



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA
SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO 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 en Matagalpa II semestre año 2017.

Subtema

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño realizado en el puesto de salud Wuppertal, Matagalpa II Semestre 2017

Autores

Br. Mayling Vanessa Molinares Zamora

Br. Sarahi Guadalupe López Baltodano

Tutora

MSc. Duglania Rodríguez.

Enero, 2018



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

**FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA DE MATAGALPA
SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO 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 en Matagalpa II Semestre año 2017.

Subtema

Conocimientos, Actitudes y Prácticas del personal de Salud en la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo del niño realizado en el puesto de salud Wuppertal, Matagalpa II Semestre 2017

Autores

Br. Mayling Vanessa Molinares Zamora
Br. Sarahi Guadalupe López Baltodano

Tutora

MSc. Duglania Rodríguez.

Enero, 2018

i- DEDICATORIA

Dedico este Seminario de Graduación, expresando nuestro agradecimiento y gratitud a:

DIOS: fuente de toda sabiduría, por habernos dado fe, paciencia y confianza entre los compañeros.

NUESTRAS FAMILIAS: Por su apoyo incondicional en todo momento de nuestra carrera.

NUESTROS FORJADORES: Por sus conocimientos, experiencias y comprensión.

A LAS INSTITUCIONES como el Ministerio de la Salud (MINSA) y al Puesto de salud Wuppertal. A su personal de salud, médicos, enfermeras y otros; por su valiosa colaboración y su tiempo dedicado, ya que sin su ayuda este estudio no hubiera sido posible.

TODAS LAS PERSONAS: Que de una manera u otra se interesaron en apoyarnos.

Br. Sarahí Guadalupe López Baltodano.

Br. Mayling Vanessa Molinares Zamora

ii- AGRADECIMIENTO

A todos los maestros que durante los cinco años nos dotaron de herramientas básicas en enfermería.

A quienes siempre se preocuparon por nuestra formación.

A la universidad por haber garantizado nuestra enseñanza y por la coordinación con otras instituciones en pro del bienestar de la carrera.

Al Hospital Escuela Cesar Amador Molina y los diferentes Puestos de Salud de Matagalpa por dar la oportunidad de realizar cada práctica de profesionalización; especialmente al personal del centro de salud Wuppertal por haber facilitado la obtención de información.

A mis padres por apoyarme en lo económico como en lo emocional.

A los usuarios que apoyan en la investigación.

Br. Zamora Molinares Mayling Vanessa

Br. Baltodano López Sarahí Guadalupe

Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa
Departamento Ciencia-Tecnología-Salud.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

VALORACIÓN 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 WUPPERTAL, MATAGALPA II SEMESTRE 2017, Elaborado por las autoras: **Br. Sarahí Guadalupe López Baltodano y Br. Mayling Vanessa Molinares Zamora** Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador. Matagalpa 6 de diciembre del 2016.

MSc. Duglania Rodríguez
Tutor de Seminario

iii- RESUMEN

El propósito de la presente investigación es la de 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 Wuppertal, Matagalpa II semestre 2017. Específicamente se pretende caracterizar socio demográficamente al personal de salud en estudio, describir conocimientos del personal, explicar las actitudes y valorar las prácticas del personal en el momento del VPCD, el estudio tiene un enfoque cuali – cuantitativo, de tipo descriptivo de corte transversal. El universo está constituido por el personal que labora en el centro de salud. Para la investigación la muestra está compuesta por tres recursos que laboran en dicha unidad. El tipo de muestra fue no probabilístico a conveniencia, se elaboraron instrumentos para dar salida a cada objetivo específico donde se realiza (una entrevista compuesta por 11 ítems donde al final se da una puntuación entre bueno y malo; se elabora una escala Likert compuesta por 8 ítems donde se evalúa entre positiva y negativa la actitud y una guía de observación compuesta por 12 ítems donde al final se valora la práctica entre buena y mala, para esto se realizaron 20 guías de observación divididas según los momentos de un VPCD). Se llegó a los resultados siguientes el personal que labora es joven, la mayoría tiene experiencia laboral mayor de 5 años. Los conocimientos que tienen son científico-técnicos. La actitud que muestran es positiva, realizan buenas prácticas en el desarrollo de su trabajo.

Índice

I. INTRODUCCIÓN	ii
II. Justificación	6
III. OBJETIVOS	7
IV. Desarrollo del tema	8
Caracterización	8
Aspectos Sociodemográficos	9
Conocimientos del personal de salud	16
Actitud	60
Prácticas del personal de Enfermería	71
Conclusiones	89
Anexos	99

I. INTRODUCCIÓN

La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) se ha identificado como fundamental para dar seguimiento no solo al estado de salud de los niños, sino a la identificación de las alteraciones que puedan afectarlos a fin de proporcionar oportunamente las correcciones. En el entorno de un país es un excelente criterio para determinar el equilibrio entre las dimensiones sociales y económicas del desarrollo del mismo (Millón, 2007).

La Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo (VPCD) es esencial para observar el estado de salud y conocer ciertas anomalías que repercuten en el desarrollo del niño, de esta manera se pueden corregir a tiempo; relacionando con el país crea un equilibrio entre lo social y económico para el progreso de este.

Un desarrollo infantil pleno, principalmente durante los primeros años de vida sentará las bases para la formación de un sujeto con todo su potencial y con posibilidades de volverse un ciudadano con mayor poder de resolución. El seguimiento del desarrollo, con énfasis en los dos primeros años de vida extrauterina es fundamental ya que es en esta etapa que el tejido nervioso crece y madura, por tanto está más expuesto a sufrir daño. Debido a su gran plasticidad es también en esta época que el niño/a responde más a las terapias y estímulos del medio ambiente. (Ministerio de Salud, 2009)

Además sigue mencionando “La vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la promoción del desarrollo normal y a la detección de alteraciones durante la atención integral de la niñez, como un proceso continuo y flexible que incluye información de los profesionales de salud, profesores, familia y otros”. Por lo tanto en el estudio se plantea la siguiente interrogante ¿Qué conocimientos, actitudes y prácticas tiene el personal de salud en la vigilancia

Periódica del crecimiento y desarrollo de niño en el puesto de salud Wuppertal Matagalpa en el II Semestre 2017.

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

Un estudio realizado en los Estados Unidos de Norte América por la Organización Mundial de la Salud refiere que: “El nuevo patrón es un instrumento importante para los padres, los profesionales de la salud y otros dispensadores de atención sanitaria, por cuanto permite evaluar el crecimiento y el desarrollo de los niños a nivel individual y colectivo”, dice el Dr. Cutberto Garza (Boston College, Estados Unidos de América), Director del Programa de Alimentación y Nutrición de la Universidad de las Naciones Unidas y Director del Estudio Multicéntrico sobre el Patrón de Crecimiento. (OMS, 2006)

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

En Perú, se realizó un estudio expresando la importancia de realizar el monitoreo del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, alteraciones o trastornos de estos procesos, para su atención oportuna así como promover prácticas adecuadas de cuidado y crianza a nivel familiar y comunitario. (Quevedo, 2015)

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

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

En el presente estudio se utilizó metodología de la investigación de (Sampiere, Collado, y Lucio, 2006), por lo tanto este estudio es de tipo descriptivo, de corte transversal y prospectivo en el tiempo con un enfoque cuantitativo con aspectos cualitativos. El universo está constituido por el personal que labora en el centro de salud Wuppertal, Para la investigación la muestra está compuesta por tres recursos que laboran en dicha unidad. El tipo de muestra fue no probabilístico a conveniencia, se elaboraron instrumentos para dar salida a cada objetivo específico donde se realiza (una entrevista compuesta por 11 ítems dándosele al final una puntuación entre conocimiento bueno y malo, se elabora una escala Likert compuesta por 8 ítems donde se evalúa entre positiva y negativa la actitud y una guía de observación compuesta por 12 ítems donde al final se valora la práctica entre buena y mala. Para esto se realizaron 20 guías de observación dividida según los momentos de un

VPCD). Posteriormente se procesa la información según los diferentes instrumentos mediante el programa de SPSS, donde se obtienen las tablas con los resultados por cada objetivo específico, a continuación de esto se elaboraron matriz y gráficas para la discusión y análisis de dichos resultados. En cuanto al aspecto ético se llevó una carta de solicitud y autorización de la investigación gestionada por la MSc. Jaqueline Salgado, coordinadora de la carrera de enfermería dirigida a la Dra. Montenegro responsable del c/s Wuppertal, además del permiso de todos los trabajadores que laboran en dicho centro por ser parte del estudio investigativo.

II. Justificación

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

Por tal razón se realiza esta investigación con el propósito de analizar los conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud en la vigilancia periódica de crecimiento y desarrollo del niño en el puesto de salud Wuppertal 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 problemáticas en cuanto a conocimiento, actitudes y prácticas presentes en una población en estudio específica, ya que al final dichos resultados permitirán al MINSA dar soluciones en cuanto a las debilidades encontrada en el personal en estudio y así replantear estrategias 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.

Asimismo servirá como fuente de información 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.

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 Wuppertal 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

Caracterización

El Centro de salud Wuppertal fundado en el año 1996. Se encuentra ubicado en el barrio Lucidia Mantilla número uno de la ciudad de Matagalpa. Es el encargado de atender los barrios siguientes: Lucidia Mantilla número uno y dos, Reparto Sandino, Primero de Mayo y Sadrach Zeledón. Cuenta con tres consultorios, área de vacunación, cuarto de procedimientos, farmacia, laboratorio, área de espera, un solo baño para pacientes y personal y un área de lavado para el servicio de limpieza. El personal que atiende comprende de un laboratorista, dos doctoras, una farmacéutica, una enfermera y un conserje.

Su estructura es de concreto, cerámica, puertas de madera, ventanas, verjas, lavamanos, entre otros y cuenta con los servicios básicos necesarios de energía eléctrica, agua potable y aguas residuales.

La atención a usuarios se inicia a las 8 am y finaliza usualmente a las 3 pm. Si no hay más personas que deseen pasar consulta. El laboratorio atiende de 8 am a 11 am de lunes a jueves

Se atienden según personal de salud que labora en el centro aproximadamente 600 niños en VPCD y llegan a diario entre ocho y diez por día.

Aspectos Sociodemográficos

Demografía

La disciplina que estudia las características de la población es la demografía. Una definición de demografía dice: “Es la ciencia que tiene por objeto el estudio de las poblaciones humanas; tratando, desde un punto de vista principalmente cuantitativo, su dimensión, su estructura, su evolución y sus características generales”. (Palladino, 2010)

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 poblaciónII - Huber: la demografía es la aplicación del saber estadístico al estudio de las poblaciones. (Lazcano, Tomás, y Germán, 2011)

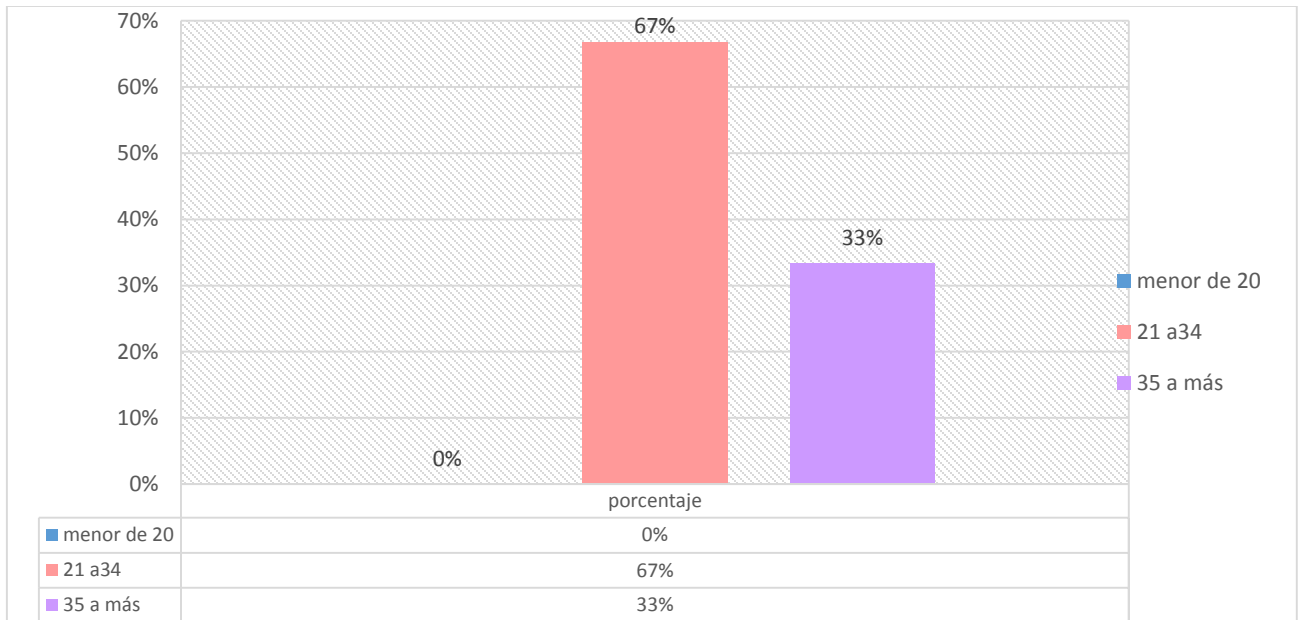
De acuerdo con autores antes mencionados demografía es el estudio que se le realiza a una determinada población, de diferentes puntos de la vida de los individuos, esta lo analiza en forma cuantitativa. La demografía es una herramienta que utiliza la epidemiología para diagnosticar un problema que afecte la salud y la calidad en la población.

Edad

1. 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)
2. Edad como tiempo “propriadamente” biológico. (Vargas y Espinoza, 2013)

Según los autores coinciden en que la edad es la que va desde el nacimiento de un ser vivo, aunque también se puede decir que tienen edad ciertos objetos, el tiempo de duración es el momento actual de dicha persona, animal u objeto.

Gráfico N° 1. Edad del personal de salud. Puesto de salud Wuppertal



Fuente: Entrevista realizada al personal del Puesto de Salud.

En el grafico N° 1 refleja la edad del personal de salud de las cuales se encuentran edades en los intervalos de 21 a 34 años un 67% (2), un 33%(1) se encuentra en el rango de 35 años a más.

Según los datos obtenidos en la entrevista realizada al personal de salud se encontró que un tercio de la población equivalente a una persona tiene 48 años, la mayoría de la población compuesta por dos personas se encuentra en el rango de edad de 21 a 34 años.

En el puesto de salud Wuppertal laboran personas jóvenes, por lo tanto sus estudios están actualizados y tienen mejores destrezas al momento de realizar una práctica.

Cabe mencionar que en la actualidad según (Consejo Universitario Sesión Ordinaria, 2016) la oferta académica para estudiar carreras como Enfermería y Medicina son demandadas, por lo tanto la mayor parte del personal es joven.

Profesión

El concepto profesión ha estado ligado a la evolución y desarrollo de las sociedades; pero es difícil tener una definición única de la profesión, ya que existe una frontera difusa entre lo que es una ocupación y una profesión. Sin embargo, es posible identificar algunos elementos como la formación educativa de alto nivel, la estructura organizativa, la vinculación con las estructuras de poder, el estatus, la actualización continua y la búsqueda de autonomía como factores que inciden en la determinación de una actividad determinada como una profesión. (Fernández, 2001)

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, y Rosales, 2016)

(Ramírez, 2006), ser enfermera significa forzar nuestro intelecto para estar al día con el avance del conocimiento; analizar ese conocimiento para aplicarlo en el momento justo; dejar constancia de nuestros resultados, para que otros lo aprovechen. También significa forzar el alma para entrar en contacto con las necesidades de otros.

Licenciado de enfermería

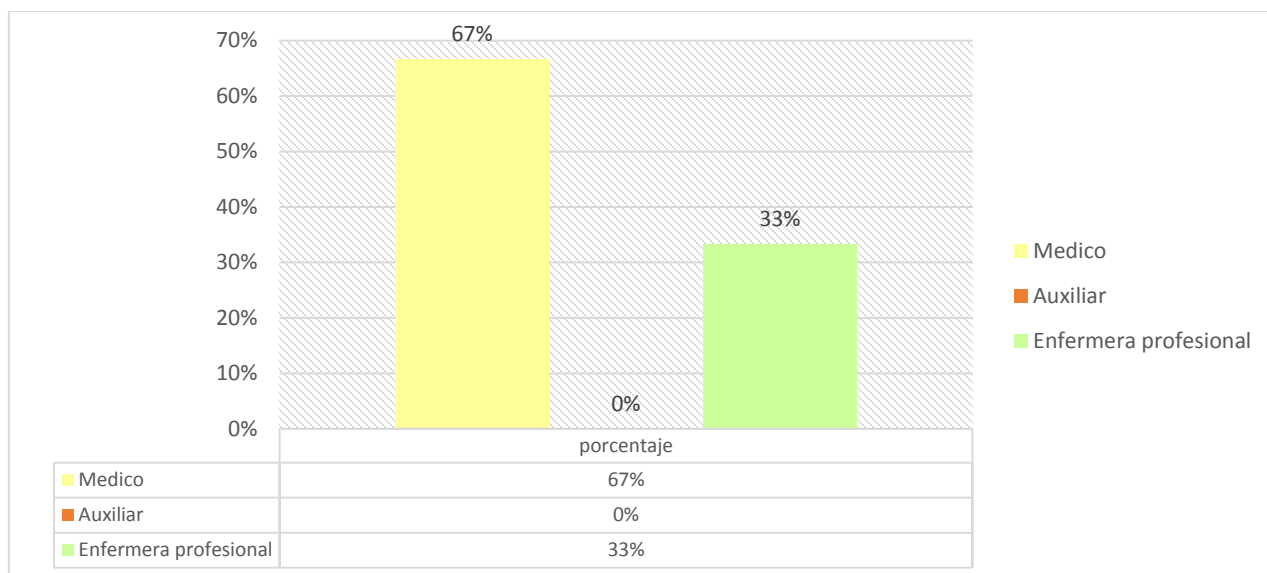
Es un enfermero capacitado para laborar en los tres niveles de atención bajo el control y dirección de un profesional de enfermería de mayor categoría académica que lo va tutelando para que adquiera competencias científico técnicas para cuidar y ayudar a las personas sanas o enfermas (niño, adolescente,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

Profesión médica

Ocupación basada en el 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. (Altisench & Cabrera, 2010)

De acuerdo a los autores antes mencionados el profesional de enfermería es una persona apta para dar atención, pero debe ser supervisado por un licenciado de enfermería o médico debido a que los conocimientos que tiene son más generales. El licenciado de enfermería es una persona que está capacitada para dar cuidado a quien lo necesite, este debe tener conocimientos actualizados para ponerlos en práctica, y así valorar a las personas ya sea sana o enferma; médico es una persona que está capacitada para diagnosticar y curar una patología, haciendo uso de sus conocimientos.

Gráfico N° 2. Profesión del personal de salud. P/S Wuppertal.



Fuente: Entrevista realizada al personal del Puesto de Salud.

El grafico N° 2 la profesión del personal de salud donde 2 recursos que representan un 67% son médicos, 1 trabajador para un 33% es profesional de enfermería.

Según los datos encontrados en la entrevista realizada al personal se puede observar que la mayoría del personal es médico y un tercio de la población es profesional de enfermería.

MOSAFC

El Modelo de Salud Familiar y Comunitario está basado en la estrategia de atención primaria en salud, entendida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentado y socialmente aceptada, puesta al alcance de todos las personas y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas las etapas de su desarrollo, con espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. (MINSa, 2010)

La asignación de recursos humanos se basa en criterios de accesibilidad geográfica, población asignada y utilizando los indicadores de recursos propuestos, esta unidad estará subordinada técnico y administrativamente al Centro de Salud cabecera. (MINSA, 2010)

Servicio	Perfil	Número
Atención ambulatoria	Médico	1
	Enfermero o Auxiliar	1
Total		2

(MINSA, 2010)

Según la guía de observación se identificó que en el centro de salud la mayoría de trabajadores son médicos, debido a que la población es vulnerable a sufrir enfermedades por la ubicación de los barrios que atiende.

Los habitantes del barrio Sadrach Zeledón no cuentan con servicios de agua residuales, las calles de este barrio se encuentran en mal estado (caminos), es próximo al cementerio municipal; en los barrios 1ero de mayo y Reparto Sandino son adyacentes al Rio grande de Matagalpa, en el barrios Lucidia Mantilla 2 esta contiguo a las lagunas de estabilización (Pilas sépticas); existe un exceso poblacional en esta zona ya que las personas inician a reproducirse muy jóvenes; además la aglomeración en los hogares, debido a esto el riesgo a sufrir de enfermedades es más alto.

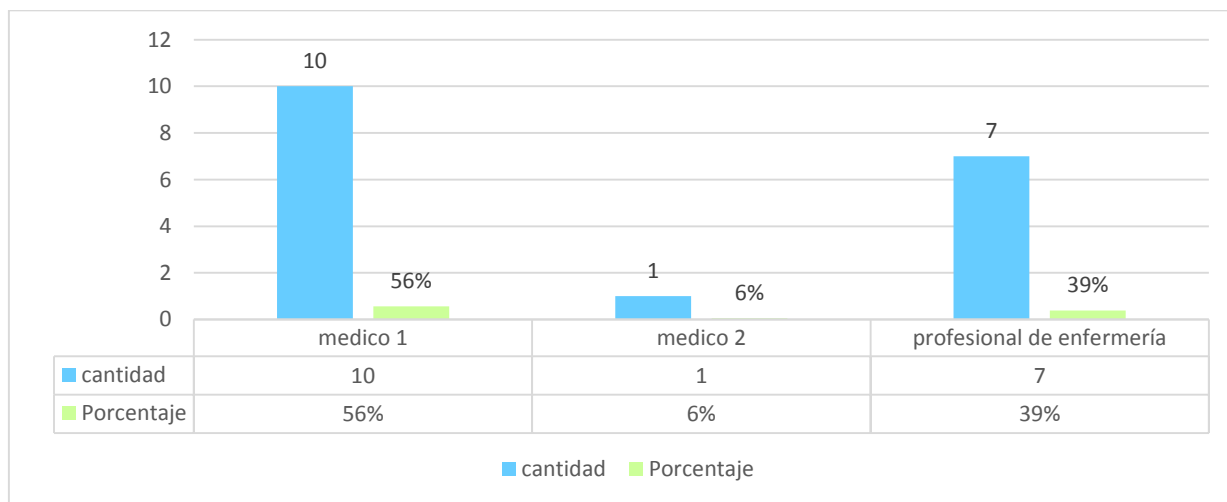
La mayor parte de población que asiste al puesto de salud es por consulta de una patología y no para realización de VPCD. Con respecto al modelo creado para la atención primaria en un puesto de salud debe estar disponible un médico y una enfermera por esta razón será preciso señalar que en el puesto de salud labora un médico profesional, un médico de servicio social y una profesional en enfermería; siendo responsable de este el médico general.

Experiencia laboral

La experiencia laboral o también llamada profesional, como un criterio de selección que refiere a los conocimientos que una persona adquiere a lo largo del tiempo. Se vincula estrechamente con la cantidad de años de ejercicio laboral de una persona y se asume que cuantos más años de trabajo posee, mayor será la experiencia en dicho cargo. A su vez: “La experiencia laboral permite al individuo formarse en el mundo del trabajo en un sentido amplio, adquiriendo destrezas en las tareas de la producción, disciplina en el cumplimiento de las obligaciones laborales, espíritu de cooperación para el trabajo en equipo” (Golpe, 2015)

Según el autor, es el aprendizaje que una persona obtiene por medio de la experiencia, reforzando sus conocimientos teóricos por medio de la práctica. Esta se consigue mediante pasan los años en un trabajo realizando las mismas funciones, se destaca que después el individuo ejecutará de forma más fácil sus obligaciones y de esta manera mejorará su rendimiento laboral

Grafico N° 3. Años de experiencia laboral. P/S Wuppertal



Fuente: Entrevista realizada al personal del Puesto de Salud.

El gráfico N° 3 describe los años de experiencia del personal de salud. Un recursos con un 56%(10 años) de laborar; 1 trabajador para un 6% (1 año) y 39% (7años) para un personal.

El presente gráfico nos muestra los años de experiencia que tiene el personal; de lo anterior podemos referir que un tercio de la población en estudio tiene un año de servicio, un tercio tiene 10 años de servicio y otro tercio de la población tiene 7 años de laborar. El médico 2 tiene mucha experiencia debido a que es de los primeros trabajadores del puesto de salud, aunque laboro tiempo antes en la misma zona para una ONG. La experiencia laboral que tiene el personal crea un vínculo de comodidad con los pacientes.

Conocimientos del personal de salud

Conocimiento

Actividad por la cual se adquiere certeza de la realidad, de la existencia del entorno, con características comprobadas. (Castrillón & Vallejo, 2015)

(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.”

“El conocimiento es un reflejo de la realidad, una copia del original. Si el reflejo o copia se corresponde con la realidad u original, se está en presencia de una relación de semejanza, lo que constituye la condición básica de un modelo. El surgimiento de cada uno de estos tipos de conocimientos se considera a partir de la concepción

de que las etapas de desarrollo de un tipo de conocimiento se convierten en niveles estructurales.” (González, 2011)

De acuerdo a los autores antes mencionados, conocimiento es la información que el ser humano adquiere por diferentes medios; este se va desarrollando mediante pasa el tiempo. A través de la organización mental nace un pensamiento y este crea una proyección y dependiendo de la importancia que el individuo le brinde a dicha idea este la materializa.

Tipos de conocimientos

Conocimiento empírico

“Este tipo de conocimiento se caracteriza principalmente por un enfoque que se basa en la experiencia y que responde directamente a una u otra demanda social, a una u otra necesidad práctica. Los éxitos de las investigaciones empíricas se valoran por la práctica. Su contenido es fácilmente accesible a quien posee un rico conocimiento descriptivo explicativo: rehacer los conocimientos empíricos en el lenguaje del sentido común no es tan complejo; lo uno y lo otro tienen vínculos directos.” (González, 2011)

Según el autor antes mencionado el conocimiento empírico es el que el ser humano adquiere por medio de los hábitos cotidianos. Cabe mencionar que en este tipo de conocimiento no necesita de ningún aprendizaje formal y eso hace que sea fácil; casi siempre se aprende observando o por la explicación de otro individuo.

De acuerdo al conocimiento empírico no se puede utilizar en la realización de VPCD, ya que el personal debe estar consciente de dominar la razón científica de la realización de cada procedimiento a realizar.

Conocimiento científico

Es una actividad que el hombre realiza como conjunto de acciones encaminadas con el fin de obtener un conocimiento verificable sobre los hechos que lo rodean. Define los conceptos con precisión, rigurosa y ordenadamente, sin ambigüedades del lenguaje corriente. Para que tenga un significado concreto y determinado. Otras características son:

- **Objetividad:** descripción de un conocimiento tal cual es, libre de prejuicios y/u opiniones.
- **Racionalidad:** los enunciados deben ser lógicos y coherentes (conceptos, juicios razonamientos). Se aleja de lo irracional, sobrenatural (arte, religión, etc.)
- **Sistematicidad:** organización en las búsquedas y coherencia para incluir todo conocimiento en conjuntos amplios, conjugando datos sin perder relevancia.
- **Generalidad:** los científicos buscan que los conocimientos sean puentes unos con otros para una comprensión de mayor alcance, de lo particular a lo general.
- **Falibilidad:** la ciencia es la única que acepta revisiones, discusiones y correcciones para hacerla más objetiva, racional, etc. (Vidondo, 2015)

Tal como lo señala el autor el conocimiento científico es el que tiene comprobación, una base científica y real. Se basa en las evidencias del medio que lo rodea. La demostración elabora resultados objetivos para que al momento de realizar una actividad exista una razón.

En la realización de VPCD es importante tener un conocimiento científico, ya que todo conocimiento puesto en práctica tiene una razón de ser, es decir que todas las técnicas utilizadas en un control tienen un objetivo, ya sea curar, prevenir, educar, entre otros.

Conocimiento filosófico

El estudio de aquello que trasciende la percepción inmediata lo denominamos conocimiento filosófico. Se basa fundamentalmente en la reflexión sistemática para descubrir y explicar fenómenos. Con este conocimiento no podemos percibir a través de los sentidos al objeto de estudio; pero tenemos la certeza que existe y podemos aproximarnos a él con un plan elaborado para definirlo y caracterizarlo. Cuando conocemos y construimos conocimiento filosófico, también lo podemos hacer de forma sistemática, metódica, analítica y crítica, pero, teniendo como objeto de estudio aquello que no podemos tocar, lo intangible. (Fernández, 1997)

En la opinión de Fernández el estudio filosófico es aquel que no se puede ver, distinguir, ni tiene comprobación alguna. Son ideas o pensamientos creados en la mente del ser humano y este razona sobre algo subjetivo o místico.

En el caso de la realización del VPCD el conocimiento filosófico es fundamental en las carreras de medicina y enfermería, este conocimiento está presente en la ética que debe tener el personal por medio de la actitud y los valores empleados en dichas actividades.

Conocimiento Vulgar

Wartofsky (1983), nos dice que este conocimiento no es explícitamente sistemático ni crítico. Que no existe un intento por considerarlo un cuerpo consistente de conocimiento, sin embargo es un conocimiento completo y se encuentra listo para su utilización inmediata. (Elgueta, Gajardo y Sepúlveda, 2002)

Características:

- Ha permanecido en el tiempo.
- No tiene orígenes claros.

- Corresponde al patrimonio cultural que ha sido heredado y transmitido por la cultura a través de generaciones de personas.
- También es llamado conocimiento común ordinario o popular (Elgueta, Gajardo y Sepúlveda, 2002)

De acuerdo a lo antes descrito se puede decir que el conocimiento vulgar es el que es transmitido por las personas de manera inconsciente por las costumbres que puede tener una determinada población. En la realización de VPCD es necesario que el personal comprenda la cultura del lugar en que se encuentra, para poder relacionarse con la gente y de esta forma brindarle la confianza necesaria para crear un vínculo de personal de salud y paciente y de esta manera mejore la atención.

Conocimiento de divulgación

Dado que el conocimiento científico es un producto social, teniendo en cuenta que la ciencia es una actividad social, se hace evidente la importancia de las tareas de divulgación y difusión del mismo. La divulgación y la difusión científica difieren particularmente en el público al que se desea informar. (Ramírez y Martínez, 2012)

En el ámbito científico es común referirse a divulgar cuando se trata de poner el resultado de investigaciones a disposición de un público interesado, extenso y general, que puede comprender la importancia de los resultados y la arquitectura de las argumentaciones, pero cuenta con una ilustración general ligera en el campo específico en que se presenta; mientras que difundir se refiere comúnmente a la disposición de este conocimiento ante un público más detallado, cuando en un sentido horizontal es dirigido a pares o expertos (Ramírez y Martínez, 2012)

Desde el punto de vista de los autores anteriores sugieren que el conocimiento de divulgación es la propagación de las diferentes investigaciones o experimentos creados de manera científica con el fin de transmitir educación a las personas que estén interesadas en diferentes temas. En el caso del personal de salud es

necesario que conozca la aparición nuevas enfermedades, los tratamientos. Es importante debido a que el trabajador de salud debe aprender para mejorar la atención que brindará al usuario.

De acuerdo con los autores antes mencionados podemos referir que existen diferentes tipos de conocimientos, se relacionan con el aprendizaje de las personas, ya sea por experiencia, o por aprendizaje formal, es decir que al individuo se lo enseñaron por estudios realizados.

En la enfermería influyen diferentes tipos de conocimientos como son: Conocimiento científico es necesario en las áreas de atención ya que toda actividad tiene una razón. Conocimiento filosófico es significativo por los valores implementados en la atención de pacientes. Conocimiento vulgar es útil porque ayuda a la relación del enfermero con las distintas comunidades en las que puede laborar. Conocimiento de divulgación encargado de la reproducción de investigaciones realizadas para mejorar el estado de salud.

Según lo antes mencionado se puede analizar que el personal que labora en la unidad de salud tiene un conocimiento científico. El individuo debe haber estudiado en una escuela para adquirir conocimientos formales. En el área de salud las personas deben tener estudios avanzados, es decir universitarios o técnicos.

VPCD

Las siglas de VPCD significan vigilancia y promoción de crecimiento y desarrollo; su propósito es contribuir al crecimiento y desarrollo satisfactorio de los niños menores de cinco años, a través de las acciones de prevención, promoción y tratamiento oportuno de las enfermedades prevalentes en la infancia. (Millón, 2007)

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, sino 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 (Millón, 2007)

“La vigilancia del desarrollo comprende todas las actividades relacionadas a la promoción del desarrollo normal y a la detección de problemas en el desarrollo durante la atención primaria de la salud del niño. Es un proceso continuo y flexible, que incluye información de los profesionales de salud, padres, profesores y otros” (Figueiras; Neves y Ríos, 2006)

De acuerdo a los autores mencionados argumentan que VPCD es la vigilancia periódica del crecimiento y desarrollo de los niños menores de cinco años. Esta valoración se realiza con el fin de detectar cualquier anomalía o alteración, se hace de forma periódica y se rige por diferentes parámetros para evaluar tanto lo físico, neurológico, cognitivo y afectivo.

Importancia de VPCD

El contexto de desarrollo infantil preconiza las promociones de conductas saludables para todos, la prevención para la mayoría, la cura y la rehabilitación para una minoría que no consigue avanzar satisfactoriamente a pesar de estrategias específicas y de intervenciones promocionales y preventivas. La detección precoz de los problemas de desarrollo es un proceso continuo de vigilancia de desarrollo infantil que en niños menores de seis años se constituye en una estrategias de gran impacto, una vez que está dirigido al primer nivel de atención de la salud, donde cerca de ochenta por ciento de la demanda principalmente materna e infantil es atendida por el sistema de salud. (Figueiras; Neves y Ríos, 2006)

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

De acuerdo a lo antes mencionado el VPCD es significativo para los niños menores de 5 años, ya que el seguimiento de crecimiento y desarrollo brindado, disminuye el impacto que tienen las diferentes patologías, por medio de distintas jornadas y planes utilizados, a fin de que los infantes tengan una mejor calidad de vida.

Actividades que se realizan en un VPCD.

Actividad que se realiza de manera periódica a la niña y niño que tiene por objeto realizar la evaluación integral, que comprende: estado de nutrición, estado de desarrollo y la valoración de los factores determinantes relacionados a su salud y nutrición.

En la consulta se desarrolla: Evaluación Integral:

- Estado actual de nutrición: evaluación del peso y talla al nacer, ganancia de peso y talla.
- Estado de desarrollo: habilidades y capacidades de la niña y niño, signos de maltrato, violencia y otros priorizados localmente. (Durand, 2008)

Para Durand, la realización de VPCD, es de forma continua para medir el progreso que tiene el infante en los diferentes ámbitos, dependiendo de la edad que tiene el

niño, esta se efectúa con la ayuda de diferentes tablas creadas para la valoración del pequeño.

La realización de VPCD es necesario que sea de forma subsecuente debido a que es la evaluación del progreso que tiene el infante en su desarrollo y crecimiento, esta debe ser controlada para detectar cualquier alteración que pueda tener. Además de prevenir enfermedades por medio de los planes que se realizan para los niños.

Técnicas que se realizan en un VPCD

(Rodríguez, 2016) “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 (Rodríguez, 2016)

Como expresa el autor, el personal de salud debe realizar un conjunto de procedimientos para evaluar el peso, talla, estado nutricional, desarrollo psicomotor, desarrollo afectivo, desarrollo social. Para su elaboración se utilizan diversas tablas que estiman si el desarrollo del niño es adecuado conforme a su edad.

Se le realizó una entrevista al personal de salud en la cual se consultó sobre las técnicas que se ejecutan en la realización de VPCD.

Según la guía de observación realizada se logró constatar que el personal de salud cumple con las técnicas que se realizan en un VPCD, pero de forma incorrecta. Cabe mencionar que no en todos los controles es la misma situación, en particular el VPCD es más detallado en niños menores de un año.

Vigilancia del desarrollo de niños de 0 a 2 meses de edad

Examen físico céfalo- caudal

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

1. Perímetro cefálico.
2. Peso.
3. Talla.

4. Reflejo cócleo.
5. Reflejo de succión.
6. Reflejo de moro.
7. Brazos y piernas flexionados.
8. Manos cerradas.
9. Sonrisa social.
10. Realizar expediente.
11. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación.
12. Programación de próxima cita. (Figueiras; Neves y Ríos, 2011)

Desde el punto de vista de los autores se realizan trece actividades en niños de 0 a 2 meses. En Nicaragua se realiza el primer control el tercer día después del nacimiento, creando un expediente para el nuevo usuario, en el cual se hace un examen físico céfalo-caudal, donde el personal de salud busca cualquier deformación congénita, asimetría, entre otros. Cabe mencionar que se le da consejería sobre la alimentación que debe tener la madre y el bebé. El peso y talla se grafica en las curvas de crecimiento y desarrollo.

Vigilancia del desarrollo de niños en el control (2 meses)

1. Examen físico céfalo caudal.
2. Perímetro cefálico.
3. Peso.
4. Talla.
5. Realizar expediente.
6. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación.
7. Programación de próxima cita (Figueiras; Neves y Ríos, 2011)
8. Aplicación de refuerzo de vacunas polio oral, pentavalente DPT/HB+Hib, rotavirus, neumococo (Ministerio de Salud, 2017)}

De acuerdo con el autor en un control de VPCD para un niño de dos meses se realizan diferentes técnicas, para asegurar que el infante esté en buen estado de salud. Cabe mencionar que en Nicaragua se realiza una gráfica de crecimiento además de aplicar biológicos para prevenir enfermedades tales como la poliomielitis, difteria, tétano, tosferina, influenza tipo B, rotavirus y neumococo.

Según la guía de observación realizada al personal de salud, se constató que se realiza el llenado completo de historia clínica. Con respecto al examen físico céfalo-caudal no se lleva a cabo en forma correcta, debido al orden en que se ejecuta. Se toman medidas antropométricas, pero en ocasiones no se realiza técnica debido a que se pesa al niño con prendas como pañales, camisas u otros que pueden distorsionar el resultado. Se realiza curva de crecimiento y cumple con esquema de vacunación. Revisión de reflejos en ocasiones. Se brinda consejería sobre lactancia materna exclusiva y señales de peligro. Se realiza programación de cita.

Vigilancia del desarrollo de niños en el tercer control (4 meses)

1. Examen físico céfalo caudal.
2. Perímetro cefálico.
3. Peso.
4. Talla.
5. Responde al examinador.
6. Agarra objetos.
7. Emite sonidos.
8. Sostiene la cabeza.
9. Realizar expediente.
10. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación.
11. Programación de próxima cita (Figueiras; Neves y Ríos, 2011)

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

Refuerzo de vacunas

Vacunas de microorganismos muertos o inactivados. Se obtienen inactivando los microorganismos por procedimientos químicos o físicos. En general, induce una respuesta inmunitaria de menor intensidad y duración que la obtenida con vacunas de microorganismos vivos atenuados, y fundamentalmente de tipo humoral. Se requieren varias dosis para la primera vacunación y dosis de refuerzo para mantener una concentración adecuada de anticuerpos séricos. (Santos, 2012)

De acuerdo al autor en una cita de VPCD para un niño de cuatro meses, se desarrollan una serie de destrezas médicas, para efectuar una evaluación de crecimiento y desarrollo del infante de acuerdo a su edad. En Nicaragua se realiza una gráfica de curvas para llevar el control de crecimiento. Se aplica refuerzo de biológicos, debido a que a veces la reacción del organismo es tardío a las respuestas defensivas con la primera aplicación por esta razón es necesario continuar estimulándolo.

Conforme la guía de observación que se realizó se corroboró que no siempre se realizan anotaciones en el expediente clínico, sin embargo se hacen apuntes en la tarjeta de vacuna. Se hace examen físico regional. Se toman medidas antropométricas entre ellas: peso, talla y perímetro cefálico, destacando que en ocasiones se dejan prendas que no permiten hacer una buena valoración; por lo tanto las curvas no estarán bien fundamentadas. Se cumple con el refuerzo de aplicación de vacunas; y en ocasiones se brindan recomendaciones sobre lactancia materna.

Vigilancia del desarrollo de niños en el cuarto control (6 meses)

1. Examen físico céfalo caudal.

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

Tal como expresa el autor se considera que en un control de un infante de seis meses se realizan trece actividades en las cuales se valora el estado de salud tanto físico como mental. A esta edad al niño le empiezan a llamar la atención los sonidos, objetos, entre otros. Por esta razón es necesario comprobar que el desarrollo psicomotor está evolucionando de manera adecuada. En el caso del país se realiza un gráfico de peso y talla por cada control. Se ejecuta una sub-secuencia del esquema de vacunación aplicando un refuerzo de dosis.

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal de salud se comprobó que no siempre se realizan anotaciones en el expediente clínico, aunque sí escriben en la tarjeta de vacuna. No se realiza examen físico, solo si el infante tiene presencia de síntomas que indiquen una patología y la madre o tutor lo refiera. Se realiza examen físico de la región afectada, se toman medidas antropométricas: peso, talla, perímetro cefálico; aunque no con técnica correcta debido a que se pesa con algunas prendas y se toma perímetro cefálico. Se realizan curvas de crecimiento. Se cumple con esquema de vacunación.

Vigilancia del desarrollo de niños en el quinto control (12 meses)

- 1) Examen físico céfalo caudal.
- 2) Perímetro cefálico.
- 3) Peso.
- 4) Talla.
- 5) Juega a taparse y descubrirse.
- 6) Transfiere objetos entre una mano a la otra.
- 7) Duplica sílabas.
- 8) Se sienta sin apoyo.
- 9) Realizar expediente.
- 10) Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación.
- 11) Programación de próxima cita (Figueiras; Neves y Ríos, 2011).
- 12) Aplicación de vacuna MMR (Ministerio de Salud, 2017).

Conforme al autor anterior describe una lista de actividades que se ejecutan en el control de un año. En esta se evalúa la parte psicomotora del niño debido a que él debe relacionarse con el medio. Se valora el peso y talla. Se realiza su gráfica comparada con la edad del infante. Se aplica biológico para prevenir las enfermedades como son la rubiola, sarampión y parotiditis.

Según la guía de observación se realizan anotaciones en tarjeta de vacunas. Se realiza examen físico regional si la madre expresa que el niño se encuentra enfermo. Técnica de peso no es realizada de forma correcta. Destreza de talla incumpliendo técnica debido a que los tallan en brazos de la madre por lo tanto los datos obtenidos no son correctos. Se cumple con esquema de vacunación.

Vigilancia del desarrollo de niños en el sexto control (18 meses)

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

4. Talla.
5. Identifica dos objetos.
6. Garabatea espontáneamente.
7. Dice tres palabras.
8. Camina para atrás.
9. Realizar expediente.
10. Realizar anotaciones correspondientes en expediente y tarjeta de vacunación (Figueiras; Neves y Ríos, 2011).
11. Aplicación de vacuna correspondiente DPT (Ministerio de Salud, 2017).

Tal como refiere los autores se llevan a cabo once actividades para la realización del control de dieciocho meses de vida, en el cual se evalúa la parte física y mental del infante y su coordinación motora. Así como anotaciones en expediente y realización de curvas de crecimiento. Se aplica biológico para prevenir las enfermedades de difteria, tosferina y tétano.

En el puesto de salud no asistieron a control de VPCD niños de 18 meses los días que se asistió a realizar guías de observación por lo tanto no se pudo corroborar cómo era la elaboración de este.

Es importante realizar las actividades de cada VPCD teniendo en cuenta el orden y ejecutando cada técnica de forma correcta, ya que afecta la evaluación del infante, cabe señalar que un dato alterado puede significar una patología, por esta razón es necesario realizar correctamente los procedimientos.

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 y Granero, 2016)

“Puede entenderse como el proceso en el que se manifiestan las dimensiones psíquica, motriz-sensorial, social y afectiva y por lo tanto se refiere a la ontogenia. El curso del desarrollo típico es un indicador de la integridad estructural y funcional del sistema nervioso y los efectores. Sigue patrones que se mantienen más o menos estables dentro de la deriva natural de la especie humana, con una fuerte interacción entre base genética y ambiente, que en el caso de los primeros años de vida son bastante críticos.” (Salgado, 2007)

El desarrollo motor del niño de los 0 a los 6 años no puede ser entendido como algo que le condiciona, sino como algo que el niño va a ir produciendo a través de su deseo de actuar sobre el entorno y de ser cada vez más competente (Madrona, Contreras y Gómez, 2008)

El fin del desarrollo motor es conseguir el dominio y control del propio cuerpo, hasta obtener del mismo todas sus posibilidades de acción. Dicho desarrollo se pone de manifiesto a través de la función motriz. Está constituida por movimientos orientados hacia las relaciones con el mundo que circunda al niño y que juega un papel primordial en todo su progreso y perfeccionamiento; desde los movimientos reflejos primarios hasta llegar a la coordinación de los grandes grupos musculares que intervienen en los mecanismos de control postural, equilibrios y desplazamientos. (Madrona, Contreras y Gómez, 2008)

La mejora motriz está sujeta a las cuatro leyes del desarrollo:

- Ley céfalo-caudal.
- Ley próximo-distal.
- Ley de lo general a lo específico.
- Ley del desarrollo de flexores-extensores.

El desarrollo, a su vez, tiene una serie de características que lo singularizan; causales de que tanto él mismo como el perfeccionamiento motriz dependan de la maduración y del aprendizaje, ya que para que se produzca un aprendizaje en la coordinación de movimientos es preciso que el sistema nervioso y el sistema muscular hayan conseguido un nivel idóneo de maduración. (Madrona, Contreras y Gómez, 2008).

El desarrollo psicomotor es un fenómeno cualitativo que se expresa tanto en lo corporal como en lo cognitivo y emocional, además de ser la forma natural de ir adquiriendo habilidades durante la infancia. (Urdangarin, 2005)

De lo antes mencionado los autores describen que el desarrollo psicomotor es la evolución que tiene el cuerpo. Este proceso es la coordinación de lo mental y lo físico, el niño a medida que crece va adquiriendo diferentes aptitudes que son estimuladas por diferentes factores que influyen de forma significativa en la adquisición de conocimientos y capacidades. Por ejemplo un niño que no tiene comunicación de forma frecuente le costará más aprender a entablar una conversación.

En el VPCD la valoración de desarrollo psicomotor es fundamental, debido a que por medio de esta evaluación se puede determinar si el infante tiene algún déficit de desarrollo. Si es de esta forma se trata a tiempo esta afección. Además se le debe enseñar a la madre, padre o tutor, cómo estimular este proceso. Ya que no es lo mismo un niño de cuatro años a un niño de dos años; su aprendizaje es diferente y el comportamiento de este será desigual.

Parámetros de desarrollo psicomotor

1 mes

- Los movimientos de las piernas, los brazos y las manos todavía son reflejos.

- Empuja hacia afuera brazos y piernas.
- Levanta la cabeza levemente, la gira hacia los lados cuando está boca arriba o boca abajo, se retuerce y hace contoneos.
- Puede sostener la cabeza en línea con la espalda.
- Se queda observando un objeto pero no lo busca.
- Coordina el movimiento de los ojos hacia los lados.
- Reflejos más eficientes.
- Agarra un objeto, pero lo deja caer rápidamente.
- Responde a sonidos y voces de personas.
- Responde de manera positiva a la comodidad y satisfacción, pero de manera negativa al dolor.
- Succiona para obtener su alimento.
- Extiende y encoge su espalda y extremidades ante un sobresalto.
- Agarra objetos que se pongan en la palma de su mano.
- Al final del mes intenta realizar movimientos de marcha cuando se le sostiene con los pies en una superficie plana.
- Chupa objetos que estén cerca de su boca y bosteza. (Grisales, Gómez y Sepúlveda, 2010)
- 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)
- Eleva el mentón. Levanta la cabeza hasta el plano del cuerpo en suspensión ventral (SV).
- Relajado en Tónico Cervical. Asimétrico.

- Cabeza hacia atrás al sentarle.
- Mira al hablarle.
- Sigue el movimiento.
- Puede sonreír.
- Cesa el llanto ante sonidos.
- Dormido Despierta con llanto por hambre o molestias. (Cordeiro, Muñoz y Pérez, 2014)

Según el autor, el bebé de un mes de edad está iniciando su proceso de adaptación al mundo exterior, en este momento sus sentidos no están desarrollados de forma completa, por esta razón son totales dependientes de sus cuidadores. Esta etapa es importante debido a que el vínculo madre e hijo contribuirá en el futuro del infante, ya que si es una buena relación la estimulación sensorial será oportuna y la nutrición será de calidad.

En Nicaragua no se realiza VPCD al niño de un mes, debido a que se toma como referencia el esquema de vacunación, para la programación de cita de controles. A pesar de esto puede variar por el estado de salud en que se encuentre el niño en la primera revisión de los tres días de nacido.

2 a 3 meses

- Puede calmarse sin ayuda por breves momentos (se pone los dedos en la boca y se chupa la mano).
- Empieza a sonreírle a las personas.
- Trata de mirar a sus padres.
- Hace sonidos como de arrullo o gorjeos.
- Mueve la cabeza para buscar los sonidos.
- Se interesa en las caras.

- Comienza a seguir las cosas con los ojos y reconoce a las personas a la distancia.
- Comienza a demostrar aburrimiento si no cambian las actividades (llora, se inquieta).
- Puede mantener la cabeza alzada y trata de alzar el cuerpo cuando está boca abajo.
- Mueve las piernas y los brazos con mayor suavidad. (Shellov y Remer, 2009)
- Al llevarlo a posición sentado, la cabeza cae hacia atrás.
- Sosteniéndolo sentado. La cabeza se mantiene por instantes. En decúbito prono: se mantiene sostenido sobre antebrazos 45°. En decúbito supino: semiflexión miembros inferiores.
- Lenguaje: Arrullo cuando se le habla.
- Sonrisa social: Sigue con la vista objetos a 180°. Grasping discreto con frecuencia las manos abiertas.
- Campo visual equivale a 1/3 del adulto. Sigue con la vista.
- Oído: Reacciona a estímulos auditivos. (León, 2002).

En cuanto a la opinión de los autores a los dos a tres meses de edad el bebé ha adquirido fuerza muscular, y sus sentidos se encuentran más desarrollados aunque no plenamente. En este período logran reconocer a ciertas personas por medio de su olfato y sonidos; les llama la atención la luz y los objetos.

En la realización de VPCD a los dos meses se evalúa visión y reacción por medio de sonidos; reflejos, sonrisa social, estado nutricional y vocalizaciones. Además de la aplicación de biológicos que correspondan de acuerdo al esquema de vacunación vigente.

4 a 6 meses

- Sonríe espontáneamente, especialmente a las personas.

- Le gusta jugar con la gente y puede ser que hasta lllore cuando se terminan los juegos.
- Copia algunos movimientos y gestos faciales, como sonreír o fruncir el ceño.
- Empieza a balbucear.
- Balbucea con entonación y copia los sonidos que escucha.
- Llora de diferentes maneras para mostrar cuando tiene hambre, siente dolor o está cansado.
- Responde ante las demostraciones de afecto.
- Trata de alcanzar los juguetes con la mano.
- Coordina las manos y los ojos, por ejemplo, ve un juguete y lo trata de alcanzar.
- Le deja saber si está contento o triste.
- Sigue con la vista a las cosas que se mueven, moviendo los ojos de lado a lado.
- Observa las caras con atención q Reconoce objetos y personas conocidas desde lejos.
- Mantiene la cabeza fija sin necesidad de soporte.
- Se empuja con las piernas cuando tiene los pies sobre una superficie firme.
- Cuando esta boca abajo puede darse vuelta y quedar boca arriba.
- Puede agarrar un juguete y sostenerlo por un tiempo para golpear otros juguetes colgados.
- Se lleva las manos a la boca.
- Cuando esta boca abajo se levanta hasta apoyarse con los codos. (Shellov; Remer, 2009)

Por lo que refiere el autor al desarrollo en esta etapa, el infante ha alcanzado mayor fuerza muscular, realiza movimientos más frecuentemente. Es capaz de reconocer personas. Empieza a jugar tomando objetos con sus manos y alcanza otros con ayuda de otros juguetes. Expresa sus emociones por medio de risas o llantos.

En la realización del control de cuatro y seis meses de edad se evalúa el progreso que ha tenido el infante en esta etapa. El niño debe estar más curioso y receptivo a los movimientos y voces, así como intentar gatear. Valorar el peso y talla es fundamental. Se cumple esquema de vacunas.

7 a 9 meses

- Agarra sus pies “chupa primer ortejo”.
- Sentado sin apoyo tiende las manos hacia delante para no caer estadio “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.
- Control total del tronco.
- Gira en ambos sentidos (supino-prono-supino)
- Pasa de supino ha 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)

De acuerdo al autor antes mencionado el niño a esta edad realiza muchas actividades, ha adquirido fuerza muscular, se sienta, agarra objetos y siente apego hacia ellos, además de expresar sus emociones enojo, alegría, tristeza.

En este momento no se realiza VPCD, pero se les orienta a los padres que el niño tendrá más curiosidad y que lo deben estimular para que logre tener un aprendizaje adecuado para su edad. En esta etapa el infante debe comer otro tipo de alimentos suplementarios de esta forma el infante aprenderá a distinguir sobre sabores y gustos.

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).
- 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). (León, 2002)
- Puede ser que les tenga miedo a los desconocidos
- Tiene juguetes preferidos
- Puede ser que se aferre a los adultos conocidos todo el tiempo
- Entiende cuando se le dice “no”
- Imita los sonidos y los gestos
- Hace muchos sonidos diferentes de otros como “mamamama” y q Señala objetos con los dedos “tatatatata”.
- Observa el recorrido de las cosas al caer.
- Transfiere objetos de una mano a la otra con facilidad.
- Va en busca de las cosas que usted esconde.
- Se pone las manos en la boca.
- Levanta cosas como cereales forma de “o” entre el dedo índice y el pulgar.
- Juega a esconder su carita detrás de las manos.
- Se para sosteniéndose en algo.

- Puede sentarse solo.
- Se sienta sin apoyo.
- Se parar sosteniéndose de algo.
- Gatea (Shellov; Remer, 2009)

De acuerdo al autor antes mencionado en este período el infante logra ponerse en pie, se hace vulnerable a las caídas y golpes. La curiosidad aumenta, ya que al poder trasladarse de un sitio a otro, puede tomar objetos con facilidad, el aprendizaje en esta etapa es más abierto.

En este periodo no se realiza VPCD aunque los padres ya han sido educados de forma previa para que estimulen el aprendizaje y desarrollo de sus hijos, en esta etapa los niños empiezan a balbucear palabras, el responder esto les incita a repetir palabras.

12 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)
- Actúa con timidez o se pone nervioso en presencia de desconocidos
- Lloro cuando la mamá o el papá se aleja
- Tiene cosas y personas preferidas
- Demuestra miedo en algunas situaciones.
- Le alcanza un libro cuando quiere escuchar un cuento.
- Repite sonidos o acciones para llamar la atención.
- Levanta un brazo o una pierna para ayudar a vestirse.
- Juega a esconder la carita y a las palmaditas con las manos.

- Actúa cuando se le pide que haga algo sencillo.
- Usa gestos simples, como mover la cabeza de lado a lado para decir “no” o despedirse con la mano.
- Dice “mamá” y “papá” y exclamaciones como “oh-oh”.
- Hace sonidos con cambios de entonación (se parece más al lenguaje normal).
- Trata de repetir las palabras que usted dice.
- Explora los objetos de diferentes maneras (los sacude, los golpea o los tira).
- Cuando se nombra algo mira en dirección a la ilustración o cosa que se nombró.
- Imita gestos.
- Comienza a usar las cosas correctamente, por ejemplo, bebe de una taza, se cepilla el pelo.
- Golpea un objeto contra otro.
- Mete cosas dentro de un recipiente, las saca del recipiente.
- Suelta las cosas sin ayuda.
- Pincha con el dedo índice.
- Sigue instrucciones sencillas como “recoge el juguete”.
- Encuentra fácilmente objetos escondido.
- Se sienta sin ayuda.
- Se pone en pie sosteniéndose de algo, camina apoyándose en los muebles, la pared, etc. (Shellov, Remer, 2009).

De acuerdo con lo antes mencionado a esta edad el infante empieza a gatear y caminar; le gusta jugar, trata de repetir palabras, entre otras cosas, este período es importante, ya que la independencia empieza.

En el VPCD al año de edad se evalúa el desarrollo que el infante tiene, además de educar a los padres para que continúen estimulando al niño, la adaptación del

chiquito del medio es de relevancia, ya que en esta edad se crea la personalidad de ellos.

4 años

- Disfruta haciendo cosas nuevas.
- Juega al “papá” o a la “mamá”.
- Cada vez se muestra más creativo en los juegos de imaginación.
- Le gusta más jugar con otros niños que solo.
- Colabora con otros niños.
- Generalmente no puede distinguir la fantasía de la realidad.
- Describe lo que le gusta y lo que le interesa.
- Sabe algunas reglas básicas de gramática, como el uso correcto de “él” y “ella”.
- Relata cuentos q Puede decir su nombre y apellido.
- Canta una canción o recita un poema de memoria como “La araña pequeñita” o “Las ruedas de los autobuses”.
- Nombra algunos colores y números.
- Entiende la idea de contar.
- Comienza a entender el concepto de tiempo.
- Recuerda partes de un cuento.
- Entiende el concepto de “igual” y “diferente”.
- Sabe usar tijeras.
- Dibuja una persona con 2 o 4 partes del cuerpo.
- Empieza a copiar algunas letras mayúsculas.
- Juega juegos infantiles de mesa o de cartas.
- Le dice lo que le parece que va a suceder en un libro a continuación.
- Brinca y se sostiene en un pie hasta por 2 segundos.
- La mayoría de las veces agarra una pelota que rebota.

- Se sirve los alimentos, los hace papilla y los corta (mientras usted lo vigila) (Shellov, Remer, 2009)

Como refiere el autor a los cuatro años el niño es más creativo y dinámico; disfruta de aprender y expresarse, juega sobre situaciones reales o imaginarias. Es capaz de mostrar su individualidad por medio de sus gustos en juegos, cuentos, películas, canciones. Su lenguaje es más amplio y utiliza nuevas palabras de forma correcta distinguiendo entre femenino, masculino, singular o plural, por lo que es más fácil entablar una conversación se muestra más activo y adquiere nuevas capacidades físicas.

En esta etapa no se realiza VPCD a menos que lleven al niño con alguna enfermedad o alteración. Si es de esta forma será atendido para que él mejore su estado de salud, además de brindar consejería a los padres, y realizar citas para desparasitaciones.

5 años

- Quiere complacer a los amigos.
- Quiere parecerse a los amigos.
- Es posible que haga más caso a las reglas.
- Está consciente de la diferencia de los sexos.
- Puede distinguir la fantasía de la realidad.
- Le gusta cantar, bailar y actuar.
- Es más independiente (por ejemplo, puede ir solo a visitar a los vecinos de al lado) [para esto todavía necesita la supervisión de un adulto].
- A veces es muy exigente y a veces muy cooperador.
- Habla con mucha claridad.
- Puede contar una historia sencilla usando oraciones completas.
- Puede usar tiempo pasado o futuro en sus oraciones.

- Dice su nombre y dirección.
- Cuenta 10 o más cosas.
- Puede dibujar una persona con al menos 6 partes del cuerpo.
- Puede escribir algunas letras o números.
- Dibuja triángulos y otras figuras.
- Conoce las cosas de uso diario como el dinero y la comida.
- Se para en un pie por 10 segundos o más.
- Brinca y puede ser que dé saltos de lado.
- Puede dar volteretas en el aire.
- Usa tenedor y cuchara y, a veces, cuchillo.
- Puede ir al baño solo.
- Se columpia y trepa (Shellov, Remer, 2009)

Como plantean los autores a esta edad el niño puede hablar correctamente, memoriza con mayor facilidad lo que se le enseña u observa. Le gusta expresarse y llamar la atención de su familia y amigos. Es el momento idóneo para aprender a escribir números o letras y la diferencia entre algunas figuras geométricas sencillas. Puede ir al baño sin ayuda de un adulto y describir sus datos básicos a otras personas. Sus juegos son creativos, pero enfocados a lo que observan.

Este es el último control que se realiza, en el cual se evalúa el peso y talla del niño. Además del desarrollo psicológico que ha tenido, a esta edad los niños son independientes y están preparados para un aprendizaje formal, agregándole responsabilidades que proyecten habilidades.

Sentido del olfato

La capacidad olfativa se inicia en el bebé en el mismo momento en que respira automáticamente. 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)

De acuerdo al autor antes mencionado el sentido del olfato es uno de los primeros sentidos que el infante tiene, desde el momento de su nacimiento. Por medio de este reconoce a su madre a través del olor de la leche materna.

En el VPCD se observan diferentes patologías que puedan afectar el sentido del olfato por medio del examen físico. Es de relevancia revisar la zona pulmonar para conocer si existe algún problema que pueda afectar, además de explicar a los padres que no deben utilizar fragancias muy fuertes, ya que el infante puede sentir incomodidad o algún tipo de alergia.

Sentido de la vista

La visión en sí misma no está completamente desarrollada al nacimiento, aunque esta sea a término. El ojo alcanza su tamaño adulto a los siete u ocho años de edad. Es importante conocer cómo se desarrolla la visión normal, pues cualquier alteración provocará una mayor o menor agudeza visual, una ambliopía, llegando incluso a la ceguera conforme el grado del problema. (Brandt, 2005)

Según el autor antes mencionado el sentido de la vista, es un proceso; el niño termina de desarrollar sus ojos hasta que alcanza la edad de ocho años promedio. Aunque el grado de visión no esté completa es necesario realizar exámenes visuales para determinar cualquier patología que pueda afectar en un futuro y así lograr corregir a tiempo.

En la realización de VPCD es importante realizar examen visual para comprobar si el infante no tiene alguna afección visual o alguna complicación. Si es de esta forma el niño presentará problemas para relacionarse con el medio y por esta razón tendrá

problemas de aprendizaje. Cabe mencionar que también se le interroga al padre o madre para saber si el bebé observa objetos, no señala, entre otros.

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)

De acuerdo al autor antes mencionado este sentido se desarrolla mediante el niño empieza a tener curiosidad y todo los objetos los ingresa a su boca. Esto crea un mundo nuevo de aprendizaje, ya que por medio de esta experiencia logra percibir agrado a ciertos sabores. En esta etapa el niño es más vulnerable a sufrir enfermedades.

En la realización de VPCD se les explica a los padres que el infante no debe probar ningún tipo de alimento antes de los 6 meses de edad. El niño puede sentir desagrado por la leche materna, después de esta edad la curiosidad se empieza a manifestar ingresando objetos a la boca por lo cual se les enseña que deben tener cuidado con los objetos pequeños o sucios para evitar complicaciones.

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, entre otros). Existe desde el nacimiento. (León, 2002)

Según el autor antes mencionado el sentido del tacto es muy importante debido a que por medio de este logra descubrir sensaciones desde su alimentación, así como objetos que influirán en el transcurso de la vida y el aprendizaje del niño. La

estimulación por medio de juguetes u objetos es muy importante para que el infante aprenda a conocer. Esto hará que el niño despierte curiosidad. El bebé es un pequeño científico, todo lo quiere descubrir y tocar.

En VPCD se les orienta a los padres que dejen al niño que descubra el mundo en el que se encuentra para que esto ayude a su desarrollo mental, a medida que el infante crece los papás dejar que sus hijos experimenten texturas ya que esto creara un aprendizaje en los menores y podrán reconocer si es placentero el objeto que tocan o si es doloroso.

Sentido de audición

Es el órgano que antes se comienza a utilizar en el ser humano. Desde el vientre materno el feto ya es capaz de oír sonidos del exterior. De igual manera es el encargado de percibir las ondas sonoras para poder enviarlas al cerebro no solo tiene esta función, sino que además aloja el sentido kinestésico (equilibrio). (Vanegas y Sisalima, 2013)

Se podría decir que nuestro órgano auditivo puede discriminar cantidad de volumen, duración del sonido, dirección, de donde procede y frecuencia del mismo ya que es el más importante de la percepción y además está muy relacionado con el equilibrio.

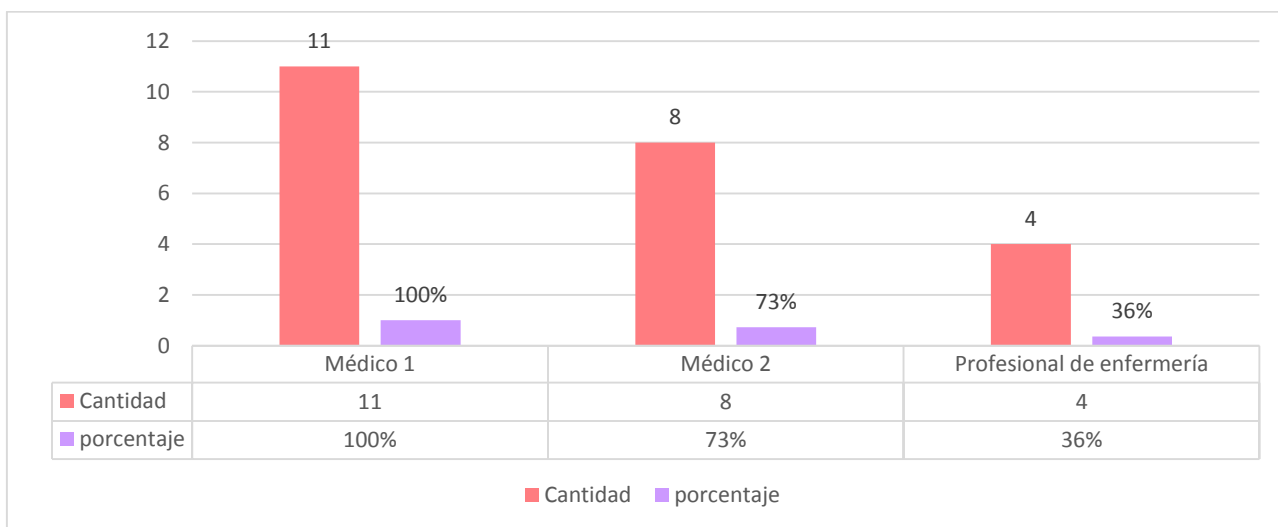
Según los autores antes mencionado el desarrollo psicomotor es el progreso que tiene el infante desde el instante de su nacimiento hasta la edad que él tiene, este se afina a medida que crece. El oído influye en el equilibrio que tiene el ser humano si este sufre algún daño puede que al infante le dificulte el poder estabilizarse al momento de caminar.

Conocer si el niño escucha es de importancia, ya que si es de la manera contraria puede afectar su aprendizaje, además afectara al momento de dar sus primeros

pasos ya que afecta el equilibrio. En el VPCD se orienta a los padres como cuidar el oído, la limpieza que deben de tener entre otros.

Se clasifica el conocimiento en bueno y malo teniendo en cuenta los rangos de 0-5 conocimiento malo; y de 6-11 conocimiento bueno; para poder responder de forma acertada el personal entrevistado debe conocer y manejar normas y protocolos para la atención de infante, así como utilizar herramientas como son AIEPI y esquema de vacunación.

Grafico N° 4. Conocimientos del personal de salud relacionados al VPCD. P/S Wuppertal.



Fuente: Entrevista realizada al personal del Puesto de Salud.

El grafico N° 4 un personal de salud respondió 11 preguntas que equivale un 100%; otro respondió un 8(73%) y un 4 (36%) respuestas brindadas por un recurso.

El gráfico N° 4 muestra que un tercio de la población respondió 4 preguntas de forma acertada, un tercio de la población respondió 8 preguntas correctas y otro tercio de la población respondió 11 preguntas de manera apropiada. Cabe mencionar que la persona que respondió 11 preguntas de forma adecuada, tiene mucha experiencia

laborando y se encuentra capacitada para brindar atención, ya que maneja los diferentes programas y estrategias que se utilizan en el municipio.

AIEPI

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia de salud, que surge como una herramienta adecuada para avanzar en la respuesta y solución a los problemas de los niños y niñas menores de cinco años. Fue elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), enfoca la atención sobre los niños y niñas y no sobre la enfermedad. (OPS, Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería, 2008).

La estrategia AIEPI se constituye actualmente en la principal herramienta para mejorar la salud de la niñez centrandose su atención en el estado de salud de los menores a cinco años y no en las enfermedades que ocasionalmente pueden afectarlos. De este modo reduce las oportunidades perdidas de detección precoz y tratamiento de enfermedades que pueden pasar inadvertidas para madres, padres y personal de salud. Además incorpora un fuerte contenido preventivo y de promoción de la salud como parte de la atención, con lo cual se contribuye a mejorar el conocimiento y las prácticas de cuidado y atención de los niños menores de cinco años en el hogar, así como su crecimiento y desarrollo saludable. (Organización Panamericana de la Salud, 2005)

Según los autores antes mencionados AIEPI brinda una herramienta de trabajo que ayuda al personal de salud para detectar las diferentes enfermedades de forma temprana y las causas de muerte de los niños, de esta manera combatirla y reducir la morbi mortalidad infantil.

Este instrumento contiene información de diversas enfermedades que son frecuentes en la infancia, además de los tratamientos para estas. En la realización de VPCD se utiliza para evaluar y detectar problemas en el desarrollo y crecimiento, dando lugar a tratamientos de forma temprana y manejo de problemas que prevalecen en la infancia.

Importancia de AIEPI

El “Modelo de Atención Integrada” está diseñado para ser utilizado por profesionales de la salud que atienden niños desde el nacimiento hasta los cinco años de edad. Se trata de un proceso de manejo de casos para ser utilizado en un consultorio, centro de salud, departamento ambulatorio de un hospital, consulta externa o de urgencias, en todos los niveles de atención. Describe cómo atender a un niño que asiste a la unidad de salud cuando está enfermo; para vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo; para inmunización; por enfermedad o para una visita de seguimiento programada. (Ministerio de Salud y protección Social, 2016)

Las pautas ofrecen instrucciones para evaluar, clasificar, tratar al niño con una enfermedad prevalente, desnutrición y anemia, e identificar otros problemas. Además incorpora actividades básicas para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. (Ministerio de Salud y protección Social, 2016)

AIEPI es importante ya que brinda una estrategia fundamental para mejorar la salud de la niñez, que integra las mejores medidas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Reduce las oportunidades perdidas en la detección precoz y tratamiento de las enfermedades e incorpora acciones preventivas y de promoción de la salud como parte de la atención. Con lo cual contribuye a mejorar el conocimiento de los prestadores de salud, la familia y la comunidad para: promoción de una vida sana (ambientes y estilos de vida saludables) y la prevención de enfermedades (con vacunas, evaluación de la alimentación, buena alimentación,

uso de micronutrientes como hierro, vitamina A, zinc, control del crecimiento y desarrollo) (Ministerio de Salud y protección Social, 2016)

Según los autores antes mencionados la estrategia AIEPI es importante debido que mejora la calidad de atención a los niños. Promueve una mejora en el estado de salud ayudando al personal con conocimientos para brindar un mejor servicio y previene enfermedades comunes en el infante, con diferentes suplementos.

En la realización de VPCD es significativo, ya que el personal lo utiliza para la valoración de los infantes, por el contenido amplio que este tiene, además que AIEPI clasifica los síntomas y de esta forma el médico o enfermero pueden tener una guía para saber si el niño está creciendo y desarrollando de forma normal.

Componentes de la estrategia AIEPI

La implementación del AIEPI contempla la participación tanto de los servicios de salud como de la comunidad y la familia y se lleva a cabo por medio en tres componentes:

- El primero está dirigido a mejorar el desempeño del personal de salud para la prevención de enfermedades de la niñez y para su tratamiento.
- El segundo se dirige a mejorar la organización y funcionamiento de los servicios de salud para que brinden atención de calidad apropiada.
- El tercer componente está dirigido a mejorar las prácticas familiares, comunitarias de cuidado y atención de la niñez. (Díaz y Ruíz, 2016)

Según el autor antes mencionado describe 3 componentes con los cuales se realiza esta estrategia. El primero es el que brinda la adopción de trabajadores de salud para realizar capacitación acerca de la estrategia. El segundo fortalece los servicios para brindar una mejor atención. El tercero mejora las técnicas realizadas.

Objetivos de la estrategia AIEPI

- Reducir la mortalidad en menores de cinco años, especialmente la mortalidad debida a enfermedades infecciosas tales como neumonía, diarrea, malaria, dengue, tuberculosis, meningitis, septicemia, sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacuna; y la mortalidad debida a trastornos nutricionales. (Benguigui, Bossio y Fernández, 2001)
- Reducir la incidencia de enfermedades tales como sarampión y otras enfermedades prevenibles por vacuna, diarrea, parasitosis intestinales, malaria, dengue, tuberculosis y desnutrición. (Benguigui, Bossio y Fernández, 2001)
- Reducir la incidencia de casos graves de enfermedades transmisibles tales como neumonía, diarrea, malaria, tuberculosis y desnutrición. (Benguigui, Bossio y Fernández, 2001)

Según lo antes mencionado los objetivos de esta herramienta es reducir las enfermedades que afectan a los infantes, por lo tanto disminuir la tasa niños que fallecen en un año, realizado por medio de estudios para el personal y así lograr prevenir por medio de vacunas y de evaluaciones.

En Nicaragua se cumplen los objetivos de la herramienta AIEPI, ya que existen diversos planes de prevención de enfermedades tales como son las jornadas de vacunación y desparasitación el cual es cumplido a por medio de estrategias planteadas por el ministerio de salud.

Principios de la estrategia AIEPI

Equidad

Tiene una connotación de justicia e igualdad social con responsabilidad y valoración de la individualidad, llegando a un equilibrio entre las dos cosas, la equidad es lo

justo en plenitud; acceso igualitario a los medios de producción y distribución de los servicios de salud. (OPS, 2009)

Integralidad

Es un valor moral, que tienen las personas cuando son congruentes y respetuosas de sus actos y creencias. (OPS, 2009)

Eficiencia

Uso racional de los recursos con que se cuenta para alcanzar un objetivo predeterminado. A mayor eficiencia menor la cantidad de recursos que se emplearán, logrando mejor optimización y rendimiento. (OPS, 2009)

Coordinación intersectorial y participación social

Mecanismos de coordinación entre sectores e instituciones para la definición conjunta de políticas de salud y para la solución concertada e integral de las mismas. (OPS, 2009)

Participación social

Toda acción orientada directa o indirectamente a influir sobre las tomas de decisiones en asuntos sociales. (OPS, 2009)

Trabajo en equipo

Grupo de personas trabajando de manera coordinada en la ejecución de un proyecto. (OPS, 2009)

Longitudinalidad

Es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo personal. (OPS, 2009)

Decisión y compromiso político

Acción orientada a comprometerse directa o indirectamente a participar activamente en los niveles de decisión de políticas de salud. (OPS, 2009)

Ética

La ética estudia la moral y determina qué es lo bueno y, desde este punto de vista, cómo se debe actuar. Es decir, es la teoría o la ciencia del comportamiento moral. Se incluye la confidencialidad, moral, veracidad, entre otros. (OPS, 2009)

Según lo antes mencionado AIEPI es fundamentado con una serie de valores que deben practicar los trabajadores de la salud para lograr una mejor atención en las enfermedades prevalentes, formando un ambiente agradable que integre el personal de salud y familiares de los niños.

Enfermedades prevalentes de la infancia

Enfermedades diarreicas agudas

La diarrea es el aumento de contenido líquido en las deposiciones, que se manifiesta por aumento en la frecuencia o en el volumen de éstas. Se conoce también como deposiciones sueltas o acuosas. (AIEPI, 2008)

Coincidimos con los autores al decir que se conoce como diarrea a tres o más deposiciones por día sin importar la consistencia de las heces y que puede tener variedad según el agente causal.

La causa puede ser bacteriana, vírica o parasitaria y suele estar acompañada de síntomas molestos como dolor abdominal, náuseas, vómito y en ocasiones hasta fiebre. Cabe mencionar que es una de las enfermedades más prevalentes debido a la ubicación que tiene la población que atiende el centro de salud.

Desnutrición

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición según peso para la edad.

La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado o presentar carencia de vitaminas y/o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes o mejor conocida como hambre oculta) (Acevedo, Menéndez, 2006)

La asimilación deficiente de alimentos por el organismo, conduce a un estado patológico de distintos grados de seriedad, de distintas manifestaciones clínicas, que se llama desnutrición. (Gómez, 2003)

La palabra desnutrición señala toda pérdida anormal de peso del organismo, desde la más ligera hasta la más grave, sin prejuizar en sí, de lo avanzado del mal, pues igualmente se llama desnutrido a un niño que ha perdido el 15% de su peso, que al que ha perdido 60% o más, relacionando estos datos siempre al peso que le corresponde tener para una edad determinada, según las constantes conocidas. (Gómez, 2003)

La desnutrición puede ser un trastorno inicial único, con todo el variado cortejo sintomático de sus distintos grados o puede aparecer secundariamente como síndrome injertado a lo largo de padecimientos infecciosos o de otra índole y, entonces sus síntomas y manifestaciones son más localizadas y precisas. (Gómez, 2003}}

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras

subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres (UNICEF, 2011)

Los autores antes mencionados, consideran que la desnutrición se refiere a la falta de nutrientes en nuestro cuerpo. Estos son encontrados en una alimentación variada y saludable, sin embargo no todas las personas contamos con eso, y alguno se vuelve patológico una vez que se ha perdido al menos el 15% de peso que debería tener según su edad y estatura.

La desnutrición es una de las afecciones que más se presenta en la infancia debido a los alimentos que el infante ingiere, en el VPCD se analiza el estado nutricional del niño por medio de gráficas y curvas que evalúan el peso de forma continua, este control evita que los niños lleguen a caer en esta patología.

Anemia

La anemia se presenta si el organismo produce muy pocos glóbulos rojos, si destruye demasiados glóbulos rojos o si pierde demasiados glóbulos rojos. Los glóbulos rojos contienen hemoglobina, una proteína que transporta oxígeno por todo el cuerpo.

Cuando no tiene suficientes glóbulos rojos o la cantidad de hemoglobina que tiene en la sangre es baja, su organismo no recibe todo el oxígeno que necesita. Como resultado, la persona tiene diferentes síntomas. En ciertos tipos de anemia, como la anemia aplásica, el organismo tampoco cuenta con un número suficiente de otros tipos de células de la sangre, como leucocitos y plaquetas. Los leucocitos le ayudan al sistema inmunitario a luchar contra las infecciones. Las plaquetas contribuyen a

la coagulación de la sangre, que sirve para detener el sangrado. (U.S. Department of health and Human services, 2011)

Según el autor antes mencionado anemia es la disminución de glóbulos rojos, pueden ser diferentes causas, así como, presentar diferentes síntomas, es peligroso que una persona tenga anemia porque puede sufrir de hemorragias de forma constante, además que es más propensa a sufrir de diversas enfermedades porque su sistema inmunológico se encuentra vulnerable.

Es importante saber si los niños tienen anemia debido a que esto afectará en su crecimiento, ya que una de las causas es que su alimentación no es de forma adecuada, o tiene alguna patología que haga que disminuya su hemoglobina. Esta enfermedad crea un riesgo debido a que pueden sufrir de hemorragias, debilidad, dolores de cabeza, entre otros.

Dengue

El dengue es una enfermedad causada por un virus que se transmite a través de la picadura de un mosquito perteneciente al género *Aedes*; principalmente el *Aedes aegypti*, vector de la enfermedad. Este mosquito tiene hábitos domiciliarios, por lo que la transmisión es predominantemente doméstica. En otros continentes, otras especies de mosquitos del género *Aedes* han sido involucradas en la transmisión del dengue. (Kirchner, Manzur, Diosque, Cosacoff y Hechenique, 2013)

El dengue es una enfermedad viral, de carácter endémico-epidémico, transmitida por mosquitos del género *Aedes*, principalmente por *Aedes aegypti*, que constituye hoy la arbovirosis más importante a nivel mundial en términos de morbilidad, mortalidad y afectación económica que tiene diversas formas de expresión clínica: desde fiebre indiferenciada (frecuente en niños) y fiebre con cefalea, gran malestar general, dolores osteomioarticulares, con o sin exantema, leucopenia y algún tipo de sangrado hasta formas graves que habiendo comenzado con lo anterior presenta

choque hipovolémico por extravasación de plasma, con trombocitopenia moderada o intensa y con grandes hemorragias en aparato digestivo y otras localizaciones. También el dengue es capaz de expresarse mediante las llamadas formas "atípicas" que son relativamente infrecuentes y resultan de la afectación particularmente intensa de un órgano o sistema: encefalopatía, miocardiopatía o hepatopatía por dengue, entre otras (Torres, 2008)

De acuerdo a lo antes mencionado dengue es una enfermedad viral causada por los mosquitos, esta patología produce una leucopenia es decir la disminución de glóbulos blancos. Además disminuyen las plaquetas. Ambas producen síntomas como fiebre, dolores generalizados en el cuerpo, rash cutáneo y en casos complicados se pueden producir hemorragias.

Malaria

El paludismo es causado por parásitos del género *Plasmodium* que se transmiten al ser humano por la picadura de mosquitos hembra infectados del género Anopheles, los llamados vectores del paludismo. Hay cinco especies de parásitos causantes del paludismo en el ser humano. (OMS, 2017)

El paludismo es una enfermedad febril aguda. En un individuo no inmune, los síntomas suelen aparecer entre 10 y 15 días tras la picadura del mosquito infectivo. Puede resultar difícil reconocer el origen palúdico de los primeros síntomas (fiebre, dolor de cabeza y escalofríos), que pueden ser leves. Si no se trata en las primeras 24 horas, el paludismo por *P. falciparum* puede agravarse, llevando a menudo a la muerte. (OMS, 2017)

Los niños con enfermedad grave suelen manifestar uno o más de los siguientes síntomas: anemia grave, sufrimiento respiratorio relacionado con la acidosis metabólica o paludismo cerebral. En el adulto también es frecuente la afectación multiorgánica. En las zonas donde el paludismo es endémico, las personas pueden

adquirir una inmunidad parcial, lo que posibilita la aparición de infecciones asintomáticas. (OMS, 2017)

La malaria es una enfermedad infecciosa producida por un protozoo del género *Plasmodium*, cuyas cuatro especies son infectantes para el humano: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale* y *P. malariae*. La picadura del *Anopheles* inocula de 10 a 100 esporozoítos que en 30 minutos están en el hígado multiplicándose luego en los eritrocitos. (Castro, Munguía, 2002)

De acuerdo al autor antes mencionado la malaria o paludismo es una enfermedad provocada por la picadura de un mosquito, esta introduce paracitos que se desarrollan en el hígado para unirse a los glóbulos rojos, esta es una causa de la anemia aplásica. El paludismo provoca síntomas parecidos a la gripe común aunque en casos raros la persona infectada puede presentar ictericia, problemas renales y convulsiones.

Enfermedades respiratorias agudas

Las Enfermedades Respiratorias Agudas (ERA) son un conjunto de enfermedades que afectan el sistema respiratorio y se constituyen en la causa más frecuente de morbilidad y mortalidad en niños y niñas menores de 5 años en todo el mundo, en especial por Infección Respiratoria Aguda (IRA) la cual representa cerca de 2 millones de muertes cada año. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012)

Las infecciones respiratorias superiores comúnmente conocidas como resfriado son muy frecuentes, pero rara vez ponen en peligro la vida, en cambio las infecciones respiratorias bajas generalmente producidas por infecciones bacterianas, son responsables de cuadros más graves como la influenza, la neumonía y la bronquiolitis, las que contribuyen de forma importante a la mortalidad por ERA. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012)

Estas enfermedades se relacionan con los órganos que hacen parte del aparato respiratorio: nariz, oídos, garganta, bronquios, y pulmón. No todas son graves, algunas sólo requieren cuidados en casa, otras la atención de agentes de salud y las que son muy graves requieren de la atención médica especializada y en la mayoría de los casos hasta de hospitalización. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2012)

Según los autores antes mencionados existen una gran diversidad de enfermedades, algunas de estas fáciles de tratar y otras con mayor complejidad sin embargo todas son de cuidado por lo que es importante que sean detectadas y tratadas de forma temprana y adecuada, cabe mencionar que el sector es vulnerable a sufrir de patologías por la ubicación de este, entre las más frecuentes se encuentran las enfermedades respiratorias y diarreicas.

Actitudes del personal de salud

Actitud

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' (Ubillos, Mayordomo y Páez, 2004)

Esta definición plantea algunas características centrales de la actitud: 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 y 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 (Ubilllos, Mayordomo y Páez, 2004)

Las actitudes forman parte de nuestra vida y de nuestro comportamiento. Poseemos múltiples actitudes. Todas ellas son aprendidas y las adquirimos en el transcurso de nuestra interacción social. (Garrido, 2015)

De acuerdo a los autores antes mencionados, la actitud es el comportamiento que emplea una persona en diferentes situaciones que se presentan, esto depende del medio en que se muestran; sin embargo, es difícil cambiarlas aunque estas sean modificables, por ejemplo: ante el inicio de la vida escolar, el niño puede cambiar de actitud negativa a positiva a medida que se desarrolle.

En la realización de VPCD la actitud influye en el usuario, ya que este percibe el trato, las reacciones y respuestas que se brindan, aunque no se puede determinar qué tipo de actitud tiene el personal. Una persona que labora con una actitud positiva tratará de hacer un excelente trabajo porque se siente bien con su empleo.

Características de las actitudes

1. Son aprendidas, ya que se forman a través de las experiencias y representan cambios potenciales en nuestro comportamiento, por lo tanto no son innatas.
2. Son dinámicas, porque cumplen un papel importante motivacional vinculado al sujeto con los objetos de la realidad.
3. Son susceptibles de modificación o sustitución sin extensión variable, es decir puede abarcar o comprender múltiples objetos.
4. Se interrelacionan debido a que las actitudes presentan una vinculación entre sí, constituyendo conjuntos consistentes o sin contradicción. (Albornoz, 2007)

Comunicación

"Llamamos 'comunicación' al proceso mediante el que un mensaje emitido por un individuo, llamado emisor, es comprendido por otro llamado receptor o destinatario, que es la persona o entidad a quien va dirigido el mensaje, gracias a la existencia de un código común. Este proceso abarca dos etapas: la emisión y la recepción del mensaje llamadas respectivamente la codificación y la decodificación. (Guardia, 2009)

La comunicación se puede explicar mejor, si partimos de la consideración del proceso biosocial del ser humano. Así, iniciamos este recorrido con las funciones de la memoria, tanto neurológicas como psicológicas, las cuales se producen en el sistema nervioso central. Aquí, un estímulo externo produce una señal o registro, que se guardará en la memoria, para ser utilizada cuando el hablante encuentre la ocasión para ello y demostrar así la capacidad que tiene el ser humano de seleccionar este recurso para usarlo arbitrariamente (distinción con respecto a la comunicación simple y primitiva del animal). (Guardia, 2009)

Como afirma el autor comunicación es la forma en que los seres humanos expresan ideas a otros, es necesario que se hable un mismo idioma por ambas partes para que el mensaje sea de fácil interpretar. El ser humano tiene la capacidad cerebral para descifrar códigos y mantener una conexión para que se pueda procesar la información que proviene de otros y dar respuesta de forma coherente, esta es una habilidad que permite que se produzca un aprendizaje.

La comunicación es importante ya que por medio de esta se transmiten diferentes tipos de ideas, dudas, entre otras. En el VPCD debe ser una comunicación fluida para indagar sobre el estado de salud del infante (historia clínica), ya que por medio de datos subjetivos se debe hacer mayor énfasis en lo expresado por la madre del niño.

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. (Leonel, Ortiz, López y Hernández, 2012)

De acuerdo a lo mencionado la comunicación que tiene el enfermero y el paciente es significativa; por medio de esta se desarrolla un vínculo de confianza, que permite responder las dudas del usuario y brindar una atención de calidad. En un puesto de salud primario es fácil tener comunicación entre el personal y el usuario, debido a que las unidades atienden pocos pacientes, lo que hace más fácil que sean atendidos por el mismo personal al momento en que acuden al centro de salud; además que el usuario sentirá comodidad y confianza al llegar a control puesto que conocen al personal que le atiende.

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 está regida por los siguientes principios:

- Dignidad de la Persona Humana.
- Bien común.
- Solidaridad.
- Participación.

- Concepción orgánica de la vida social.
- Consideración de “el otro”.
- Tolerancia.
- Responsabilidad. (Ramos, 2005)

Según lo antes citado los seres humanos tienen la necesidad de relacionarse, por esta razón se crearon las relaciones humanas que son interacciones que tienen las personas con otras, sin importar el género, edad, entre otros. Es importante mencionar que requiere una cantidad de valores que lo regirán para demostrar respeto hacia la opinión de los otros individuos.

El personal de salud debe tener relaciones humanas con las personas que asisten a la unidad, manteniendo respeto, amabilidad, tolerancia, igualdad, entre otros; valores que crearán un lazo de empatía con el paciente, esto ayuda de forma significativa al momento realizar jornadas para mejorar la calidad de vida de la comunidad.

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 y Müggenburg, 2015)

La relación de enfermera-paciente debe ir más allá, no solo es la interpretación de los signos y síntomas. También es preciso establecer una verdadera empatía, entendiendo esta como la capacidad de reconocer y compartir emociones y estados

de ánimo con la otra persona para así comprender el significado de su comportamiento. Una buena relación enfermera-paciente permite elaborar un plan de cuidados más personalizado, humanizado y ético, con el propósito de mejorar el estado de salud del paciente, haciendo su estancia más agradable en el hospital y reducir de manera significativa el miedo y la ansiedad que genera la hospitalización. (Mastrapa y Lamadrid, 2016)

Según lo antes mencionado se puede analizar que el paciente crea una relación cercana con la enfermera, es quien vela por el bienestar y el cuidado de los pacientes. Cabe mencionar que en ciertos casos ayuda a la recuperación de los pacientes, ya que él este siente el afecto de la persona que lo atiende.

La relación enfermera-paciente en la realización de VPCD es importante porque si es una relación respetuosa y tolerante, el paciente sentirá comodidad al observar cómo es atendido el infante. Además, el personal brindará una mejor atención, podrá indagar con mayor facilidad sobre alguna problemática del niño.

Enfoque de la enfermería por las teorías de la relación interpersonal (Elers y Gilbert, 2016)

- Peplau: fases de la relación enfermera-paciente: orientación, identificación, explotación y resolución.
- Orlando: cuidado o satisfacción de la necesidad del paciente mediante acciones deliberadas de enfermería.
- Trabelvee: la relación enfermera-paciente da sentido al sufrimiento, dolor y enfermedad.
- King: la relación enfermera-paciente permite alcanzar metas y objetivos en un ambiente natural.

El autor considera que los pacientes son llamados receptores; tradicionalmente pacientes son las personas que acuden con una enfermedad y necesitan que se les

realice un cuidado. Lo hacen con el propósito de buscar una solución, es decir ser diagnosticados para luego realizar el cuidado apropiado.

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 (Elers y Gilbert, 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. (Elers y Gilbert, 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. (Elers y Gilbert, 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. (Elers y Gilbert, 2016)

Compenetración

Esta fase se 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 aquel. 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. (Elers y Gilbert, 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. (Elers y Gilbert, 2016)

El autor antes citado considera que las fases de la comunicación de enfermería y la relación enfermera-paciente hacen que se cree el objetivo de la enfermería, como es el vínculo que debe existir en una atención de calidad. Comienza desde que el paciente conoce a la enfermera, y se va desarrollando a medida que pasa el tiempo, se crea confianza con el usuario para así poder completar la última fase.

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”. 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. (Santamaría, 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, el positivismo un estado mental, éste debe ser adquirido por práctica y hábito; por lo que, en pocas palabras, toma tiempo. (Santamaría, 2014)

Actitud Integradora

Demuestra una amplia comunicación de sujeto a sujeto, además de comprender el mundo interior del otro, busca su propio bien, e intenta la integración de las dos personas. (Morales, 2013)

Actitud negativa

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)

Actitud Emotiva

Se manifiesta cuando dos personas se tratan con afecto, se demuestran el lado emocional de ambas. Esta se basa en el conocimiento interno de la otra persona. Sobresaliendo el cariño, el enamoramiento y el amor como emociones de mayor intimidad. (Morales, 2013)

Actitud Desinteresada

Demuestra falta de interés, no se preocupa, ni exclusiva ni primordialmente, por el propio beneficio; mantiene su centro de enfoque en la otra persona. (Morales, 2013)

Actitud Manipuladora

Solo ve al otro como un mediador, con el fin que la atención que le otorga, solo tiene como meta la búsqueda de un beneficio propio. (Morales, 2013)

Actitud Interesada

Puede considerarse como la consecuencia natural de una situación de necesidad del sujeto, es decir cuando una persona experimenta necesidades de la otra persona, como por ejemplo cariño, amor o bien cosas materiales que el sujeto no posee. (Morales, 2013)

El autor antes mencionado expresa que existen muchos tipos de actitudes; estarán en dependencia de las circunstancias en que se encuentre. Estas cambiarán o se modificarán por el estado de ánimo que tenga el individuo.

Se clasifican en actitud positiva, es decir con características emprendedoras. Actitud integradora que tendrá características empáticas con su entorno. Actitud negativa, se vincula con la frustración. Actitud emotiva regida por los sentimientos de las personas. Actitud desinteresada, despreocupada por sí mismo y se aferra al bienestar de los que le rodean. Actitud manipuladora utiliza a las personas para su bienestar, actitud interesada es cuando existe necesidad, ya sea sentimiento o material que otra persona tenga, se relacionara con el fin de tener lo que desea.

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 este, 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. (Morales, 2013)

De acuerdo a lo antes mencionado las actitudes tienen dos direcciones negativas y positivas. No existen las actitudes neutras, ya que el individuo puede sentir agrado o desagrado hacia un tema, objeto, trabajo, entre otros. No obstante no tener interés por un tema u objeto crea una actitud negativa.

La evaluación de la escala de Likert entre actitud positiva y actitud negativa lo define una puntuación entre 1-4 ítems como actitud negativa y entre 5-8 ítems como positiva, esta se realiza por medio de entrevistas.

Escala Likert realizada al personal de salud

	Pregunta	Médico 1		Médico 2		Profesional de enfermería	
		Si	No	Si	No	Si	No
1	Cumple con el horario establecido		No	si			No
2	Asiste al trabajo con disposición de atender	Si		si		Si	
3	Organiza el área de trabajo desde que inicia	Si		si			No
4	Hay necesidad de clasificar las actividades a realizar según categoría	Si		si			No
5	Hay dedicación en la atención del niño	Si		si			
6	Si hay indisposición de la madre o el padre al momento de la atención, su postura es la misma		No		No		No
7	Identifica algunas necesidades del niño a través de la comunicación	Si		si		Si	
8	Es necesario manejar el esquema de vacunación.	Si			No	Si	

Fuente: Escala Likert realizada al personal de salud.

Según lo analizado anteriormente podemos definir que la mayoría de población estudiada tiene una actitud positiva, debido a que tiene características que benefician al usuario y al personal, y un tercio de la población estudiada tiene una actitud negativa ante este.

Prácticas del personal de Enfermería

Prácticas

Por otro lado y con una visión materialista del mundo, Marx, entiende la práctica como praxis, al concebir al hombre y la naturaleza como realidades objetivas. Es así que el ser humano como ser concreto tiene una actividad práctica que es el trabajo, de allí que el desarrollo de la producción determina a su vez el desarrollo social. (Chaverra, 2003)

Para el autor antes mencionado, la práctica es llevar un conocimiento a la ejecución. El aprendizaje que lleva a cabo un estudiante es necesario que se efectúe, para que lo aprendido se reafirme. El cerebro guarda en la memoria las actividades que se realizan a los temas aprendidos de forma teórica, es más fácil que se recuerde lo elaborado.

En la realización de VPCD es necesario que el estudiante realice una cantidad de horas realizando técnicas y destrezas para que pueda llevar el conocimiento teórico aprendido en la universidad al área laboral.

Concepto de práctica del personal de enfermería

El proceso de enseñanza y aprendizaje en enfermería posee algunas características especiales debido a que gran parte se basa en teoría y práctica. Además de desarrollarse en instituciones prestadoras de servicios de salud que

actúan como campos de práctica clínica. (Bettancourt, Muñoz, Barbosa y Fernández, 2011)

En marzo del 2001, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), plantean que los servicios de enfermería tienen como misión prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario, con el fin de contribuir a un mayor bienestar de la población. Destacan que las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad. (Torres, 2004)

Para los autores antes mencionados, la práctica de enfermería en el período estudiantil consiste en la preparación para un ambiente clínico laboral, en compañía de una persona capacitada y con experiencia que verifica la realización correcta de las actividades, ya sea en laboratorios especiales o en unidades de salud reales. Un profesional de enfermería continúa poniendo en práctica los conocimientos adquiridos como estudiantes, con el fin de promover los estilos de vida saludable en la población.

En Matagalpa la realización de prácticas de enfermería de los estudiantes, se realizan en laboratorios especializados para la ejecución de técnicas, estos son proporcionados por la universidad de formación. Además los alumnos tienen una clase práctica en el Hospital Escuela César Amador Molina, o los distintos centros de atención primaria en compañía de docentes o el personal que labora en las unidades.

Durante la visita al puesto de salud Wuppertal, se constató que las prácticas más realizadas son: toma de medidas antropométricas, administración de medicamentos y consejería a población en general.

Antropometría

La antropometría es la medición científica del cuerpo humano, sus diversos componentes y del esqueleto. Es una palabra compuesta, formada por antropo, que se refiere al ser humano (hombre), y metrología, la ciencia que trata las unidades de medida. La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos. Los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. (Castillo y Zenteno, 2004)

De acuerdo a los autores antes citados, antropometría es la medición del cuerpo humano, con el objetivo de conocer si existe alguna alteración en la nutrición de la persona, si existe algún déficit de peso o de talla, es más común realizarlo en los niños para determinar si su crecimiento es adecuado. En los adultos se realiza para comprobar si el peso se encuentra dentro de parámetros normales y adecuados para el individuo.

Peso

Mide la masa corporal total de una persona. Generalmente se mide en libras o kilogramos. (Food and Nutrition Technical Assistance III Project, 2015)

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 y Pernas, 2012)

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

De acuerdo con la guía de observación realizada al personal de salud del centro de salud Wuppertal, pudimos observar que sí realizan la técnica, aunque no de forma correcta debido a que pesan al niño con ropa, zapatos, entre otros objetos. Como se ejecuta de esta manera, el peso que se obtiene no es seguro, ya que el peso de cada objeto o prenda hace que varíe el peso del infante.

Peso para la edad

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

Es recomendable también en la evaluación del estado de nutrición en niños, el resultado de la medición del peso relacionado con la edad, se compara con una tabla o patrón de referencia y se obtiene la clasificación del estado nutricional. Este indicador es útil para predecir el riesgo de morir en menores de cinco años, por lo cual es de suma utilidad en los programas de vigilancia nutricia en este grupo de edad. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra. (Castillo & Zenteno, 2004)

Procedimiento para la 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) y de Peso y Talla (mediciones antropométricas a evaluar). (UNICEF, 2012)

Técnica

- Tener 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. (UNICEF, 2012)
- Marcar los puntos en la línea vertical correspondientes a la edad completada (en semanas, meses, o años y meses), no entre las líneas verticales. (UNICEF, 2012)
- 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.
(UNICEF, 2012)

Interpretación

- **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 médicamente. (UNICEF, 2012)

De acuerdo al autor, el peso para la edad, es el que una persona debe tener de acuerdo a su edad. De esta manera se puede diagnosticar una enfermedad de bajo o aumento de peso (desnutrición u obesidad). Con la utilización de las curvas de peso el personal de salud tiene una herramienta básica para comprobar si el peso del infante es adecuado, si es muy alto o bajo se debe indagar sobre la causa, ya que se encuentra afectada la salud del niño y se debe corregir esta anomalía.

Talla

Es la altura que tiene un individuo en posición vertical desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de “firmes”, se mide en centímetros (cm).
(Frenk, Tapia, Velázquez, Lara, Tapia, Martínez y Cisneros, 2002)

Técnicas para medir la longitud del niño

- Ubique el tallímetro sobre una superficie dura y plana (por ejemplo, sobre el suelo, piso o mesa estable). Si no encuentra una superficie plana o nivelada, para poner el tallímetro, nivele el piso para acomodar el tallímetro.
- Ponga el cuestionario y el lápiz sobre el suelo, piso o mesa. Arrodílese sobre ambas rodillas detrás de la base del tallímetro, si éste se encuentra en el suelo o piso; o párese detrás de la base del tallímetro si está en la mesa.
- Arrodílese (si está en el piso) o párese (si está en la mesa) al lado derecho del niño para que pueda sostener el tope móvil inferior del tallímetro con su mano derecha.
- Con la ayuda de la madre, acueste al niño sobre el tallímetro.
- Sostenga con sus manos la cabeza del niño por la parte de atrás y lentamente colóquela sobre el tallímetro.
- Si la madre no está haciendo las veces de auxiliar, pídale que se arrodille al lado opuesto del tallímetro, de frente al antropometrista, para que el niño se mantenga calmado.
- Coloque sus manos (ahuecadas) sobre los oídos del niño con sus dedos pulgares hacia adentro contra sus otros dedos, con sus brazos directamente rectos y de manera cómoda, coloque la cabeza del niño contra la base del tallímetro para que mire en sentido recto, hacia arriba. La línea de visión del niño debe ser perpendicular al piso. La línea imaginaria que sale del orificio del oído hacia la base de la “órbita” (hueso) del ojo es llamada “Plano de Frankfort”. Su cabeza debe estar en línea recta con la cabeza del niño. Mire hacia los ojos del niño.
- Fíjese que el niño esté acostado, de cúbito dorsal horizontalmente sobre el centro del tallímetro. Ponga su mano izquierda sobre las espinillas (por encima de los tobillos) o sobre las rodillas del niño, presionando firmemente contra el tallímetro. Luego con su mano derecha coloque el tope móvil inferior del tallímetro firmemente tocando los talones del niño.
- Revise la posición del niño. Repita cualquier paso que consideren necesario.

- Verifique la posición correcta del niño, lea tres veces la medida acercando y alejando el tope móvil aproximándolo al 0,1 cm inmediato inferior, dicte el promedio de las tres medidas en voz alta. Retire el tope móvil inferior del tallímetro, luego retire su mano izquierda de las espinillas o rodillas del niño y sosténgalo mientras se escribe la medida. (ENDES, 2012)

Talla para la edad

La longitud/talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con retardo en el crecimiento (longitud o talla baja) debido un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo la longitud o talla alta en raras ocasiones es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desórdenes endocrinos no comunes. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Técnica

- Las curvas de longitud para la edad para grupos de edad menores (nacimiento a 6 meses y 6 meses a 2 años)
- Una curva de talla para la edad (para niños de 2 años de edad o mayores)
- En cada una de estas curvas, el eje-x presenta la edad y el eje-y longitud o talla en centímetros.
- La edad se marca como semanas cumplidas desde el nacimiento hasta los 3 meses de edad; como meses cumplidos de 3 a 12 meses; posteriormente como años y meses cumplidos. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

Para marcar un punto en la curva de longitud/talla para la edad

- Marque semanas cumplidas, meses o años y meses sobre la línea vertical (no entre las líneas verticales).
- Marque longitud o talla sobre o entre las líneas horizontales de la manera más exacta que le sea posible.
- Cuando hay puntos marcados de dos o más visitas una los puntos adyacentes con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia. (Organización Mundial de la Salud, 2008)

De acuerdo con el autor, la talla es el tamaño longitudinal del cuerpo, esta se mide por medio de una cinta métrica. La talla para la edad es la estatura relacionada con la edad del infante; es necesario conocer esta medida, de esta manera el personal de salud puede observar si existe un aumento adecuado de estatura. Para realizar esta comparación se utilizan tablas y se grafica una curva así el enfermero puede comparar la talla a medida que la edad aumenta.

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal del puesto de salud Wuppertal se pudo observar que se realiza la gráfica según técnica, cabe mencionar que se efectúa con mayor prioridad en niños menores de dos años. De los resultados adquiridos, se logra determinar que se cumple uso de la información para graficar correctamente las curvas de crecimiento, de acuerdo a los percentiles establecidos en cada uno de ellos, así dar una debida explicación al usuario con bases científicas que soportan su información.

Índice de Masa Corporal (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, 2017)

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)

El índice de Quetelet o Índice de la Masa Corporal (IMC) es un indicador antropométrico que se calcula dividiendo el peso en kilogramos entre la estatura en metros elevada al cuadrado ($IMC = kg/m^2$). A diferencia de las tablas que combinan sólo peso y estatura, el IMC permite interpretar con mayor precisión el peso en relación con la estatura y por ello es posible realizar una mejor comparación entre dos personas. (López, Negrete, y Tijerina, 2012)

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 y Pernas, 2012)

De acuerdo a los autores antes mencionados, se puede expresar que el índice de masa corporal es una herramienta que relaciona el peso y la estatura. Esta asociación de peso y talla se realiza por medio de una fórmula matemática y se analiza con valores de una tabla. Esta evaluación permitirá conocer el estado nutricional de una persona, es decir determinará si existe desnutrición u obesidad. Es necesario conocer el estado nutricional de los infantes, ya que los niños pueden tener un déficit de alimentación y al no intervenir puede causar daños permanentes, incluso la muerte.

Perímetro Cefálico

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. (Rojas, 2000)

Es un indicador del desarrollo neurológico a partir de la evaluación indirecta de masa cerebral (Cárdenas, Haua, Suverza, & Perichart, 2005)

Técnica

- El paciente debe tener la cabeza libre de cualquier objeto.
- No debe estar en contacto con la cuna (se puede sentar sostenido por un observador distinto al que realiza la medición).
- Usar una cinta de teflón de 1.0 cm de grosor.
- La cinta debe ser colocada en el perímetro máximo de la cabeza y como referencia se utiliza el punto máximo del occipucio y la glabella (en el entrecejo).
- La cinta debe situarse en plano horizontal, de manera tal que se encuentre a la misma altura de ambos lados de la cabeza.
- El inicio de la cinta (donde se ubica el cero) debe coincidir con la parte frontal de la cabeza (el entrecejo) y es ahí donde se realiza la lectura.
- Se ejerce una leve presión al momento de tomar la medición para comprimir el pelo y ligeramente la piel.
- La medición se aproxima al 0.1 cm más cercano.
- El resultado de la medición se evalúa con las mismas tablas de referencia que se ocupan para el peso y la longitud con el fin de darle un valor percentilar. (Cárdenas, Haua, Fernández, 2005)

Para los autores el perímetro cefálico es la medida del cráneo, esto con el fin de diagnosticar alguna anomalía fenotípica en el infante. Se realiza con una cinta de medida, y se mide por encima de las cejas y prominencia occipital. Si no existe ninguna anomalía se realiza con el objetivo de conocer cómo va el progreso del cerebro en los primeros años del infante.

Llenado de tarjeta de vacunas

- Para el llenado del carnet de salud Infantil (CSI), utilizar bolígrafo y emplear letras mayúsculas.
- Para recordar a la familia las próximas visitas utilizar lápiz.
- Identificar el Carnet de Salud Infantil que será llenado según sexo.
- Registre el código de asegurado de la niña o niño, que corresponderá a la fecha de nacimiento (día, mes, año) más las iniciales del primer nombre, primer apellido y segundo apellido. (Quintanilla; Cañipa y Humacayo, 2012)

Ejemplo:

MARY QUINTANILLA FLORES

Fecha de Nacimiento:

22/06/2010

Código único de seguro:

220610- MQF

- **REGISTRO DE LOS DATOS DE LA NIÑA O NIÑO**
- **Nombres:** Registre los nombres de la niña o niño, separados por una casilla. En caso de ser un recién nacido, que aún no tenga nombre, dejar los espacios en blanco y recomendar a los padres la importancia de darle un nombre a la niña o niño para su identificación.
- **Primer apellido:** Registre el primer apellido de la niña o niño. Segundo apellido: Registre el segundo apellido de la niña o niño.
- **Datos del certificado de nacimiento:** Registre el N° de Oficialía, N° de Libro, Año, N° de Partida y N° de Folio, copiando los datos del certificado de nacimiento de la niña o niño. Fecha de nacimiento: Registre la fecha de nacimiento de la siguiente manera: día/mes/año.

- **Fecha de nacimiento**

0	2	0	1	2	0	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---

- **Lugar de nacimiento:** Registre el departamento, municipio y localidad donde nació la niña o niño.
- **Fecha de inscripción:** Registre la fecha actual de llenado del CSI.

DATOS GENERALES

- **Nombres y apellidos de la madre:** Registre los nombres y apellidos de la madre.
- **Nombres y apellidos del padre:** Registre los nombres y apellidos del padre.

En caso de que la niña o niño se encuentre al cuidado de una tercera persona, que no sea ni el padre o la madre, se deberán llenar en estas casillas los doce datos de la persona responsable del cuidado de la niña o niño y especificar el tipo de parentesco.

- **Departamento:**

Registre el departamento donde reside.

Provincia: Registre la provincia donde reside.

- **Municipio:**

Registre el municipio donde reside.

- **Comunidad/Zona/Barrio:**

Registre la comunidad, zona o barrio donde reside.

- **Área:**

Registre el área al que corresponde, teniendo que elegir entre urbano y rural.
Dirección: Registre la dirección donde reside al momento del llenado. (Quintanilla, Cañipa, y Humacayo, 2012)

Según lo observado en el área de salud el personal realiza llenado completo de la tarjeta de vacuna, desde que el infante ingresa a la unidad de salud. Es necesario que la madre del niño conserve la tarjeta en buen estado, para que al momento que acuda al puesto de salud u hospital, ya sea por VPCD o enfermedad, el personal que le atienda observe el progreso que ha tenido el menor, además la tarjeta recuerda las citas y vacunas que se deben programar.

Inmunización

Es el proceso destinado a inducir o transferir inmunidad mediante la administración de un inmunobiológico. (PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PARAGUAY, 2011)

La vacunación ha eliminado o reducido significativamente la frecuencia de muchas enfermedades infecto-contagiosas. Las diferentes sociedades han logrado con la modernización de los esquemas de vacunación, reducir la frecuencia de enfermedades infecciosas y le han transferido a la vacunación un rol primordial como factor de desarrollo social. (Porrás, 2009)

El sistema inmune responde con diferentes mecanismos a los antígenos de las vacunas, con intervención del linfocito T (respuesta T dependiente) que garantiza una memoria inmunológica a largo plazo o con intervención solamente del linfocito B (respuesta T independiente) con memoria inmunológica limitada. La respuesta puede ser basada en anticuerpos o en anticuerpos y citotoxicidad; se puede desarrollar una respuesta sistémica donde inmunoglobulina G es el anticuerpo fundamental o local donde es inmunoglobulina A. (Porrás, 2009)

De acuerdo a lo antes mencionado describe que la inmunización es la que previene el contagio de posibles enfermedades por medio de las vacunas, activando y fortaleciendo de esta manera el sistema inmunológico de cada ser humano. Es mejor prevenir enfermedades que curarlas por eso se realiza un plan de vacunas por cada infante que ingresa como usuario a un puesto de salud.

Tipos de Vacuna

Esquema de Vacunación

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

Vacunas

- BCG.
- Polio inyectable.
- Polio oral.
- Pentavalente.
- Rotavirus.
- Neumococo.
- MMR.
- MR.
- DPT.
- DT.
- Influenza. (MINISTERIO DE SALUD, 2017)}

De acuerdo a lo antes mencionado se define cada una de las vacunas como la prevención de una o más patologías, la administración de biológicos mejora la calidad de vida de los infantes, dentro de este grupo tenemos BCG para la prevención de formas graves de tuberculosis. Poliomielitis oral previene la enfermedad de la polio. Pentavalente previene 5 enfermedades como son difteria, tosferina, meningitis y neumonía causada por haemophilus, Influenza tipo B. Rotavirus previene las diarreas graves, una de las enfermedades más frecuentes y una de las causas de muerte infantil. Neumococo previene neumonía, meningitis. MMR previene rubeola y sarampión. DPT previene difteria, tosferina y tétanos. Dt previene tétanos. Influenza previene la gripe estacional.

De acuerdo a la guía de observación realizada al personal que labora en el centro de salud Wuppertal, constatamos que no realizan los doce correctos aunque hacen un buen uso de la tarjeta de vacunación. Rectifican las vacunas que se han aplicado y la próxima a aplicar. No manejan el esquema de vacunación debido a que al momento de aplicar un biológico se fijan en el esquema, cabe mencionar que el personal sí pone en práctica el esquema de vacunación, promoviendo por medio de la consejería sobre la importancia que tiene cumplir en tiempo las vacunas, reacciones adversas provocadas por las vacunas y las enfermedades que previene cada una de ellas.

Historia Clínica

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica. (Castro y Gámez, 2002)

La historia clínica debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente en el hospital, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica. (Castro y Gámez, 2002)

La principal función de la historia clínica es la asistencial, ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera. (Castro y Gámez, 2002)

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

Examen Físico

El examen físico es lo que evidencia y verifica la información obtenida mediante la revisión por sistemas.

En el examen físico hay una parte general y una por sistemas. En la parte general se hace una breve descripción general y mental del paciente. Registrándose el peso, la talla, pulso, temperatura, respiración, así como estado de las mucosas, piel, boca, uñas, pelo, glándula tiroides, ganglios linfáticos, huesos y articulaciones. (Castro y Gámez, 2002)

Revisión por sistemas

Sistema Cardiovascular: auscultación cardíaca, observación de las venas del cuello y de las arterias, presión arterial, electrocardiograma o ecocardiograma. (Castro y Gámez, 2002)

Sistema respiratorio: ritmo y tipo de respiración, posición de la tráquea, palpación, percusión y auscultación, radiografía de tórax, observación de esputos si los hay, determinación de pruebas de función pulmonar.

Abdomen: forma, distensión, peristaltismo, palpación, hígado, bazo, riñones, otras masas abdominales, ascitis, hernias. (Castro y Gámez, 2002)

Sistema nervioso: salvo que la dolencia que presenta el paciente tenga una relación neurológica, el examen neurológico que se realiza normalmente es un examen superficial para descartar déficits motores focales. (Castro y Gámez, 2002)

Según la guía de observación realizada al personal del centro de salud Wuppertal, pudimos observar que no se llena correctamente la historia clínica, aunque realizan los procedimientos correctos de examen físico.

Conclusiones

1. Se caracterizó socio demográficamente a la población con respecto a la edad encontrándose que prevalecen las edades jóvenes, la mayoría son médicos generales y predomina una experiencia mayor de 5 años.
2. Se verifico que la mayoría del personal de salud tiene buen conocimiento para brindar atención relacionada al VPCD.
3. Se constató que la mayoría del personal tiene una actitud positiva, ya que se observó que a los pacientes se les trata con calidez, amabilidad y prontitud.
4. Se comprobó que la mayoría de prácticas que efectúa el personal de salud con respecto al VPCD son buenas.

Bibliografía

- Acevedo, L., & Menéndez, S. (2006). *UNICEF*. Obtenido de UNICEF: https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
- 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-aiapi-manual-clinico-para-profesionales-de-la-salud-modulo-de-capacitacion&Itemid=253
- Albornoz, I. (2007). *Conocimientos y actitudes hacia los métodos anticonceptivos en los estudiantes de enfermería del primer año de la Universidad Nacional mayor de San Marcos*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Altisench, R., & Cabrera, P. (2010). *ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA*. Obtenido de ORGANIZACION MEDICA COLEGIAL DE ESPAÑA: http://www.um.es/documents/1935287/7818971/OMC_profesionalismo.pdf/226d94a3-325e-4edd-a6a2-a25825ea765e
- Ayala, C. (2015). *ACTITUDES HACIA LA DIABETES DEL PERSONAL SALUD MÉDICO TRATANTE Y PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN LIMA METROPOLITANA – PERÚ, ENERO 2015*. Lima: UNIVERSIDAD RICARDO PALMA. Recuperado el Diciembre 22 de 2017, de http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/390/1/Ayala_cl.pdf
- Benguigui, Y.; Bossio, J.; Fernández, H. (2001). *AIEPI*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/caratula%20y%20Parte%201.pdf>
- Bettancourt, L., Muñoz, L., Barbosa, M., & Fernández, M. (2011). Docente de enfermería en los campos de la práctica clínica: un enfoque. *Scielo*.
- Brandt, L. (2005). *Universidad Luterana de Brasil*. Obtenido de <http://www.imagenoptica.com.mx/pdf/revista39/Sistema.pdf>
- Cañete, L. (2009). *efdeportes*. Obtenido de efdeportes: <http://www.efdeportes.com/efd138/edad-y-formacion-deportiva.htm>
- Cárdenas, C., Haua, K., Suverza, A., & Perichart, O. (2005). Mediciones antropométricas en el neonato. *Scielo*, 62(3). Recuperado el 07 de Diciembre de 2017, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300009

- Castillo, J., & Zenteno, R. (2004). Valoración del Estado Nutricional. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*, 4(2), 30-31. Recuperado el 10 de Diciembre de 2017, de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol4_num2/articulos/valoracion.htm
- Castrillón, B., & Vallejo, Á. (2015). *Universidad Antonio José Camacho*. Obtenido de http://www.uniajc.edu.co/facultades/pintegrador/2017/Instructivos_Tecnologias/Estructura_Metodologica_Cuarto_Semestre.pdf
- Castro, C., & Paredes, T. (2009). *UNAN*. Obtenido de <http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/retrieve/4929>
- Castro, I., & Gámez, M. (2002). *Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria*. Obtenido de <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf>
- Castro, J. I., & Munguía, M. d. (2002). *Malaria una actualización*. *Scielo*.
- Chaverra, B. (2003). *VIREF*. Obtenido de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/206-unaaproximacion.pdf>
- Consejo Universitario Sesión Ordinaria. (2016). *UNAN*. Obtenido de http://www.unan.edu.ni/wp-content/uploads/2016/09/oferta_educativa_2017.pdf
- Cordeiro, I., Muñoz, A., & Pérez, V. (2014). *Comteruel*. Obtenido de <http://www.comteruel.org/index.php/manual-de-urgencias-neurologicas?download=48:3-el-desarrollo-psicomotor-y-su-exploracion-en-pediatricologo-pdf>
- Corsino, E. (2008). *Experimentos de laboratorio en fisiología del ejercicio*. Obtenido de Experimentos de laboratorio en fisiología del ejercicio: http://www.saludmed.com/LabFisio/PDF/LAB_I23-Indice_Masa_Corporal.pdf
- Díaz, E., & Ruíz, M. (2016). *Factores que influyen en la calidad de aplicación de la estrategia AIEPI por el personal de enfermería en los Puestos de salud Del Municipio de Matagalpa II semestre 2015*. Matagalpa: UNAN. Recuperado el 15 de Diciembre de 2017, de <http://repositorio.unan.edu.ni/1705/1/5306.pdf>
- Durand, C. U. (2008). *USAID*. Obtenido de USAID: https://www.oitcinterfor.org/sites/default/files/file_general/modulo_cred_0.pdf
- Elers, Y., & Gilbert, M. (2016). *Revista Cubana de Enfermería*. Obtenido de <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/976/215>

- Elgueta, M., Gajardo, M., & Sepúlveda, C. (2002). *El conocimiento*. Chile: Universidad Católica Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- Vargas, E.; Espinoza, R.. (2013). *arbor Ciencia Pensamientos y Cultura*. Obtenido de arbor Ciencia Pensamientos y Cultura: <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/viewArticle/1563/1618>
- Fernández, R. (1997). *Conocimiento*. Leon.
- Figueiras, A. C., Neves, s. C., & Ríos, V. G. (2011). *MANUAL PARA LA VIGILANCIA DEL DESARROLLO INFANTIL EN AIEPI*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Figueiras, A., Neves, I., & Ríos, V. (2006). *AIEPI*. Obtenido de AIEPI: <https://books.google.com.ni/books?id=HaXs-pB0BX0C&pg=PA7&dq=vigilancia+de+crecimiento+y+desarrollo+infantil&hl=es&sa=X&ved=0ahUKEwjQpNSF2JvYAhXITSYKHmAgMQ6AEIJTAA#v=onepage&q&f=false>
- Flores, R., Olivas, A., & Rosales, R. (2016). *UNAN*. Obtenido de <http://repositorio.unan.edu.ni/4272/1/96793.pdf>
- Food and Nutrition Technical Assistance III Project. (2015). *Diplomado Nutrición Materno- Infantil en los primeros 1,000 días de vida*. Estados Unidos: Servi prensa.
- Frenk, J., Tapia, R., Velázquez, O., Lara, A., Tapia, F., Martínez, Y., & Cisneros, M. (2002). *Manual de Procedimientos*. México: Secretaría de Salud.
- García, M., & Granero, M. (2016). *AEPAP*. Obtenido de https://www.aepap.org/sites/default/files/2em.1_desarrollo_psicomotor_y_sgnos_de_alarma.pdf
- Golpe, V. d. (2015). *Universidad de la República Facultad de Psicología*. Obtenido de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/trabajo_final_de_grado_valentina_da_luz_0.pdf
- Gómez, F. (2003). *Desnutrición*. *scielo*.
- Gómez, F. (2003). *Scielo*. Obtenido de Scielo: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0036-36342003001000014&script=sci_arttext

- González, E. (2011). *Scielo*. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v22n2/aci03211.pdf>
- Grisales, E., Gómez, A., & Sepúlveda, N. (2010). *Universidad de Antioquia*. Obtenido de <http://viref.udea.edu.co/contenido/pdf/229-manual.pdf>
- Guardia, N. (2009). *Lenguaje y comunicación*. San José.
- Hegel, K. A. (2006). *Scielo*. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001
- Kirchner, C., Manzur, J., Diosque, M., Cosacoff, M., & Hechenique, H. (2013). *Ministerio de Salud de Argentina*. Obtenido de <http://www.msal.gob.ar/images/stories/epidemiologia/pdf/guia-dengue.pdf>
- 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
- León, B. (2002). Desarrollo Psicomotor. *Revista Mexicana de Medicina Fisica y Rehabilitacion*, 59.
- Leonel, A., Ortiz, G., López, E., & Hernández, J. (2012). *medigrafic.org.mx*. Obtenido de http://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Enfermeria_Obtet_riz/94.pdf
- López, E., Negrete, N., & Tijerina, A. (2012). El peso corporal saludable: Definición y cálculo en diferentes grupos de edad. *RESPYN*, 13(4).
- Madrona, P., Contreras, O., & Gómez, I. (2008). *REVISTA IBEROAMERICANA DE EDUCACIÓN*. Obtenido de <https://rieoei.org/historico/documentos/rie47a04.pdf>
- Millón, M. (2007). *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS USUARIOS ASISTENTES AL CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL CENTRO DE SALUD RAYMUNDO DEL MUNICIPIO DE SOMOTILLO*. Leon: UNAN.
- Millón, M. (2007). *EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCION DE LOS USUARIOS ASISTENTES AL*. UNAN, León. León: UNAN. Recuperado el 26 de noviembre de 2017, de

<http://riul.unanleon.edu.ni:8080/jspui/bitstream/123456789/3708/1/201095.pdf>

Ministerio de Salud. (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-Infecciosas--m%C3%A1s-Comunes-de-la-In>

Ministerio de Salud. (2009). *Ministerio De Salud Pública y asistencia social*. Obtenido de http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=desnutricion-aguda&alias=167-manual-para-vigilancia-epidemiologica-de-la-desnutricion&Itemid=518

Ministerio de Salud. (2017). *Ministerio de Salud*. Obtenido de http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/download/3680/chk,0911baac728abca6e3998969ca83e306/no_html,1/

MINISTERIO DE SALUD. (2017). *MINISTERIO DE SALUD*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-Vigilancia-de-la-Salud-P%C3%BAblica/Esquema-de-Vacunaci%C3%B3n/Esquema-Vacunaci%C3%B3n-2017/>

Ministerio de Salud y protección Social. (2016). *ATENCIÓN INTEGRADA A LA INFANCIA PREVALENTES DE LA INFANCIA*. Colombia: OPS. Recuperado el 20 de Diciembre de 2017, de http://www2.udea.edu.co/webmaster/unidades_academicas/medicina/nacer/0813-aiiep-clinico-2016.pdf

MINSA. (2010). *MINISTERIO DE SALUD*. Obtenido de <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Divisi%C3%B3n-General-Planificaci%C3%B3n-y-Desarrollo/Modelo-de-Salud-Familiar-Comunitaria/Marco-Conceptual-Modelo-Salud-Familiar-Comunitario/>

Morales, M. (2013). *UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR*. Obtenido de <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2013/05/43/Sandoval-Maria.pdf>

OMS (2006). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr21/es/>

- OMS (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>
- OMS. (2017). *Inmunización*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud:
www.who.int.topics.inmunización
- OMS. (2017). OMS. Obtenido de OMS:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs094/es/>
- 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
- OPS. (2008). *Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería*. Washington.
- OPS. (2009). *MANUAL CLÍNICO PARA EL APRENDIZAJE DE AIEPI EN ENFERMERÍA*. Obtenido de http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/guia_facilitador_pweb%5B1%5D.pdf
- OPS,OMS. (2009). *Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería*.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/childgrowth/training/c_interpretando.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Organización 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-aiepi&Itemid=0
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2012). *UNIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMEDAD RESPIRATORIA AGUDA COMUNITARIA. UAERAC/UAIRAC*. Bogotá, Colombia: Organización Panamericana de la Salud.
- Pacheco, G., & Pernas, G. (2012). *Evaluación del crecimiento de niños y niñas: unicef.org*. Obtenido de [unicef.org:](https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf)
https://www.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf
- Palladino, A. (2010). *Universidad Nacional del Noreste Facultad de medicina Cátedra de Atención Primaria de la Salud, Epidemiología e Informática II*. Obtenido de

<https://med.unne.edu.ar/sitio/multimedia/imagenes/ckfinder/files/files/aps/INTRODUCCI%C3%93N%20A%20LA%20DEMOGRAF%C3%8DA%20APS.pdf>

Pérez, A. (2005). *UNIVERSIDAD DE SEVILLA*. Obtenido de Tesis Doctorales: <http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/850/PORTADA.jpg>

Porras, O. &. (2006). *Esquema de vacunación* . Obtenido de Scielo.sa.cr: www.scielo.sa.cr/scielo

Porras, O. (2009). Vacunación: Esquemas y recomendaciones generales. *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.sa.cr/pdf/apc/v20n2/a02v20n2.pdf>

PROGRAMA AMPLIADO DE INMUNIZACIONES PARAGUAY. (2011). *MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL*. Obtenido de <http://mspbs.gov.py/pai/imagenes/epv/guion-de-vacunas-generalidades.pdf>

Quintanilla, M., Cañipa, E., & Humacayo, Y. (2012). *BOLIVIA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES*. Obtenido de https://www.minsalud.gob.bo/images/Libros/DGPS/PDS/p396_indt_dgps_uan_INSTRUCTIVO_DE_LLENADO_DE_CARNET_DE_SALUD_INFANTIL.pdf

Ramírez, N. (2006). Ser enfermera. *Revista Mexicana de Enfermería CARDIOLOGICA*, 14(1), 4. Recuperado el 7 de Diciembre de 2017, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2006/en061a.pdf>

Ramírez, D.; Martínez, L. (2012). *Universidad Nacional de Colombia*. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/8394/1/9789587613346.pdf>

Ramírez, P., & Müggenburg, C.(2015). *Scielo*. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v12n3/1665-7063-eu-12-03-00134.pdf>

Ramos, 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

Rodriguez, B. (2016). *Repositorio UNAN*. Recuperado el 04 de septiembre de 2017, de <http://repositorio.unan.edu.ni/1703/1/5304.pdf>

Rojas, M. (2000). ASPECTOS PRÁCTICOS DE LA ANTROPOMETRÍA EN PEDIATRÍA. *Paedíátrica*. Obtenido de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Paediatrica/v03_n1/pdf/aspectos_antropomet.pdf

- Salgado, P. (2007). *Universidad de Chile*. Obtenido de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/educacion/content/download/149393/732110/file/Neurodesarrollo.pdf>
- Sampiere, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). *METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓN*. Mexico: McGraw-Hili _ Interamericana.
- Santamaría, Y. (2014). *UNIVERSIDAD MILITAR NUEVA GRANADA*. Obtenido de <http://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/10654/13031/1/Trabajo%20Final.pdf>
- Santos, J. (2012). *Universidad Nacional Autónoma de México*. Obtenido de http://www.sabin.org/sites/sabin.org/files/JoselgnacioSantos_principios.pdf
- Shellov, S., & Remer, T. (2009). *Academia Panamericana de Pediatría*. Obtenido de Academia Panamericana de Pediatría: https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/pdf/parents_pdfs/ltsae_booklet_milestones_span-readerspreads_web-ready_7.22.11.pdf
- Torres, E. M. (2008). *Dengue*. Obtenido de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300004
- Torres, J. (2004). Reflexiones sobre funciones del personal de enfermería . *Scielo*.
- Torrez, J. (2006). *Perfiles profesionales, funciones y competencias del personal*. cuba: Educ Med Sup.
- U.S. Department of health and Human services. (2011). Obtenido de <https://catalog.nlm.nih.gov/sites/default/files/publicationfiles/11-7629AS.pdf>
- Ubillos, S. (2001). *componente de la actitud. modelo de la accion rasonada y accion planificada*. colombia: sicologia social, cultural y educacion.
- Ubillos, S., Mayordomo, S., & Páez, D. (2004). ACTITUDES: DEFINICIÓN Y MEDICIÓN COMPONENTES DE LA ACTITUD. MODELO DE LA ACCIÓN RAZONADA Y ACCIÓN PLANIFICADA. En S. U. Itziar Fernández Sedano (coord.), *Psicología social, cultura y educación* (pág. Capitulo X). España: Pearson Educación.
- UNICEF. (2012). Obtenido de https://www.unicef.org/lac/Nutrition_Glossary_ES.pdf
- UNICEF. (2012). *UNICEF*. Recuperado el 10 de Diciembre de 2017, de http://files.unicef.org/argentina/spanish/Nutricion_24julio.pdf

Urdangarin, D. (2005). *EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR DE NIÑOS INSTITUCIONALIZADOS MENORES DE 1 AÑO MEDIANTE TRES HERRAMIENTAS DISTINTAS DE EVALUACIÓN*. Chile: UNIVERSIDAD DE CHILE.

Vanegas, M., & Sisalima, B. (2013). *Importancia del desarrollo sensorial en el aprendizaje del niño*. Ecuador: Universidad de Cuenca.

Vidondo, G. (2015). *Comprensión de texto. Recuperación de ideas y conceptos de clave* . Buenos Aires : Universidad de Palermos .

Anexos

Anexo N° 1

Tabla de edad del personal.

Edad del personal	menor de 20	21 a 34	35 a más	totales
Cantidad	0	2	1	3
porcentaje	0%	67%	33%	100%

Elaboración: Entrevista realizada al personal de salud.

Anexo N° 2

Tabla de datos de ocupación del personal.

Profesión del personal	médico	Auxiliar	Licenciado	Totales
Cantidad	2	0	1	3
Porcentaje	67%	0%	33%	100%

Elaboración: Entrevista realizada al personal de salud.

Anexo N° 3

Tabla de años de servicio del personal.

Años de servicio en MINSA	1	7	10	totales
cantidad	1personal	1personal	personal1	3
Porcentaje	6%	39%	56%	100%

Elaboración: Entrevista realizada al personal de salud.

Anexo N° 4.

Tabla de respuestas de la entrevista

Personal	Médico 1	Médico 2	Enfermera
Respuestas	11	8	4
Porcentaje	100%	73%	36%

Elaboración: Entrevista realizada al personal de salud.

Anexo N° 4.

Escala Likert.

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

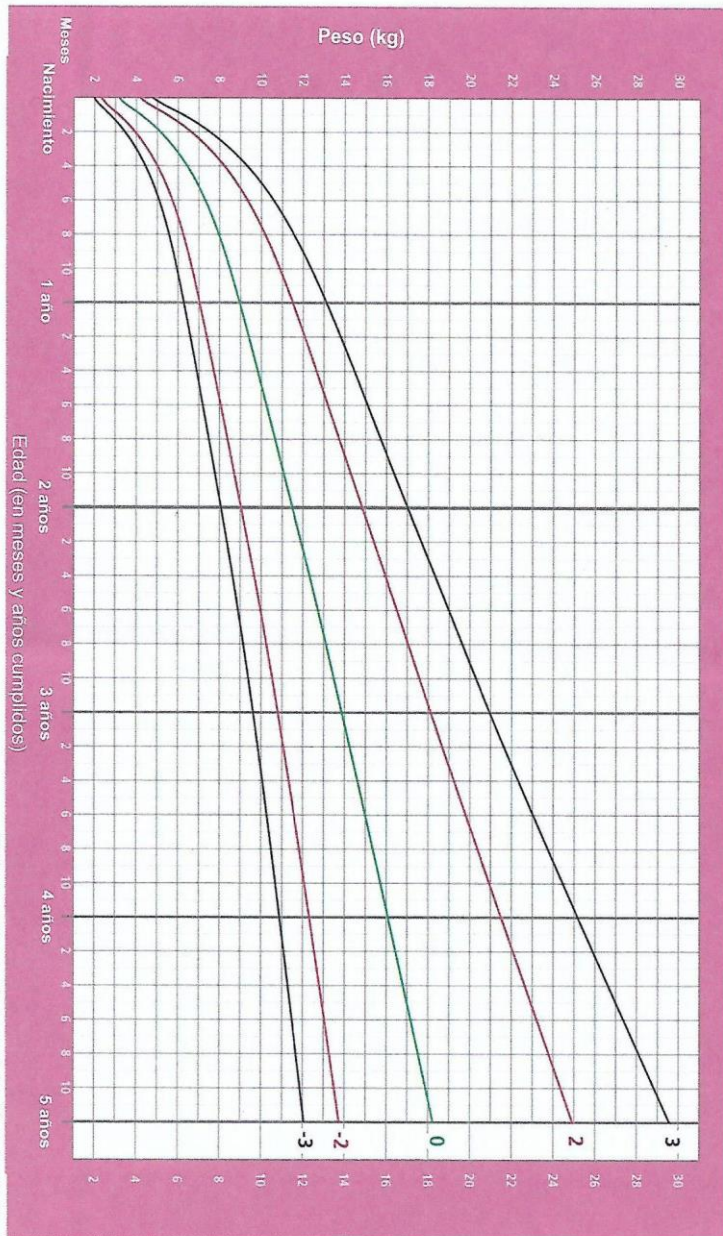
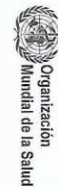
Anexo N° 5

Curva de Peso. Puntuación Z

Femenino

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

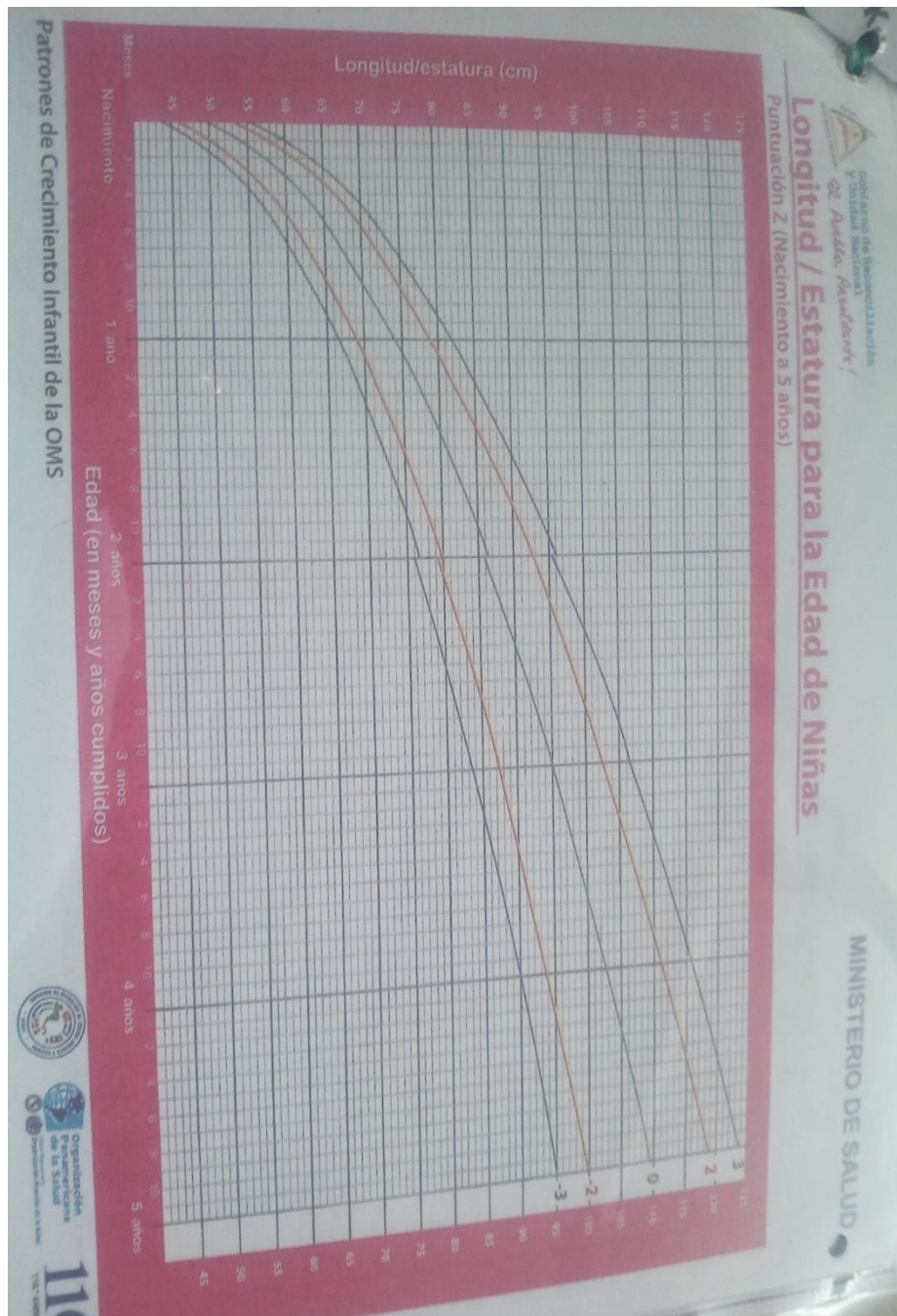


Patrones de crecimiento Infantil de la OMS

Anexo N° 6

Curva de estatura. Puntuación Z

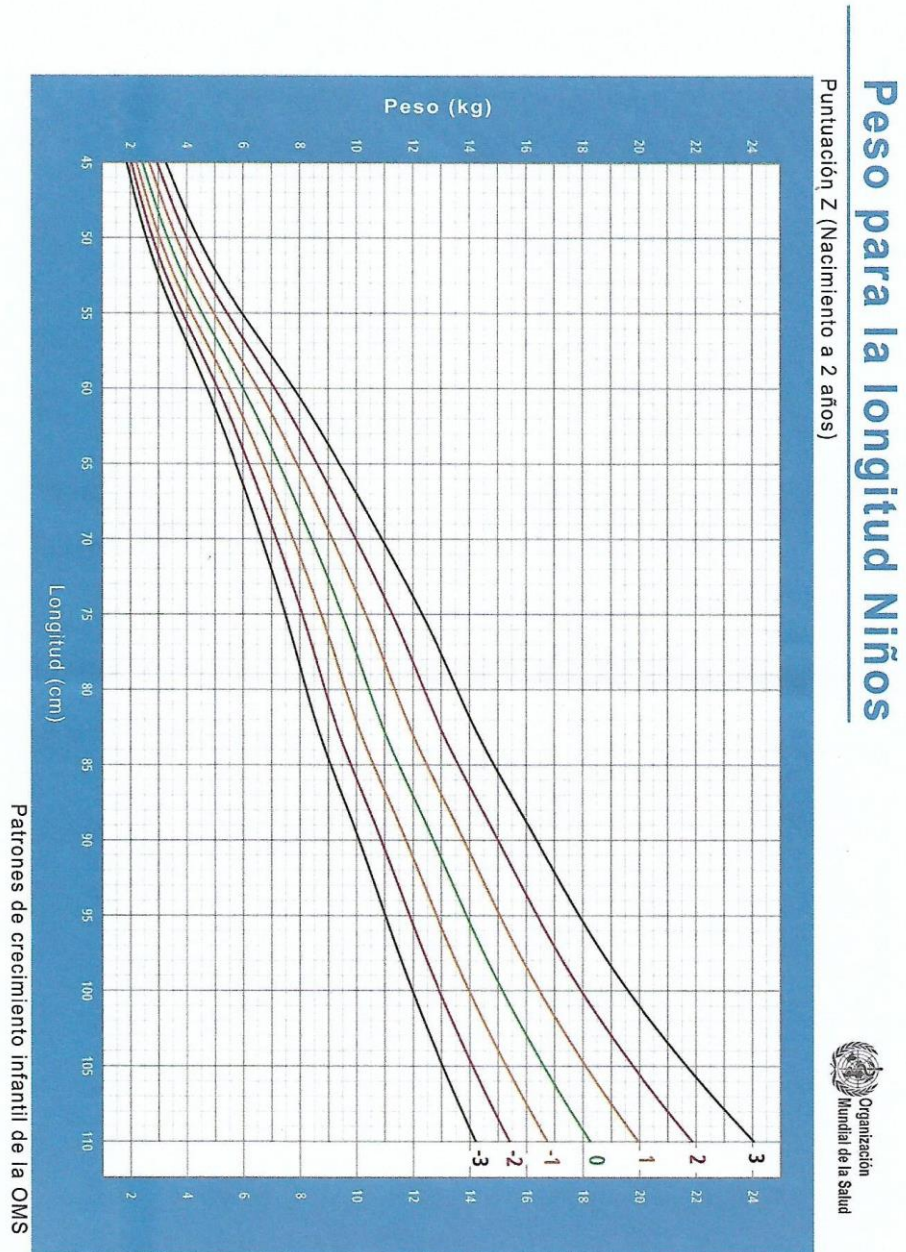
Femenino



Anexo N° 7

Curva de peso. Puntuación Z

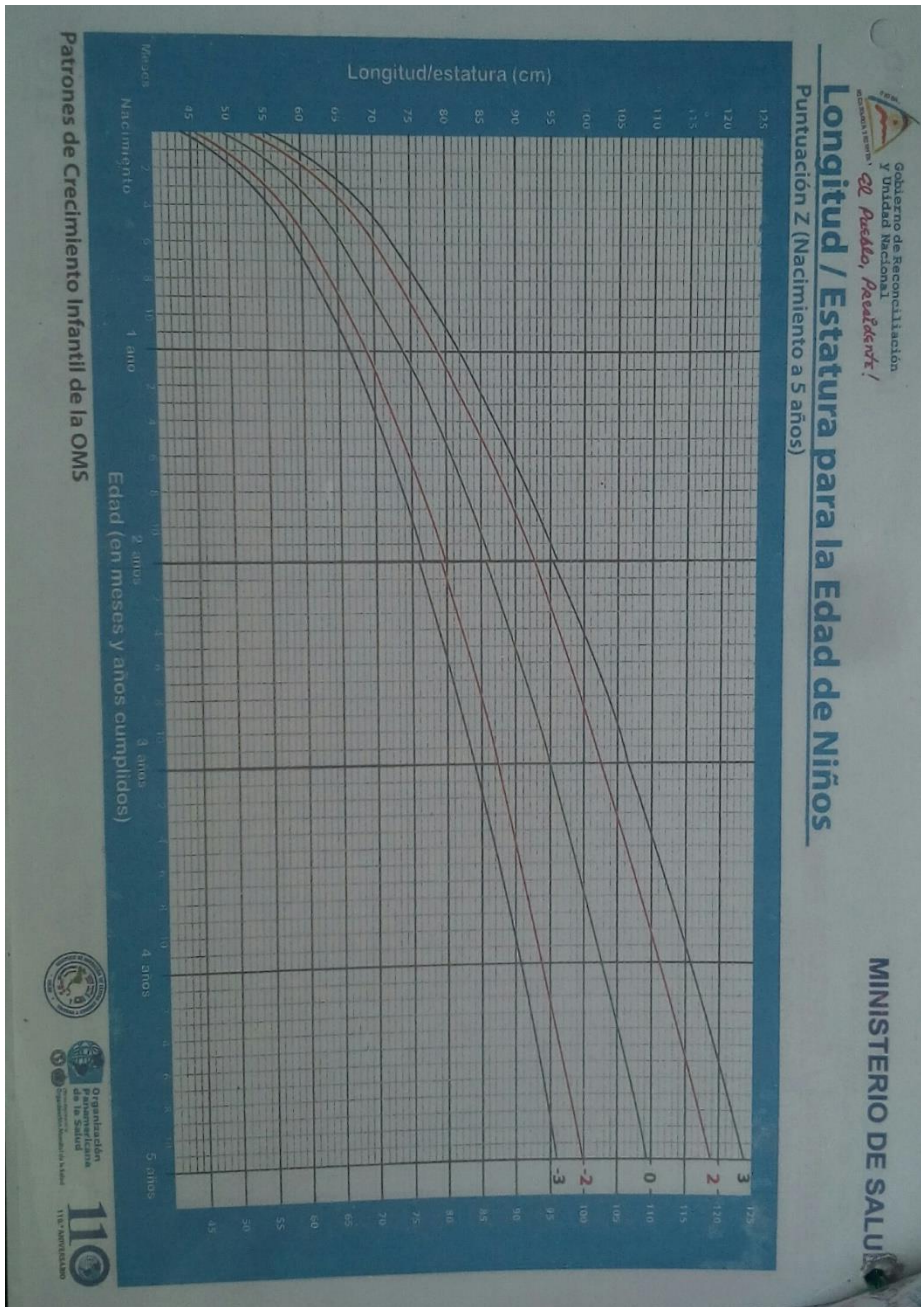
Masculino



Anexo N° 8

Curva de estatura. Puntuación Z

Masculino



Anexo N° 9

Índice de masa corporal

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

Talla en cm	Índice de Masa Corporal																				Talla en cm	
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26			
Peso en kilogramos																						
42	1.4	1.6	1.8	1.9	2.1	2.3	2.5	2.6	2.8	2.8	3.0	3.2	3.4	3.5	3.7	3.9	4.1	4.2	4.4	4.6	4.8	42
43	1.5	1.7	1.9	2.0	2.2	2.4	2.6	2.8	3.0	3.1	3.3	3.5	3.7	3.9	4.1	4.3	4.4	4.6	4.8	5.0	5.2	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	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	4.1	4.3	4.5	4.7	4.9	5.1	5.3	5.5	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	4.9	5.1	5.3	5.5	5.7	5.9	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	6.2	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	6.2	6.4	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	6.8	49
50	2.0	2.3	2.5	2.8	3.0	3.3	3.5	3.8	4.0	4.3	4.5	4.8	5.0	5.3	5.5	5.7	6.0	6.2	6.5	6.8	7.0	50
51	2.1	2.3	2.6	2.9	3.1	3.4	3.6	3.9	4.2	4.4	4.7	4.9	5.2	5.5	5.7	5.9	6.2	6.5	6.8	7.0	7.3	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	7.6	52
53	2.2	2.5	2.8	3.1	3.4	3.7	3.9	4.2	4.5	4.8	5.1	5.3	5.6	5.9	6.2	6.5	6.7	7.0	7.3	7.6	7.9	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	8.2	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	8.5	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	8.7	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	7.5	7.8	8.1	8.4	8.7	9.0	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	9.4	58
59	2.8	3.1	3.5	3.8	4.2	4.5	4.9	5.2	5.6	5.9	6.3	6.6	7.0	7.3	7.7	8.0	8.4	8.7	9.0	9.4	9.7	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	10.0	60
61	3.0	3.3	3.7	4.1	4.5	4.8	5.2	5.6	6.0	6.3	6.7	7.1	7.4	7.8	8.1	8.5	8.8	9.2	9.6	10.0	10.3	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	9.5	9.9	10.3	10.6	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	9.8	10.2	10.6	10.9	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	10.1	10.6	11.0	11.3	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	11.7	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	12.0	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	11.6	12.0	12.4	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	11.5	11.9	12.4	12.8	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	13.1	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	11.7	12.1	12.6	13.0	13.5	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	12.5	13.0	13.5	14.0	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	12.8	13.3	13.8	14.3	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	12.2	12.6	13.1	13.6	14.1	14.6	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	12.5	13.0	13.5	14.0	14.5	15.0	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	13.4	13.9	14.4	14.9	15.4	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	13.8	14.3	14.8	15.3	15.8	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	14.1	14.6	15.1	15.6	16.1	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	14.5	15.0	15.5	16.0	16.5	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	14.3	14.8	15.3	15.8	16.3	16.8	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	15.3	15.8	16.3	16.8	17.3	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	16.3	16.8	17.3	17.8	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	15.4	16.0	16.5	17.1	17.6	18.1	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	16.4	17.0	17.5	18.1	18.6	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 N° 10

Índice de masa corporal

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

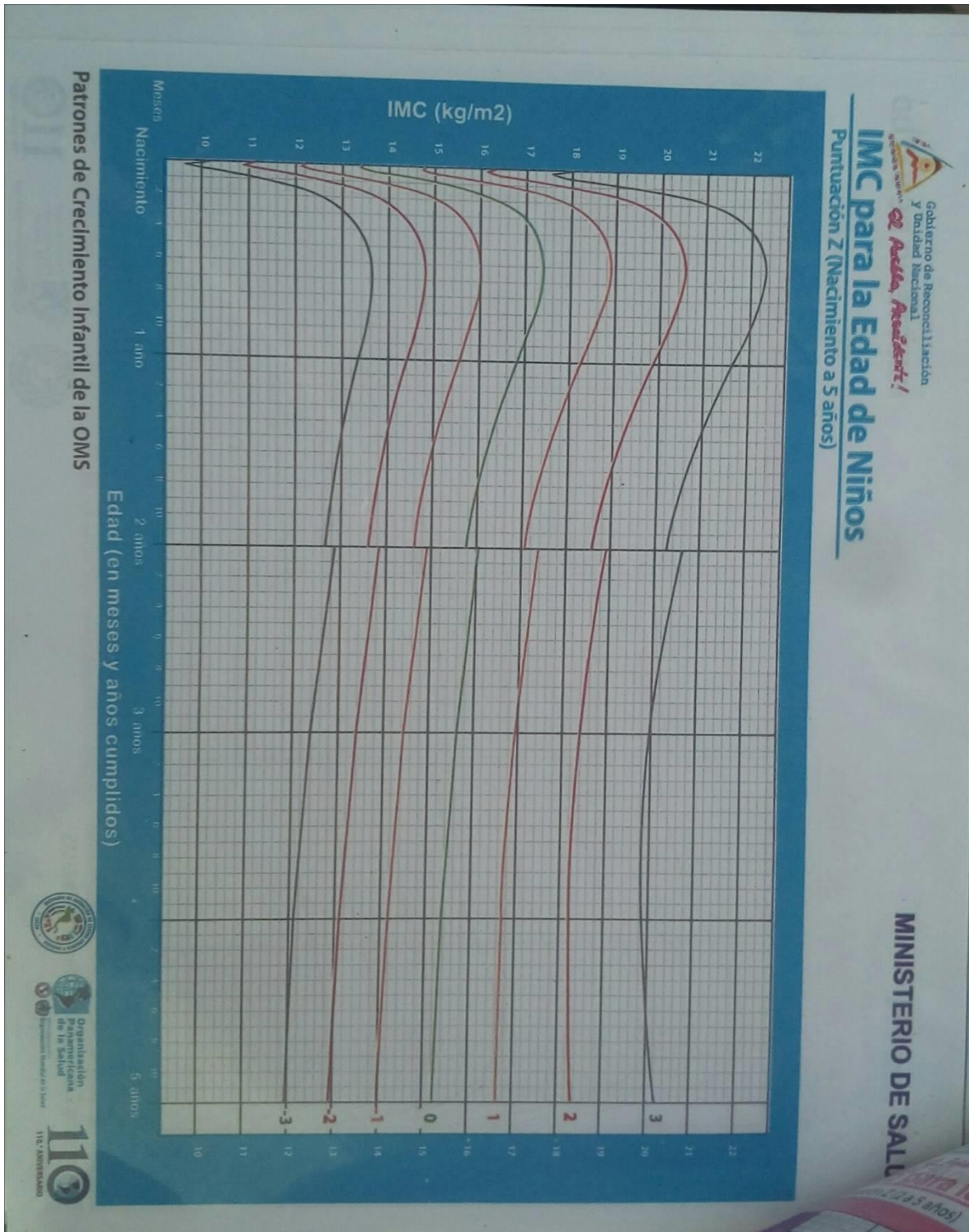
Talla en cm	Índice de Masa Corporal																										Talla en cm
	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26								
Peso en kilogramos																											
84	5.6	6.4	7.1	7.9	8.5	9.2	9.9	10.6	11.3	12.0	12.7	13.4	14.1	14.8	15.5	16.2	16.9	17.6	18.3	84							
85	5.8	6.5	7.2	7.9	8.7	9.4	10.1	10.8	11.6	12.3	13.0	13.7	14.5	15.2	15.9	16.6	17.3	18.1	18.8	85							
86	5.9	6.7	7.4	8.1	8.9	9.6	10.4	11.1	11.8	12.6	13.3	14.1	14.8	15.5	16.3	17.0	17.8	18.5	19.2	86							
87	6.1	6.8	7.6	8.3	9.1	9.8	10.6	11.4	12.1	12.9	13.6	14.4	15.1	15.9	16.7	17.4	18.2	18.9	19.7	87							
88	6.2	7.0	7.7	8.5	9.3	10.1	10.8	11.6	12.4	13.2	13.9	14.7	15.5	16.3	17.0	17.8	18.6	19.4	20.1	88							
89	6.3	7.1	7.9	8.7	9.5	10.3	11.1	11.9	12.7	13.5	14.3	15.0	15.8	16.6	17.4	18.2	19.0	19.8	20.6	89							
90	6.5	7.3	8.1	8.9	9.7	10.5	11.3	12.2	13.0	13.8	14.6	15.4	16.2	17.0	17.8	18.6	19.4	20.3	21.1	90							
91	6.6	7.5	8.3	9.1	9.9	10.8	11.6	12.4	13.2	14.1	14.9	15.7	16.6	17.4	18.2	19.0	19.9	20.7	21.5	91							
92	6.8	7.6	8.5	9.3	10.2	11.0	11.8	12.7	13.6	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	18.6	20.0	21.5	23.1	24.6	26.1	27.7	29.2	30.8	32.3	33.8	35.4	36.9	38.4	40.0	124							
125	12.5	14.1	15.6	17.2	18.8	20.3	21.9	23.4	25.0	26.6	28.1	29.7	31.3	32.8	34.4	35.9	37.5	39.1	40.6	125							
	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 N° 11

Índice de masa corporal

Infantil



Anexo N° 12

Indicadores de crecimiento para niños menores de 5 años.


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 N° 16

Seguimiento de la atención infantil



Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
De Pueblo, Para el Pueblo!

MINISTERIO DE SALUD

P 122B



PODER CIUDADANO
Nicaragua
Gana con Voz!

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
Hierro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Lesiones Físicas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Comportamiento alterado del niño/a	Esquema vacunación completo para su edad SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Vitamina A SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Lesión en genitales o ano SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Comportamiento alterado de cuidador/a	Nombre y dosis vacuna(s) a aplicarse: _____
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> El niño/a expresa espontáneamente el maltrato	

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
Succiona Vigorosamente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Vocaliza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Gira hacia el objeto SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sonrisa socia SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Agarra objetos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lleva objeto a la boca SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Manos cerradas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Mira el rostro de la madre SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Eleva la cabeza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Reacciona al sonido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Localiza el sonido SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Flexiona brazos y piernas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Alterna movimientos de piernas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Responde al examen SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Intenta tomar un juguete SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Sostiene la cabeza SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Reflejo de moro SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Abre las manos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Sigue con la mirada objetos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Emite sonidos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

9-11 MESES	12-14 MESES	15-17 MESES	18-23 MESES	24-35 MESES	36-59 meses
Juega a descubrirse SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Imita gestos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hace gestos a pedidos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Identifica 2 objetos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se quita la ropa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se alimenta solo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se pasa objetos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Pinzas superior SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Coloca cubos en recipiente SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Hace Garabatos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Torre de 5 cubos SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dice oraciones largas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se sienta solo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Palabras confusas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dice una palabra SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dice 3 palabras SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Dice frases cortas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Se viste solo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Duplica sílabas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Camina con apoyo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Camina sin apoyo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Camina para atrás SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Patea la pelota SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ordenes complejas SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

EVALUAR OTROS PROBLEMAS: _____

CLASIFICACIÓN: _____

TRATAMIENTO: _____

ORIENTACIONES SOBRE ALIMENTACIÓN: _____

PRÓXIMA CONSULTA: _____

IMPRESIÓN DIAGNOSTICA: _____

REFERIDO SI NO

NOMBRE DE QUIEN ELABORO
 LA HOJA DE SEGUIMIENTO

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

Anexo 17

Historia clínica infantil

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



NOMBRE: _____ UNIDAD DE SALUD _____ Nº CENSO _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres
MADRE: _____ Nº DE HISTORIA CLINICA: _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres
PADRE: _____ DOMICILIO: _____
 1er Apellido 2do Apellido Nombres
FECHA DE NACIMIENTO DIA MES AÑO **FECHA:** _____ SEXO F M

ANTECEDENTES PRENATALES		NACIMIENTO		ATENDIDO POR			TIPO DE NACIMIENTO		
		Institut <input type="checkbox"/> Domic. <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Partera <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>					
PATOLOGIA		EDAD GESTAC. AL NACER		ANTROPOMETRIA		APGAR		TIPO DE NACIMIENTO	
EMB SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Sem <input type="text"/>		PESO AL NACER TALLA <input type="text"/> <input type="text"/> cm		1º Minuto <input type="text"/> 5º Minuto <input type="text"/>		SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
PARTO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Menor de 37 <input type="checkbox"/>		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 de 41 <input type="checkbox"/>		PER. CEF <input type="text"/> <input type="text"/> cm		Reanimac 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"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/>		
Padre Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ocupación: <input type="text"/>					Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/>		Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria Completa <input type="checkbox"/>		
							Educación Superior <input type="checkbox"/>		
VIVIENDA: Nº de cuarto <input type="text"/>			AGUA			EXCRETAS			
Piso de Tierra Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Chorro dom <input type="checkbox"/> Chorro com <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>			Inodoro <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			

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

VACUNAS

NEUMOCOCO						ROTAVIRUS					
DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA	DOSIS	FECHA
1		6		11		1		6		11	
2		7		12		2		7		12	
3		8		13		3		8		13	
4		9		14		4		9		14	
5		10		15		5		10		15	

Anexo N° 19


Esquema de Vacunación

MINSA-2017



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional
El Pueblo, Presidente!

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

ESQUEMA DE VACUNACIÓN DE NICARAGUA 2017						
Vacunas	Enfermedad que previene	Edad de la Vacunación	Número de Dosis	Dosis de Refuerzo	Aplicación	
	BCG	Formas graves de tuberculosis	Recién nacidos	1 Dosis (0.1cc)	Ninguna	Intradérmica, en el tercio superior del área del deltoides del brazo izquierdo. Jeringa 0.5cc X 27G X 3/8"
	Polio inyectable	Poliomielitis	2 meses	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular profunda en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo izquierdo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
	Polio oral	Poliomielitis	4,6 meses	2 Dosis (2 gotas)	Una dosis adicional a niños de 18 meses	Oral
	Pentavalente DPT/HB+Hib	Difteria, Tos ferina, Tétanos, Hepatitis B, Meningitis y Neumonía causada por Haemophilus Influenzae Tipo B	2,4,6 meses	3 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular profunda en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo derecho. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
	Rotavirus	Diarrea grave por Rotavirus	2,4 meses	2 Dosis (1.5cc)	Ninguna	Oral
	Neumococo 13 valente	Neumonía, Meningitis, Otitis causada por Neumococo	2,4,6 meses	3 Dosis (0.5cc)	Ninguna	Intramuscular profunda en el tercio medio de la cara anterolateral externa del muslo izquierdo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
	MMR (SRP)	Sarampión, Rubéola y Parotiditis	1 año de edad (12 meses)	1 Dosis (0.5cc)	1 dosis a los niños de 18 meses de edad	Subcutánea, parte superior del brazo (área del deltoides). Jeringa 0.5cc x 25 G X 5/8"
			18 meses de edad	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	
	DPT	Difteria, Tos ferina, Tétanos	18 meses (al año de 3ra dosis de pentavalente)	1 Dosis (0.5cc)	1 dosis a los 6 años	Intramuscular en la cara anterolateral externa del muslo. Jeringa 0.5cc X 23 G X 1"
			6 años	1 Dosis (0.5cc)	Ninguna	
	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 20

Puesto de Salud Wuppertal.



Anexo 21

Puesto de Salud Wuppertal



Anexo 22

Entrevista realizada al personal de salud.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

Entrevista

Nombre:

N° de MINSA

Fecha:

I- DATOS SOCIODEMOGRÁFICO

1.1. Edad:

< 20 años

21 a 34 años

35 años a más

1.2. Profesión:

Médico

Profesional de enfermería

Auxiliar

Licenciado en enfermería

1.3. Años de Servicio en el MINSA: <5 > 5

II- CONOCIMIENTOS

1. ¿Qué es un VPCD?

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

2. ¿Cuál es la importancia del VPCD?

- a- para lograr disminuir la tasa de morbimortalidad infantil y desarrollar los componentes de salud, Vigilancia y Promoción del Crecimiento y Desarrollo
- b- para llevar un control numérico de 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.
- c- Medidas antropométricas, Clasificar el estado nutricional, Evaluar el desarrollo psicomotor, Brindar consejería sobre estimulación temprana.
Administración de sulfato ferroso para la prevención o tratamiento de la anemia.
Administración de vitamina A una dosis cada 6 meses.
Administración de tratamiento antiparasitario.
Se le brinda consejería a la madre sobre lactancia materna y alimentación complementaria.

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

- a- Calidad de salud del infante.
- b- Vacunas y multivitamínico.

- c- Disminuir las tasas de morbi-mortalidad 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?

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

10. ¿Qué es Crecimiento?

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

11. ¿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

12. ¿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 23

Guía de observación al personal de salud.



UNIVERSIDAD
NACIONAL
AUTÓNOMA DE
NICARAGUA,
MANAGUA
UNAN - MANAGUA

FACULTAD REGIONAL MULTIDISCIPLINARIA, MATAGALPA

III- Prácticas del Personal de Enfermería.

a. ¿Cuánto tiempo tarda en realizar un ingreso de VPCD?

Tiempo/minuto

10-15

16-25

26-30

b. ¿Realiza llenado completo de la historia clínica?

Sí

No

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

Sí

No

d. ¿Pesa adecuadamente al niño(a)?

Sí

No

e. ¿Talla adecuadamente al niño(a)?

Sí

No

f. ¿Mide correctamente el Perímetro Cefálico?

Sí No

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

Sí No

h. ¿Realiza el cálculo de IMC adecuadamente?

Sí No

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

Sí No

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

Sí No

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

Sí No