos que recogió la información.

La técnica consistió en la revisión de ficha de Desarrollo Integral a la Niñez/AIEPI con la salvedad que solamente se recogió datos correspondientes a la atención integral (Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo) de los expedientes brindados por la unidad de estadística del puesto de salud en estudio.

El instrumento de recolección fue una ficha de recolección de datos que rescató en la información contenida en la ficha de Atención Integral a la Niñez/ AIEPI para recopilar datos personales (edad, sexo, registro civil procedencia), información de peso, talla, relación del peso y talla según edad, perímetro cefálico, tendencia al crecimiento del niño, se analizó el estado nutricional del niño y se clasificó de acuerdo al riesgo de sobrepeso u obesidad por medio del score z y sus diferentes desviaciones que posteriormente serán expuestas en el instrumento de recolección de datos.

De igual forma, también el instrumento contiene datos de vigilancia del crecimiento cómo es la evolución psicomotora que incluye 4 dimensiones fundamentales: desarrollo motor fino, desarrollo motor grueso, lenguaje e interacción social alcanzada a la edad. Y finalmente, actividades de control del desarrollo de crecimiento de la niñez, cómo son la presencia de inmunizaciones acorde a edad, si el niño está recibiendo micronutrientes y si el control de la ficha de atención integral es por primera vez o si es subsecuente.

## **2.12 Procedimientos para la recolección de datos e información**

Para recolectar la información se solicitó autorización de las autoridades del Centro de Salud, presentando los objetivos del estudio, así como los instrumentos a aplicar.

Posteriormente a esto, se procedió a realizar el llenado de nuestro instrumento de recolección de datos correspondiente a la Ficha de atención integral a la Niñez/ AIEPI brindada por el área de estadística del Centro de atención primaria en estudio, la información fue tabulada y analizada según el cruce de variables y la operacionalización de estas.

## **2.13 Plan de tabulación y análisis**

Finalizada la tarea de recolección de datos, se categorizó las variables según naturaleza.

Se utilizó el programa Excel, para presentar una distribución de frecuencia expresada en cifras absolutas y porcentajes; así como tablas de frecuencia simple para análisis de las variables de interés. Asimismo, se realizaron tablas y gráficos por medio de los programas de Word y Excel.

De acuerdo con los objetivos propuestos y el tipo de variable, se detallaron las medidas de tendencia central para esta investigación.

## **2.14 Aspectos éticos**

En esta investigación se obtuvieron conocimientos médicos, tanto para el avance de la ciencia, como para el diagnóstico de enfermedades, basadas en el respeto a la integridad del individuo en estudio, así como el principio de beneficencia, en búsqueda del bienestar del mismo, y la justicia mediante la participación equitativa de todos los sujetos candidatos a esta investigación, según la declaratoria de Helsinki promulgada por la asociación médica mundial, cuya última edición es en el año 2013.

## 2.15 Cruce de Variables

| No. | Cruce De Variables  | Importancia Del Cruce   |
|-----|---|---|
| 1   | Evolución Psicomotora –<br>Características<br>Antropométricas.                    | Permite la identificación de la evolución psicomotora del niño que asiste a sus controles de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo, según el peso y la talla.   |
| 2   | Evolución Psicomotora –<br>Características<br>sociodemográficas                   | Ayuda a reconocer si el niño que asiste a sus controles de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo, tiene una evolución psicomotora de acuerdo a edad y sexo.   |
| 3   | Vigilancia y Promoción del<br>Crecimiento y Desarrollo -<br>Evolución Psicomotora | Identifica la relación de control de desarrollo al primer control de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo y la vigilancia del desarrollo que es la evolución psicomotora al momento de la exploración. |

### **3. CAPITULO – DESARROLLO**

#### **3.1 Resultados**

##### **Objetivo N.1. Caracterizar sociodemográficamente a la población en estudio.**

La edad de mayor predominio para el sexo masculino es de 12-14 en un 18% (14) seguido de 2-3 meses en un 9% (7) y luego con un 8% (6) las edades de <1 mes y 4-5 meses. (Ver anexo 2 tabla 1).

Por otro lado, para el sexo femenino la edad de mayor predominio fue <1 mes en un 15% (12) seguido de 2-3 meses en un 10% (8) y luego con un 5% (4) las edades de 1 mes y 12-14 meses. (Ver anexo 2 tabla 1)

Con respecto al sexo se encontró que el 52.5% (42) de la muestra corresponde al sexo masculino y que el 47.5% (38) corresponde al sexo femenino. (Ver anexo 2 tabla 1)

Por otra parte, la procedencia de la población en estudio tanto para el sexo femenino como para el masculino es 100% urbana. (Ver anexo 2 tabla 1)

De acuerdo con el registro civil de los niños en estudio resultó que solo el 67.5% (54) de ellos estaban inscritos y 22.5% (26) no; de los inscritos 37.5% (30) eran del sexo masculino y solo el 30% (24) de las niñas estaban inscritas. (Ver anexo 2 tabla 1)

##### **Objetivo N.2. Describir datos antropomórficos de la población en estudio.**

De acuerdo con los indicadores de crecimiento en menores de 5 años encontramos que el 33% (26) de las niñas se encuentra en rango ( $z=0$ ) de acuerdo con su peso y el 28% (22) de los niños también se encuentra en rango ( $z=0$ ) en su primera evaluación del crecimiento y desarrollo, seguido de 6% (5) para las niñas en rango de  $z+2$  y para los niños 11% (9) de  $z=+2$ .

También se destaca que un 3.8% (3) de los niños presentó rango de  $z=-3$ . (Ver anexo 2 tabla 2).

Otro indicador de crecimiento es la índice talla/edad, en el que se encontró que el 93.75% (75) de la muestra de niños se encontraba en un rango de  $z= +2$  y  $-2$ .

En cuanto a los niños de igual manera el 6% (5) presentó un rango de  $z=+3$ . (Ver anexo 2 tabla 2)

### **Objetivo N.3 Indagar la evolución psicomotora de los niños al momento de la captación al programa VPCD.**

La evolución psicomotora de los niños y de las niñas menores de un mes fue adecuada en un 88.9 % (16) y el 11.1% (2) de los restantes no fue adecuada. (Ver anexo 2 tabla 3)

El siguiente rango de edad evaluado fue el de 1 mes de los cuales el 75% (6) se encontraron con una evolución psicomotora adecuada, tanto niños y niñas, sin embargo, el 25% (2) no presentaban evolución psicomotora adecuada. (Ver anexo tabla 3)

Los niños de 2-3 meses evaluados en este estudio presentaron una evaluación psicomotora adecuada en un 85.7% (12), y el 14.3% (2) no. (Ver anexo 2 tabla 3)

En la edad de 4-5 meses se encontró que el 100% (9) de los niños y de las niñas evaluados tuvieron una evolución psicomotora acorde a su edad en su primer contacto al programa VPCD. (Ver anexo 2 tabla 3)

De igual forma, para los niños de 6-8 meses evaluados se encontró que el 100% (3) d presentaron una evolución psicomotora satisfactoria. (Ver anexo 2 tabla 3)

En el rango de edad de 9-11 meses hubo un 50% (1) de evolución satisfactoria adecuada y un 50% (1) no satisfactoria. (Ver anexo 2 tabla 3)

En los niños y niñas de 12-14 meses el 83.3% (15) hubo una evolución psicomotora adecuada y el 16.6% (3) no fue adecuada. (Ver anexo 2 tabla 3)

Así mismo, para los niños de 15-17 meses de edad el 100% (1) tuvo una evolución psicomotora satisfactoria. (Ver anexo 2 tabla 3)

Otro resultado fue que en los niños y niñas de 18-23 meses el 75% (4) tuvieron un desarrollo psicomotor adecuado y el 25% (1) no lo tuvo. (Ver anexo 2 tabla 3)

De acuerdo con los 24-35 meses el 100% (2) tuvo un desarrollo psicomotor adecuado. (Ver anexo 2 tabla 3).

No se encontraron pacientes cuyo primer contacto al VPCD fue en las edades de 35 a 59 meses de edad.

El 86.25% (69) de toda la muestra evaluada tuvo un desarrollo psicomotor adecuado en su primera visita al programa VPCD.

**Objetivo N.4. Identificar las actividades de control y vigilancia de los niños de la población en estudio.**

El 79% (63) niños y niñas presentaban esquema de vacunas acorde a edad y el 21% (17) tenían esquema de vacunas atrasados. (Ver anexo 2 tabla 4)

En cuanto a la administración de Vitamina A al 11.3% (9) se les proporcionó, al 16.3% (13) no, y el resto que equivale al 72.5% (58) que no aplica a la administración de este micronutriente. (Ver anexo 2 tabla 5)

Para la administración de hierro al 11.3% (9) se le brindó este micronutriente, al 16.3% (13) no, y el 72.5% (58) no aplica a la administración del micronutriente. (Ver anexo 2 tabla 5)



### 3.2 Discusión

En este estudio se realizó una revisión de 80 expedientes y se observó un franco predominio del sexo masculino en un 52.5% (42) con respecto al femenino con un 47.5% (38), resultando compaginado con un estudio realizado por García Y López en 2015, en el que concluyen que el 62% de la población en estudio perteneció al sexo masculino y el 38% al sexo femenino; otro estudio realizado por Saldana y Olivas en 2019 concluye que el 60% de las captaciones a VPCD fue del sexo masculino y el resto (40%) fue del sexo femenino. Podemos observar que la mayoría de los ingresos al VPCD son del sexo masculino representando desigualdad de derechos respecto al sexo femenino, limitando a las niñas poder ser evaluadas en cuanto a desarrollo antropométrico y psicomotor, lo que impide detectar anomalías o factores de riesgo en su desarrollo y no tener acciones para controlar esta situación.

En cuanto a las edades de captación al primer VPCD <1 mes para las niñas (12%) y para los niños la edad de 12-14 meses en un 18%, sin embargo también se observó una prevalencia significativa de la edad de 2-3 meses tanto para los niños (7%) como para las niñas (8%), por tanto en esta investigación se identificó que la mayoría de ingresos al programa VPCD se dan al año de vida, lo que también se ve respaldado con otra investigación en la que estas edades tuvieron gran relevancia como la tesis de Rivera Córdoba, 2006, donde se concluyó que la mayoría de ingresos al programa VPCD se dan en niños, dentro del primer año de vida. Por su parte, García y López, 2015 concluyeron de igual forma en su estudio la incidencia de las edades de <1 de un mes a 11 meses, así como el sexo masculino, lo que resulto similar a esta investigación.

Al analizar de forma particular la variable procedencia encontramos que el 100% pertenecía a la población urbana, así como Rivera Córdoba, 2006, que también obtuvo resultados paralelos con una población 87.5% urbana. También Olivas y Saldana, 2018, concluyeron también que el 80% de la población es urbana. La mayoría de las captaciones de VPCD son de población urbana o de zonas cercanas a ella, ya que la población rural no tiene la costumbre de llevar un seguimiento del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas, debido a que algunos no están familiarizados con este tipo de estrategias para evaluar el desarrollo y crecimiento de los niños y hacer intervenciones tempranas sobre posibles alteraciones que afecten a los niños.

Tomando en cuenta el registro civil en esta investigación se encontró que el 67.5% había sido registrado al momento del ingreso al programa VPCD, llama la atención en comparación por estudios realizados por UNICEF, 2016 que refiere que Nicaragua se encuentra con un registro civil antes de los 5 años de vida en un 84%, así como refiere que el país con menos registros de menores de cinco años es Bolivia. Por otra parte, el BID realizó un estudio de subregistro civil en 2010 a lo largo de América latina en el que encontró que países como México tienen un subregistro civil en niños de un 29% y Panamá en un 6%. El 38% de los inscritos en nuestro estudio era perteneciente al sexo masculino y el 30% pertenecía al sexo femenino en el que se refleja una inequidad de derechos respecto al sexo femenino el cual es el derecho al nombre y una nacionalidad, contemplado en la declaración universal de derechos humanos, esto demuestra una brecha de género que afecta a las niñas en actividades como servicios de salud, educación y recreación.

Por otro lado, para evaluar el crecimiento de los niños en este estudio se evaluó el peso para la edad según los percentiles Z de la OMS encontrando que el 33% de las niñas se encuentran en un rango de peso normal, así como el 26% de los niños durante su primera visita al programa VPCD, no obstante, se encontró que tanto el 6% de las niñas como el 11% de los niños presentaron un rango de  $z=+2$  orientando hacia una sospecha de problema de crecimiento, y se encontró de igual forma que el 3.8% de los niños en estudio presentaron un rango de peso que indica a desnutrición global severa.

Según Gómez Manzanares, 2021, en su investigación encontró que el 86% de los niños evaluados en este estudio presenta un rango de peso normal para la edad, 20% con sospecha de crecimiento y 3% de desnutrición global severa, observando un paralelismo con este estudio.

En comparación con Orozco Juárez, 2016, se encontró que el 71% de su población en estudio presentaba peso normal para la edad, 15.6% sospecha de crecimiento y 0.9% desnutrición global severa que coinciden con los datos brindados en esta investigación.

Por otro lado, Centeno Quintero, 2015, encontró que en una comunidad del municipio de Jinotega los niños ingresados al programa VPCD tenían en 43% un estado nutricional deficiente, mientras que 53% se encuentran con un rango normal para su edad. Significando

que casi la mitad de los niños están en estado nutricional deficiente, haciendo énfasis en que la desviación es hacia abajo en relación con peso y talla.

El Ministerio de salud en Nicaragua en el año 2018, realizó el censo nutricional en niños menores de 5 años en todos los municipios del país, donde logro una cobertura del 86% en relación con la comparación de población estimada por el INIDE, en el que se reflejaba que la desnutrición aguda afectaba a los niños en un 6%, la desnutrición global en un 4.7% y la desnutrición crónica en un 12.4% en cuanto al sobrepeso afecto en un 7% y obesidad en un 2.4%.

En relación con la variable Talla resulto que el 94% de la población tiene una talla adecuada para la edad y solo el 6% presento un rango de  $z=+3$  orientando a niños muy altos para su edad. No se encontró resultados como baja talla, o baja talla severa, analizando, de e igual forma, Orozco M, 2017 en un estudio de caracterización de menores de 5 años encontró que el 71% de los niños tienen una talla normal para la edad, baja talla en un 19.4%, baja talla severa en un 8.5% y muy alto para su edad en un 0.9% teniendo similitud con los resultados del presente estudio.

En comparación con Escorcía, 2014 se encontró que 80.33% se encontraba en rango normal talla/edad, 4.04% emaciación severa, 2.89% emaciación, y un 11.5% en sobrepeso.

Según el censo nutricional realizado por el MINSA en 2018 se encontró que la baja talla afecta en un 12.4% a los niños de Nicaragua, en comparación a nuestro estudio en el que no se encontró este rango.

Al considerar la variable evolución psicomotora, resulto que el 86.25% de la muestra evaluada obtuvo un desarrollo psicomotor adecuado en su primera visita a VPCD, sin embargo, se observa una tendencia a que las alteraciones al desarrollo psicomotor se ven diagnosticadas en niñas antes del año de vida, mientras que en los niños luego del año de vida, razón que puede deberse al ingreso tardío de los niños al programa VPCD. Según Toledo y Muñoz, 2016, encontraron que el 71% de los niños y niñas presentaban una evolución psicomotora adecuada y 29% presentaba alguna alerta para el desarrollo psicomotor en su primera visita al programa VPCD.

En comparación con un estudio realizado por BID, 2013, en Colombia y Ecuador existen brechas pronunciadas para el desarrollo psicomotor de los niños debido a la poca afluencia de las familias a los programas de vigilancia y desarrollo del crecimiento en menores de 5 años.

Los niños a los cuales se les determinó que no se encontraban con una evolución adecuada se les diagnostica de manera tardía debido a su tardanza al ingreso del programa de VPCD, por lo que se debería de mejorar las captaciones de VPCD de manera temprana.

Otra variable de estudio es el calendario de inmunizaciones completas para la edad en la que se encontró que el 79% de los niños en estudio presentan un calendario de vacunas al día, siendo 21% el que no lo tienen actualizado, según la OMS el 85% de los niños presenta una cobertura vacunal mundial un rango paralelo en comparación al encontrado en nuestro estudio.

Según el MINSA, en 2019 durante la jornada nacional de vacunación el 90% de los niños y niñas menores de 5 años tuvieron su esquema de vacunación completo. Actividades implementadas por el MINSA como la Jornada Nacional de Vacunación, así como, las actividades semanales en terreno implementados por atención primaria permiten que los niños tengan acceso a las vacunas que corresponden a su edad y no tener un esquema atrasado.

Por último, la variable administración de micronutrientes resultó que un 11.6% de la población recibió la administración de estos, sin embargo, el 58% de los niños no requería la administración de estos, ya sea por edad, o porque presentaban una evolución de desarrollo y crecimiento adecuado. Gómez Manzanares, 2021 encontró en su estudio que el 20% de la población de este estudio requería la administración de micronutrientes y que, de esta, el 43% los recibió. Observando similitud con los resultados encontrados en este estudio. Esto tiene relevancia por que respalda los resultados de nuestra investigación en el que los niños y niñas en su mayoría presentan un peso y talla acorde a su edad, y teniendo niños en su mayoría en esta categoría no se requiere la administración de micronutrientes.

Se debe de garantizar en cada unidad de salud material didáctico, papelería, instrumentos de medidas antropométricas y la capacitación del personal para que se realice un adecuado

control de niño sano y su registro adecuado. En cuanto el cumplimiento de las normas, existen debilidades derivadas de la disposición de materiales y de la preparación de los recursos.

### **3.3 Conclusiones**

1. El sexo de mayor predominio en la investigación fue el masculino. Por otro lado, la edad de mayor predominio es la de 12-14 meses; el total de la muestra es urbana y la mayoría tenía registro civil.
2. La población en estudio tiene un rango de peso acorde a su edad, así como una talla para la edad satisfactoria.
3. La mayoría de los niños tuvieron una evolución psicomotora adecuada.
4. La gran mayoría de los niños tuvieron un esquema de vacunas al día. De igual manera, gran parte de estos niños no requerían administración de micronutrientes.

### **3.4 Recomendaciones**

#### **Al Ministerio de Salud:**

2. Actualizar de las normativas del programa de VPCD, vinculándolo con la normativa de AIEPI.
3. Capacitar al personal de salud para su correcta implementación.

#### **Al Sistema Local de Atención Integral en Salud de Managua:**

1. Fortalecer los programas en atención primaria para la identificación temprana de factores asociados a las alteraciones del desarrollo psicomotor de los niños y niñas, con el objetivo de repercutir sobre aquellos factores de riesgo modificables.
2. Implementar jornadas de vacunación nacional con mayor cobertura de territorio para que los niños y niñas se encuentren con su esquema de vacunación acorde a su edad.
3. Promover la realización de investigaciones acerca de factores de riesgo que determinan las alteraciones en el desarrollo y crecimiento adecuado de los niños y niñas.

#### **Al Centro de Salud Roberto Herrera Ríos, Municipio de Managua:**

1. Mejorar los servicios, capacitación y material adecuado al Puesto Medico para ejecutar las actividades y aumentar la cobertura del programa.
2. Entrenar constantemente, al personal que atiende a los niños y niñas en la identificación temprana de los factores de riesgo de alteraciones del desarrollo y crecimiento, para un abordaje precoz, con el fin de prevenir complicaciones.
3. Garantizar la valoración por médico especialista en Pediatría de todos los niños y niñas con factores de riesgo para su adecuado desarrollo psicomotor, de esta unidad de salud.

#### **Al Puesto Medico Memorial Sandino:**

4. Se le recomienda reforzar el programa de VPCD para la identificación temprana de factores de riesgo que alteren el desarrollo y crecimiento de los niños y niñas.

4. Mejorar el manejo del porcentaje de desnutrición global severa, a estos pacientes no se les proporcionan micronutrientes, ni se evidenció si estaban referidos a un segundo nivel de resolución.
5. Realizar consejerías sobre el registro civil de los niños y niñas sin discriminar el sexo.
6. Ejecutar un calendario de salidas a terreno para cumplir con esquema de vacunación correspondiente a su edad.
7. Solicitar el apoyo de líderes comunitarios, brigadistas de salud y jefes de sector para realización de actividades que promuevan la captación temprana.



## 4. CAPITULO – BIBLIOGRAFÍA

### 4.1 Bibliografía

Ascarete, M., et al. (2012). *Causas del incumplimiento del control de salud de los niños menores de 2 años en el Centro de Salud Cerros*. Uruguay: Montevideo.

Bedregal, P., (2013). *Levantamiento y análisis de información sobre desarrollo infantil y sus principales determinantes sociales y económicas del grupo de niños/as pertenecientes al PADB en el contexto del Subsistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo*. Chile: Ministerio de Desarrollo Social.

BID, (2013) Programa Regional de Indicad

Carmenate, L., & Moncada, F. &. (2014). *Manual de Medidas Antropométricas*. Heredia, Costa Rica: Saltra.

Centeno, (2015) *Características sociodemográficas, culturales y estado nutricional de los niños menores de cinco años de edad en la comunidad en el Naranjo, Municipio de Jinotega, Nicaragua, Octubre 2015*, Managua, Nicaragua

Consuelo Figueiras, I. N. (2011). *Manual de Vigilancia del Desarrollo Infantil en el contexto del AIEPI*. Panamá: OPS.

Dávila, G., et al. (2012). *Control del niño sano*. Argentina: Mendoza.

Escorcia, (2014) *Estado nutricional de niños menores de cinco años en 8 comunidades del municipio de Santa Rosa del Peñón, León en el periodo comprendido de septiembre a octubre 2010*, León, Nicaragua

Gallegos, M. (2015). *Nivel de conocimiento sobre los hábitos de higiene oral que tienen las madres de niños hasta los 12 meses, que asisten al Hospital Amistad México- Nicaragua con el programa del “niño sano”, en el municipio de Ticuantepe*. Managua, Nicaragua.

García, (2015) *Calidad de la atención en la vigilancia, Promoción del crecimiento y desarrollo en infantes menores de 5 años según usuarios que asisten al Puesto de salud Wuppertal Sector N 2, Matagalpa II semestre año 2015*, Matagalpa, Nicaragua

Gómez Manzanares, (2021) *Estado Nutricional en niños y niñas menores de 5 años atendidos por SILAIS Las Minas, Municipio de Rosita, RACCN, Nicaragua, 2019*. Managua, Nicaragua.

- Hernández Sampieri, R., & Fernández Collado, C. &. (2006). *Sampieri Metodología de la Investigación*. Mc Graw Hill.
- IMSS. (2015). *Guías de Practicas Clínicas, Control y Seguimiento de la salud en la niña y el niño menor de 5 años en el primer nivel de atención. evidencias y recomendación*. México: IMSS.
- Millón, M. (2007). *Evaluación de la calidad de atención de los usuarios asistentes al programa, de la vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo (VPCD), en el Centro de Salud Raymundo García del municipio de Somotillo, en el periodo agosto – septiembre del 2006*. León, Nicaragua.
- MINSA. (2018). *Manual de Procedimientos para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Atención Primaria*. Managua, Nicaragua.
- MINSA, (2019) Censo Nutricional en Niños menores de cinco años, Managua, Nicaragua.
- MINSA. (2019). *Texto de Capacitación Materno-Infantil - Atención Integral a la Niñez*. Chontales, Nicaragua.
- Naciones Unidas. (2016). *La Matriz de la Desigualdad Social en América Latina*. Santiago, Chile: CEPAL.
- Navarro, A. &. (2016). *Calidad de Atención en la Vigilancia, Promoción Del Crecimiento Y Desarrollo en Infantes Menores De 5 Años según usuarios que asisten a los Puestos de Salud, Matagalpa Año 2015*. Matagalpa, Nicaragua.
- Olivas, (2018) Factores ambientales y personales asociados a parasitosis intestinal en niños menores de 5 años, asistentes al Programa de VPCD, C/S Fanor Urroz Juez, León, Nicaragua.
- OMS. (2001). *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*. OMS.
- OMS, OPS. (1994). *Manual para el Desarrollo del Personal de Salud*. Washington, Estados Unidos: OPS.
- OPS. (2011). *Manual para la Vigilancia del Desarrollo Infantil (0-6 años) en el contexto de AIEPI*. Washington, Estados Unidos: Segunda Edición.
- Orozco, (2016) *Caracterización de niños menores de cinco años participantes en el programa médico- Nutricional de Orphanetwork, Nicaragua, Managua, Nicaragua*

- Rivera, (2006) *Factores que determina el estado nutricional de los (as) menores de dos años que asisten al programa de Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo, zona norte de Masaya, enero a Marzo de 2006*. Managua, Nicaragua
- Suárez, R. (2016). *Llenado e interpretación de la hoja de atención integral de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), que realiza el personal de salud que labora en el ESAFC n° 1 Juigalpa, Chontales, II semestre 2015*. Chontales, Nicaragua.
- The Lancet. (2017). *Apoyando el Desarrollo en la Primera Infancia: de la ciencia a la aplicación a gran escala*. Guatemala: OPS.
- UNICEF. (2011). *La Desnutrición Infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. España.
- UNICEF. (2012). *Crece Juntos para la Primera Infancia. Encuentro Regional De Políticas Regionales*. Buenos Aires, Argentina.
- UNICEF. (2017). *La Primera Infancia importa para cada niño*. New York, Estados Unidos.
- UNICEF. (2019). *Niños y Niñas en América Latina y el Caribe*. Panorama.

## 5. CAPITULO - ANEXOS

### 5.1 Ficha de recolección de datos

#### RECINTO UNIVERSITARIO “RUBÉN DARÍO”

#### FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

*Caracterización clínica de los niños y niñas ingresados al programa de Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo del Puesto de Salud Memorial Sandino, Managua, durante Julio – Octubre 2021.*

Instrumento de recolección de datos

La siguiente ficha de recolección de datos rescatará la información contenida en la ficha de Atención Integral a la Niñez/ AIEPI a través de preguntas cerradas que evalúe datos demográficos, antropométricos, actividades de vigilancia y control del desarrollo de la niñez en la población en estudio.

Código: LG/

Fecha de llenado:

#### Objetivo Específico No. 1: Caracterizar sociodemográfica la población en estudio.

En esta sección, se solicita el llenado de la ficha con una X en la casilla que corresponda la siguiente información: Sexo, Procedencia y registro civil. Se solicita llenar el resto de ítems según corresponda.

Sexo: Femenino  Masculino

Edad:  años/meses

Procedencia: Urbana  Rural

Registro civil: Sí  No

#### Objetivo Específico No. 2: Caracterizar antropométricamente la población en estudio.

En esta sección, se solicita el llenado de la ficha con una X en la casilla que corresponda la siguiente información: Talla, Peso y Score Z. Se solicita llenar el resto de ítems según corresponda.

Peso:  kg Score Z:

Talla:  cm Score Z:

#### Objetivo Específico No. 3: Indagar la evaluación psicomotora de los niños y niñas al momento de la captación.

En esta sección de la ficha se solicita llenar con una x en la columna de edad que corresponda.

Marque con x si la respuesta es sí, de ser negativa deje la casilla en blanco.

| <1 mes                    | Sí                       | No                       | 1 mes                         | Sí                       | No                       | 2-3 meses                   | Sí                       | No                       | 4 -5 meses         | Sí                       | No                       |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|
| Succiona vigorosamente    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vocaliza                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mira el rostro de la madre  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Responde al examen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Manos cerradas            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alternamovimientos de piernas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sigue con la mirada objetos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agarra objetos     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Flexiona brazos y piernas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Abre las manos                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Reacciona al sonido         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Emite sonidos      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reflejo de moro           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sonrisa social                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Eleva la cabeza             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sostiene la cabeza | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 6-8 meses                | Sí | No | 9-11 meses          | Sí | No | 12-14 meses       | Sí | No | 15-17 meses                | Sí | No |
|--------------------------|----|----|---------------------|----|----|-------------------|----|----|----------------------------|----|----|
| Intenta tomar un juguete |    |    | Juega a descubrirse |    |    | Imita gestos      |    |    | Hace gestos a pedidos      |    |    |
| Lleva objeto a la boca   |    |    | Se pasa objetos     |    |    | Pinza superior    |    |    | Coloca cubos en recipiente |    |    |
| Localiza el sonido       |    |    | Se sienta solo      |    |    | Palabras confusas |    |    | Dice una palabra           |    |    |
| Gira hacia el objeto     |    |    | Duplica sílabas     |    |    | Camina con apoyo  |    |    | Camina sin apoyo           |    |    |

| 18-23 meses          | Sí | No | 24-35 meses        | Sí | No | 36-59 meses           | Sí | No |
|----------------------|----|----|--------------------|----|----|-----------------------|----|----|
| Identifica 2 objetos |    |    | Se quita la ropa   |    |    | Se alimenta solo      |    |    |
| Hace garabatos       |    |    | Torre de 5 cubos   |    |    | Dice oraciones largas |    |    |
| Dice 3 palabras      |    |    | Dice frases cortas |    |    | Se viste solo         |    |    |
| Camina hacia atrás   |    |    | Patea la pelota    |    |    | Ordenes complejas     |    |    |

**Objetivo Específico No.4:** Identificar las actividades de control del desarrollo de los niños en el puesto en estudio.

Marque x según corresponda.

**Inmunizaciones  
acordes a  
calendario de  
vacunas**

| Sí | No |
|----|----|
|    |    |

**Esquema de  
vacunas  
atrasado**

| Sí | No |
|----|----|
|    |    |

**Micronutrientes**    **Hierro**    **Vitamina A**    **Otros**

En estas casillas  
marque x si la  
respuesta es sí.

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

## 5.1 Tablas

**Tabla 1.** *Características sociodemográficas de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.*

| <b>Características sociodemográficas</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>Edad</b>                              |                   |                   |
| <b>Femenino</b>                          |                   |                   |
| <1mes                                    | 12                | 15.0              |
| 1 mes                                    | 4                 | 5.0               |
| 2 - 3 meses                              | 8                 | 10.0              |
| 4 - 5 meses                              | 3                 | 3.8               |
| 6 - 8 meses                              | 3                 | 3.8               |
| 9 - 11 meses                             | 1                 | 1.3               |
| 12 - 14 meses                            | 4                 | 5.0               |
| 15 - 17 meses                            | 2                 | 2.5               |
| 18 - 23 meses                            | 1                 | 1.3               |
| <b>Masculino</b>                         |                   |                   |
| <1mes                                    | 6                 | 7.5               |
| 1 mes                                    | 3                 | 3.8               |
| 2 - 3 meses                              | 7                 | 8.8               |
| 4 - 5 meses                              | 6                 | 7.5               |
| 6 - 8 meses                              | 0                 | 0.0               |
| 9 - 11 meses                             | 1                 | 1.3               |
| 12 - 14 meses                            | 14                | 17.5              |
| 15 - 17 meses                            | 1                 | 1.3               |
| 18 - 23 meses                            | 4                 | 5.0               |
| <b>Sexo</b>                              |                   |                   |
| Femenino                                 | 38                | 47.5              |
| Masculino                                | 42                | 52.5              |
| <b>Procedencia</b>                       |                   |                   |
| Urbana                                   | 80                | 100               |
| <b>Registro Civil</b>                    |                   |                   |
| Si                                       | 54                | 67.5              |
| Femenino                                 | 24                | 44.4              |
| Masculino                                | 30                | 55.6              |
| No                                       | 26                | 32.5              |
| Femenino                                 | 14                | 53.8              |
| Masculino                                | 12                | 46.2              |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Tabla 1.1**

| <b>Medidas de Tendencia</b> | <b>Femenino</b> | <b>Masculino</b> |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Central - Edad</b>       |                 |                  |
| <b>Media</b>                | 4.2             | 4.6              |
| <b>Mediana</b>              | 5               | 5                |
| <b>Moda</b>                 | 3, 1            | 6, 1             |

**Tabla 2.** Características antropométricamente de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.

| <b>Score z en peso</b>  | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-------------------------|-------------------|-------------------|
| <b>Femenino</b>         | 38                | 47.5              |
| +3                      | 1                 | 1.3               |
| +2                      | 5                 | 6.3               |
| +1                      | 0                 | 0.0               |
| 0                       | 26                | 32.5              |
| -1                      | 3                 | 3.8               |
| -2                      | 2                 | 2.5               |
| -3                      | 1                 | 1.3               |
| <b>Masculino</b>        | 42                | 52.5              |
| +3                      | 2                 | 2.5               |
| +2                      | 9                 | 11.3              |
| +1                      | 2                 | 2.5               |
| 0                       | 22                | 27.5              |
| -1                      | 3                 | 3.8               |
| -2                      | 1                 | 1.3               |
| -3                      | 3                 | 3.8               |
| <b>Score z en talla</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
| <b>Femenino</b>         | 38                | 47.5              |
| +3                      | 0                 | 0.0               |
| +2                      | 4                 | 5.0               |
| +1                      | 0                 | 0.0               |
| 0                       | 31                | 38.8              |
| -1                      | 1                 | 1.3               |
| -2                      | 2                 | 2.5               |
| -3                      | 0                 | 0.0               |
| <b>Masculino</b>        | 42                | 52.5              |
| +3                      | 5                 | 6.3               |
| +2                      | 4                 | 5.0               |
| +1                      | 2                 | 2.5               |
| 0                       | 28                | 35.0              |
| -1                      | 2                 | 2.5               |
| -2                      | 1                 | 1.3               |
| -3                      | 0                 | 0.0               |

Fuente: Ficha de recolección de datos.



**Tabla 2.1**

| <b>Medidas de Tendencia</b> |                 |                  |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Central – Score Z en</b> | <b>Femenino</b> | <b>Masculino</b> |
| <b>Peso</b>                 |                 |                  |
| <b>Media</b>                | 10.8            | 12               |
| <b>Mediana</b>              | 4               | 4                |
| <b>Moda</b>                 | 1               | 2, 3             |

**Tabla 2.2**

| <b>Medidas de Tendencia</b> |                 |                  |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Central – Score Z en</b> | <b>Femenino</b> | <b>Masculino</b> |
| <b>Talla</b>                |                 |                  |
| <b>Media</b>                | 10.8            | 12               |
| <b>Mediana</b>              | 4               | 4                |
| <b>Moda</b>                 | 0               | 2                |

**Tabla 3.** Resultados de la evaluación psicomotora de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.

| Evaluación Psicomotora en Niños | Frecuencia |           | Porcentajes |           |
|---------------------------------|------------|-----------|-------------|-----------|
|                                 | Si         | No        | Si          | No        |
| <b>Femenino</b>                 |            |           |             |           |
| <1mes                           | 10         | 2         | 12.5        | 2.5       |
| 1 mes                           | 3          | 1         | 3.7         | 1.2       |
| 2 - 3 meses                     | 6          | 2         | 7.5         | 2.5       |
| 4 - 5 meses                     | 3          | 0         | 3.7         | 0.0       |
| 6 - 8 meses                     | 3          | 0         | 3.7         | 0.0       |
| 9 - 11 meses                    | 0          | 1         | 0.0         | 1.2       |
| 12 - 14 meses                   | 4          | 0         | 5.0         | 0.0       |
| 15 - 17 meses                   | 0          | 0         | 0.0         | 0.0       |
| 18 - 23 meses                   | 1          | 0         | 0.0         | 0.0       |
| 24 - 36 meses                   | 2          | 0         | 1.2         | 0.0       |
| <b>Masculino</b>                | <b>Si</b>  | <b>No</b> | <b>Si</b>   | <b>No</b> |
| <1mes                           | 6          | 0         | 7.5         | 0.0       |
| 1 mes                           | 3          | 1         | 3.7         | 1.2       |
| 2 - 3 meses                     | 6          | 0         | 7.5         | 0.0       |
| 4 - 5 meses                     | 6          | 0         | 7.5         | 0.0       |
| 6 - 8 meses                     | 0          | 0         | 0.0         | 0.0       |
| 9 - 11 meses                    | 1          | 0         | 1.2         | 0.0       |
| 12 - 14 meses                   | 11         | 3         | 13.7        | 3.7       |
| 15 - 17 meses                   | 1          | 0         | 1.2         | 0.0       |
| 18 - 23 meses                   | 3          | 1         | 3.7         | 1.2       |
| 24 - 36 meses                   | 0          | 0         | 0.0         | 0.0       |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

**Tabla 3.1**

| <b>Medidas de Tendencia</b> |                 |                  |
|-----------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Central – Evaluación</b> | <b>Femenino</b> | <b>Masculino</b> |
| <b>Psicomotora Adecuada</b> |                 |                  |
| <b>Media</b>                | 3.2             | 3.7              |
| <b>Mediana</b>              | 5.5             | 5.5              |
| <b>Moda</b>                 | 3               | 6                |

**Tabla 3.2**

| <b>Medidas de Tendencia</b>   |                 |                  |
|-------------------------------|-----------------|------------------|
| <b>Central – Evaluación</b>   | <b>Femenino</b> | <b>Masculino</b> |
| <b>Psicomotora Inadecuada</b> |                 |                  |
| <b>Media</b>                  | 0.6             | 0.5              |
| <b>Mediana</b>                | 5.5             | 5.5              |
| <b>Moda</b>                   | 0               | 0                |

**Tabla 4.** *Relación del esquema de inmunización de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.*

| <b>Inmunizaciones acordes a calendario de vacunas</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|---|-------------------|-------------------|
| <b>Femenino</b>                                       | 38                | 47.5              |
| Si  | 29                | 36.3              |
| No  | 9                 | 11.3              |
| <b>Masculino</b>                                      | 42                | 52.5              |
| Si  | 34                | 42.5              |
| No  | 8                 | 10.0              |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

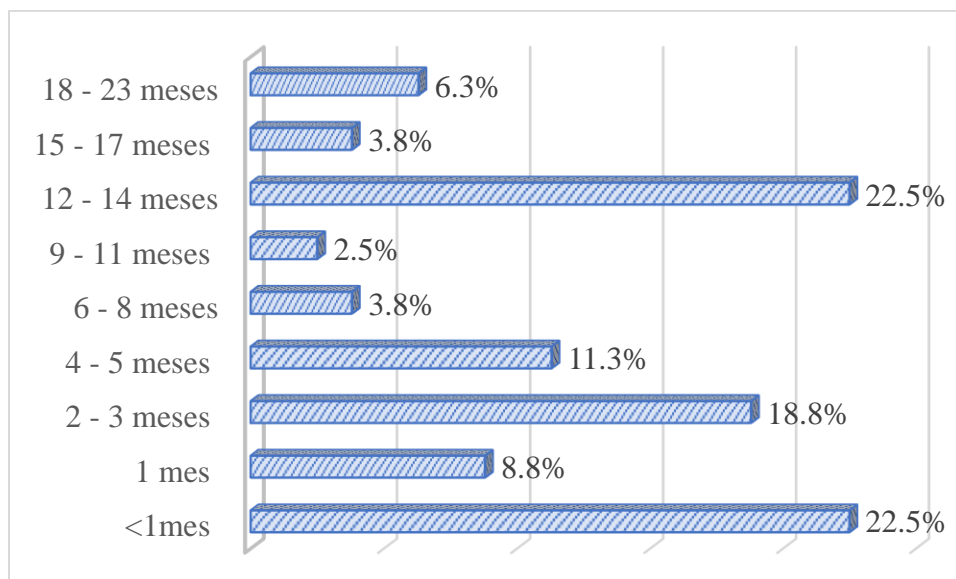
**Tabla 5.** *Resultados de los micronutrientes proporcionados a los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.*

| <b>Micronutrientes (Hierro y Vitamina A)</b> | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|--|-------------------|-------------------|
| <b>Femenino</b>                              | 38                | 47.5              |
| Si   | 5                 | 6.3               |
| No   | 7                 | 8.8               |
| No aplica                                    | 26                | 32.5              |
| <b>Masculino</b>                             | 42                | 52.5              |
| Si   | 4                 | 5.0               |
| No   | 6                 | 7.5               |
| No aplica                                    | 32                | 40.0              |

Fuente: Ficha de recolección de datos.

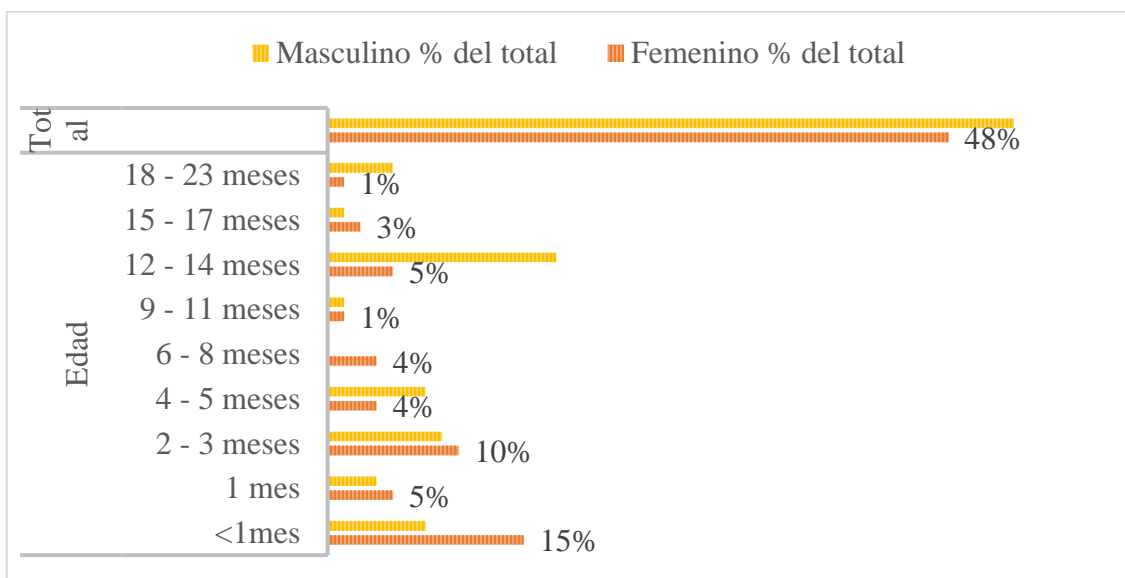
## 5.2 Gráficos

**Figura 1.** Resultados por edades de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



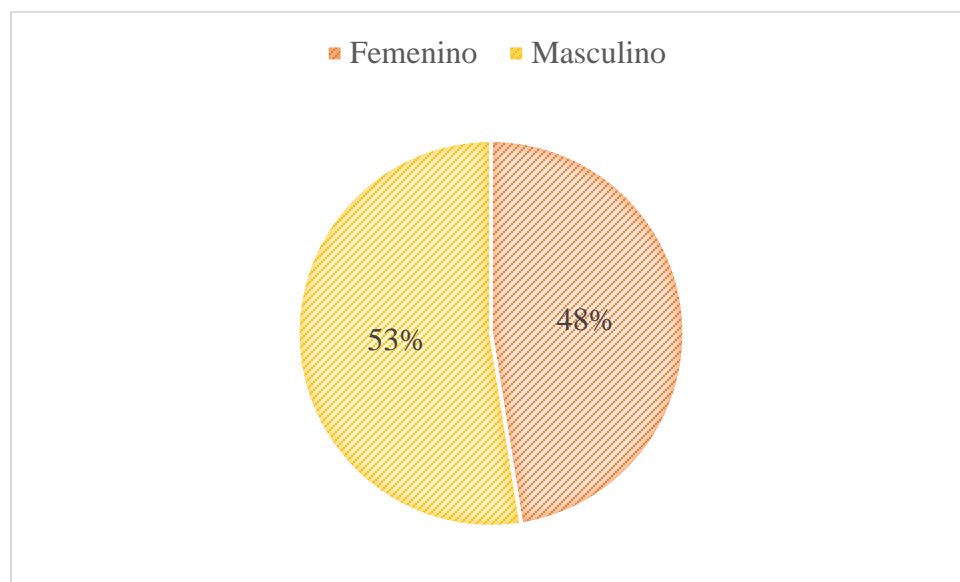
Fuente: Tabla 1.

**Figura 2.** Resultados por edades según el sexo de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



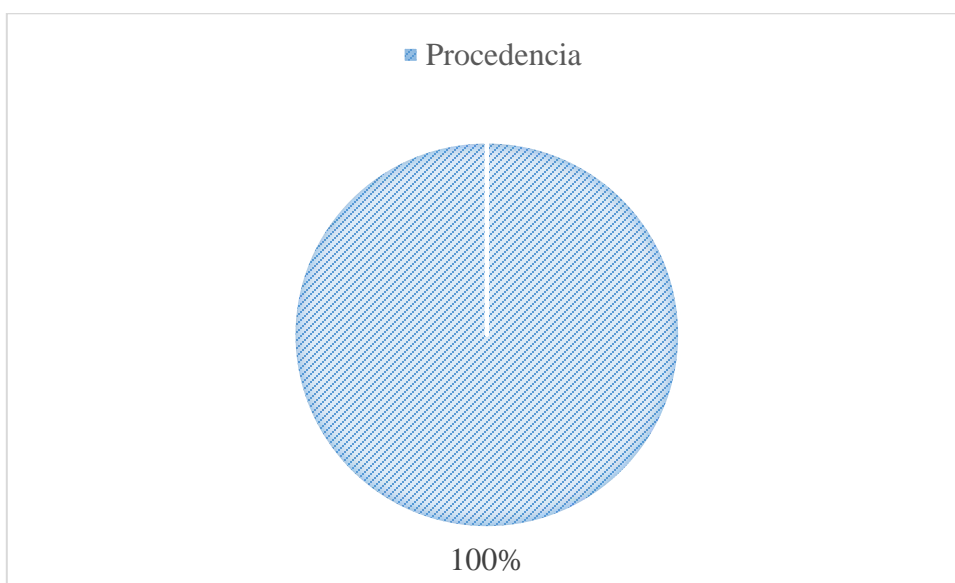
Fuente: Tabla 1.

**Figura 3.** Resultados por sexo de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



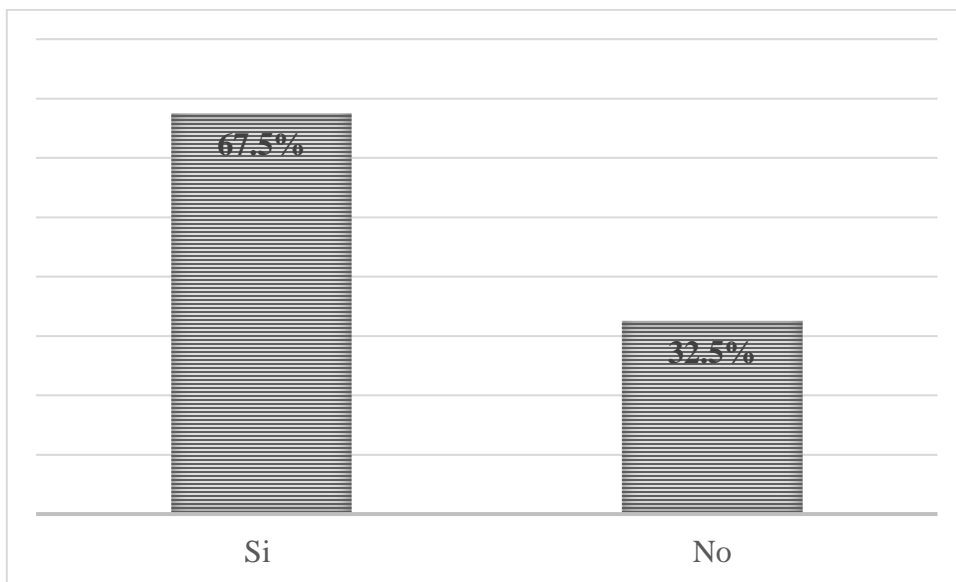
Fuente: Tabla 1.

**Figura 4.** Resultados por procedencia de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



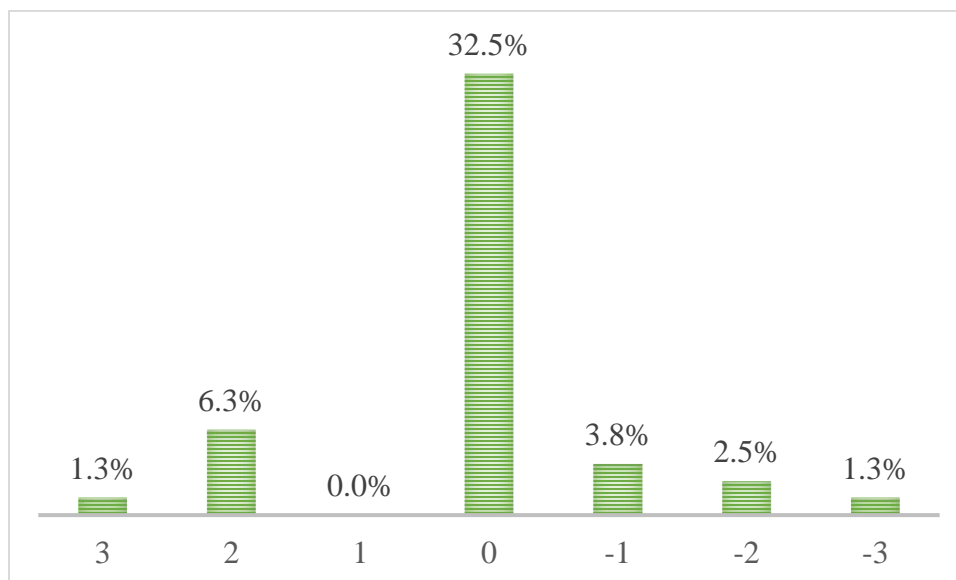
Fuente: Tabla 1.

**Figura 5.** Resultados por registro civil de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



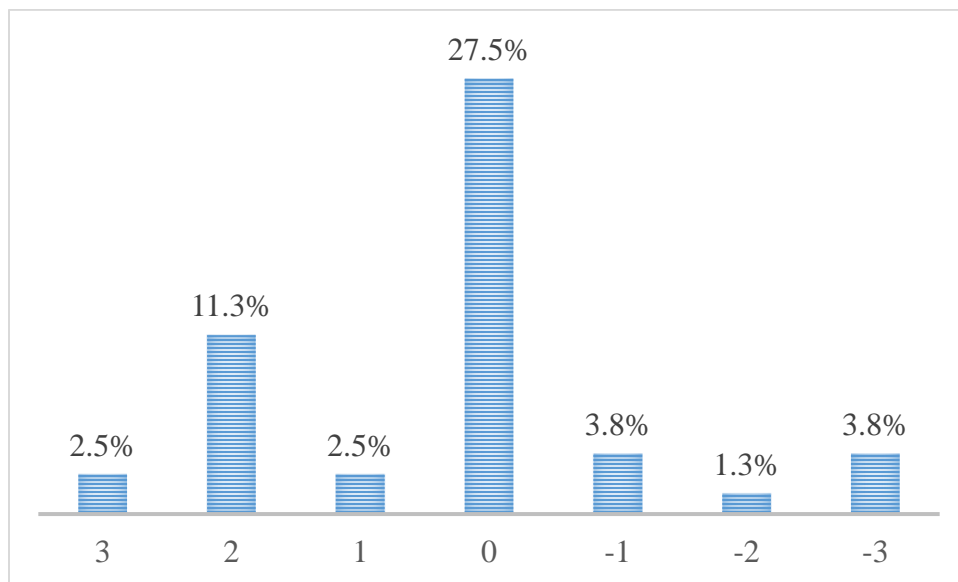
Fuente: Tabla 1.

**Figura 6.** Relación del sexo y el peso de las niñas ingresadas al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



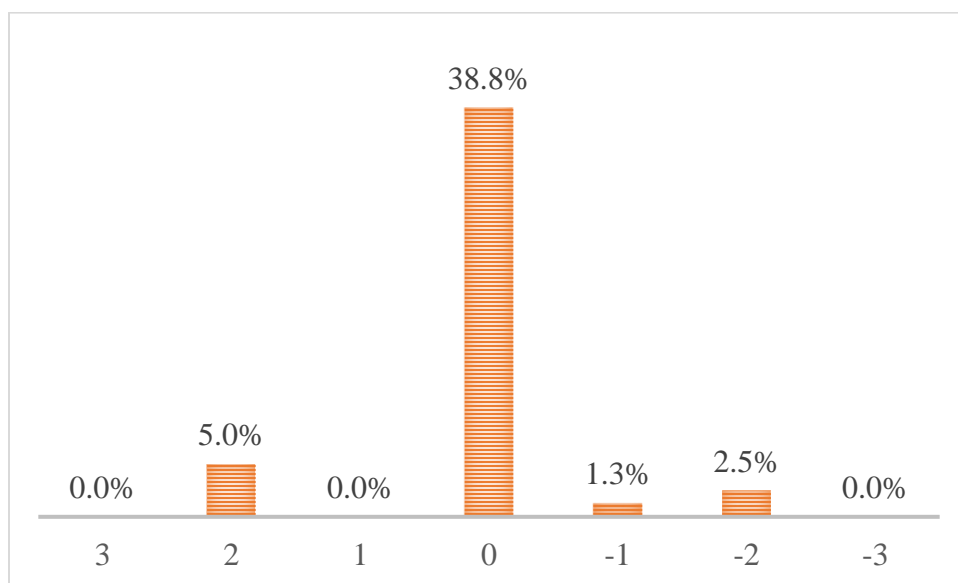
Fuente: Tabla 2.

**Figura 7.** *Relación del sexo y el peso de los niños ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.*



Fuente: Tabla 2.

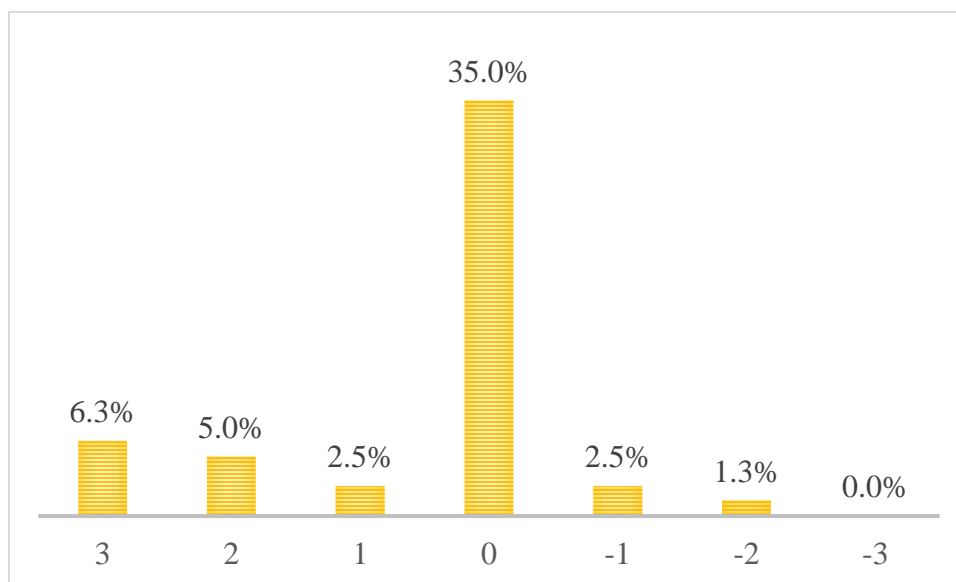
**Figura 8.** *Relación del sexo y la talla de las niñas ingresadas al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.*



Fuente: Tabla 2.

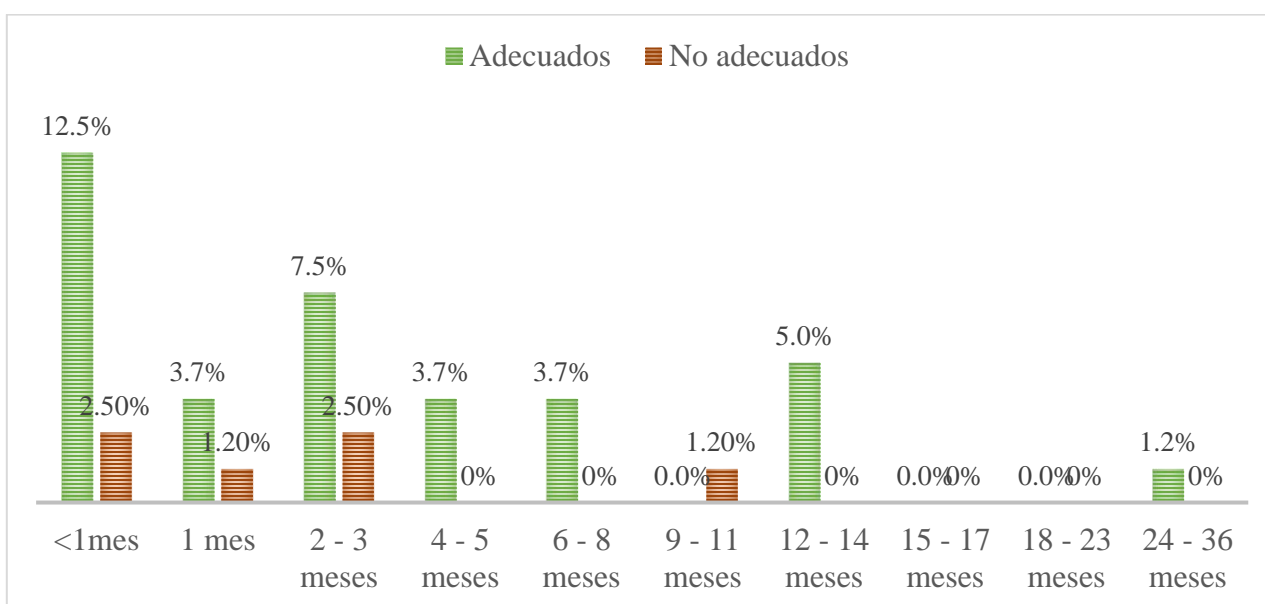


**Figura 9.** Relación del sexo y la talla de los niños ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



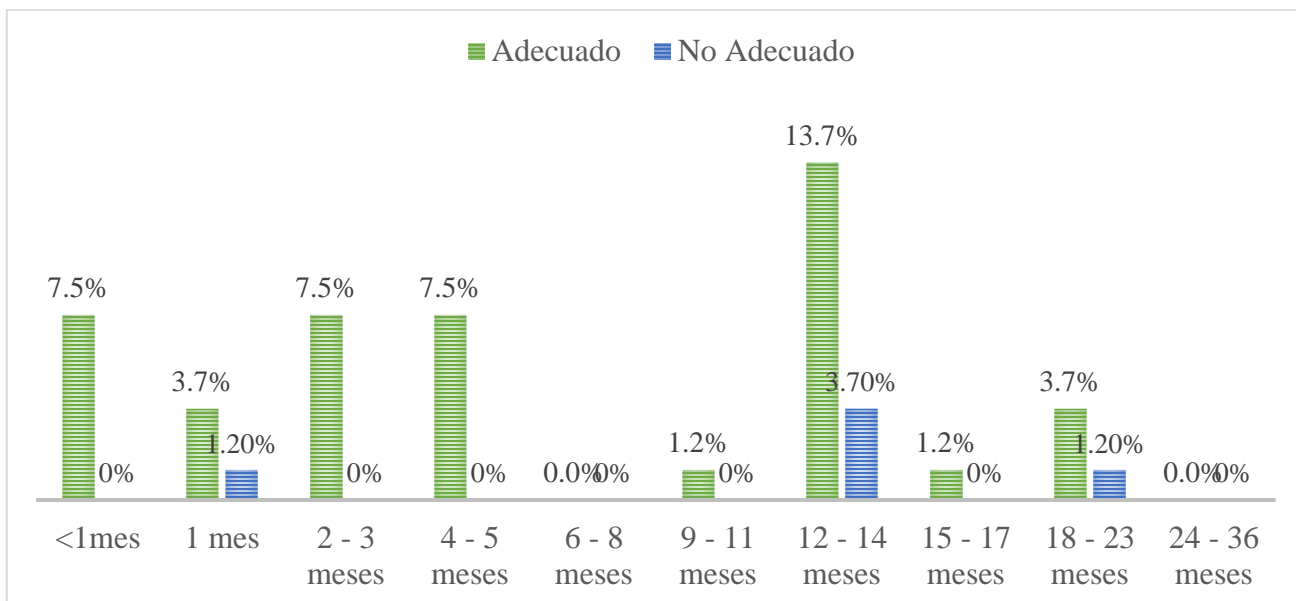
Fuente: Tabla 2.

**Figura 10.** Resultados de la evaluación psicomotora de las niñas ingresadas al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



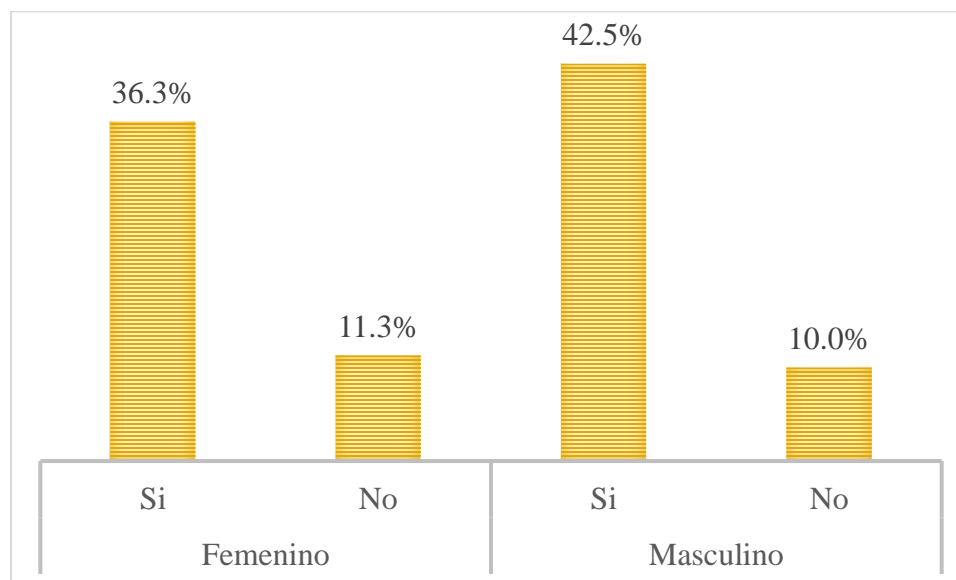
Fuente: Tabla 3.

**Figura 11.** Resultados de la evaluación psicomotora de los niños ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



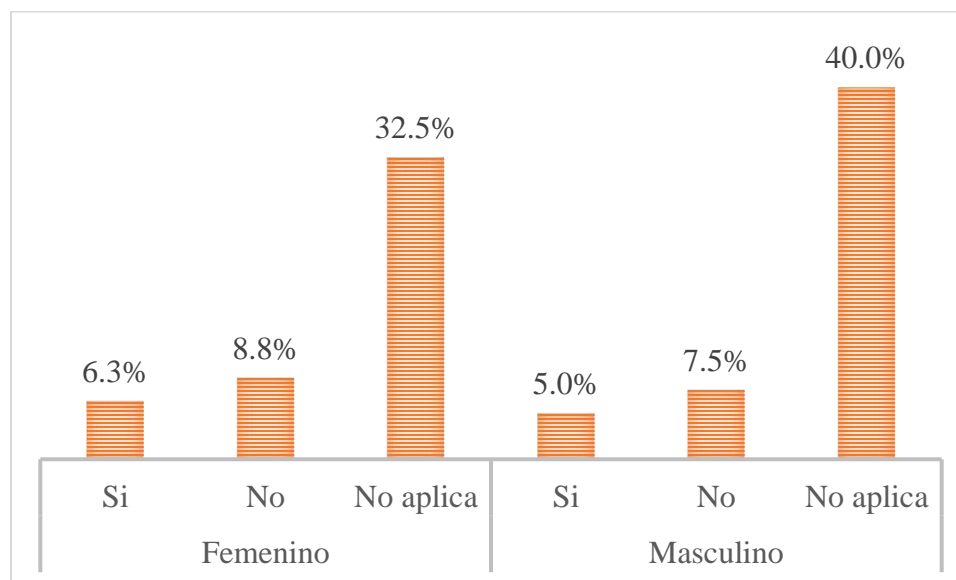
Fuente: Tabla 3.

**Figura 12.** Relación del esquema de inmunización de los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



Fuente: Tabla 4.

**Figura 13.** Resultados de los micronutrientes proporcionados a los niños y niñas ingresados al programa VPCD del Puesto de Salud Memorial Sandino de julio a octubre del 2021.



Fuente: Tabla 5.

**Figura 14.** Indicadores de Crecimiento en menores de 5 años de la OMS.

| Indicadores de Crecimiento menores 5 años<br>OMS-INTERPRETACIÓN |  |  |  |
|---|--|--|--|
| Puntuaciones Z  | Longitud / talla para la edad                              | Peso para la edad  | IMC para edad / Pero / Longitud o Talla        |
| Por encima de 3<br>Mayor o igual a +3.1                         | Muy alto para la Edad<br>(ver nota 1)                      | Sospecha de Problema de Crecimiento<br>(Ver Nota 2)<br>(Confirme Clasificación con Peso / Talla) | Obesidad                                       |
| Por encima de 2<br>De + 2.1 a +3                                | Rango Normal   |  | Sobrepeso                                      |
| Por encima de 1<br>De +1.1 a +2                                 | Rango Normal   |  | Posible Riesgo de Sobrepeso (Ver Nota 3)       |
| 0 (X, mediana)<br>De +1 a -1.0)                                 | Rango Normal   | Rango Normal   | Rango Normal                                   |
| Por debajo de -1<br>De -1.1 a -3                                | Rango Normal   | Rango Normal   | Rango Normal                                   |
| Por debajo de -2<br>De -2.1 a -3                                | Talla Baja (ver nota 4)<br>(Desnutrición Crónica Moderada) | Peso Bajo (Desnutrición Global Moderada)   | Emaciado<br>(Desnutrición Aguda Moderada)      |
| Por debajo de -3<br>Mayor o igual a -3.1                        | Talla Baja (ver nota 4)<br>Desnutrición Crónica Moderada)  | Peso Bajo Severo<br>(Desnutrición Global Severa)   | Emaciado Severo<br>(Desnutrición Aguda Severa) |

Fuente: Manual de Procedimientos para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) Atención Primaria.

Figura 15. Hoja de AIEPI Para Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo.



Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional  
*El Pueblo, presidente!*

MINISTERIO DE SALUD

HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

N° de H. Clínica: \_\_\_\_\_ Procedencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 da mes año

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ P. Celáxico: \_\_\_\_ cm DE: \_\_\_\_ Temp: \_\_\_\_ c  
 Primer Apellido Segundo Apellido Nombres meses años

¿Por qué trae al niño/niña? Inscrito: \_\_\_\_\_  
 NIÑO (A) MENOR DE 2 MESES DE EDAD Primera consulta  Subsecuente

|  |   |   |  |                                 |                                       |  |   |
|--|---|---|--|---------------------------------|---------------------------------------|--|---|
| 1. INFECCIÓN BACTERIANA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Respiración por minuto: _____ |   | SI NO   | SI NO  | SI NO                           | SI NO                                 | SI NO                                    | SI NO   |
| Respiración rápida <input type="checkbox"/>  | Ombigo y piel a su alrededor rojos <input type="checkbox"/> | Se ve mal <input type="checkbox"/>                    | Ombigo supurado <input type="checkbox"/>           | Apnea <input type="checkbox"/>  | Aleteo nasal <input type="checkbox"/> | Quejido <input type="checkbox"/>         | Supuración de oído <input type="checkbox"/>   |
| Dificultad para alimentarse <input type="checkbox"/>   | Pústulas escasas en piel <input type="checkbox"/>           | Supuración de ojos más edema <input type="checkbox"/> | Supuración de ojos <input type="checkbox"/>        | Fiebre <input type="checkbox"/> | Hipotermia <input type="checkbox"/>   | Palidez intensa <input type="checkbox"/> | Llenado capilar > 2" <input type="checkbox"/> |
| Convulsiones <input type="checkbox"/>  | Pústulas extensas en piel <input type="checkbox"/>          | Fontanela abombada <input type="checkbox"/>           | Manifestación de sangrado <input type="checkbox"/> |                                 |                                       |  |   |
| Letargia/inconsciencia/fácidez <input type="checkbox"/>  | Tiraje subcostal (acentuado) <input type="checkbox"/>       | Detensión Abdominal <input type="checkbox"/>          |  |                                 |                                       |  |   |
| Vomita todo <input type="checkbox"/>   | Ictericia abajo del ombigo <input type="checkbox"/>         |   |  |                                 |                                       |  |   |
| Cambios de coloración en la piel <input type="checkbox"/>  | Placas blancas en la boca <input type="checkbox"/>          |   |  |                                 |                                       |  |   |

|  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| 1.1 DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 7 días o más de duración SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sangre en las heces: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Anormalmente somnoliento: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI NO  | SI NO                                  | SI NO   |
| Piel vuelve a su estado anterior lentamente <input type="checkbox"/>   | Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente <input type="checkbox"/> | Ojos hundidos <input type="checkbox"/> | Inquieto o irritable <input type="checkbox"/> |

|   |       |
|---|-------|
| 1.2 INMUNIZACIONES DE LA MADRE: Antitetánica: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1.3 Atención Puerperal de la Madre: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI NO |
| AntiRubéola: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 1.4 Planificación Familiar: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuál método: _____                       |       |

NIÑO (A) DE 2 MESES A 5 AÑOS DE EDAD Primera consulta  Subsecuente

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | DIARREA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | FIEBRE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                |
| Respiraciones por minuto _____   | 14 días o más de duración SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       | Fiebre por 7 días o más de Duración y todos los días SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Riesgo de malaria: Alto <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> |
| Dejó de comer o beber <input type="checkbox"/>                                       | Sangre en las heces <input type="checkbox"/>  | Zona de alto riesgo de malaria <input type="checkbox"/>  |  |
| Vomita todo <input type="checkbox"/>   | Inquieto intable <input type="checkbox"/>   | Gota gruesa positiva <input type="checkbox"/>  |  |
| Convulsiones <input type="checkbox"/>  | Ojos hundidos <input type="checkbox"/>  | Rigidez de Nuca <input type="checkbox"/>   |  |
| Anormalmente somnoliento <input type="checkbox"/>                                    | Bebe ávidamente con sed <input type="checkbox"/>  | Coriza / ojos Enrojecidos <input type="checkbox"/>   |  |
| Dificultad para despertar <input type="checkbox"/>                                   | Piel vuelve lentamente <input type="checkbox"/>   | Erupción cutánea generalizada <input type="checkbox"/>   |  |
|  | Piel vuelve muy lentamente <input type="checkbox"/>                                     | Manifestaciones de sangrado <input type="checkbox"/>   |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| SOSPECHA DE DENGUE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SOSPECHA DE LEPTOSPIROSIS: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Vómitos persistentes <input type="checkbox"/>                               | Sufusión conjuntival <input type="checkbox"/>                                      | Emaciación grave visible <input type="checkbox"/>                                  |
| Dolor abdominal <input type="checkbox"/>                                    | Claudicación <input type="checkbox"/>  | Edema en ambos pies <input type="checkbox"/>                                       |
| Hepatomegala <input type="checkbox"/>                                       | Ictericia <input type="checkbox"/>   | Palidez palmar leve <input type="checkbox"/>                                       |
| Frialdad distal <input type="checkbox"/>                                    | Taquipnea <input type="checkbox"/>   | Palidez palmar intensa <input type="checkbox"/>                                    |
|   |  | Sobrepeso / Obesidad <input type="checkbox"/>                                      |

|  |  |
|--|--|
| PROBLEMAS DE OÍDO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | PROBLEMAS DE GARGANTA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Dolor de oído <input type="checkbox"/>                                     | Dolor de garganta <input type="checkbox"/>                                     |
| Supuración del oído <input type="checkbox"/>                               | Ganglios crecidos o dolorosos <input type="checkbox"/>                         |
| Supuración 14 días o más? <input type="checkbox"/>                         | Exudados blancos en la garganta <input type="checkbox"/>                       |
| Tumefacción detrás de oreja <input type="checkbox"/>                       | Enrojecimiento de la garganta <input type="checkbox"/>                         |

MALNUTRICIÓN O RIESGO NUTRICIONAL PARA LA EDAD:  
 Determinar el estado nutricional: Peso (Kg): \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ cm INTERPRETAR Peso/longitud-Talla: \_\_\_\_\_ Talla-Longitud/edad: \_\_\_\_\_  
 Peso/edad: \_\_\_\_\_ IMC/edad: \_\_\_\_\_

NIÑO MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACIÓN, ANEMIA, DESNUTRICIÓN O RIESGO NUTRICIONAL: SI  NO

|   |  |   |
|---|--|---|
| ¿Tiene dificultad para alimentarse? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | SI se amamanta ¿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 al pecho materno? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>      | ¿Se alimenta al 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 qué frecuencia? _____ al día                                     | Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación? 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  NO

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| EVALUAR EL AMAMANTAMIENTO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | Problemas de posición: <input type="checkbox"/>                               | Problemas de agarre: <input type="checkbox"/>                           | Problemas de succión: <input type="checkbox"/> |
| MICRONUTRIENTES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>           | SOSPECHA DE MALTRATO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | INMUNIZACIONES: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |  |
| Hierro <input type="checkbox"/>  | Lesiones Físicas <input type="checkbox"/>                                     | Esquema vacunación completo para su edad <input type="checkbox"/>       | Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse: _____    |
| Vitamina A <input type="checkbox"/>  | Lesión en genitales o ano <input type="checkbox"/>                            | Comportamiento alterado de cuidador/a <input type="checkbox"/>          |  |
| Otros <input type="checkbox"/>   | El niño/a expresa espontáneamente el maltrato <input type="checkbox"/>        |   |  |

EVALUAR EL DESARROLLO (ha logrado las habilidades de acuerdo a su edad) SI  NO  Alteraciones Fenotípicas SI  NO  3 o más SI  NO

|  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| < 1 MES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>    | 1 MES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>       | 2-3 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | 4-6 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   | 6-8 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>   |
| Succiona Vigoro semente <input type="checkbox"/>                   | Vocaliza <input type="checkbox"/>                                   | Mira el rostro de la madre <input type="checkbox"/>                 | Responde al examen <input type="checkbox"/>                         | Intenta tomar un juguete <input type="checkbox"/>                   |
| Manos cerradas <input type="checkbox"/>                            | Alterna movimientos de piernas <input type="checkbox"/>             | Sigue con la mirada objetos <input type="checkbox"/>                | Agarra objetos <input type="checkbox"/>                             | Lleva objeto a la boca <input type="checkbox"/>                     |
| Flexiona brazos y piernas <input type="checkbox"/>                 | Abre las manos <input type="checkbox"/>                             | Reacciona al sonido <input type="checkbox"/>                        | Emite sonidos <input type="checkbox"/>                              | Localiza el sonido <input type="checkbox"/>                         |
| Reflejo de Moro <input type="checkbox"/>                           | Sonrisa social <input type="checkbox"/>                             | Eleva la cabeza <input type="checkbox"/>                            | Sostiene la cabeza <input type="checkbox"/>                         | Gira hacia el objeto <input type="checkbox"/>                       |
| 9-11 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 12-14 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 15-17 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 18-23 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | 24-36 MESES SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| Juega a descubrirse <input type="checkbox"/>                       | Imita gestos <input type="checkbox"/>                               | Hace gestos a pedidos <input type="checkbox"/>                      | Identifica 2 objetos <input type="checkbox"/>                       | Se quita la ropa <input type="checkbox"/>                           |
| Se pasa objetos <input type="checkbox"/>                           | Pinzas superior <input type="checkbox"/>                            | Coloca cubos en recipiente <input type="checkbox"/>                 | Hace Garabatos <input type="checkbox"/>                             | Torre de 5 cubos <input type="checkbox"/>                           |
| Se sienta solo <input type="checkbox"/>                            | Palabras confusas <input type="checkbox"/>                          | Dice una palabra <input type="checkbox"/>                           | Dice 3 palabras <input type="checkbox"/>                            | Dice frases cortas <input type="checkbox"/>                         |
| Duplica sílabas <input type="checkbox"/>                           | Camina con apoyo <input type="checkbox"/>                           | Camina sin apoyo <input type="checkbox"/>                           | Camina para atrás <input type="checkbox"/>                          | Patea la pelota <input type="checkbox"/>                            |
|  |   |   |   | Ordenes complejas <input type="checkbox"/>                          |

| 60-66 MESES         | SI                       | NO                       | 67-71 MESES                     | SI                       | NO                       |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Cepilla sus dientes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Juega con otros niños           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Señala línea larga  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dibuja una persona con 6 partes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Define 5 palabras   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Hace analogías                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Se para en 1 pie    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Marcha punta talón              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Por 5 seg           |                          |                          |                                 |                          |                          |

**EVALUAR OTROS PROBLEMAS:** (Cualquiera que no aparezca en los segmentos anteriores, como problemas del piel, IVU, etc.)

CLASIFICACIÓN SEGÚN CUADROS DE PROCEDIMIENTOS AIEPI: CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD, ESTADO NUTRICIONAL, DESARROLLO INFANTIL, SOSPECHA DE MALTRATO Y/O ABUSO SEXUAL.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PRÓXIMA CONSULTA: \_\_\_\_\_

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: \_\_\_\_\_ REFERIDO SI  NO

NOMBRE DEL PERSONAL DE SALUD: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

## **GLOSARIO**

**Antropometría:** Es el estudio del tamaño, proporción, maduración, forma y composición corporal, y funciones generales del organismo, con el objetivo de describir las características físicas, evaluar y monitorizar el crecimiento, nutrición y los efectos de la actividad física.

**Evaluación del desarrollo:** Investigación más detallada de los niños con sospecha de ser portadores de problemas del desarrollo. Generalmente es multidisciplinaria y basada en un diagnóstico.

**Monitoreo o acompañamiento del desarrollo:** Es el procedimiento de asistir en forma cercana al desarrollo del niño, sin que esto signifique la aplicación de una técnica o proceso específico. Puede ser periódico o continuo, sistemático o informal, e involucrar o no un proceso de tamizaje, vigilancia o evaluación.

**Tamizaje del desarrollo:** Proceso de control metodológico del desarrollo de los niños aparentemente normales, con el objetivo de identificar a aquellos con alto riesgo de sufrir alteraciones de desarrollo utilizando pruebas o escalas, exámenes y otros procedimientos.

**Vigilancia del desarrollo:** Comprende todas las actividades relacionadas con la promoción del desarrollo normal y la detección de problemas de desarrollo en la atención primaria de la salud, siendo un proceso continuo y flexible, que entrega información a los profesionales de salud, a los padres y a otros miembros de la comunidad. (Consuelo Figueiras, 2011)