



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA DE
MATAGALPA

SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

Tema

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la Vigilancia Periódica del Crecimiento y Desarrollo del niño en áreas de salud primaria, Matagalpa año 2017.

Subtema

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Francisco Moreno No. 2, Matagalpa 2017

Autores

Br. Aleyda Elizabeth Izaguirre Estrada

Br. Karen Lisseth Pérez Palacios

Br. Nerlin Mercedes Gómez Jarquín

Tutora

Msc. Duglania Rodríguez.

Fecha

26 de enero, 2018



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA DE
MATAGALPA

SEMINARIO DE GRADUACION PARA OPTAR AL TITULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA MATERNO INFANTIL

Tema:

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la Vigilancia Periódica del Crecimiento y Desarrollo del niño en áreas de salud primaria, Matagalpa 2017.

Subtema

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la Vigilancia Periódica del Crecimiento y Desarrollo del niño en el puesto de salud Francisco Moreno No. 2, Matagalpa 2017

Autores

Br. Aleyda Elizabeth Izaguirre Estrada

Br. Karen Lisseth Pérez Palacios

Br. Nerlin Mercedes Gómez Jarquín

Tutora

Msc. Duglania Rodríguez.

Fecha

26 de enero, 2018

i. DEDICATORIA

Dedicamos este seminario de graduación expresando agradecimiento y gratitud a:

Dios: por darnos la vida, fe, paciencia, sabiduría y tolerancia con todos los que nos rodean.

Nuestros padres: Por el apoyo incondicional de desearnos ver como futuros profesionales, animarnos en cada momento que sentimos debilidad, por inculcarnos valores a diario, por comprendernos y permanecer a nuestro lado en momentos difíciles.

Familiares y amigos: que nos dieron palabras de aliento, cariño, sus oraciones y colaboración en nuestro trabajo.

Docentes: Por habernos dado el pan de la enseñanza, por la paciencia y dedicación, al MSC. Miguel Ángel Estopiñan por sus palabras de aliento, MSC. Karla Vanessa Molinares por su disposición, su entrega, apoyo hacia nuestra persona y a nuestra tutora MSC. Duglania Rodríguez por su disponibilidad para aclarar nuestras dudas acerca de la realización del trabajo.

Nuestro esfuerzo: porque a pesar de diferentes dificultades que se han presentado a lo largo de este año, hemos sabido seguir adelante tratando de dar lo mejor de nosotras para el beneficio de este trabajo poniendo todo el empeño posible.

Aleyda Elizabeth Izaguirre Estrada

Karen Lisseth Pérez Palacios

Nerlin Mercedes Gómez Jarquín

ii. **AGRADECIMIENTO**

Primeramente a Dios, por darme la sabiduría, ya que sin él no podemos cumplir nuestros propósitos.

A nuestros padres por su apoyo, consejo y ayuda en los momentos más difíciles de nuestras vidas, por ayudarnos a cumplir nuestros sueños.

A nuestros maestros por brindarnos nuevos conocimientos y darnos las herramientas necesarias para desempeñarnos en nuestra vocación, a nuestra tutora, por su paciencia y por su apoyo.

Las Instituciones: Como el ministerio de salud (MINSA) y al puesto de salud Francisco Moreno No. 2 y a su personal, por su colaboración y tiempo brindado para la realización de nuestro trabajo.

Aleyda Elizabeth Izaguirre Estrada

Karen Lisseth Pérez Palacios

Nerlin Mercedes Gómez Jarquín



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA
MATAGALPA

VALORACION DEL DOCENTE

Por medio de la presente se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil**, que lleva por Tema general: Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño en áreas de salud primaria en Matagalpa año 2017 y con Sub tema: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DEL PERSONAL DE SALUD EN LA VIGILANCIA PERIÓDICA DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO REALIZADO EN EL PUESTO DE SALUD FRANCISCO MORENO NO. 2, MATAGALPA 2017, Elaborado por los autoras: **Br. Aleyda Elizabeth Izaguirre Estrada, Br. Karen Lisseth Pérez Palacios y Br. Nerlin Mercedes Gómez Jarquín** Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa 8 de enero del 2018.

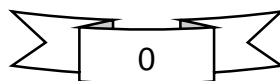
Msc. Duglania Rodríguez
Tutor de Seminario

iii. RESUMEN

El propósito de la presente investigación es analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de Salud, en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño realizado en el puesto de salud Francisco Moreno No.2, Matagalpa II, semestre 2017. Donde la temática se centra en caracterizar socio demográficamente a la población en estudio, describir los conocimientos, explicar las actitudes y valorar las prácticas del personal de salud, en el momento del VPCD, el estudio tiene enfoque cuali-cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal prospectivo. El universo está constituido por el personal que laboran en el centro de salud y se dedica a la realización de VPCD. Para la investigación la muestra está compuesta por dos recursos que laboran en dicha unidad. El tipo de muestra fue no probabilístico a conveniencia, se elaboraron instrumentos para dar salida a cada objetivo específico donde se realiza entrevistas para el conocimiento compuesta por 9 ítem donde al final se da una puntuación entre alto, medio y bajo; se elabora una escala Likert compuesta por 7 ítem donde la actitud se evalúa entre positiva y negativa; para valorar las practicas se aplicó una guía de observación compuesta, divididas según los momentos de un VPCD, donde se concluye; que el personal de salud, se divide la edad en dos rangos, menor de 20 años y mayor de 35 años, poseen ambas diferentes niveles de conocimientos, medio y alto, ambas poseen una actitud positiva y sus prácticas es regular, debido a que ciertos procedimientos no son realizados correctamente.

Índice

I. Introducción	1
II. Justificación	4
III. Objetivos	5
IV. Desarrollo del tema	6
4.1. Caracterización	6
4.2. Aspectos Sociodemográficos	7
4.3. Conocimientos del personal de salud	11
4.4. Actitudes del personal de salud	22
4.5. Prácticas del personal de Enfermería	33
V. Conclusiones	57
VI. Bibliografía	58
Anexos	



I. Introducción

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

La vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la Promoción del Desarrollo normal y a la detección de alteraciones durante la atención integral de la niñez, como un proceso continuo y flexible que incluye información de los profesionales de salud, profesores, familia y otros.

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

Estudio ALADINO, Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España. 2015, La iniciativa COSI (Childhood Obesity Surveillance Initiative) fue promovida por la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el objetivo principal de armonizar una metodología común, para llevar a cabo la vigilancia de la obesidad infantil a lo largo del tiempo, en los Estados Miembros que participan en ella. Y esa es justamente una de las principales características, el hecho de que se use la misma metodología para medir algo en lo que no hay un consenso internacional, como son los puntos de corte para la definición de sobrepeso y obesidad infantiles.

Gracias a las iniciativas de todas estas organizaciones se logró reducir la prevalencia de sobre peso; la reducción de 3 puntos del sobre peso fue estadísticamente significativa. Los resultados indican que parece haberse conseguido un primer logro, al conseguir no solo estabilizar la tendencia creciente, sino comenzar a invertirla. (Ortega & Parea , 2015)

Estudio mixto sobre la atención de salud de niños menores de tres años en establecimientos de salud de nueve regiones pobres del Perú, mediante el uso de metodología cuantitativa y cualitativa, el estudio proporciona información sobre elementos importantes de la calidad de atención de niños menores de 3 años en servicios de crecimiento y desarrollo del niño, en nueve departamentos con índices altos de pobreza en Perú. El estudio ha permitido identificar debilidades y áreas de oportunidad para reorientar los servicios del crecimiento y desarrollo, en el marco de la política de fortalecimiento del primer nivel de atención del sector Salud. (Cordero & Montes, 2016)

Un estudio sobre alimentación del lactante realizado en el año 2016 en Nicaragua con ayuda de la organización mundial de la salud (OMS) refleja la situación de Nicaragua desde el periodo 1990 – 2015 dando como resultado un alto porcentaje de niños que no recibieron lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida. En año 2006/7 y 2011/12 los indicadores de lactancia materna mejoraron gracias a la concientización a las madres durante el control del niño. Con este estudio se logró ver la situación en este país, para los últimos años se ha dado un cambio significativo en el mejoramiento de la alimentación de los niños. (Cagina & Gonzalvez, 2016)

El presente estudio es de tipo descriptivo, basado en la metodología de la investigación de (Sampiere, Collado, & Lucio, 2006), de corte transversal y prospectivo en el tiempo, con un enfoque cuali-cuantitativo. El universo está constituido por el personal que labora en el puesto de salud Francisco Moreno No.2 que realizan VPCD, para la investigación la muestra está compuesta por dos recursos que laboran en dicha unidad; el tipo de muestra fue no probabilístico a

conveniencia, se elaboraron instrumentos para dar salida a cada objetivo específico donde se realizan entrevistas para el conocimiento compuesta por 9 ítem donde al final se da una puntuación entre alto, medio y bajo; se elabora una escala Likert compuesta por 7 ítem donde la actitud se evalúa entre positiva y negativa; para valorar las practicas se aplicó una guía de observación, divididas según los momentos de un VPCD. Posteriormente se procesa la información según los diferentes instrumentos mediante el programa de SPSS, donde se obtienen las tablas con los resultados por cada objetivo específico, a continuación de esto se elaboraron matriz, gráficas para la discusión y análisis de dichos resultados.

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

II. Justificación

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

Por tal razón se realizó esta investigación con el propósito de analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la Vigilancia Periódica de Crecimiento y Desarrollo del niño en el puesto de salud Francisco Moreno N.2, en Matagalpa II Semestre 2017. Es un tema de interés social en especial para el ministerio de salud, debido a que un estudio CAP identifica problemática en cuanto a conocimiento, actitudes y prácticas presentes en una población en estudio específica, ya que al final dichos resultados permitirá al MINSA dar soluciones en cuanto a las debilidades encontrada en el personal en estudio y así replantear estrategia que fortalezcan las problemáticas encontradas con el objetivo de mejorar en la atención y prevención de las enfermedades del infante menores de 5 años de edad.

Así mismo servirá como fuente de información bibliográfica a Estudiantes de la carrera de enfermería interesados en el tema y a la Universidad para tener registro sobre VPCD. Permitirá proporcionar información actualizada de Conocimientos Actitudes y Prácticas sobre la realización de VPCD en puestos de salud, como sujeto de estudios activos y de interés para el desarrollo de dicha temática; favoreciendo al personal de salud de las áreas donde se realizó el estudio como documento evaluador y mejorar con las técnicas de atención, facilita líneas de educación continua y monitoreo de las actividades.

III. Objetivos

Objetivo General:

Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Francisco Moreno No.2, en Matagalpa II Semestre 2017.

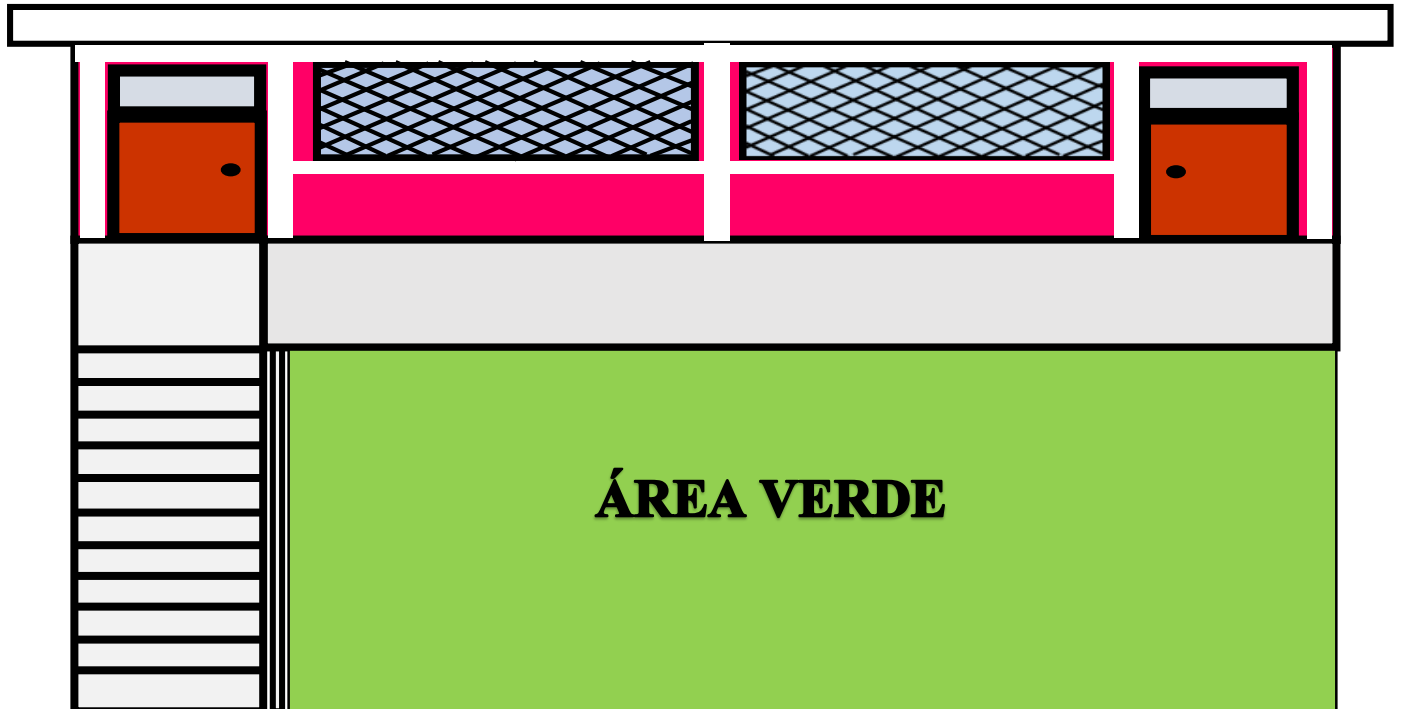
Objetivos Específicos:

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

IV. Desarrollo del tema

4.1. Caracterización

- Diseño del Puesto de Salud Francisco Moreno No.2



Fuente: Elaborado por Karen, Aleyda y Nerlin

Descripción de la estructura del Puesto de Salud Francisco Moreno No. 2

El puesto de salud Francisco Moreno No.2, está ubicado de antigua Policía de Transito 3c al sur y 2c al oeste, barrio Francisco Moreno No.2, en la zona Oeste de la ciudad de Matagalpa, atendiendo antes mencionado barrio y el Francisco Moreno No.3; con una población de 394 niños(as) en las edades de 0 a 5 años, atendidos por 1 Enfermera Profesional y un Médico General, con un horario de atención de 8:30am a 4:00pm ofreciendo consultas general, Atención integral al infante, VPCD, Planificación Familiar, PAE, Dispensarización; brinda programas del gobierno tales como Amor para los más chiquitos y Todos con vos.

4.2. Aspectos Sociodemográficos

Demografía

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

Edad

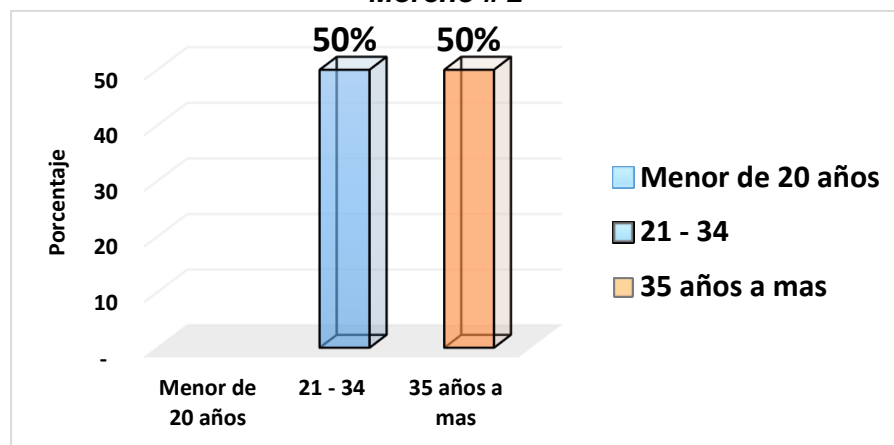
Se refiere a la cantidad de años que va acumulando la persona durante el transcurso de su vida hasta llegar a un límite. (Cañete, 2009).

Según el autor antes mencionado la edad se refiere a los años que va acumulando la persona a lo largo de la vida.

Gráfico #1

Rango de Edad del Personal de Salud

Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que asisten al P/S Francisco Moreno # 2



La Enfermera con 54 años de edad y el Médico 24 años de edad.

Según la edad del personal de salud, están en equivalencia por solo haber dos recursos trabajando, siendo la edad un parámetro de poca relevancia para nuestra investigación.

Profesión del personal

Definición de Profesión

1. Es el empleo o trabajo que alguien ejerce y por el que recibe una retribución económica. (Merino, 2010)

Enfermera profesional:

La American Nurses Asociación define la enfermería como la protección, el fomento y la optimización del estado de salud y las capacidades del individuo, la prevención de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y el tratamiento de las respuestas humanas, y la defensa de la asistencia a los individuos, las familias, las comunidades y las poblaciones. (Flores, Olivas, & Rosales, 2016)

Según el autor nos define a la enfermera profesional aquella persona que protege, fomenta y optimiza el estado de salud, previene enfermedades y dar tratamiento a las respuestas humanas.

Licenciado de enfermería:

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

Según el autor un licenciado de enfermería es un profesional con mayor categoría académica, con conocimientos científicos técnicos, con una actitud humanista, ética y responsable.

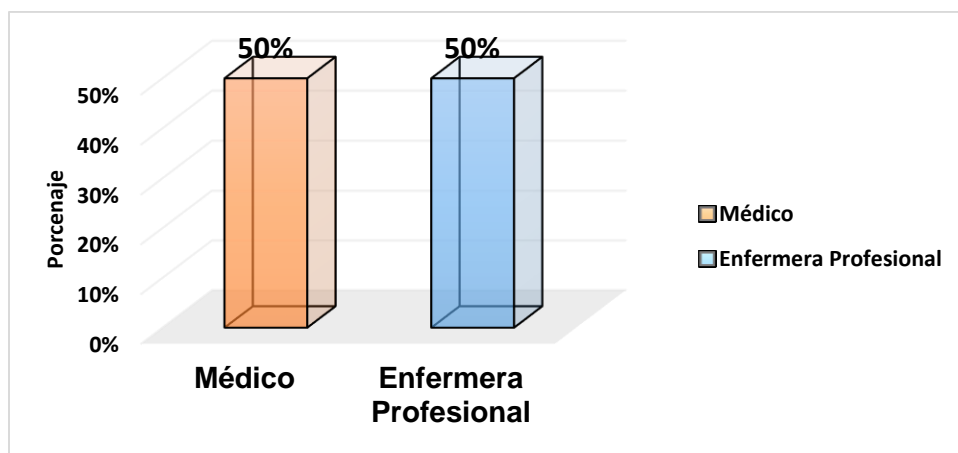
Médico:

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

Según el autor el médico es aquella persona que desempeña tareas para promover y restablecer la salud, para diagnosticar y disminuir las enfermedades, donde se aplica los conocimientos científicos adquiridos.

Grafica # 2
Profesión del Personal de Salud

Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que asisten al P/S Francisco Moreno # 2



El Personal de P/S está conformado por una Enfermera Profesional y Médico.

Nos da pauta, para tener conocimiento, de que, el personal está altamente capacitado para la atención de VPCD, de los niños y niñas que asisten al Puesto de Salud, además la normativa MINSA 2010, sustenta que cada Centro o Puesto de salud, debe de contar con un Médico y una Enfermera, para la debida atención, pero es importante que cada centro cuente con un personal altamente calificado para la atención, para dar una buena respuesta a las necesidades de la población.

Años de Servicio del personal

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

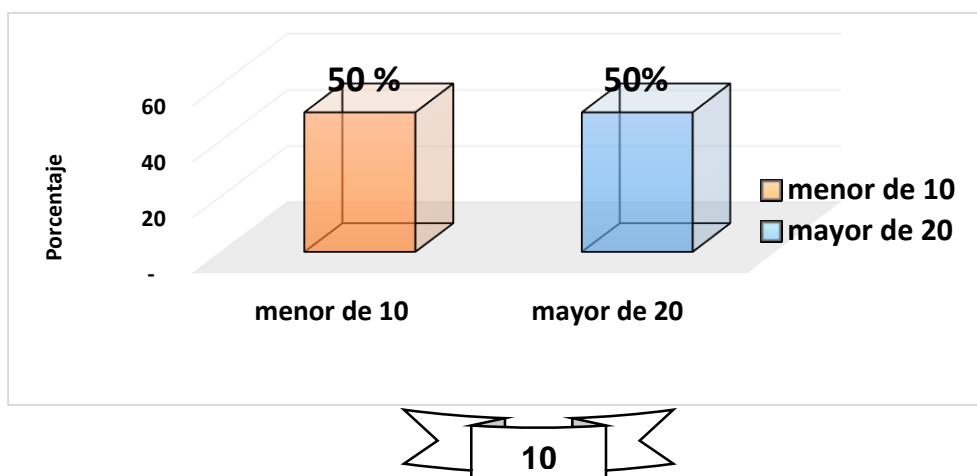
Según la fuente, se refiere en cuanto a los años de servicio a los conocimientos y aptitudes que va adquiriendo en el transcurso del tiempo determinado que tiene de laborar en una institución, en cuanto a su preparación profesional para un buen desempeño de sus funciones laborales.

Grafico # 3

Años de Servicio del Persona de Salud

Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que asisten al P/S Francisco

Moreno # 2



El Medico tiene 2 años de laborar para el MINSA y la Enfermera 34años.

Es común, que entre más años de laborar, vayan fortaleciendo y adquiriendo experiencia en sus prácticas, en aspectos de la atención del niño, así mismo esto es importante ya que a medida que pasa el tiempo los habitantes del barrio van teniéndole confianza al personal de salud y esto es fundamental para una buena atención.

4.3. Conocimientos del personal de salud

Conocimiento

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

Según el autor la palabra conocimiento va de la mano a la experiencia, esto da paso a una mejor atención por parte del personal a sus pacientes.

Tipos de conocimiento

Conocimiento empírico: Se refiere al hecho de que un sujeto llega a reconocer o a diferenciar las cosas por rutina, por simple experiencia o práctica. (Mendoza, (S/F))

Conocimiento teórico: Es aquel conocimiento que solo se conoce en teoría y que no es posible de ser comprobado en la práctica. (Mendoza, (S/F))

Conocimiento científico: Se habla de conocimiento científico cuando se presentan ciertas características: orden, jerarquización, progresión, comprobación

y predicción y están basados en la aplicación de un método lógico. (Mendoza, (S/F))

Conocimiento vulgar: es aquel que se adquiere en la vida cotidiana del trato con los hombres y la naturaleza. Su carácter es superficial, empírico y no sistematizado. (Mendoza, (S/F))

Conocimiento popular: es la información que se transmite sin una crítica de las fuentes que la validan, va dirigido al público en general y su lenguaje es sencillo. Dentro de este tipo de conocimiento se incluye la información periodística, televisiva, conferencias populares. (Mendoza, (S/F))

Conocimiento de divulgación: se caracteriza por que en estos existe una crítica razonada de las teorías expuestas, una explicación somera de las fuentes de información y por qué los datos son recopilados directamente de investigadores de primera mano. Diccionarios especializados, conferencias científicas, estudios monográficos, etc. (Mendoza, (S/F))

De acuerdo a los autores antes mencionados podemos decir que existen diversos tipos de conocimientos; que se usan en la vida diaria, pero los más utilizados son el científico y empírico, que se relacionan con la vida diaria de los profesionales, ambos van de la mano.

VPCD

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

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

La Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo se ha identificado como fundamental para dar seguimiento no solo al estado de salud de los niños, si no a la identificación de las alteraciones que pueden afectarlos con el fin de proporcionar oportunamente las correcciones. El entorno de un País es un excelente criterio para determinar el equilibrio entre las dimensiones sociales y económicas del desarrollo del mismo (Millon Vallejos, 2006)

Según los autores VPCD son siglas que significan Vigilancia, Promoción, Crecimiento y Desarrollo, son controles que se le realizan al niño cada 2 meses en el primer año de vida y cada año hasta cumplido los 5, es fundamental para darle seguimiento al niño, no solo para saber el estado del niño, así como para identificar alteraciones.

La Vigilancia, Promoción del Crecimiento y Desarrollo ha permitido la captación de los recién nacidos y niños menores de cinco años, promoviendo la lactancia materna exclusiva en los menores de seis meses y alimentación complementaria, suplementación de hierro y vitamina A, desparasitación, vacunación, estimulación temprana y educación a la madres en el cuidado de sus niños para la aplicación de prácticas de buena higiene (lavado de manos, uso de agua clorada, uso de letrinas) y el reconocimiento de signos de peligro para la búsqueda oportuna de la atención. (UNICEF, Salud Materna E Infantil En Nicaragua . Avances Y Desafío., 2005)

Según los conceptos citados en la realización de un VPCD se debe promover la lactancia materna exclusiva en los niños menores de 6 meses, el esquema completo de vacunas, la buena y sana alimentación, más el suplemento de vitaminas necesaria para su edad y también se debe promover la práctica de la higiene.

Importancia de VPCD

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

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

En el programa se promueve el consumo de alimentos ricos en proteína y nutrientes necesarios para ayudar al crecimiento del niño. En el programa de vigilancia crecimiento y desarrollo se aplican las numerosas vacunas que ayudan a reducir las distintas enfermedades inmunoprevenibles, fortaleciendo la salud del niño y un crecimiento satisfactorio. La asistencia del niño al programa es para mejorar la calidad de enseñanza y aprendizaje en los primeros años de vida que son los más importantes para su desarrollo. (Castro & Paredes, 2009)

Según los autores, realizarle el control de VPCD al niño es importante, ya que beneficia el crecimiento y desarrollo sano tanto físico como intelectual a través de las inmunizaciones y de una buena alimentación, promoviendo vacunas para un buen estado inmune contra las enfermedades, fortaleciendo la salud del niño, para brindar un estado de salud satisfactorio.

Actividades que se realizan en un VPCD.

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

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

Según lo citado por el autor, las principales actividades que se realizan en un VPCD, son las medidas antropométricas, el seguimiento del estado inmunológico del niño, en los menores de 6 meses, la lactancia materna exclusiva y la administración de suplementos vitamínicos y antidesparasitarios.

Desarrollo psicomotor

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

El desarrollo motor de los niños depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular. Los logros motores que los niños van realizando son muy importantes en el desarrollo debido a que las sucesivas habilidades motoras que se van a ir adquiriendo hacen posible un mayor dominio del cuerpo y el entorno. Estos logros de los niños tienen una influencia importante en las relaciones sociales, ya que las expresiones de afecto y juego se incrementan cuando los niños se mueven independientemente y buscan a los padres para intercambiar saludos, abrazos y entretenimiento. (Maganto & Cruz, 2000)

En el desarrollo motor pueden establecerse dos grandes categorías: 1) motricidad gruesa (locomoción y desarrollo postural), y 2) motricidad fina (prensión). El desarrollo motor grueso se refiere al control sobre acciones musculares más globales, como gatear, levantarse y andar. Las habilidades motoras finas implican a los músculos más pequeños del cuerpo utilizados para alcanzar, asir, manipular, hacer movimientos de tenazas, aplaudir, virar, abrir, torcer, garabatear. Por lo que las habilidades motoras finas incluyen un mayor grado de coordinación de músculos pequeños y entre ojo y mano. Al ir desarrollando el control de los músculos pequeños, los niños ganan en competencia e independencia porque pueden hacer muchas cosas por sí mismos. (Maganto & Cruz, 2000)

Según la fuente, el desarrollo psicomotor es la adquisición progresiva de habilidades funcionales en el niño, así como, los reflejos de la maduración, de las estructuras del sistema nervioso central que las sustentan, al igual depende principalmente de la maduración global física, del desarrollo esquelético y neuromuscular.

Parámetros de desarrollo psicomotor

Parámetro:

Dato o factor que se toma como necesario para analizar o valorar una situación.

(Real Academia Española, 2018)

1 mes

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

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

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

2 meses

Al llevarlo a posición sentado, la cabeza cae hacia atrás. Sosteniéndolo sentado. La cabeza se mantiene por instantes. En decúbito prono: se mantiene sostenido sobre antebrazos 45°. En decúbito supino: semiflexión miembros inferiores. Lenguaje:

- Arrullo cuando se le habla. Sonrisa social: Sigue con la vista objetos a 180°. Grasping discreto con frecuencia las manos abiertas.

- Campo visual equivale a 1/3 del adulto.
- Sigue con la vista. Oído: Reacciona a estímulos auditivos. (León, 2002)

3 meses

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

Reconoce a mamá. Diferencia y percibe olores.

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

4 meses

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

5 meses

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

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

6 meses

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

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

7 meses

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

8 meses

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

9 meses

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

10 meses:

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

12-13 meses:

4 meses: Gatea (oso) sobre mayor y pies. Apunta todo con el índice (orificios, hendiduras). Encaja círculos. Lenguaje: 2 palabras además de mamá y papá. Se agacha y recoge objetos. Lanza pelota. (León, 2002)

❖ **Sentido del olfato**

La capacidad olfativa se inicia en el bebé en el mismo momento que el bebé respira automáticamente. 60 Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación 2002; 14: 58-60 edigraphic.com Es muy sensible a los olores fuertes por lo que la madre debe evitar perfumes intensos (preferible el olor corporal). Ayuda a organizar relación placer-no placer. (León, 2002)

❖ **Sentido de la vista**

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

❖ **Sentido del gusto**

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

❖ **El sentido del tacto**

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

❖ **Sentido de audición**

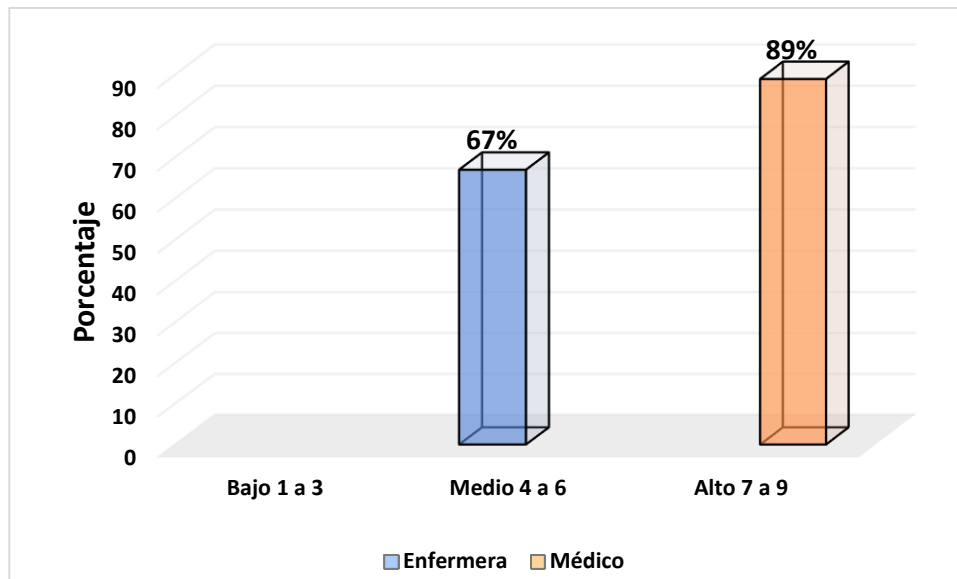
Varias semanas antes del nacimiento el feto ya puede oír; inmediatamente después del nacimiento, el recién nacido podrá oír, aunque, como es lógico suponer su umbral sensitivo es más alto que el de los adultos. La mayoría de los

lactantes son sensibles a los estímulos auditivos intensos y fuertes, calmándose cuando escuchan música. Los niños de menos de 20 semanas pueden localizar una fuente sónica con bastante exactitud. (Sabaté & Bielsa, (SF))

Grafico #4

Nivel de Conocimiento del Personal de Salud

Fuente: Entrevista realizada al Personal de Salud que asisten al P/S Francisco Moreno # 2



El gráfico representa el nivel de conocimiento; que tiene el Personal de Salud en estudio en cuanto al VPCD, dando como resultado ambas, la Enfermera y el Médico, poseen conocimientos básicos, debido a que fallaron en un mínimo de pregunta; pero según la gráfica, el Médico, respondió más cantidad de preguntas, debido a que es social, tiene reciente sus conocimientos. Pero el personal de enfermería tiene el deber de actuar, manejar y conocer, basado en las normativas del MINSA, para actuar en la prevención de enfermedades y proporcionar una buena valoración en los niños sanos y no sanos.

4.4. Actitudes del personal de salud

Actitud

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

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

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

Además, otros dos aspectos que se suelen integrar en los fenómenos actitudinales son: a) su carácter definitorio de la identidad del sujeto; y, b) el ser juicios

evaluativos, sumarios accesibles y archivados en la memoria a largo plazo (Zimbardo y Leippe, 1991) citado por (Ubillos, Mayordomo, & Páez, 2004)

Características de las actitudes

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

Según los autores se refieren a actitud como un estado de disposición mental o nerviosa manifestado mediante la experiencia, expresa características las cuales son: organización, papel motivacional, es aprendida, es perdurable, componente de evaluación o afectividad de agrado-desagrado, además otros aspectos pueden ser: su carácter definitorio, el ser juicios evaluativos. Las características de la actitud son las siguientes: estas son aprendidas, son dinámicas, son susceptibles y se interrelacionan.

Comunicación

Es un proceso interactivo e interpersonal. Proceso, en cuanto se producen etapas, e interactivo e interpersonal, porque ocurre entre personas y está compuesto por elementos que interactúan constantemente. (Padilla; Alfaro; Xinia Guardia, 2009)

Definen el proceso como el "conjunto de factores interrelacionados, de manera que, si fueras a quitar uno de ellos, el evento, la cosa o la relación dejarían de funcionar." (Padilla; Alfaro; Xinia Guardia, 2009)

Explican el proceso de la comunicación humana, como la transmisión de señales y la creación de significados. (Padilla; Alfaro; Xinia Guardia, 2009)

Teorías de la comunicación de masas, se presenta a la comunicación humana desde cinco perspectivas: como un proceso semántico, neurobiológico, psicológico, cultural y social. (Padilla; Alfaro; Xinia Guardia, 2009)

según los actores se refieren a comunicación como el conjunto de factores interrelacionados, como la tgrasmision de señales y la creacion de significados.

Comunicación enfermera-paciente

La comunicación es ante todo un proceso fundamental en toda relación social, es el mecanismo que regula y hace posible la interacción entre las personas. En lo que respecta al área de salud, se han encontrado estudios en donde la comunicación en el hospital es deficiente, siendo el personal de enfermería el receptor de la confianza, dudas y preguntas sobre la información que el paciente recibe sobre su proceso. (Alba-Leonel, Fajardo-Ortiz, Tixtha-lopez, & Papaqui-Hernandez, 2010)Según los actores es un proceso fundamental en toda relación que hace posible la interacción entre las personas.

Relaciones humanas

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

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

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

Según el autor las relaciones humanas es un proceso por el cual las personas interrelacionan entre si este puede ser agradables o desagradables y esta se basa en principios.

Relación Enfermera – Paciente

Las relaciones personales que ejerce enfermería con sus pacientes en la práctica de los cuidados son esenciales para el desempeño profesional. El personal de enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, brindan asistencia de naturaleza biológica, técnica, psicológica, social y espiritual y las relaciones personales sustentan la realización de sus actividades. Diversos autores consideran que la relación personal tiene un efecto terapéutico, en algunos casos afirman que esta puede ser determinante en el éxito de su desempeño (Ramírez & Müggenburg, 2015)

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento.

Una buena relación enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización. Cumpliendo con los principios éticos que son Autonomía, Beneficencia, No maleficencia, Justicia, Veracidad, entre otros. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

Según los autores las relaciones personales entre enfermería y el paciente son esenciales para un buen desempeño en sus labores diarias, enfermería permanece las 24 horas al cuidado de los pacientes, esta relación debe ir más allá no solo interacción, es necesario establecer una verdadera empatía, reconociendo y compartiendo emociones para así comprender su significado, una buena relación debe elaborar un plan de cuidado con el propósito de un mejor estado de salud del paciente, ya que el personal de enfermería es el recurso fundamental en un área de salud, son el pilar, la fortaleza, el espíritu de los pacientes, por lo que su relación debe de ser sincera y desinteresada.

Enfoque de la enfermería por las teorías de la relación interpersonal

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

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

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

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

Fases de la comunicación

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

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

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

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

Compenetración: Esta fase de determina por acciones de enfermería que mitigan el sufrimiento del enfermo. La enfermera y el paciente se relacionan como seres humanos y este último deposita su confianza, su fe en aquél. Para ello cuenta con los conocimientos y el adiestramiento necesarios para ayudar a los pacientes,

además de tener la capacidad de percibir, responder y apreciar la individualidad del paciente. (Mastrapa & Lamadrid, 2016)

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

Según los autores las fases de la comunicación son cinco: encuentro original este se basa en la primera impresión que tienen uno del otro y viceversa, luego se da la revelación de identidades en la cual ambos empiezan a verse mutuamente y como individuos únicos también se da la empatía por la cual manifiestan las experiencias del otro luego viene la simpatía esta se produce cuando la enfermera desea aliviar la causa de la enfermedad o el sufrimiento del paciente dándose así la compenetración donde se deposita la confianza y su fe y para esto la enfermera cuenta con el conocimiento y el adiestramiento para ayudar al paciente.

Tipos de actitud

Actitud positiva

Se puede decir que la actitud debe ser aquella que “promueva la creatividad, la iniciativa, el esfuerzo personal, el trabajo en equipo, la rápida transmisión de información y la capacidad de adaptación” (González, 2001). (Santamaria, 2014)

Siendo la creatividad una actitud, es 5 menesteres afirmar que la actitud tomada por los trabajadores o empleados debe ser positiva. Julio César Penagos Corzo define la creatividad como “La generación de procesos de información, productos o conductas relevantes ante una situación de destreza o conocimiento insuficiente. La creatividad como actitud, es una variante de verla como una característica de la personalidad. Y es esta actitud lo que puede permitir generar procesos y productos que puedan ser juzgados creativo). (Santamaria, 2014)

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

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

Actitud negativa

Según Oviedo (2012), una de las más importantes causas del fracaso de los profesionales, es la actitud negativa manifestada hacia la actividad que desarrollan; sin embargo si las actitudes son de enojo o desprecio, serán estas las acciones y emociones que vivirá durante el día; por eso es importante hacer un análisis al comienzo del día de las acciones y el comportamiento con el cual se desea conducir (Morales, 2013)

Según los actores la actitud la podemos percibir negativa o positiva, la positiva que promueve la creatividad, la iniciativa, el esfuerzo el trabajo en equipo, la transmisión de información y la adaptación y la actitud negativa se puede decir que es la más importante causa del fracaso esta actitud es manifestada hacia las acciones o actividades que desarrollamos diariamente.

Dirección de la actitud

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

Es fácil comprobar que hay muchos maestros que tienen actitudes de aceptación hacia éste, pero también hay quienes lo rechazan: si le pregunta a un matemático si lo acepta o lo rechaza, es muy probable que conteste que no está ni de acuerdo

ni en desacuerdo, pues no sabe en qué consiste; de igual modo, entre quienes lo acepten puede haber algunos que no lo conozcan a cabalidad y otros no saben nada de competencias, es posible que entre sus detractores haya personas sólo basadas en ideas equivocadas acerca de él (Morales, 2013)

Según los actores la dirección de la actitud es la que marca el aspecto positivo o negativo, a favor o en contra del objeto actitudinal y se manifiesta neutralidad en los instrumentos, cuando se ha desarrollado una actitud ante el objeto en cuestión.

Ilustración 1: Actitud del Personal de Salud



Fuente: Likert, Rensis (1932)

Parámetros que se evaluaron en la Escala de Likert:

1. **Horario establecido:** De acuerdo al reglamento de Enfermería proporcionado por el ministerio de salud en el año 1995; en el Título 3, Capitulo 1, de los deberes, art. 24, inciso d; nos dice que el Personal de Enfermería debe de asistir con puntualidad a su centro de trabajo; esto es importante que se cumpla, porque se le debe de dar una buena atención al paciente y eso inicia desde el momento que nos presentamos a la unidad de salud, es aquí donde dan pauta para ver la actitud con la que se inicia a laborar. El persona en estudio ciertas veces cumple con este parámetro, manifestaban que, hay días que son convocados a reunión o debían retirar materiales para su debida atención.
2. **Asiste al trabajo con disposición de atender:** según el reglamento de Enfermería, Título 3, Capitulo 1, art. 24, inciso a; plantea que se le debe brindar un trato humano al paciente, la familia y la comunidad; esto es de gran relevancia, debido, a que, si se asiste con disposición al trabajo, le damos un trato adecuado al paciente, creando un círculo de confianza, comunicación, así mismo, detectamos posibles problemas que pueden estar afectando al paciente. En el P/S, asisten con disposición de atender, pero la misma actitud de los usuarios afecta en la buena atención.
3. **Organiza el área de trabajo desde que inicia:** según los estándares relacionados con el desarrollo científico técnico de la profesión de enfermería, estándar 3: proceso de enfermería, inciso 3.3: acciones de enfermería (intervención): el profesional de enfermería realiza las acciones planificadas, basados en datos estimados, conocimientos requeridos, destrezas, actitudes y juicio crítico para alcanzar los objetivos establecidos en el puesto de salud el personal trabaja organizadamente para brindar una atención con calidad y calidez a los pacientes.

4. **Clasifica las actividades a realizar:** según el protocolo de acogida al usuario se realiza de acuerdo a la necesidad del paciente, en esta unidad de salud se atiende priorizando a las mujeres embarazadas, niños y ancianos.

5. **Hay dedicación en la atención del niño:** El Protocolo de acogida al usuario Es el conjunto de acciones realizadas por las distintas personas de una institución de salud, cuyo fin es lograr la satisfacción de las expectativas del usuario. Esta actividad requiere la contribución de todo el personal que comprende su recepción desde que ingresan los pacientes hasta su egreso, este es un sello de estrategia de calidad de atención en salud. Es por esto que el personal de salud del puesto Francisco Moreno No.2, siempre brinda una atención de calidad y con calidez hasta que el paciente egrese de su unidad.

6. **Identifica algunas necesidades del niño a través de la comunicación:**

- De acuerdo a la norma No. 128, Manual de Proceso de Atención de Enfermería, refiere que el objetivo de un PAE, es cubrir las necesidades reales o potenciales del paciente, compuesta por cinco etapas; valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; pero para cubrirlas primero hay que identificar lo que necesita el paciente, es aquí donde es importante tener una buena comunicación con el paciente, para que se cree un ambiente de confianza y así identificar lo que el usuario amerite.
- Estándar 7 para la práctica de enfermería. Inciso 7.5: estándares de enfermería en el primer nivel de atención. 7.5.1: en las actividades de motivación y organización de la comunidad el personal de enfermería en colaboración con otras disciplinas, incorpora miembros de la propia comunidad capaces de producir cambios para identificar sus problemas y necesidades de salud, establecer prioridades, determinar posibles

soluciones e identificar recursos disponibles y su utilización, en el puesto hay buena comunicación con los habitantes que lo rodean, se le proporciona una buena atención, resolviendo o cubriendo las necesidades de cada usuario.

Este punto es de gran interés, es por eso que el personal de salud, trabaja minuciosamente en la atención del niño y así identifica las necesidades, por medio de la comunicación de la madre, sobre lo que amerita el niño.

- 7. Maneja el esquema de vacunación: De las inmunizaciones, Artículo 19.-** Es una responsabilidad del estado y una obligación ciudadana, la aplicación de las Inmunizaciones que el Ministerio de Salud ordene, incluyéndolas en la lista oficial debidamente publicada, de acuerdo con las técnicas que éste establece. Por tanto es importante que el personal de salud conozca el esquema de vacunación para su correcto cumplimiento.

El Personal de Salud del puesto, si conoce del esquema completo de vacunación, lo aplican debidamente a cada niño, conociendo cada vacuna a aplicar, cuando es el momento y brindando la consejería adecuada a la madre, padre o tutor.

4.5. Prácticas del personal de Enfermería

Prácticas

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

Ejercicio que bajo la dirección de un maestro y por cierto tiempo tienen que hacer algunos para habilitarse y poder ejercer públicamente su profesión.

(Real Academia Española, (SF))

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

Según la real academia española las prácticas es el ejercicio de la profesión estudiada que se realiza para habilitarse, actuando ajustándose a la realidad.

Concepto de práctica del personal de enfermería

Las prácticas de personal de enfermería se basan en realizar actividades con previos conocimiento científico-técnico y metodológico basados con normas institucionales con evaluaciones continuas.

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

1. Tiempo que tarda en realizar en control
2. **Examen físico céfalo caudal buscando anomalías fenotípicas tales como:**

- | | |
|----------------------------------|---------------------------------|
| -Hendidura palpebral oblicua | -Hendidura o fisura palatina |
| -Ojos separados (hipertelorismo) | -Cuello cortó o largo |
| -Implantación baja de las orejas | -Pliegue palmar único |
| -Labio leporino | -Dedo de la mano corto y curvo. |

El examen físico es importante realizarlo, debido a que, se hace de forma céfalo caudal, para identificar posibles problemas o enfermedades en el niño y darles soluciones.

3. Peso

4. Talla.

El peso y la talla son medidas antropométricas importantes en la vida de todo ser humano, de esta forma observamos cómo va el estado nutricional del niño, si esta correcto su crecimiento y desarrollo.

5. Perímetro cefálico: es de gran importancia en niños menores de dos años.

Cuando el perímetro cefálico se encuentra disminuido se le relaciona con

un menor tamaño del cerebro, así mismo con problemas de macrocefalia y microcefalia.

6. Reflejo cócleo: es importante porque a través de este reflejo corroboramos si el niño ha desarrollado el sentido del oído.

7. Reflejo de succión: es importante porque a través de este reflejo verificamos que el niño ingiere bien los alimentos.

8. Reflejo de Moro: es de gran importancia porque corroboramos el funcionamiento del sistema motor del niño.

9. Brazos y piernas flexionados

10. Manos cerradas

De esta forma el niño no pierde calor y suele sentirse de forma segura.

11. Sonrisa social: es importante porque crea lazos de apego entre la madre, padre o el que lo cuida y él bebe, de esta manera él bebe identifica a las personas cercanas a él.

12. Realizar expediente

Es de suma importancia la realización del expediente clínico para un monitoreo de cada consulta y una atención de calidad.

13. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación.

Son de suma importancia debido, a que es una base jurídica, donde se demuestra las actividades que se le realizan a cada persona.

14. Programación de próxima cita. (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011)

Esta actividad es fundamental para cada control, porque se le da cita de seguimiento al niño, se le comunica al padre, madre o tutor, la fecha correspondiente que debe de asistir con el niño para su próximo control,

Matriz de Captación (primer control)														
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Tiempo	25-30 mints													
Si	X	X	X		X	X		X	X	X	X	X	X	X
No				X			X							

Según la matriz realizada, se observó que el personal de salud posee conocimiento de las actividades a realizar al niño, en su control de captación, según el número de preguntas realizadas, 12 son correctas, con su debida técnica, pero en 2 preguntas fallan, en cómo pesar al niño, debido a que son pesados con ropa y la técnica dice que es sin ningún tipo de prenda porque altera los datos y en la graficación de las curvas, debido a que, si los datos no son correctos, la gráfica estará mal, se dan falsos datos; y este es el primer control, donde se debe realizar todas las actividades minuciosamente y así detectar posible problemas y dar soluciones inmediatas, para un excelente crecimiento y desarrollo del niño.

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

1. Tiempo que tarda en realizar en control
2. Examen físico céfalo caudal
3. Perímetro cefálico
4. Peso
5. Talla
6. realizar expediente
7. realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

8. programación de próxima cita (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011)
9. **Aplicación de vacunas polio oral, pentavalente DPT/HB+Hib, rotavirus, neumococo** (Ministerio de Salud, 2017)

La aplicación de cada una de las vacunas correspondientes es de suma importancia para evitar las enfermedades y las formas graves de algunas de estas, ayudando así al sistema inmunológico del niño.

Matriz de segundo control (2 meses)									
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Tiempo	25-30 mints								
Si	X		X		X	X	X	X	X
No		X		X					

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal de salud, se observó en esta matriz, que solo realizan correctamente 7 incisos de la antes mencionada guía y que 2 incisos no son realizados correctamente, el examen físico: solo es realizado al niño que llega enfermo, regionalmente y según AIEPI debe realizársele a todo niño ya sea sano o enfermo y la técnica del pesaje: es importante realizarlo, debido a que sabemos, si está de acuerdo su peso y su edad, a su estado nutricional.

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

1. Tiempo que tarda en realizar en control
2. Examen físico céfalo caudal
3. Perímetro cefálico
4. Peso
5. Talla

6. Responde al examinador:

Es importante porque así se logra constatar que el niño si escucha y atiende lo que el examinador le indica logrando así responder a lo que este pregunto.

7. Agarra objetos:

A través de esto logramos verificar que el niño no presenta ningún problema motor que le dificulte agarrar los objetos.

8. Emite sonidos:

Esto es importante porque con esto identificamos si el niño presenta o no problemas en el habla.

9. **Sostiene la cabeza:** es importante verificar si el niño sostiene la cabeza para identificar si este presenta algún problema motor que lo afecte.

10. Realizar expediente

11. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

12. Programación de próxima cita (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011)

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

Matriz de tercer control (4 meses)													
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Tiempo	25-30 mints												
Si	X		X		X	X		X	X	X	X	X	X
No		X		X			X						

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal de salud, se observó en esta matriz, que solo realizan correctamente 10 incisos de la antes mencionada guía y que 3 incisos no son realizados correctamente, al igual que en la matriz anterior el peso, no se realiza de acuerdo como lo indica la norma; en el caso del examen físico no hacen adecuadamente, excepto si llega por una enfermedad, y lo hacen regional, según la parte afectada; en el inciso donde menciona si el niño agarra objetos, observamos que no lo realizan, debido a que no se le da objetos para ser tomados. Son actividades fundamentales para identificar, si está bien, su crecimiento y desarrollo, así observar cómo va su crecimiento de acuerdo a su edad e identificar si hay alguna alteración a los resultados.

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

1. Tiempo que tarda en realizar en control
2. Examen físico céfalo caudal
3. Perímetro cefálico
4. Peso
5. Talla
6. **Intenta alcanzar un juguete:**

Es importante para identificar si presenta problemas motores.

7. **Lleva objetos a la boca:** es importante porque el niño estimula su cuerpo al realizar dichos movimientos, también al llevarse objetos a la boca está ayudando al sistema inmunológico a crear barreras para evitar enfermedades.
8. **Localiza un sonido:** es importante porque así se logra identificar que el niño no presenta problemas auditivos.
9. **Cambia activamente (gira):** es importante porque así se constata que el niño no presenta problemas motores que afecten en su movimiento.
10. Programación de próxima cita (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011)
11. Aplicación de vacunas polio oral, pentavalente DPT/HB+Hib, neumococo (Ministerio de Salud, 2017)
12. Realizar expediente
13. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

Matriz de cuarto control (6 meses)														
Pregunta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Tiempo	25-30 mints													
Si	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
No		X		X										

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal de salud, observamos en esta matriz, que solo realizan correctamente 7 incisos de la antes mencionada guía y que 2 incisos no son realizados correctamente, al igual que en la matriz anterior el peso, no se realiza correctamente; en el caso del examen físico no lo

realizan, excepto si llega por una enfermedad, y lo hacen regional, según la parte afectada.

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

- 1) Examen físico céfalo caudal
- 2) Perímetro cefálico
- 3) Peso
- 4) Talla
- 5) **Juega a taparse y descubrirse:** es importante porque estimula sus sentidos en especial el de la vista.
- 6) **Transfiere objetos entre una mano a la otra:** es importante porque brinda movimientos a sus manos y les da agilidad con dichos movimientos.
- 7) **Duplica sílabas:** es importante porque constatamos que el niño no presenta ningún problema en el habla.
- 8) **Se sienta sin apoyo:** con esto logramos confirmar que el niño no presenta problemas motores que impidan sus movimientos ni que afecte su columna vertebral.
- 9) realizar expediente
- 10) realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
- 11) programación de próxima cita (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011)

Actividades que se realizan en el sexto control (14 meses)

1. examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. **Imita gestos (ej. aplaude):** es importante porque el niño va aprendiendo a través de los gestos a realizar movimientos que le ayudan a su desarrollo motor.
6. **Produce jerga:** es importante porque desarrolla su lenguaje.

7. **Camina con apoyo:** es importante porque se evidencia que el niño no presenta problemas motores que le afecten a caminar solo con el paso del tiempo.
8. Realizar expediente
9. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
10. Programación de próxima cita (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011)
11. Aplicación de vacuna correspondiente MMR (Ministerio de Salud, 2017)

Actividades que se realizan en el séptimo control (16 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. **Ejecuta gestos a pedido:** es importante porque se logra constatar que el niño no presenta problemas auditivos que le impidan escuchar los pedidos que se le hacen y que este atiende bien las orientaciones que se le indican.
6. **Coloca cubos en un recipiente:** es importante porque el niño va aprendiendo a ordenar los objetos y así agilizar sus manos al llevar los objetos al lugar donde deben estar.
7. **Dice una palabra:** es importante porque el niño va desarrollando su lengua y así también se evidencia que no hay problemas en este.
8. **Camina sin apoyo:** es de mucha importancia porque el niño no presenta problemas evidentes de trastornos motores que le impidieran caminar.
9. realizar expediente
10. realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación
11. programación de próxima cita (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011).

Actividades que se realizan el octavo control (18 meses)

1. Examen físico céfalo caudal
2. Perímetro cefálico
3. Peso
4. Talla
5. **Identifica dos objetos:** es importante porque el niño va reconociendo lo que lo rodea.
6. **Garabatea espontáneamente:** es importante porque el niño va agilizando sus manos a la hora de agarrar un lápiz y hacer garabatos también estimula su cerebro para que este valla aprendiendo.
7. **Dice tres palabras:** el niño va desarrollando de manera satisfactoria su lengua hasta aprender hablar correctamente.
8. **Camina para atrás:** el niño no presenta problemas que le impidan el movimiento de cualquier forma.
9. Realizar expediente
10. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación (Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela, 2011)
11. Aplicación de vacuna correspondiente pentavalente (Ministerio de Salud, 2017).

Antropometría

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

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

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

- **Peso**

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

- **Peso para la edad**

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

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

- **Talla**

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

- **Talla para la edad**

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

- **IMC**

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

Representa la relación entre masa corporal (peso) y talla (estatura). Esta prueba se fundamenta en el supuesto de que las proporciones de masa corporal/peso,

tanto en los grupos femeninos como masculinos, poseen una correlación positiva con el porcentaje de grasa corporal que posee el cuerpo. (Corsino, 2008)

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

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

Según los autores las medias antropométricas es la técnica que se ocupa de medir la valoraciones en las dimensiones físicas y en la composición global del cuerpo, el peso y la estatura son dos de las técnicas más utilizadas porque nos proporcionan información útil como anomalías en el crecimiento, identificar precozmente a los niños, darles un seguimiento, atención y tratamiento en su debido tiempo, existen diferentes gráficos aplicable en el niño y el adulto, que nos sirve para darnos cuenta si la talla es adecuada para edad, si su peso es adecuado para su talla, o si está en un índice de masa corporal para su edad (IMC).

- **Perímetro Cefálico**

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

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

Según los autores el perímetro cefálico es la técnica donde se mide el alrededor de la cabeza del niño, conocida como circunferencia frontal, aporta información valiosa sobre el desarrollo del cerebro.

Técnicas

▪ **Medición del peso**

Técnica para balanza pediátrica

- Apoyar la balanza en una superficie horizontal firme.
- Verificar si se encuentra calibrada
- Colocar un género liviano sobre el platillo
- Pesar al niño sin ropa. Si esto no es posible, se descontará luego el peso de la prenda usada.
- Pedir a la madre que colabore quitando toda la ropa al niño. Si la madre no desea desnudarlo o la temperatura es muy baja, pesar al niño con ropa ligera (camiseta o pañal delgado) y descuenta el peso posteriormente.
- Colocar al niño en el centro del platillo, cuidando que no quede parte del cuerpo fuera, ni esté apoyado en alguna parte. Mientras permanece acostado o sentado, la madre o acompañante deberá estar cerca para tranquilizarlo.
- Deslizar primero la pesa que mide incrementos de 1 kg para obtener el peso aproximado.
- Deslizar luego la pesa que mide incrementos de 10 g para obtener el peso exacto, es decir cuando el fiel o barra quede en equilibrio. Si este peso se encuentra entre dos medidas se considerará la menor.
- Leer el peso obtenido y descontar el peso del género para obtener el peso real del niño.
- Anotar el peso en el registro.
- Volver ambas pesas a la posición “cero”.
- Al concluir la tarea trabar la balanza con el seguro. (Pacheco & Pernas, 2012)

Según la fuente, para una buen resultado del peso del niño(a) debemos tener en cuenta que la balanza pediátrica debe estar en un lugar plano y debidamente

calibrada, se debe de colocar un campo limpio debido a que el niño se pesara desnudo para no alterar los resultados.

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal de salud del P/S Francisco Moreno No. 2, pudimos observar que si hacen un buen uso de las técnicas de peso, aunque hay un punto en el que fallan porque pesan al niño con ropa y no siempre calibran la pesa, siendo así que esto altera los resultados, según la técnica se debe de pesar sin ninguna prenda, a los niños mayores de 2 años no los pesan la mayoría del tiempo, debido a que solo les aplican su esquema de vacunación correspondiente.

- **Medición de la longitud corporal (acostado)**

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

Técnica

- Apoyar la cinta métrica sobre la superficie horizontal, haciendo coincidir el cero de la escala con el borde de la superficie, colocando un tope fijo (superficie vertical fija)
- Verificar la ubicación perpendicular de las cintas respecto a la superficie vertical fija, que debe estar en escuadra con el plano horizontal.
- Solicitar la colaboración de la madre para efectuar la medición. • El niño debe estar sin calzado ni medias, y se debe retirar de la cabeza hebillas, trabas, gorros, rodetes, etc.
- Colocar al niño en forma horizontal sobre la cinta, de manera tal que el cero de la escala quede a la altura de la cabeza. Se puede colocar un pañal o lienzo sobre la cinta.
- La cabeza debe quedar en posición que el plano formado por el borde orbitario inferior del ojo y el conducto auditivo externo quede en posición perpendicular a la superficie horizontal.
- Presionar suavemente el cuerpo del niño para que la espalda quede apoyada sobre la cinta.

- Presionar las rodillas y mantener los pies en ángulo recto, deslizando sobre la superficie horizontal un tope móvil (superficie vertical móvil), hasta presionar las plantas de los pies.
- Mantener el tope, retirar los pies y efectuar la lectura de las cintas en cm y milímetros.
- Registrar la medición en cm y milímetro.

▪ **Medición de la Estatura**

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

Técnica

- Adosar la cinta a la superficie vertical, haciendo coincidir el cero de la escala con el suelo.
 - Verificar la verticalidad de la cinta usando una plomada o un objeto pesado (ej. piedra sujeto a un piolín).
 - Solicitar la colaboración de la madre para efectuar la medición en los niños.
- La persona debe estar sin calzado ni medias y se debe retirar de la cabeza, gorras, gomas, trabas, hebillas, rodetes, etc.
- Colocar al sujeto de forma tal que los talones, nalga y cabeza, estén en contacto con la superficie vertical.
 - La cabeza debe mantenerse erguida de forma tal que el plano formado por el borde orbitario inferior y el conducto auditivo externo esté perpendicular al plano vertical.
 - Deslizar un tope móvil sobre el plano vertical, hasta contactar suavemente con el vértice superior de la cabeza.
 - Retirar a la persona levemente inclinada, manteniendo el tope móvil en la posición y efectuar la lectura en cm y ms.
 - Registrar el dato expresado en cm y milímetros. (Pacheco & Pernas, 2012)

Según la fuente, para la talla del niño menor de dos años se hará con un centímetro en posición acostado, luego se hará con un tallímetro en posición de

pie, se debe de medir desde el occipucio pasándolo fijamente por cada pliegue del cuerpo hasta llegar al talón. Para tallar al niño mayor de 2 años debe estar sin zapatos, calcetines, recto, para evitar que se altere su medición y anotar el expediente clínico, calcular su índice de masa corporal para indicarle a la mama se está en un adecuado peso o talla para su edad.

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal de salud del P/S Francisco Moreno No. 2, pudimos observar que si hacen un buen uso de la técnica de la talla en el niño menor de 2 años, según el orden establecido, pero por el contrario en la técnica del niño mayor de 2 años, cuando lo logran hacer, fallan en el punto donde nos dice que debe tallarse sin zapatos debido a que, esto nos altera la medida del menor; pero también pudimos observar que solo tallan, a aquellos niños menores de 1 año, no es realizado a los niños mayores de 2 años, no se le da la misma importancia a ambas edades, al igual realiza una técnica para la medición del perímetro cefálico.

➤ **Procedimiento de graficación**

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

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

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

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

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

Para marcar puntos en la curva de peso para la edad: Marcar las semanas, los meses o años y meses cumplidos en una línea vertical Marcar el peso en una línea horizontal o en el espacio entre las líneas para mostrar la medición del peso a 100 g, por ejemplo: 9 meses 8 kg, 13 meses (1 año y un mes) 8,9 kg, 18 meses (1 año y 6 meses) y 15 días 9,2 kg y 23 meses (1 año y 11 meses) y 20 días 11,2 kg.

Cuando hay puntos marcados de dos o más visitas una los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia. (Pacheco & Pernas, 2012)

Interpretación de las gráficas

Como interpretar la información relevada

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

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

Marcando puntos en la Gráfica de longitud O talla Para la edad

Para ubicar la Talla en la Gráfica previamente se debe redondear los milímetros de acuerdo al siguiente criterio:

Tabla de criterios para graficar la talla (Pacheco & Pernas, 2012)

Milímetros	se Graficará en:
De 0 a 4	El centímetro registrado
De 5 a 9	En el centímetro siguiente

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

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

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

Uniendo los puntos queda dibujada una curva en la que se puede ver la tendencia del crecimiento en talla de la niña. (Pacheco & Pernas, 2012)

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

Cómo interpretar la información relevada

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

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

Determinación del índice de masa corporal (IMC)

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

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

Peso en Kg y talla en m

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

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

Cómo interpretar la información relevada

- Muy alto Peso: con IMC mayor o igual a $z 3$
- Alto Peso: mayor o igual a $z 2$ y menor a $z 3$

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

Según la guía de observación aplicada al personal de salud del Puesto de Salud Francisco Moreno No. 2, los resultados obtenidos nos afirma que el personal de salud hace buen uso de la información para graficar correctamente las curvas de crecimiento y desarrollo, pero no son correcto los resultados debido, a que si el peso está mal la gráfica igual, esto quiere decir, que no se le está dando una información veraz a la madre del niño(a).

❖ **Llenado de tarjeta de vacunas**

En la cara externa de la carne figuran los gráficos de talla-edad (sector superior) y peso para la edad (sector inferior), dichas curvas se confeccionan a partir de los valores para varones y niñas de los percentiles diez de las tablas de referencia recomendadas por la OMS. . (Diaz Jos;, Marthel Miguel; Martinez Gerardo , 1993)
 En cada control se grafican los puntos correspondientes a la intersección de los valores obtenidos entre peso-talla con la edad del niño en la consulta. (Diaz Jos;, Marthel Miguel; Martinez Gerardo , 1993)

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

De acuerdo a esta fuente, la tarjeta de vacunación es un documento imprescindible para el estado de salud del niño, es donde se lleva un registro de las vacunas del infante, aplicadas desde el momento que nace hasta la edad

actual que llega a su control de VPCD, se le entrega a la madre, padre o tutor, de niño(a), se le debe dar consejería acerca del cuidado de este carnet ya que tiene una importancia epidemiológica para la prevención de enfermedades y es fundamental para cada control, en ello se debe colocar la fecha de la aplicación de la vacuna, se le explica y anota la fecha de la próxima vacuna.

❖ **Inmunización**

Inmunización es aquella que previene enfermedades, discapacidades y defunciones por enfermedades prevenibles mediante la vacunación. (Cubanos, A., 2006)

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

De acuerdo a la fuente, nos dice que la inmunización es aquella que previene posibles enfermedades por medio de la vacunación, activando así el sistema inmune de cada niño.

Tipos de Vacuna

Según sus componentes biológicos se agrupan en:

- Vacunas de microorganismos vivos: están constituidas por gérmenes vivos atenuados.
- Vacunas de microorganismos muertos: están elaboradas con gérmenes muertos o sus productos.
- Vacunas con antígenos purificados de subunidades: en ellas se prescinde de todos los antígenos que no tiene influencia en la respuesta protectora.
- Vacunas adyuvadas: se emplean adyuvantes además de los antígenos que incrementa la respuesta inmunitaria y la hace más efectiva.

Según su composición antigénica o su valencia, se agrupan en:

- Vacunas monovalentes: contienen un solo tipo antigénico, porque el agente microbiano tiene una composición inmunológica homogénea o porque se selecciona una sola variante. Ej.: tenemos la de la fiebre tifoidea.
- Vacunas polivalentes: son necesarias cuando la especie se subdivide en diversos tipos antigénicos que no inducen una respuesta inmunitaria cruzada. Ej.: Meningococo y poliomielitis trivalente.
- Vacunas combinadas: cuando se realizan asociaciones de varios elementos antigénicos de distintas naturalezas. Ej.: DPT – difteria, tosferina, tétanos. (Ecured.cu, 2017)

❖ Esquema de Vacunación

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

Vacunas

- **BCG:** combate las formas graves de la tuberculosis
- **Polio inyectable:** combate la poliomielitis.
- **Polio oral:** combate la poliomielitis.
- **Pentavalente:** combate la difteria, tosferina, tétano, hepatitis B, meningitis y neumonía causada por haemophilus influenzae tipo B.
- **Rotavirus:** combate la diarrea grave por rotavirus.
- **Neumococo:** combate la neumonía, meningitis, otitis causada por neumococo.
- **MMR:** refuerzo de la MR.
- **MR:** sarampión, rubeola y parotiditis.
- **DPT:** difteria, tosferina y tétano.
- **DT:** combate tétano.
- **Influencia:** combate gripe estacional pediátrica.

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal de salud del P/S Francisco Moreno No.2, verificamos que si hacen un buen uso de la tarjeta de vacunación, en ella corroboran las vacunas que se han aplicado y la próxima a aplicar, observando que si manejan el esquema de vacunación, brindando así consejería sobre posibles reacciones provocadas por las vacunas y las enfermedades que previene cada una de ellas.

❖ **Historia Clínica**

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

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

De acuerdo a estos autores la historia clínica es aquel documento donde el personal de salud tiene evidencia de los datos relativos de la enfermedad del paciente, en este caso la historia clínica es una arma fundamental para corroborar que si se le hacen adecuadamente los controles de VPCD al niño.

❖ **Examen Físico**

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

Según la guía de observación realizada al personal de salud del Puesto de Salud Francisco Moreno No. 2, pudimos observar que el personal de salud si llena correctamente la historia clínica, pero no realiza el examen físico correctamente e incompleto, en ciertos casos no lo realizan a ningún niño, excepto solo en la captación, esto se lo hacen solo al niño que llega con alguna enfermedad y solo en los primeros 6 meses.

V. Conclusiones

1. Las características socio laborales de los recursos de salud son un Médico que tiene 24 años de edad con 2 años de servicio; la Enfermera 54 años de edad y 34 de servicio.
2. Tienen conocimientos básicos no profundos en lo que corresponde al tema de atención al VPCD.
3. Demuestran actitudes positivas ante los casos y su actuación al realizar VPCD, cumplen con los reglamentos y normativas llegando puntuales, organizando las áreas e identificándose empáticamente con los pacientes en el áreas de salud.
4. Las practicas las realizan mecánicamente, incumpliendo con los pasos de los procedimientos, no dejan referencias escritas que puedan ser analizadas en un futuro.

VI. Bibliografía

1. Acevedo, L., & Menéndez, S. (2006). *UNICEF*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
2. AIEPI. (1997).
3. AIEPI. (2008). *Manual Clínico para Personales de Salud*. Obtenido de http://www.paho.org/par/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-con-contrapartes&alias=91-aiepi-manual-clinico-para-profesionales-de-la-salud-modulo-de-capacitacion&Itemid=253
4. Alba-Leonel, A., Fajardo-Ortiz, G., Tixtha-lopez, E., & Papaqui-Hernandez, J. (2010). *medigrafic.org.mx*. Obtenido de La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México: http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtet_riz/94.pdf
5. Alberto, M. V. (2006). *vigilancia, promocion, crecimiento y desarrollo en el centro de salud Raymundo Garcia del municipio de Somotillo en el periodo de agosto-septiembre del 2006*. Leon: UNAN Leon.
6. Alfaro - Lefevre, R. (2009). *Pensamientos criticos y juicios clinico de enfermeria*. Barcelona, España: 4ta edicion, Elsevier Masson.
7. Allport, G. W. (24 de Noviembre de 2010). *definicion de actitud segun Allport 1935*. Recuperado el 13 de septiembre de 2017, de <http://formoenactitudes.blogspot.com/2010/11/definicion-de-actitud-segun-allport.html>
8. Briñol, P., Falces, C., & Becerra, A. ((SF)). *Universidad autonoma de Madrid*. Obtenido de <https://www.uam.es/otros/persuasion/papers/Actitudes.pdf>
9. Cagina, J., & Gonzalez, G. (s.f de Febrero. de 2016). *Alimentacion del lactante*. Obtenido de http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=vigilancia-de-la-salud-publica&alias=721-boletin-informativo-de-alimentacion-del-lactante-y-nino-pequeno&Itemid=235
10. Cano, L. (22 de noviembre de 2012). *Definicion de ocupacion y profesion: wordpress.com*. Obtenido de wordpress.com: <https://luciacano.wordpress.com/2012/11/22/definicion-de-profesion-y-ocupacion/>

11. Cañete, L. (Noviembre de 2009). *efdeportes*. Obtenido de efdeportes: <http://www.efdeportes.com/efd138/edad-y-formacion-deportiva.htm>
12. Castañeira, C., & Rico, R. (2007). *Como evaluar una guía de practica clinica*.
13. Castro, C., & Paredes, T. (Marzo de 2009). *UNAN*. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4929>
14. Castro-Sancho, J. I., & Munguía-Ramírez, M. d. (2002). *Malaria una actualizacion. scielo*.
15. Ceballos, J. H. ((S/F)). *AIEPI*. COLOMBIA: FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA.
16. Consejo Universitario Sesión Ordinaria. (Agosto de 2016). *UNAN*. Obtenido de http://www.unan.edu.ni/wp-content/uploads/2016/09/oferta_educativa_2017.pdf
17. Contreras, M. (2008). *Concepto de procedencia: deconceptos.com*. Obtenido de deconceptos.com: <http://deconceptos.com/general/procedencia>
18. Cordero, L., & Montes, C. (s.f de Marzo de 2016). *Estudio cuali-cuantitativo, sobre la atencion de salud*. . Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000100004&script=sci_arttext
19. Corsino, E. ((SF) de 2008). *Experimentos de laboratorio en fisiologia del ejercicio*. Obtenido de Experimentos de laboratorio en fisiologia del ejercicio: http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf
20. Cortedano, M., & Estrada, M. (2015). *UNAN*. Obtenido de 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 II: <http://repositorio.unan.edu.ni/1692/1/5293.pdf>
21. Cubanos, A. (2006). *Pediatría. (Vol I)*. La Habana, Cuba.: Ciencias Medicas.
22. Davila, T. (2014). *Valoracion de Enfermeria*. Matagalpa.
23. *Definición. De*. (03 de 06 de 2015). Recuperado el 28 de 08 de 2017, de *Definición.De*: <http://definición.de/referencia/>

24. Diaz Jos; Marthel Miguel; Martinez Gerardo . (1993). *Sistema informatico del niño* . tacuman : centro latinoamericano de perinatologia y desarrollo humano .
25. Diaz, L. (2005). *Estudios realizados: eustat.eus*. Obtenido de Eustat - Euskal Estatistika Erakundea - Instituto Vasco de Estadística: http://www.eustat.eus/documentos/elem_3885/definicion.html
26. Diaz, T. (4 de diciembre de 2016). *Excelsior*. Obtenido de excelsior: <http://www.excelsior.com.mx/blog/una-vida-singular/casados-solteros-viudos-divorciados-separados-y-convivientes/1132128>
27. Dr. Chiappe, G. (2016). *Anemia*. Obtenido de Slideplayer: <http://slideplayer.es/slide/3255821/>
28. Ecured.cu. (2017). *Inmunización: Ecured*. Obtenido de Ecured.cu: www.ecured.cu/inmunizacio-y-vacunacion
29. edu.pe. (2004). *Satisfaccion: edu.pe/bvrevistas*. Obtenido de edu.pe/bvrevistas: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/satisfaccion.htm
30. F, L., & Valero, J. ((SF). *Fundamentos de demografía*. Obtenido de http://ocw.usal.es/ciencias-biosanitarias/epidemiologia-general-y-demografia-sanitaria/contenidos/01%20PROGRAMA%20TEORICO/00%20DEMOGRAFIA%20Temas%201_3%20en%20PDF/01%20Temas%201_3%20Fundamentos%20de%20Demografia.pdf
31. *Fecundidad-Celade -Cepal*. (s.f.). Recuperado el 1 de Noviembre de 2017, de <https://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/fecundidad.htm>
32. Figueiras, Amira; Neves de Souza, Isabel Cristina; Ríos, Viviana Graciela. (2011). *MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL EN AIEPI*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
33. Flores, R., Olivas, A., & Rosales, R. (2016). *UNAN*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/4272/1/96793.pdf>
34. Gabulli, M. (1 de Enero de 2000). Obtenido de pediátrica: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Paediatica/v03_n1/pdf/aspectos_a_ntropomet.pdf

35. García, M., & Granero, M. ((SF)). *AEPAP*. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_signos_de_alarma.pdf
36. Girona Alejandra; Iturralde Adriana, Florencia Köncke; Verónica Pandolfo. ((SF)). *Evaluación antropométrica*. Obtenido de Evaluación antropométrica: www.mides.gub.uy/innovaportal/file/63323/1/rotafolio-guia-antropometrica.pdf
37. Girondella, L. (23 de febrero de 2012). *Sexo y genero definiciones: definiciones.contrapeso*. Obtenido de definiciones.contrapeso: <http://www.contrapeso.info/2012/sexo-y-genero-definiciones/>
38. Gomez, C. (2013). *experiencia laboral: ejemplode.com*. Obtenido de ejemplode.com: http://www.ejemplode.com/51-curriculum_vitae/2926-ejemplo_de_experiencia_laboral.html
39. Gomez, F. (2003). Desnutricion. *scielo*.
40. Gómez, F. (Enero de 2003). *Scielo*. Obtenido de Scielo: https://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0036-36342003001000014&script=sci_arttext
41. Gonzales Vicente . (1822). *diccionarios de la real academia española , vercion abreviada* . Paris: Cosson.
42. Hegel, K. a. (11 de octubre de 2006). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001
43. Hernandez Rivas, J. (15 de Mayo de 2012). *Metodologia de la investigacion clinica*. Obtenido de <http://fournier.facmed.unam.mx/deptos/seciss/images/investigacion/22.pdf>
44. hernandez Sampieri, R. (s.f de s.f de 2006). *Metodologia de la investigacion*. Obtenido de https://investigar1.files.wordpress.com/2010/05/1033525612-mtis_sampieri_unidad_1-1.pdf
45. Lagos, B. d. (12 de febrero de 2016). *Repositorio UNAN*. Recuperado el 04 de septiembre de 2017
46. Lazcano, A., Tomás, A., & Germán, S. (2011). *Universidad Autónoma Del Estado de Hidalgo*. Obtenido de ANTOLOGIA DE DEMOGRAFIA tomo I:

https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/5428/antologia_tomo_i.pdf

47. León, B. (2002). Desarrollo Psicomotor. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 59.
48. Lopez, M. (21 de junio de 2008). *Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo del niño sano*. Obtenido de Slideshare:
<https://www.slideshare.net/pediatria/crecimiento-y-desarrollo-y-vigilancia-nio-sano2>
49. Maganto, C., & Cruz, S. (2000). *Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil*. Obtenido de Desarrollo físico y psicomotor en la etapa infantil.:
http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/Capi_libro/38c.pdf
50. Martín, R. (2012). *Universidad Nacional de Río Cuarto*. Obtenido de Contextos de Aprendizaje: formales, no formales e informales:
http://www.ehu.eus/ikastorratza/12_alea/contextos.pdf
51. Martínez, L. (2006). *Concepto de Edad: deconceptos.com*. Obtenido de deconceptos.com: <http://deconceptos.com/ciencias-naturales/edad>
52. Martínez, R. (10 de junio de 2008). *tesis para obtener el título de licenciada en ciencias de enfermería*. Recuperado el 08 de agosto de 2017, de riul.unanleon.edu.ni
53. Mastrapa, Y., & Lamadrid, M. (2016). *Revista Cubana de Enfermería*. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>
54. Medlineplus. (03 de octubre de 2017). *Examen físico*. Obtenido de [medlineplus.gov: https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002274.htm](https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/002274.htm)
55. Mejía, R. (28 de abril de 2016). *SlideShare*. Recuperado el 04 de septiembre de 2017, de <https://es.slideshare.net-perimetro-cefalico>
56. Membreño, L. (2011). *Concepto de edad: QueSignificado.com*. . Obtenido de QueSignificado.com. : <http://quesignificado.com/sexo/>
57. Mendoza, Y. G. ((S/F)). *UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO*. Obtenido de UNIVERSIDAD AUTONOMA DE HIDALGO:
<https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa3/n8/m12.html>
58. Merino, M. &. (2010). *definicion de profesion*. Obtenido de [definicion.de: https://definicion.de/profesion/](https://definicion.de/profesion/)

59. Ministerio de Salud. (Enero de 2009). *Ministerio de Salud Nicaragua*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2009/normativa---017-Gu%C3%ADa-para-el-Abordaje-de-las-Enfermedades-Infeciosas--m%C3%A1s-Comunes-de-la-In>
60. Ministerio de Salud. (2017). *Ministerio de Salud*. Obtenido de http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/download/3680/chk,0911baac728abca6e3998969ca83e306/no_html,1/
61. MINSA. (s.f de Febrero de 2007). *MOSAFC*. Obtenido de MOSAFC: http://www.paho.org/nic/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-antiores&alias=230-modelo-de-salud-familiar-y-comunitario&Itemid=235
62. MINSA. (Agosto de 2010). *Ministerio de Salud*. Obtenido de http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/download/405/chk,12060be955f839b8dcc81739c2c4f82e/no_html,1/
63. MINSA. (s.f de s.f de 2011). *Norma tecnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. .* Obtenido de https://www.unicef.org/peru/spanish/NORMA_CRED.pdf
64. Morales, M. (Diciembre de 2013). *UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR*. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Sandoval-Maria.pdf>
65. Ochoa, C. (29 de Mayo de 2015). *muestreo no probabilístico*. Obtenido de <https://www.netquest.com/blog/es/blog/es/muestreo-por-conveniencia>
66. Ochoa, L., Posado, R., Restrepo, F., & Aristizábal. (2000). *AIEPI Guia de Bolsillo*. Obtenido de AIEPI Guia de bolsillo: <https://www.aepap.org/sites/default/files/aiepi.pdf>
67. OISS. ORG. ((SF)). *OISS.ORG*. Obtenido de OISS.ORG: http://www.oiss.org/atprlja/IMG/pdf/42_Peligro.pdf
68. OMS. ((S/F)). *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de Organizacion Mundial de la Salud: <http://www.who.int/topics/dengue/es/>
69. OMS. (24 de 10 de 2011). *Abordaje AIEPI*. Obtenido de OMS: <http://hospitalcalarca.gov.co/files/AIEPI%20RESUMEN.pdf>

70. OMS. (s.f de s.f de 2011). *normas para la vigilancia nutricional de los niños*. Obtenido de [download&category_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias](http://www.paho.org/hon/index.php?option=com_download&category_slug=salud-materna-nino-y-adolescente&alias): <http://www.paho.org/hon/index.php?option=com>
71. OMS. (Junio de 2016). Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
72. OMS. (2017). *Inmunización*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [www.who.int/topics.inmunización](http://www.who.int/topics/inmunización)
73. OMS. (abril de 2017). OMS. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>
74. OMS. (S.F). *Organizacion Mundial De la Salud*. Obtenido de Organización Mundial De la Salud: <http://www.who.int/topics/diarrhoea/es/>
75. OMS, O. (2011). *Sala Interactiva de Salud Internacional – Interactive International Health Room*. Obtenido de Modelo de salud familiar: https://ssi.campusvirtualsp.org/nicaragua/?page_id=203
76. OMS, OPS. (2011). *Sala Interactiva de Salud Internacional – Interactive International Health Room*. Obtenido de Modelo de salud familiar: https://ssi.campusvirtualsp.org/nicaragua/?page_id=203
77. OPS. ((SF)). *Organizacion Panamericana de la Salud colombia*. Obtenido de http://www.paho.org/coL/index.php?option=com_content&view=article&id=1552:atencion-integrada-de-enfermedades-prevalentes-de-la-infancia-aiempi&Itemid=0
78. OPS. (2008). *Manual clinico para el aprendizaje de AIEPI en enfermeria*. Washington.
79. OPS, & OMS. (2001).
80. OPS, OMS. (2009). *Manual clinico para el aprendizaje de AIEPI en enfermeria*.
81. Ordeñana, C. (2013). DOSSIER enfermeria niñez y adolescencia. Managua-Nicaragua.
82. Ortega Rosa, López Juana. (2015). Obtenido de Estudio Aladino: http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf

83. Ortega, R., & Parea, J. (s.f de s.f de 2015). Obtenido de http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ob-servatorio/Estudio_ALADINO_2015.pdf
84. Pacheco, G., & Pernas, G. (julio de 2012). *Evaluacion del crecimiento de niños y niñas: unicef.org*. Obtenido de unicef.org: https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
85. palma.ine.cl. (s.f.). *GLOSARIO DE TÉRMINOS DE DEMOGRAFÍA Y ESTADÍSTICAS VITALES: palma.ine.cl/*. Obtenido de palma.ine.cl: <http://palma.ine.cl/demografia/menu/glosario.pdf>
86. Perez, J., & Gardey, A. (2012). *Definicion de Edad: Definicion.de*. Obtenido de Definicion.de: <https://definicion.de/edad/>
87. Perez, J., & Merino, M. (2009). *Definición de femenino: Definicion.de*. Obtenido de Definicion.de: <https://definicion.de/femenino/>
88. Perez, Julian. (2007). *Definicion de Rural - Urbano: Definicion.de*. Obtenido de Definicion.de: <https://definicion.de/rural/>
89. Porras, O. &. (Octubre de 2006). *Esquema de vacunacion*. Obtenido de Scielo.sa.cr: www.scielo.sa.cr/scielo
90. Porto, A., & Gardey, J. y. (2010). Obtenido de <https://definicion.de/demografia/>
91. Porto, J. P. (2008). Obtenido de <https://definicion.de/comunicacion/>
92. Porto, J. P. (05 de 10 de 2008). *Definicion de conocimiento*. Obtenido de <http://definicion.de/conocimiento/>
93. Porto, J. P., & Gardey, A. (2008). *Definicion. de:*. Obtenido de Definicion de Actitud: <https://definicion.de/actitud/>
94. Ramírez, N. (Abril de 2006). *Revista Mexicana de Enfermería CARDIOLOGICA*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061a.pdf>
95. Ramírez, P., & Müggenburg, C. .. (2015). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00134.pdf>
96. Ramos, L. I. (2005). *Dirección de Salud Ocupacional*. Obtenido de Dirección de Salud Ocupacional:

http://www.digesa.minsa.gob.pe/material_educativo/pdf/Relaciones%20humanas%20Salud%20Ocupacional.pdf

97. Real Academia Española. ((SF)). *Real Academia Española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=TtEMsxJ>
98. Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de <http://dle.rae.es/?id=Rrl8oAZ>
99. Rivadeneyra, Y., & Osorio, L. (2011). *Actitud de la enfermera hacia el cuidado que brinda*. Peru.
100. Rodríguez, J. (2010). *Definición de. EDUC MED*.
101. Rossel, A. (S:F). *anemias*. Malaga: Servicio de Hematología H. U. Dr Peset. .
102. Sabaté, N., & Bielsa, A. ((SF)). *Centro de Londres 94 Psiquiatria-Paidosiquiatria*. Obtenido de http://www.centrelondres94.com/files/DESARROLLO_SENSORIAL_Y_PERCEPTIVO_DE_LA_INFANCIA_0.pdf
103. Salazar, F., Centeno, N., & Navarro, M. (6 de noviembre de 2007). *SCIELO*. Obtenido de SCIELO: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272007000200008
104. Salinas, P. J. (30 de Junio de 2010). *Metodologia de la investigacion cientifica*. Obtenido de http://botica.com.ve/PDF/metodologia_investigacion.pdf
105. Sampiere, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN*. Mexico: McGraw-Hili _ Interamericana.
106. sánchez, V. (2016). *Universidad Cientifica de Perú Facultad de de Ciencias de Salud Obstetricia*. Obtenido de Universidad Cientifica de Perú Facultad de de Ciencias de Salud Obstetricia: <http://renati.sunedu.gob.pe/bitstream/sunedu/52743/1/CS-TIT-S%C3%81NCHEZ-Calidad%20de%20atenci%C3%B3n.pdf>
107. Santamaria, Y. (2014). *UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA*. Obtenido de <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/13031/1/Trabajo%20Final.pdf>

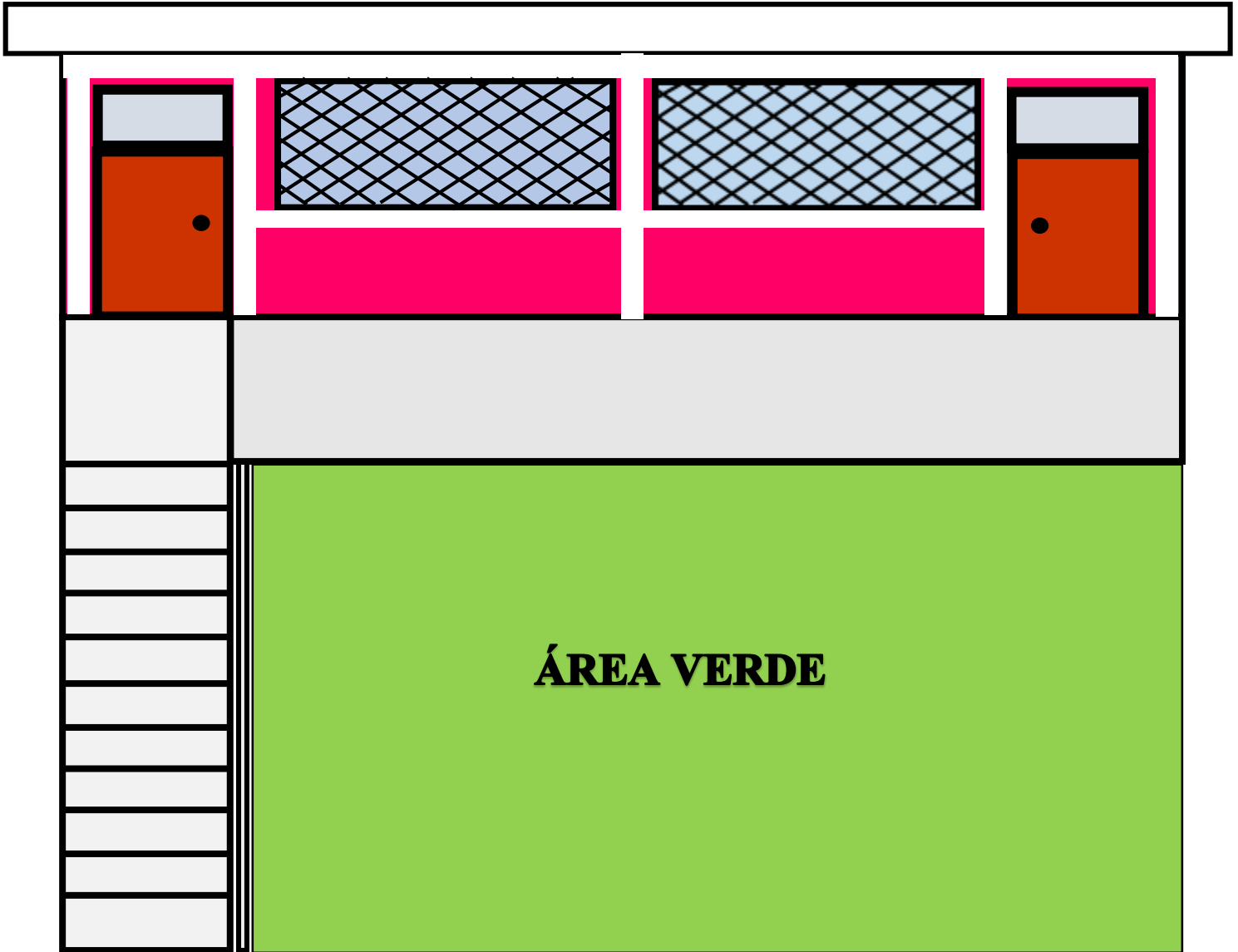
108. Serrano, L. (2007). *definiicion de masculino: Definicion ABC*.
Obtenido de Definicion ABC :
<https://www.definicionabc.com/general/masculino.php>
109. Social, M. d. (2012). *Ministerio de Salud y Protección Social*.
Obtenido de
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/glosario-manual-acreditacion-salud.pdf>
110. Suárez, R. (2015). *UNAN*. Obtenido de LLENADO E INTERPRETACIÓN DE LA HOJA DE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES PREVALENTES EN LA INFANCIA (AIEPI) QUE REALIZA EL PERSONAL QUE LABORA EN ESAFC N° 1 JUIGALPA CHONTALES II SEMESTRE 2015: <http://repositorio.unan.edu.ni/1896/1/49296.pdf>
111. Tejada, G. (2004). *Comunicacion Enfermero Paciente*. Obtenido de blogspot.com:
<http://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com/2014/11/relacion-enfermera-paciente.html>
112. tejada, G. G. (febrero de 2013). *Clases fundamentos de Enfermeria*. Obtenido de <https://clasesfundamentosdeenfermeria.blogspot.com/control-de-peso-y-talla.html>
113. Torres, E. M. (2008). Dengue . *scielo*.
114. Torrez, J. (2006). *Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal*. cuba: Educ Med Sup.
115. Torrez, J., & Roman, E. (S.F). *Diarrea aguda*. Madrid: Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.
116. Ubillos, S. (2001). *componente de la actitud. modelo de la accion razonada y accion planificada*. colombia: sicologia social, cultural y educacion.
117. Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2004). ACTITUDES: DEFINICIÓN Y MEDICIÓN COMPONENTES DE LA ACTITUD. MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA Y ACCIÓN PLANIFICADA. En S. U. Itziar Fernández Sedano (coord.), *Psicología social, cultura y educación* (pág. Capítulo X). España: Pearson Educación.

118. UNICEF. (2005). *Salud Materna E Infantil En Nicaragua . Avances Y Desafío*. Recuperado el Agosto de 28 de 2017, de Salud Materna E Infantil En Nicaragua . Avances Y Desafío.: www..Bvsde.Org.Ni
119. UNICEF. (24 de Julio de 2010). Obtenido de https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
120. UNICEF. (Noviembre de 2011). *UNICEF*. Obtenido de <https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>
121. UNICEF. (s.f de Julio de 2012). Obtenido de http://www.nutrinfo.com/biblioteca/libros_digitales/Evaluacion_crecimiento_unicef.pdf
122. Unicef. (Abril de 2012). *Unicef*. Obtenido de unicef: https://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf
123. Valencia, A. (2015). *Concepto de estado civil: Conceptos.com*. Obtenido de Conceptos.com: <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>
124. Vallejos, M. (2007). *UNAN*. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3708/1/201095.pdf>
125. Wordpress.com. (19 de marzo de 2015). *Tarjeta de Inmunizacion*. Obtenido de Wordpress.com: <http://dguerra99.wordpress.com/2015/03/19/la-tarjeta-de-vacunacion-y-su-importancia-esquema-de-inmunizacion-de-la-sociedad-venezola-de-puericultura-y-pediatria/amp/>

Anexos

Anexo 1

Estructura del Puesto de Salud, Francisco Moreno No. 2



Anexo 2



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

Entrevista

I- DATOS SOCIODEMOGRÁFICO

1.1. Edad:

< 20 años

21 a 34 años

35 años a más

1.2. Profesión:

Médico Licenciado

Auxiliar

1.3. Años de Servicio en el MINSA: 10

II- CONOCIMIENTOS

1. ¿Qué es un VPCD?

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

2. ¿Cuál es la importancia del VPCD?

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

3. ¿Qué actividades se realizan en un VPCD?

- a. Peso, talla y vacunación
- b. Examen céfalo caudal, medidas antropométricas, estado nutricional
Medidas antropométricas, Clasificar el estado nutricional, Evaluar el desarrollo psicomotor.
- c. Brindar consejería

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

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

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

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

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

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

7. ¿Qué es Crecimiento?

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

8. ¿Qué es desarrollo psicomotor?

- a. se refiere a incremento de talla y peso del niño
- b. es la adquisición progresiva de habilidades funcionales en el niño
- c. es la habilidad de caminar que adquiere el niño

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

- a. Edad, lenguaje, social, coordinación, motora
- b. Edad, forma de caminar, forma de hablar
- c. Edad, lenguaje, peso, talla y coordinación.

Anexo 3



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

ESCALA LIKERT

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

Anexo 4



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

Guía de Observación para la captación del Recién Nacido

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

10-15

15-25

25-30

2. ¿Realiza llenado completo de la historia clínica?

Sí No

3. ¿Le realiza al niño examen físico en su orden céfalo-caudal?

Sí No

4. ¿Pesa adecuadamente al niño(a)?

Sí No

5. ¿Talla adecuadamente al niño(a)?

Sí No

6. ¿Mide correctamente el Perímetro Cefálico?

Sí No

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

Sí No

8. ¿Realiza maniobras para detectar reflejo de moro?

Sí No

9. ¿Realiza maniobras para reflejo de succión?

Sí No

10. ¿Realiza maniobras para reflejo de cócleo?

Sí No

11. ¿Realiza el cálculo de IMC adecuadamente?

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

Anexo 5



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA
MATAGALPA

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

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

10-15

15-25

25-30

2. Examen físico céfalo caudal

Sí No

3. Realiza Perímetro cefálico

Sí No

4. ¿Pesa adecuadamente al niño?

Sí No

5. ¿Talla adecuadamente al niño?

Sí No

6. Realizar expediente

Sí No

7. Realiza anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

Sí No

8. Programa próxima cita

Sí No

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

Sí No

Anexo 6



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA
MATAGALPA

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

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

10-15

15-25

25-30

2. Examen físico céfalo caudal

Sí No

3. Realiza Perímetro cefálico

Sí No

4. ¿Pesa adecuadamente al niño?

Sí No

5. ¿Talla adecuadamente al niño?

Sí No

6. Hace maniobra para que el niño(a) responda al examinador

Sí No

7. Le da objetos al niño para que los agarre

Sí No

8. Observa y escucha que el niño emite sonidos

Sí No

9. Observa que el niño sostiene la cabeza

Sí No

10. Realiza expediente

Sí No

11. Realiza anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

Sí No

12. Programa próxima cita

Sí No

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

Sí No

Anexo 7



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL
MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

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

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

10-15

15-25

25-30

2. Examen físico céfalo caudal

Sí No

3. Realiza Perímetro cefálico

Sí No

4. ¿Pesa adecuadamente al niño?

Sí No

5. ¿Talla adecuadamente al niño?

Sí No

6. Observa que el niño intenta alcanzar un juguete

Sí No

7. Observa que el niño lleva objetos a su boca

Sí No

8. Observa que el niño localiza un sonido

Sí No

9. Observa que el niño cambia de posición activamente

Sí No

10. Observa que el niño intenta alcanzar juguetes

Sí No

11. Realiza expediente

Sí No

12. Realiza anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación

Sí No

13. Programa próxima cita

Sí No

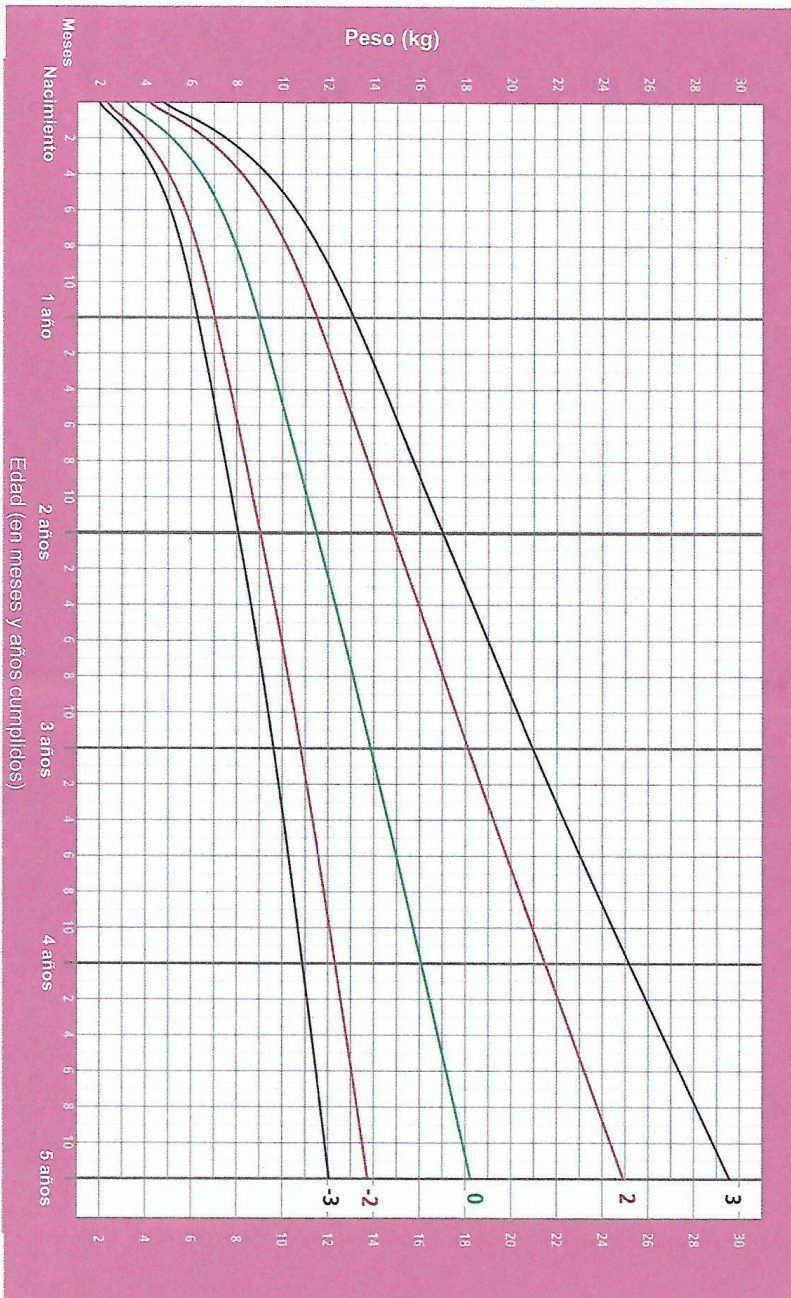
14. Aplicación de vacunas polio oral, Pentavalente DPT/HB+Hib, Neumococo

Sí No

Anexo 8

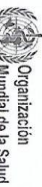
Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

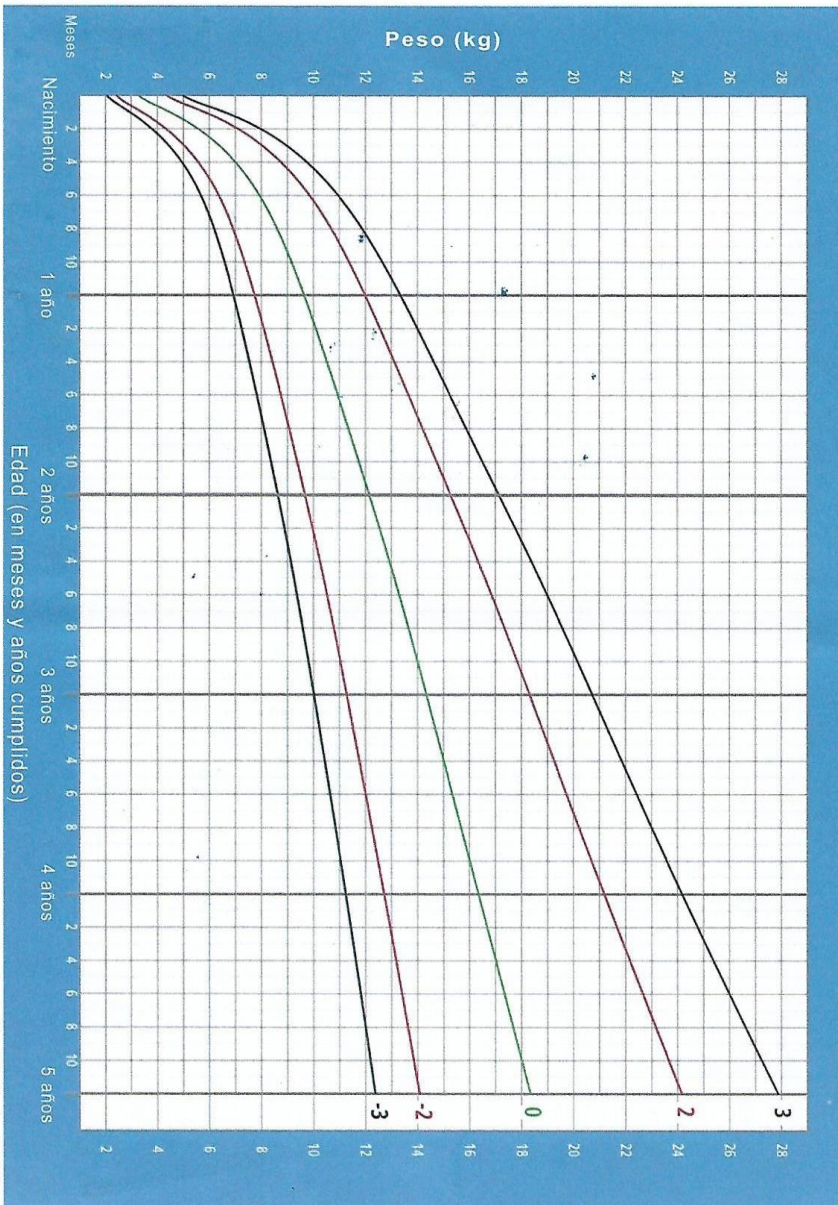
Anexo 9



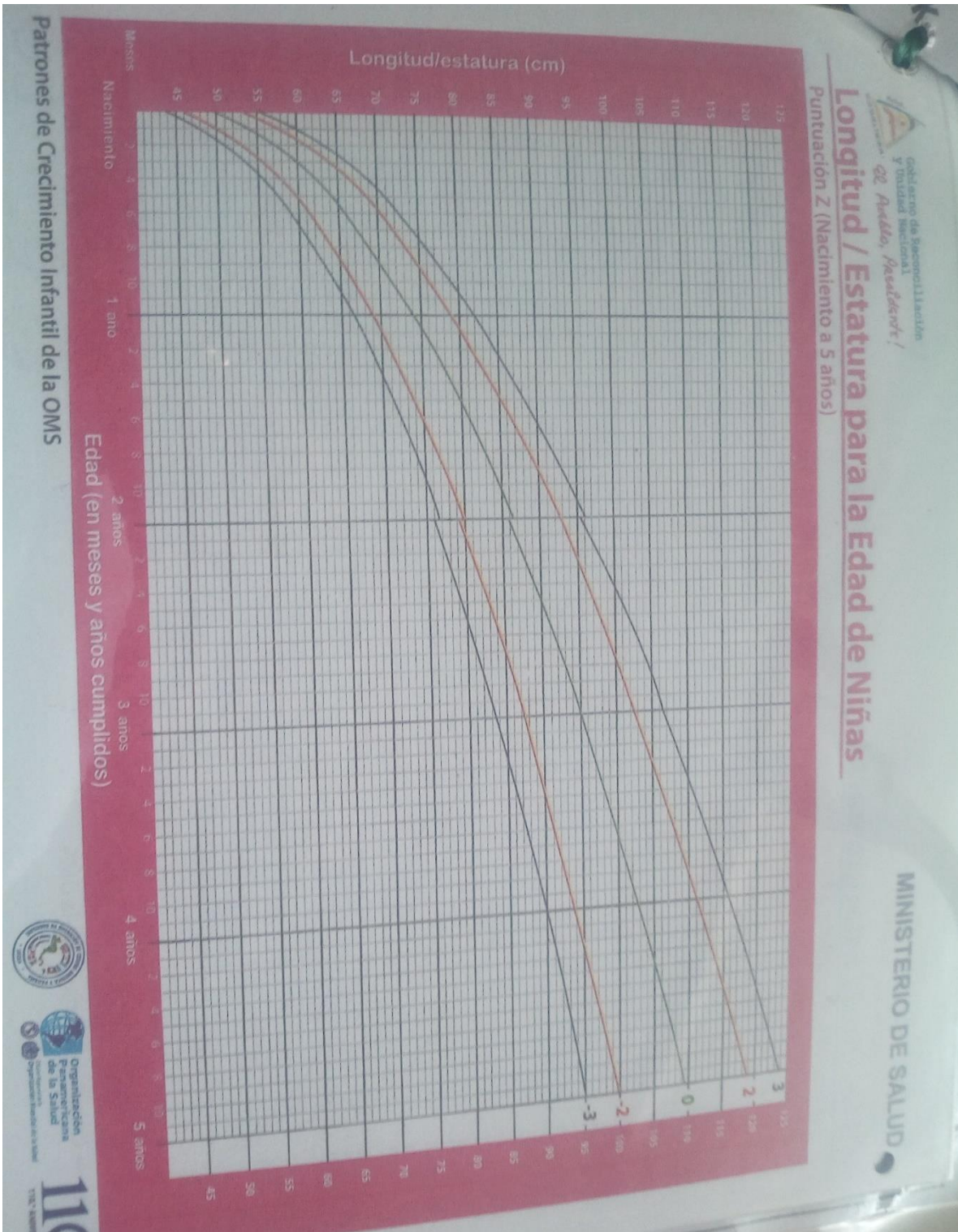
Organización
Mundial de la Salud

Peso para la edad Niños

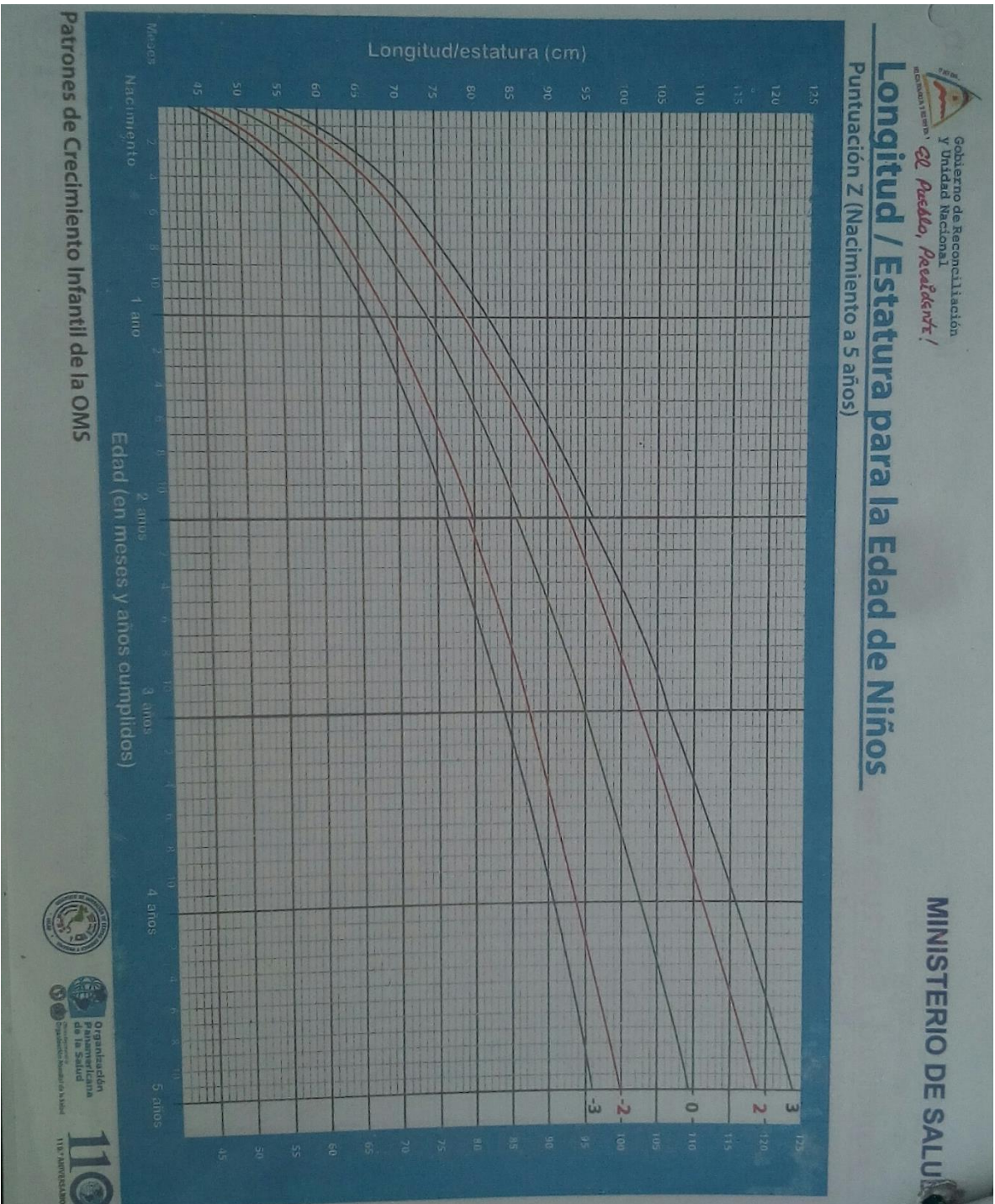
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Anexo 10



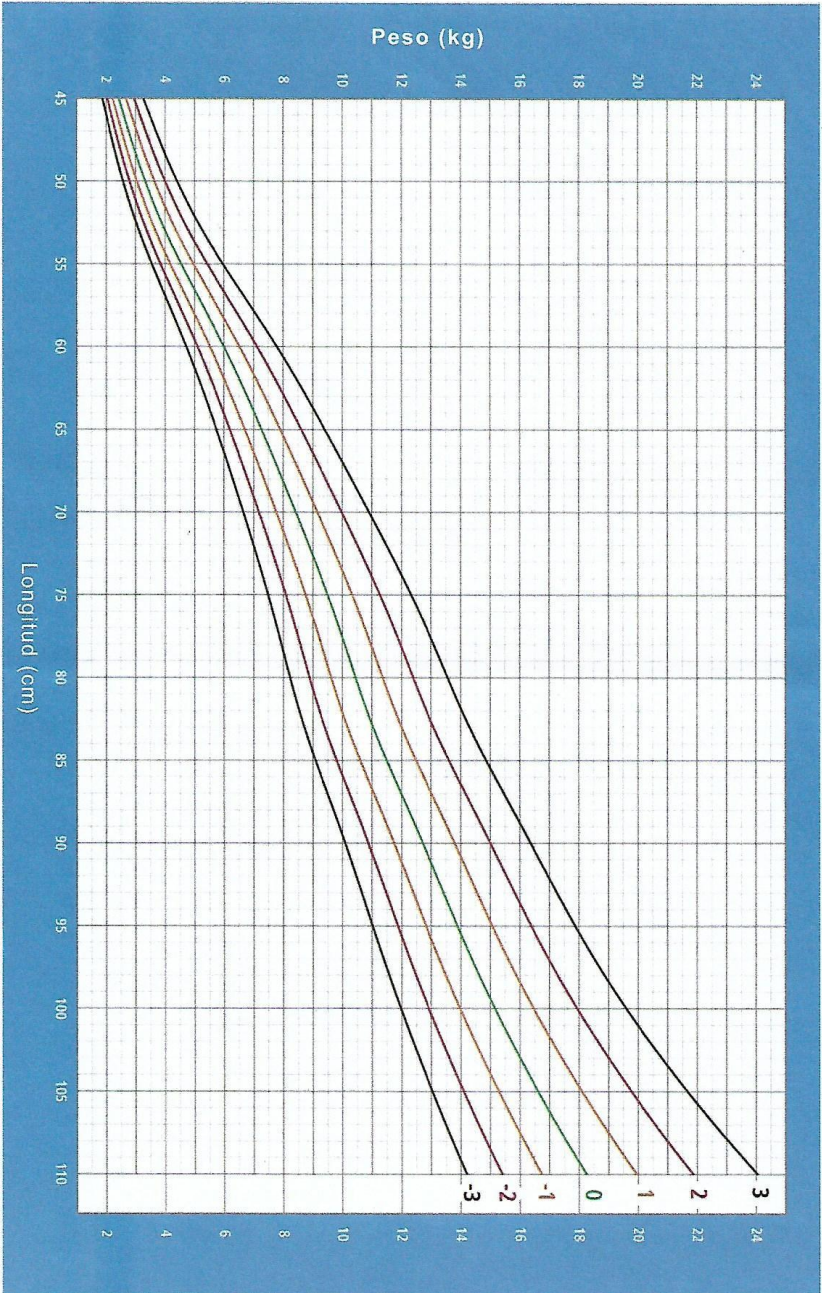
Anexo 11



Anexo 12

Peso para la longitud Niños

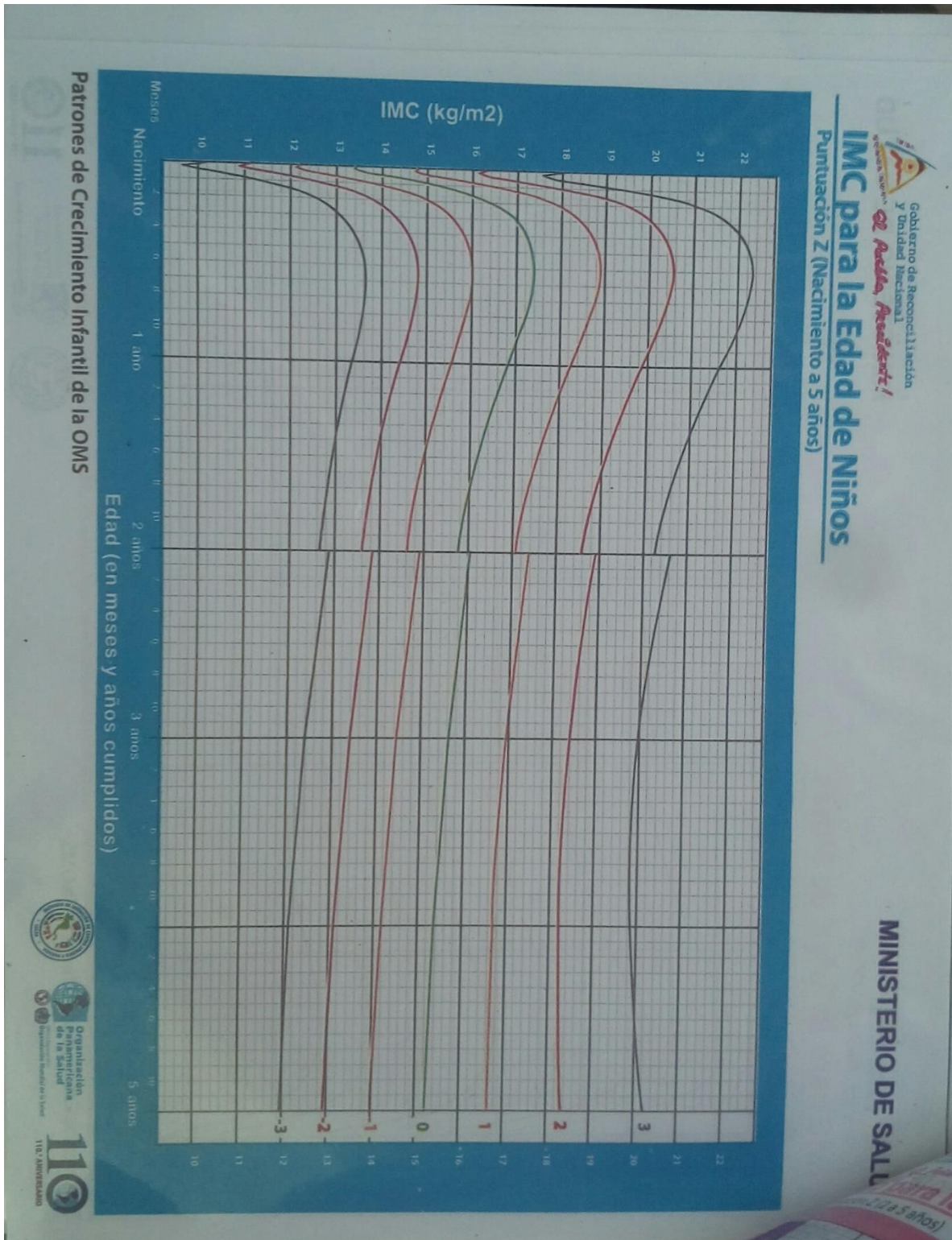
Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



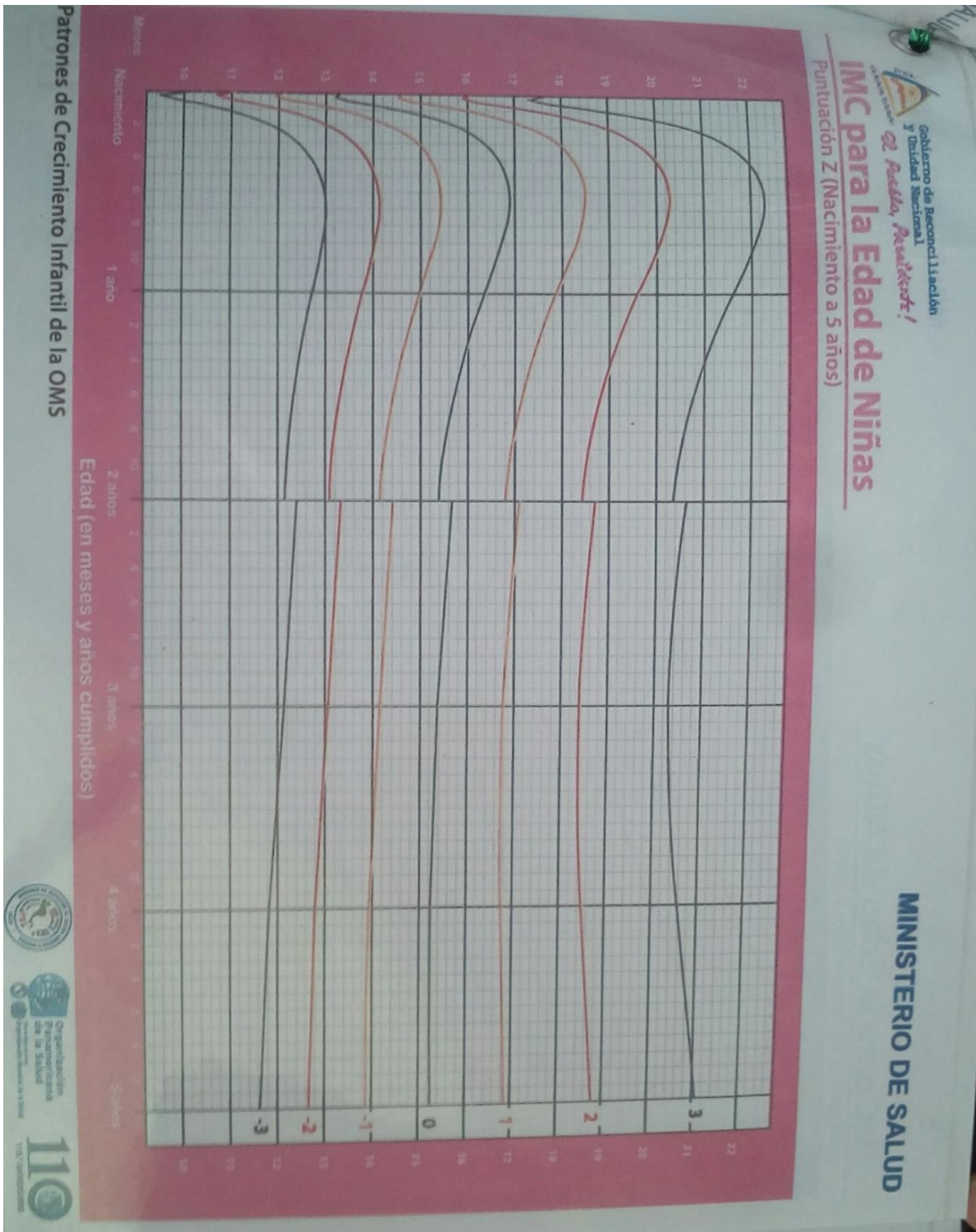
Anexo 13



Anexo 14



Anexo 15



Anexo 16

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Peso (kg)/talla (m²)

Talla en cm	Índice de Masa Corporal																										Talla en cm
	Peso en kilogramos																										
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
84	5.6	6.4	7.1	7.8	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84							
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.5	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85							
86	5.9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86							
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87							
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88							
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89							
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.8	18.6	19.4	20.3	21.1	90							
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.6	17.4	18.2	19.0	19.9	20.7	21.5	91							
92	6.8	7.6	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.5	14.4	15.2	16.1	16.9	17.8	18.6	19.5	20.3	21.2	22.0	92							
93	6.9	7.8	8.6	9.5	10.4	11.2	12.1	13.0	13.8	14.7	15.6	16.4	17.3	18.2	19.0	19.9	20.8	21.6	22.5	93							
94	7.1	8.0	8.8	9.7	10.6	11.5	12.4	13.3	14.1	15.0	15.9	16.8	17.7	18.6	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	94							
95	7.2	8.1	9.0	9.9	10.8	11.7	12.6	13.5	14.4	15.3	16.2	17.1	18.1	19.0	19.9	20.8	21.7	22.6	23.5	95							
96	7.4	8.3	9.2	10.1	11.1	12.0	12.9	13.8	14.7	15.7	16.6	17.5	18.4	19.4	20.3	21.2	22.1	23.0	24.0	96							
97	7.5	8.5	9.4	10.3	11.3	12.2	13.2	14.1	15.1	16.0	16.9	17.9	18.8	19.8	20.7	21.6	22.6	23.5	24.5	97							
98	7.7	8.6	9.6	10.6	11.5	12.5	13.4	14.4	15.4	16.3	17.3	18.2	19.2	20.2	21.1	22.1	23.0	24.0	25.0	98							
99	7.8	8.8	9.8	10.8	11.8	12.7	13.7	14.7	15.7	16.7	17.6	18.6	19.6	20.6	21.6	22.5	23.5	24.5	25.5	99							
100	8.0	9.0	10.0	11.0	12.0	13.0	14.0	15.0	16.0	17.0	18.0	19.0	20.0	21.0	22.0	23.0	24.0	25.0	26.0	100							
101	8.2	9.2	10.2	11.2	12.2	13.3	14.3	15.3	16.3	17.3	18.4	19.4	20.4	21.4	22.4	23.5	24.5	25.5	26.5	101							
102	8.3	9.4	10.4	11.4	12.5	13.5	14.6	15.6	16.6	17.7	18.7	19.8	20.8	21.8	22.9	23.9	25.0	26.0	27.1	102							
103	8.5	9.5	10.6	11.7	12.7	13.8	14.9	15.9	17.0	18.0	19.1	20.2	21.2	22.3	23.3	24.4	25.5	26.5	27.6	103							
104	8.7	9.7	10.8	11.9	13.0	14.1	15.1	16.2	17.3	18.4	19.5	20.6	21.6	22.7	23.8	24.9	26.0	27.0	28.1	104							
105	8.8	9.9	11.0	12.1	13.2	14.3	15.4	16.5	17.6	18.7	19.8	20.9	22.1	23.2	24.3	25.4	26.5	27.6	28.7	105							
106	9.0	10.1	11.2	12.4	13.5	14.6	15.7	16.9	18.0	19.1	20.2	21.3	22.5	23.6	24.7	25.8	27.0	28.1	29.2	106							
107	9.2	10.3	11.4	12.6	13.7	14.9	16.0	17.2	18.3	19.5	20.6	21.8	22.9	24.0	25.2	26.3	27.5	28.6	29.8	107							
108	9.3	10.5	11.7	12.8	14.0	15.2	16.3	17.5	18.7	19.8	21.0	22.2	23.3	24.5	25.7	26.8	28.0	29.2	30.3	108							
109	9.5	10.7	11.9	13.1	14.3	15.4	16.6	17.8	19.0	20.2	21.4	22.6	23.8	25.0	26.1	27.3	28.5	29.7	30.9	109							
110	9.7	10.9	12.1	13.3	14.5	15.7	16.9	18.2	19.4	20.6	21.8	23.0	24.2	25.4	26.6	27.8	29.0	30.3	31.5	110							
111	9.9	11.1	12.3	13.6	14.8	16.0	17.2	18.5	19.7	20.9	22.2	23.4	24.6	25.9	27.1	28.3	29.6	30.8	32.0	111							
112	10.0	11.3	12.5	13.8	15.1	16.3	17.6	18.8	20.1	21.3	22.6	23.8	25.1	26.3	27.6	28.9	30.1	31.4	32.6	112							
113	10.2	11.5	12.8	14.0	15.3	16.6	17.9	19.2	20.4	21.7	23.0	24.3	25.5	26.8	28.1	29.4	30.6	31.9	33.2	113							
114	10.4	11.7	13.0	14.3	15.6	16.9	18.2	19.5	20.8	22.1	23.4	24.7	26.0	27.3	28.6	29.9	31.2	32.5	33.8	114							
115	10.6	11.9	13.2	14.5	15.9	17.2	18.5	19.8	21.2	22.5	23.8	25.1	26.5	27.8	29.1	30.4	31.7	33.1	34.4	115							
116	10.8	12.1	13.5	14.8	16.1	17.5	18.8	20.2	21.5	22.9	24.2	25.6	26.9	28.3	29.6	30.9	32.3	33.6	35.0	116							
117	11.0	12.3	13.7	15.1	16.4	17.8	19.2	20.5	21.9	23.3	24.6	26.0	27.4	28.7	30.1	31.5	32.9	34.2	35.6	117							
118	11.1	12.5	13.9	15.3	16.7	18.1	19.5	20.9	22.3	23.7	25.1	26.5	27.8	29.2	30.6	32.0	33.4	34.8	36.2	118							
119	11.3	12.7	14.2	15.6	17.0	18.4	19.8	21.2	22.7	24.1	25.5	26.9	28.3	29.7	31.2	32.6	34.0	35.4	36.8	119							
120	11.5	13.0	14.4	15.8	17.3	18.7	20.2	21.6	23.0	24.5	25.9	27.4	28.8	30.2	31.7	33.1	34.6	36.0	37.4	120							
121	11.7	13.2	14.6	16.1	17.6	19.0	20.5	22.0	23.4	24.9	26.4	27.8	29.3	30.7	32.2	33.7	35.1	36.6	38.1	121							
122	11.9	13.4	14.9	16.4	17.9	19.3	20.8	22.3	23.8	25.3	26.8	28.3	29.8	31.3	32.7	34.2	35.7	37.2	38.7	122							
123	12.1	13.6	15.1	16.6	18.2	19.7	21.2	22.7	24.2	25.7	27.2	28.7	30.3	31.8	33.3	34.8	36.3	37.8	39.3	123							
124	12.3	13.8	15.4	16.9	18.5	20.0	21.5	23.1	24.6	26.1	27.7	29.2	30.8	32.3	33.8	35.4	36.9	38.4	40.0	124							
125	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.8	125							
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								

Talla en cm
Índice de Masa Corporal
Peso en Kg

Anexo 17

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC) Peso (kg)/talla (m²)

Talla en cm	Índice de Masa Corporal																									Talla en cm
	Peso en kilogramos																									
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26							
42	1.4	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.2	4.4	4.6	4.8	4.8	4.8	4.8	4.8	42	
43	1.5	1.7	1.9	2.1	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	5.0	5.1	5.3	5.3	5.3	43	
44	1.5	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.5	5.5	5.5	44	
45	1.6	1.8	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	5.7	5.7	5.7	45	
46	1.7	1.9	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.4	3.6	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	5.7	5.7	5.7	46	
47	1.8	2.0	2.2	2.4	2.7	2.9	3.1	3.3	3.5	3.8	4.0	4.2	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	6.0	6.0	6.0	6.0	47	
48	1.8	2.1	2.3	2.5	2.8	3.0	3.2	3.5	3.7	3.9	4.1	4.4	4.6	4.8	5.1	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3	6.3	6.3	6.3	6.3	48	
49	1.9	2.2	2.4	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.8	4.1	4.3	4.6	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.3	6.5	6.5	6.5	6.5	6.5	49	
50	2.0	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.0	4.3	4.5	4.8	5.0	5.3	5.5	5.8	6.0	6.2	6.5	6.8	6.8	6.8	6.8	6.8	50	
51	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.9	4.2	4.4	4.7	4.9	5.2	5.5	5.7	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.0	7.0	7.0	7.0	51	
52	2.2	2.4	2.7	3.0	3.2	3.5	3.8	4.1	4.3	4.6	4.9	5.1	5.4	5.7	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	7.3	7.3	7.3	7.3	52	
53	2.2	2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.9	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.6	7.6	7.6	7.6	53	
54	2.3	2.6	2.9	3.2	3.5	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.2	5.5	5.8	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	7.9	7.9	7.9	7.9	54	
55	2.4	2.7	3.0	3.3	3.6	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	8.2	8.2	8.2	8.2	8.2	55	
56	2.5	2.8	3.1	3.4	3.8	4.1	4.4	4.7	5.0	5.3	5.6	6.0	6.3	6.6	6.9	7.2	7.5	7.8	8.1	8.4	8.4	8.4	8.4	8.4	56	
57	2.6	2.9	3.2	3.6	3.9	4.2	4.5	4.9	5.2	5.5	5.8	6.2	6.5	6.8	7.1	7.4	7.7	8.1	8.4	8.7	8.7	8.7	8.7	8.7	57	
58	2.7	3.0	3.4	3.7	4.0	4.4	4.7	5.0	5.4	5.7	6.1	6.4	6.7	7.1	7.4	7.7	8.0	8.4	8.7	9.1	9.1	9.1	9.1	9.1	58	
59	2.8	3.1	3.5	3.8	4.2	4.5	4.9	5.2	5.6	5.9	6.3	6.6	7.0	7.3	7.6	7.9	8.3	8.6	9.0	9.4	9.4	9.4	9.4	9.4	59	
60	2.9	3.2	3.6	4.0	4.3	4.7	5.0	5.4	5.8	6.1	6.5	6.8	7.2	7.6	7.9	8.3	8.6	8.9	9.3	9.7	9.7	9.7	9.7	9.7	60	
61	3.0	3.3	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6	6.0	6.3	6.7	7.1	7.4	7.8	8.2	8.6	8.9	9.3	9.7	10.0	10.0	10.0	10.0	10.0	61	
62	3.1	3.5	3.8	4.2	4.6	5.0	5.4	5.8	6.2	6.5	6.9	7.3	7.7	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	10.3	10.3	10.3	10.3	10.3	62	
63	3.2	3.6	4.0	4.4	4.8	5.2	5.6	6.0	6.4	6.7	7.1	7.5	7.9	8.3	8.7	9.1	9.5	9.9	10.3	10.6	10.6	10.6	10.6	10.6	63	
64	3.3	3.7	4.1	4.5	4.9	5.3	5.7	6.1	6.6	7.0	7.4	7.8	8.2	8.6	9.0	9.4	9.8	10.2	10.6	11.0	11.0	11.0	11.0	11.0	64	
65	3.4	3.8	4.2	4.6	5.1	5.5	5.9	6.3	6.8	7.2	7.6	8.0	8.5	8.9	9.3	9.7	10.1	10.5	10.9	11.3	11.3	11.3	11.3	11.3	65	
66	3.5	3.9	4.4	4.8	5.2	5.7	6.1	6.5	7.0	7.4	7.8	8.3	8.7	9.1	9.6	10.0	10.4	10.8	11.2	11.6	11.6	11.6	11.6	11.6	66	
67	3.6	4.0	4.5	4.9	5.4	5.8	6.3	6.7	7.2	7.6	8.1	8.5	9.0	9.4	9.9	10.3	10.7	11.1	11.5	11.9	11.9	11.9	11.9	11.9	67	
68	3.7	4.2	4.6	5.1	5.5	6.0	6.5	6.9	7.4	7.9	8.3	8.8	9.2	9.7	10.2	10.6	11.1	11.4	11.9	12.3	12.3	12.3	12.3	12.3	68	
69	3.8	4.3	4.8	5.2	5.7	6.2	6.7	7.1	7.6	8.1	8.6	9.0	9.5	10.0	10.5	11.0	11.4	11.8	12.3	12.7	12.7	12.7	12.7	12.7	69	
70	3.9	4.4	4.9	5.4	5.9	6.4	6.9	7.4	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.3	10.8	11.3	11.8	12.3	12.7	13.1	13.1	13.1	13.1	13.1	70	
71	4.0	4.5	5.0	5.5	6.0	6.6	7.1	7.6	8.1	8.6	9.1	9.6	10.1	10.6	11.1	11.6	12.1	12.6	13.0	13.5	13.5	13.5	13.5	13.5	71	
72	4.1	4.7	5.2	5.7	6.2	6.7	7.3	7.8	8.3	8.8	9.3	9.8	10.4	10.9	11.4	11.9	12.4	12.9	13.3	13.9	13.9	13.9	13.9	13.9	72	
73	4.3	4.8	5.3	5.9	6.4	6.9	7.5	8.0	8.5	9.1	9.6	10.1	10.7	11.2	11.7	12.3	12.8	13.3	13.8	14.2	14.2	14.2	14.2	14.2	73	
74	4.4	4.9	5.5	6.0	6.6	7.1	7.7	8.2	8.8	9.3	9.9	10.4	11.0	11.5	12.0	12.6	13.1	13.6	14.1	14.6	14.6	14.6	14.6	14.6	74	
75	4.5	5.1	5.6	6.2	6.8	7.3	7.9	8.4	9.0	9.6	10.1	10.7	11.3	11.8	12.4	12.9	13.5	14.0	14.5	15.0	15.0	15.0	15.0	15.0	75	
76	4.6	5.2	5.8	6.4	6.9	7.5	8.1	8.7	9.2	9.8	10.4	11.0	11.6	12.1	12.7	13.3	13.9	14.4	14.9	15.4	15.4	15.4	15.4	15.4	76	
77	4.7	5.3	5.9	6.5	7.1	7.7	8.3	8.9	9.5	10.1	10.7	11.3	11.9	12.5	13.0	13.6	14.2	14.7	15.2	15.7	15.7	15.7	15.7	15.7	77	
78	4.9	5.5	6.1	6.7	7.3	7.9	8.5	9.1	9.7	10.3	11.0	11.6	12.2	12.8	13.4	14.0	14.6	15.2	15.8	16.2	16.2	16.2	16.2	16.2	78	
79	5.0	5.6	6.2	6.9	7.5	8.1	8.7	9.4	10.0	10.6	11.2	11.9	12.5	13.1	13.7	14.4	15.0	15.6	16.0	16.6	16.6	16.6	16.6	16.6	79	
80	5.1	5.8	6.4	7.0	7.7	8.3	9.0	9.6	10.2	10.9	11.5	12.2	12.8	13.4	14.1	14.7	15.4	16.0	16.6	17.1	17.1	17.1	17.1	17.1	80	
81	5.2	5.9	6.6	7.2	7.9	8.5	9.2	9.8	10.5	11.2	11.8	12.5	13.1	13.8	14.4	15.1	15.7	16.4	17.0	17.5	17.5	17.5	17.5	17.5	81	
82	5.4	6.1	6.7	7.4	8.1	8.7	9.4	10.1	10.8	11.4	12.1	12.8	13.4	14.1	14.8	15.5	16.1	16.8	17.5	18.0	18.0	18.0	18.0	18.0	82	
83	5.5	6.2	6.9	7.6	8.3	9.0	9.6	10.3	11.0	11.7	12.4	13.1	13.8	14.5	15.2	15.8	16.5	17.2	17.9	18.5	18.5	18.5	18.5	18.5	83	
8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								

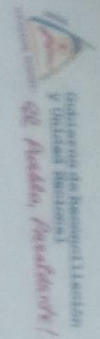
Talla en cm
 Índice de Masa Corporal
 Peso en Kg

Anexo 18


Indicadores de crecimiento menores de 5 años – INTERPRETACIÓN
MINISTERIO DE SALUD

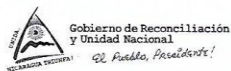
Puntuación Z	IMC para edad Peso/talla (AGUDA)	Peso para edad (GLOBAL)	Longitud/talla para edad (CRÓNICA)
Por encima de 3 Mayor o igual a +3.1	Obesidad	Sospecha de problema de crecimiento	Muy alto para edad
Por encima de 2 De +2.1 a +3	Sobrepeso		Rango normal
Por encima de 1 De +1.1 a 2	Possible riesgo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

Anexo 19


Indicadores de crecimiento menores de 5 años – INTERPRETACIÓN
MINISTERIO DE SALUD

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

Anexo 22



MINISTERIO DE SALUD

P 122B



HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

Fecha: ____ / ____ / ____
 día mes año

Nº de H. Clínica: _____ Procedencia: _____
 Nombre: _____ Sexo: ____ Edad: ____ / ____ P. cefálico: ____ cm. Temp.: ____ C
 Primer apellido Segundo apellido Nombres meses/días

¿Porque trae al niño/niña?
 NIÑO (A) MENOR DE 2 MESES DE EDAD Primera consulta Subsecuente

1. INFECCION BACTERIANA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Respiraciones por minuto ____ <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Apnea <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Se ve mal <input type="checkbox"/>		Aleteo nasal <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Respiración rápida <input type="checkbox"/>		Ombiligo y piel a su alrededor rojos <input type="checkbox"/>		Ombiligo supurando <input type="checkbox"/>		Quejido <input type="checkbox"/>		<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 oído <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Convulsiones <input type="checkbox"/>		Pústulas extensas en piel <input type="checkbox"/>		Supuración de ojos <input type="checkbox"/>		Fiebre <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Letargia, inconsciencia, flácidez <input type="checkbox"/>		Tiraje subcostal (acentuado) <input type="checkbox"/>		Fontanela abombada <input type="checkbox"/>		Hipotermia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Vomita todo <input type="checkbox"/>		Ictericia abajo del ombligo <input type="checkbox"/>		Manifestación de sangrado <input type="checkbox"/>		Palidez intensa <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Cianosis central <input type="checkbox"/>		Placas blancas en la boca <input type="checkbox"/>		Distensión Abdominal <input type="checkbox"/>		Llenado capilar >2" <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
1.1 DIARREA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Piel vuelve a su estado anterior muy lentamente <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Ojos hundidos <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7 días o más de duración: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Piel vuelve a su estado Anterior lentamente <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Inquieto o irritable <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Sangre en las heces: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Mucosa: <input type="checkbox"/> Húmedas <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Secas <input type="checkbox"/>					
1.2 INMUNIZACIONES DE LA MADRE :Antitetánica: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> AntiRubeola: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				1.3 CONTROL PUERPERAL DE LA MADRE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

NIÑO (A) DE 2 MESES A 4 AÑOS DE EDAD Primera consulta Subsecuente

SIGNOS GENERALES DE PELIGRO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		TOS O DIFICULTAD PARA RESPIRAR: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DIARREA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FIEBRE: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Riesgo de malaria: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Bajo	
Respiraciones por minuto ____		Respiración rápida <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		14 días o más de duración <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Fiebre por 7 días o más de duración y todos los días <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Dejó de comer o beber <input type="checkbox"/>		Tiraje subcostal <input type="checkbox"/>		Sangre en las heces <input type="checkbox"/>		Resultado inmediato Gota Gruesa <input type="checkbox"/>			
Vomita todo <input type="checkbox"/>		Estridor en reposo <input type="checkbox"/>		Inquieto irritable <input type="checkbox"/>		Gota gruesa positiva <input type="checkbox"/>			
Convulsiones <input type="checkbox"/>		Sibilancias <input type="checkbox"/>		Ojos hundidos <input type="checkbox"/>		Rigidez de nuca <input type="checkbox"/>			
Anormalmente Somnoliento <input type="checkbox"/>		21 días o más de duración <input type="checkbox"/>		Bebe ávidamente con sed <input type="checkbox"/>		Coriza / ojos enrojecidos <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"/>			
PROBLEMAS DE OIDO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		PROBLEMAS DE GARGANTA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		DESNUTRIC. GRAVE O ANEMIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO					
Dolor de oído <input type="checkbox"/>		Dolor de garganta <input type="checkbox"/>		Emaciación grave visible <input type="checkbox"/>					
Supuración del oído <input type="checkbox"/>		Ganglios crecidos o dolorosos <input type="checkbox"/>		Edema en ambos pies <input type="checkbox"/>					
Supuración 14 días o más? <input type="checkbox"/>		Exudados blancos en la garganta <input type="checkbox"/>		Palidez palmar leve <input type="checkbox"/>					
Tumefacción detrás de oreja <input type="checkbox"/>		Enrojecimiento de la garganta <input type="checkbox"/>		Palidez palmar-intensa <input type="checkbox"/>					

DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL

Determinar el estado nutricional: Sobrepeso Normal Rango de bajo peso Desnutrido Peso: _____ gr.
 Percentil: _____
 Determinar la tendencia del crecimiento: Satisfactoria Insatisfactoria Talla: _____ cm Clasificación de la talla: _____

Anexo 23



MINISTERIO DE SALUD

P 122B



HOJA DE SEGUIMIENTO ATENCIÓN INTEGRAL A LA NIÑEZ

MENOR DE 2 AÑOS O PROBLEMAS DE ALIMENTACION, ANEMIA, DESNUTRICION O RIESGO NUTRICIONAL: SI NO

¿Tiene dificultad para alimentarse? SI NO Si es amamantado ¿se amamanta durante la noche? SI NO ¿Recibe otros alimentos o líquidos SI NO

¿Se alimenta del pecho materno? SI NO ¿Se alimenta del pecho materno más de 8 veces al día? SI NO ¿Usa pacha? SI NO

Si da otros alimentos ¿con que frecuencia? _____ al día. Durante la enfermedad: ¿Hubo cambios en la alimentación? SI NO

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: Problemas de posición SI NO Problemas de agarre SI NO Problemas de succión SI NO

MICRONUTRIENTES		SOSPECHA DE MALTRATO		INMUNIZACIONES	
SI	NO	SI	NO	SI	NO
Hierro	<input type="checkbox"/>	Lesiones Físicas	<input type="checkbox"/>	Esquema vacunación completo para su edad	<input type="checkbox"/>
Vitamina A	<input type="checkbox"/>	Comportamiento alterado del niño/a	<input type="checkbox"/>	Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse:	<input type="checkbox"/>
		Comportamiento alterado de cuidador/a	<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	1 MES	2-3 MESES	4-5 MESES	6-8 MESES	9-11 MESES	12-14 MESES	15-17 MESES	18-23 MESES	24-35 MESES	36-59 meses	
Succiona vigorosamente	<input type="checkbox"/>	Vocaliza	<input type="checkbox"/>	Sonrisa socia	<input type="checkbox"/>	Agarra objetos	<input type="checkbox"/>	Se quita la ropa	<input type="checkbox"/>	Se alimenta solo	<input type="checkbox"/>
Lleva objeto a la boca	<input type="checkbox"/>	Manos cerradas	<input type="checkbox"/>	Eleva la cabeza	<input type="checkbox"/>	Reacciona al sonido	<input type="checkbox"/>	Torre de 5 cubos	<input type="checkbox"/>	Dice oraciones largas	<input type="checkbox"/>
Localiza el sonido	<input type="checkbox"/>	Flexiona brazos y piernas	<input type="checkbox"/>	Responde al examen	<input type="checkbox"/>	Intenta tomar un juguete	<input type="checkbox"/>	Patea la pelota	<input type="checkbox"/>	Se viste solo	<input type="checkbox"/>
Sostiene la cabeza	<input type="checkbox"/>	Reflejo de moro	<input type="checkbox"/>	Sigue con la mirada objetos	<input type="checkbox"/>	Emite sonidos	<input type="checkbox"/>	Ordenes complejas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

EVALUAR OTROS PROBLEMAS: _____

CLASIFICACIÓN:

TRATAMIENTO:

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN:

PRÓXIMA CONSULTA: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

REFERIDO SI NO

NOMBRE DE QUIEN ELABORO
LA HOJA DE SEGUIMIENTO

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

Anexo 24

HISTORIA CLÍNICA DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ GOBIERNO DE NICARAGUA MINISTERIO DE SALUD



Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
"El Pueblo, Participa!"
MINISTERIO DE SALUD

NOMBRE: _____ UNIDAD DE SALUD _____ N° CENSO _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres

MADRE: _____ N° DE HISTORIA CLINICA: _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres

PADRE _____ DOMICILIO: _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres

FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO **FECHA:** _____ SEXO F M

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

BCG	SARAMPION	DPT	ANTIPILO																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>DOSIS</th><th>FECHA</th></tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> </table>	DOSIS	FECHA	1		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>DOSIS</th><th>FECHA</th></tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>Adic.</td><td></td></tr> </table>	DOSIS	FECHA	1		Adic.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>DOSIS</th><th>FECHA</th></tr> <tr><td>1</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td></tr> <tr><td>Adic.</td><td></td></tr> </table>	DOSIS	FECHA	1		2		3		Adic.		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>DOSIS</th><th>FECHA</th><th>DOSIS</th><th>FECHA</th><th>DOSIS</th><th>FECHA</th></tr> <tr><td>1</td><td></td><td>6</td><td></td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>7</td><td></td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>8</td><td></td><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>9</td><td></td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>10</td><td></td><td>15</td><td></td></tr> </table>	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	1		6		11		2		7		12		3		8		13		4		9		14		5		10		15																	
DOSIS	FECHA																																																																										
1																																																																											
DOSIS	FECHA																																																																										
1																																																																											
Adic.																																																																											
DOSIS	FECHA																																																																										
1																																																																											
2																																																																											
3																																																																											
Adic.																																																																											
DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA																																																																						
1		6		11																																																																							
2		7		12																																																																							
3		8		13																																																																							
4		9		14																																																																							
5		10		15																																																																							
VACUNAS																																																																											
NEUMOCOCO			ROTAVIRUS																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>DOSIS</th><th>FECHA</th><th>DOSIS</th><th>FECHA</th><th>DOSIS</th><th>FECHA</th></tr> <tr><td>1</td><td></td><td>6</td><td></td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>7</td><td></td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>8</td><td></td><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>9</td><td></td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>10</td><td></td><td>15</td><td></td></tr> </table>	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	1		6		11		2		7		12		3		8		13		4		9		14		5		10		15		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><th>DOSIS</th><th>FECHA</th><th>DOSIS</th><th>FECHA</th><th>DOSIS</th><th>FECHA</th></tr> <tr><td>1</td><td></td><td>6</td><td></td><td>11</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>7</td><td></td><td>12</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>8</td><td></td><td>13</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>9</td><td></td><td>14</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td></td><td>10</td><td></td><td>15</td><td></td></tr> </table>			DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	1		6		11		2		7		12		3		8		13		4		9		14		5		10		15	
DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA																																																																						
1		6		11																																																																							
2		7		12																																																																							
3		8		13																																																																							
4		9		14																																																																							
5		10		15																																																																							
DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA																																																																						
1		6		11																																																																							
2		7		12																																																																							
3		8		13																																																																							
4		9		14																																																																							
5		10		15																																																																							

Anexo 26



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

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

ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE NICARAGUA 2017

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

Anexo 27



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA MATAGALPA DEPARTAMENTO DE CIENCIAS TECNOLOGIA Y SALUD

Matagalpa, 7 de noviembre 2017

Lic. Vilma Verónica Úbeda
Responsable
Puesto de Salud Francisco Moreno No.2
Matagalpa

Estimada licenciada:

Los planes de estudio que sirve la UNAN Managua y por ende la Facultad Regional Multidisciplinaria de Matagalpa, conllevan a realizar Trabajos Monográficos, Seminarios de Graduación y Examen de Grado, como forma de culminación de los estudios profesionales en las diferentes carreras que ofrece nuestra Alma Mater.

Por este medio me permito presentar a los discentes, **Káren Lisseth Pérez Palacios** identificada con carné N°. 13-064614, **Aleyda Elizabeth Izaguirre Estrada** carné No.13-062030 y **Nerlin Mercedes Gómez Jarquín**, con carné N°. 13-062271 todos estudiantes del quinto año de la carrera Enfermería; este año es requerido que los discentes realicen investigación en base al tema: "Conocimientos, actitudes, prácticas del personal de salud y usuarios en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño, en áreas de salud primaria en Matagalpa año 2017". Con el objetivo de recopilar información e incluirla en el trabajo Monográfico que están realizando como forma de culminación de sus estudios Profesionales; por tal razón solicito su apoyo para que se le facilite a los discentes el espacio, clima organizacional, información necesaria y oportuna para realizar dicha investigación, asumiendo confidencialidad con los datos que recopilen.

Agradecemos la información y cooperación brindada de su Institución a la UNAN – FAREM ya que con su apoyo ha contribuido en la formación profesional de nuestros estudiantes, contribuyendo al desarrollo económico y social de nuestra nación.

Atentamente,


PhD Marcia Zulema Cordero Ariza
Directora del Departamento
Ciencias, Tecnología y Salud



Cc: Archivo

¡A la libertad por la Universidad!

Parque Darío 1C al Norte 1.1/2 al Oeste. | Recinto Universitario "Mariano Fiallos Gil"
Apartado Postal 218 – Matagalpa, Nicaragua | Telf.: 2772 3310 / Ext. 7112 | www.farematagalpa.unan.edu.ni

