

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA

E.A.P. DE ENFERMERIA

**“GRADO DE APLICACIÓN DE UNA PROPUESTA DE
DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA EN ENFERMERAS DE
LOS SERVICIOS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL AÑO 2015”**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Carmen Yuliana Quincho Astete

ASESOR

Mery Soledad Montalvo Luna

Lima – Perú

2015

**“GRADO DE APLICACIÓN DE UNA PROPUESTA DE DIAGNÓSTICOS
DE ENFERMERÍA EN ENFERMERAS DE LOS SERVICIOS DE
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN LOS
ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN EN EL AÑO 2015”**

AGRADECIMIENTO

*A Dios por su bendición
y protección día con día,
por llevarme por buen
camino.*

*A mis padres y hermanos
por su apoyo incondicional,
amor infinito y por su confianza
depositada en mí.*

*A mi asesora Lic. Mery
Montalvo Luna, por su
guía y apoyo permanente
en el desarrollo de esta tesis.*

*A mis amigos por su apoyo,
lealtad, cariño y sobre todo
por su compañía en estos
largos 5 años de mi vida
universitaria.*

DEDICATORIA

A Dios por su gran ejemplo de vida, y por enseñarme el verdadero significado de amar al prójimo.

*A mis padres:
Adolfo y Tula, quienes son mi motor y motivo, para seguir saliendo adelante.*

*A mis hermanos:
Jhon y Estefanía, por su confianza, amor y por todo lo que han hecho y dejado por mí.*

A mi sobrino Ancel, que su llegada a este mundo cambio nuestras vidas.

A mi querida asesora y amiga a la vez Lic. Mery Montalvo Luna, por ser un ejemplo para mí, no solo como maestra, sino como hija, madre, esposa y sobre todo como MUJER, por la valentía que demuestra día a día.

A mis amigos del Grupo Juventud Unida, por ser como una familia para mí, por su grata compañía en estos largos 8 años mi vida.

A mi amiga Guissell, por sus consejos, su cariño, su lealtad, y por ser como una hermana para mí.

A mis amigos y amigas de la universidad, por la confianza y amistad brindada en estos 5 años de vida universitaria.

INDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
INDICE	vi
INDICE DE GRAFICOS	viii
INDICE DE TABLAS	x
RESUMEN	xi
SUMMARY	xiii
PRESENTACION	xiv
CAPITULO I: INTRODUCCION	
A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
B. FORMULACION DEL PROBLEMA	6
C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION	6
C.1. OBJETIVO GENERAL	6
C.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	6
D. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA	7
E. LIMITACIONES	9
CAPITULO II: BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS	
A. MARCO TEORICO	10
A.1. ANTECEDENTES	10
A.2. BASE TEORICA	15
1. CUIDADO DE ENFERMERIA	15
2. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA	16
3. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO	30
3.1. ACTIVIDADES DE CONSEJERIA DE LA ENFERMERA	31
a) LACTANCIA MATERNA	31
b) ALIMENTACION COMPLEMENTARIA	37
c) ESTIMULACION TEMPRANA	48
A.3. DEFINICION OPERACIONAL DE TERMINOS	52
B. DISEÑO METODOLÓGICO	53
B.1. TIPO, NIVEL Y METODO DE ESTUDIO	53
B.2. AMBITO DE ESTUDIO	54
B.3. POBLACION	54
B.4. VARIABLE	55
B.5. TECNICAS E INSTRUMENTO	55

B.6. PROCESO DE RECOJO, PROCESAMIENTO, PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS	56
B.7. CONSIDERACIONES ETICAS	57

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

A. RESULTADOS	58
A.1. DATOS GENERALES	58
A.2. DATOS ESPECIFICOS	59
B. DISCUSION	66

CAPITULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES	71
B. RECOMENDACIONES	73

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N°		Pág.
1	Grado de aplicación de un propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. Lima – Perú. 2015	63
2	Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo respecto a la lactancia materna. Lima – Perú. 2015	64
3	Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo respecto a la alimentación complementaria. Lima – Perú. 2015	65

- 4 Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores - Villa María del Triunfo respecto a la estimulación temprana. 66
Lima – Perú. 2015

INDICE DE TABLAS

TABLA N°		Pág.
1	Apreciación general respecto a la propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. Lima – Perú. 2015	61
2	Propuesta de diagnósticos de enfermería que permite elaborar el plan de cuidados en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. Lima – Perú. 2015	62

RESUMEN

El diagnóstico de enfermería es la segunda etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en tal sentido se entiende como el juicio que emite el profesional de esta área en base a la recolección de datos (valoración), para luego elaborar el plan de cuidados, este medio permitirá satisfacer las necesidades del paciente. En la actualidad la aplicación de los diagnósticos de enfermería en el ámbito comunitario no están plasmados en un documento de uso diario en los establecimientos del primer nivel de atención que permitan maximizar el cuidado que se brinda de ahí la necesidad de proponer diagnósticos de enfermería. Es por ello que la presente investigación titulada “Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en enfermeras de los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención. 2015”, tiene como objetivo determinar el grado de aplicación de una propuesta de diagnóstico de enfermería en los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. **Material y método:** El estudio es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo, método descriptivo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 enfermeras de los centros de salud de la Red la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento un Cuestionario. **Conclusiones:** El grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, se evidencia que los diagnósticos propuestos respecto a lactancia materna, alimentación complementaria y estimulación temprana, son aplicados por la mayoría de enfermeras durante la atención del niño que acude a su control.

Palabras claves: Diagnósticos de enfermería, enfermera, Control de Crecimiento y Desarrollo, primer nivel de atención.

SUMMARY

The nursing diagnosis is the second stage of nursing care in this sense is understood as the judgment issued by the professional in this area based on data collection (valuation), and then formulate a plan of care, this half will meet the needs of the patient. At present the application of nursing diagnosis at Community level are not expressed in a document everyday on the premises of primary care to maximize the care provided hence the need to propose nursing diagnoses. That is why this research entitled "Status of implementation of a proposed nursing diagnoses in nurses control services growth and development in the establishments of primary care. 2015 "aims to determine the degree of implementation of a proposed nursing diagnosis in the inspection of growth and development in the establishments of primary care Health Network San Juan de Miraflores - Villa Maria del Triunfo. Methods: The study is quantitative, level application, descriptive method and cross section. The population consisted of 30 nurses from the health centers of the Network Health Network San Juan de Miraflores - Villa Maria del Triunfo. The technique used was the survey and the Questionnaire tool. Conclusions: The degree of implementation of a proposed nursing diagnosis in services Control Growth and Development of the establishments of primary care, it appears that the diagnoses proposed regarding breastfeeding, complementary feeding and early stimulation are applied by most nurses for the care of children who come to their control.

Keywords: Nursing diagnoses, nurse, control growth and development, primary care.

PRESENTACION

La profesión de enfermería en el transcurso del tiempo, ha ido evolucionando, así como la atención que brinda la enfermera, paso de ser cuidados basados en la experiencia a ser un ejercicio profesional con sustento teórico como producto de la investigación; la enfermera posee cuatro funciones en los cuales puede desarrollarse y son: Asistencial, Docencia, Administrativo e Investigación; cada uno de estos campos de acción permitirán grandemente el desarrollo y la identidad del profesional de enfermería.

El proceso de atención de enfermería, es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de un forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática; dentro de este proceso encontramos al Diagnóstico de enfermería, que viene a ser el juicio que se emite en base a la recolección de datos, para luego elaborar un plan de cuidados que permitirá satisfacer las necesidades del paciente.

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo principal determinar el grado de aplicación de una propuesta de diagnóstico de enfermería de los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo; los diagnósticos propuestos son respecto a lactancia materna, alimentación complementaria y estimulación temprana, por ser estos factores protectores que favorecen el proceso de crecimiento y desarrollo de las niñas y niños, siendo estos los temas que más desarrollan las enfermeras, a través de consejerías, talleres, etc.; realizados estos en los establecimientos del primer nivel de atención y la comunidad,

permitiendo así que estos profesionales tomen conciencia sobre la importancia de la formulación de diagnósticos para brindar un cuidado de calidad.

El estudio consta de Capítulo I: Introducción en el cual se expone el planteamiento del problema, la formulación del problema, los objetivos de la investigación, la justificación del problema y las limitaciones; Capítulo II: Bases teóricas y metodológicas en el cual se expone el marco teórico, que consta de antecedentes, base teórica, definición operacional de términos, y el diseño metodológico que consta de tipo de investigación, ámbito de estudio, población, variable, técnica e instrumentos, proceso de recojo, procesamiento, presentación y análisis de datos y consideraciones éticas; Capítulo III: Resultados y Discusión; Capítulo IV: Conclusiones y Recomendaciones; y finalmente se presenta las Referencias bibliográficas y Anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estado de salud de una población se aprecia desde perspectivas de diferente complejidad, y se complementa con las evaluaciones de cada uno de los individuos, identificando sus características biológicas, sociales, económicas, culturales y espirituales, para así determinar los factores de salud enfermedad, los cuales a través de indicadores indirectos miden las desviaciones del estado de salud, tales como: nutrición, desarrollo físico, entre otros.

El primer nivel de atención es la puerta de entrada al sistema de salud y el lugar donde deben ser resueltas la mayoría de las necesidades de la población. En el contexto del sistema de salud basado en la estrategia de atención primaria de salud (APS) se entiende como el principal contacto entre la población y el sistema de servicios de salud, teniendo como objetivo brindar atención integral e integrada para resolver la mayoría de las necesidades y demandas de salud que la población presente a lo largo de la vida. (1)

Así también dentro de la política pública del Perú se encuentra la inclusión social que plantea desde el año 2011, estrategias a largo plazo para generar oportunidades para la siguiente generación, con énfasis en la promoción de la protección y mejora del capital humano (nutrición, salud y educación de calidad) a través de la reducción de la desnutrición crónica infantil, la promoción del desarrollo infantil temprano y el desarrollo integral de la niñez y la adolescencia, bajo el enfoque de ciclo de vida. (2)

En este nivel se ofrece los servicios básicos de salud a través de los miembros del equipo de atención integral que se constituyen en los proveedores, dentro de ellos se encuentra el profesional de enfermería, quien conjuntamente con el equipo de profesionales de la salud brinda a la población de su área, servicios ampliados de salud definidos según normas del Ministerio de Salud (MINSA).

El cuidado que brinda la enfermera tiene una dimensión biosociocultural, porque requiere una base biológica para satisfacer las necesidades físicas, una base social y cultural porque satisface las necesidades psicosociales, también posee un cuerpo de conocimientos que enfatiza el manejo del cuidado de la salud, enfocando desde el punto de vista de la respuesta humana a los problemas reales o potenciales (riesgo), por ello, realiza actividades para lograr la promoción, prevención, el mejoramiento de la salud y bienestar de los seres humanos.

El proceso de atención de enfermería como método sistemático y organizado permite al profesional administrar

cuidados de enfermería individualizados y responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

Se trata de un proceso continuo pero integrado por etapas, ordenadas lógicamente, que tienen como objetivo fundamental la individualización y la adecuada planificación y ejecución de los oportunos cuidados orientados al bienestar de la persona. Cabe destacar, sin embargo, que tales etapas, aunque pueden definirse y analizarse de forma independiente, en realidad están íntimamente relacionadas y son ininterrumpidas, puesto que el proceso de enfermería implica una actuación constante reflexiva y a todos los niveles para poder determinar y cubrir los requerimientos de la persona no solo desde una dimensión física o biológica, sino también desde la perspectiva psicológica, social, cultural y espiritual.

El proceso de atención de enfermería abarca, la valoración que comprende la recogida, el análisis y la interpretación de los datos precisos para determinar las necesidades de la persona, y por otra, la planificación de los cuidados oportunos, su ejecución y su evaluación global. Para fines de la investigación, pueden distinguirse cinco fases, cada una de las cuales debe ser adecuadamente complementada para el logro satisfactorio de los objetivos: valoración, diagnóstico, planificación de cuidados, ejecución y evaluación.

(3)

La enfermera a nivel de la salud pública, tiene como responsabilidad el manejo de la promoción y prevención de la salud, promueve la salud física y mental, así como organiza y

dirige todos los esfuerzos de la comunidad para lograr el cuidado integral de sus miembros, atendiendo de esta manera los lineamientos de política del Ministerio de Salud que establece dar prioridad a la población infantil menor de 5 años en cuanto a nutrición, desarrollo infantil temprano y desarrollo integral, dispuestos en la Norma Técnica de Salud para el Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. (4)

Por ende el Control de Crecimiento y Desarrollo, es un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño detectando riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades. En este servicio que se brinda también se debe aplicar el proceso de atención de enfermería, con la finalidad de brindar cuidados de calidad en base a problemas identificados. (5)

En las prácticas comunitarias, en los establecimientos de salud del primer nivel de atención se observó, que la enfermera que labora en el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo, no tiene registro de diagnósticos de enfermería, “dan las mismas orientaciones a todas las madres independientemente del problema principal del niño”, “la preocupación principal es el control del cumplimiento del carnet de vacunación y el control de peso y talla de los niños menores de 5 años”, se refieren que “la orientación de alimentación le corresponde a la nutricionista y en

cuento a salud le corresponde al médico”, se refiere también que “en la historia clínica en la hoja de atención integral del niño, no se especifica los diagnósticos de enfermería”.

Así mismo al interactuar con las madres que acuden al consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), ellas manifiestan: “tengo que traer a mi niño todos los meses”, “pero él tiene todas sus vacunas”, “ya no es necesario que lo traiga”, “le estoy dando leche en formula a mi bebe porque no me sale la leche”, “no sé cómo extraerme la leche”, “yo trabajo por eso le doy leche en formula, mi bebe está muy gordito, él come bien”, “a mi bebe le gusta las papillas que vienen listas ”, “mi bebe tiene seis meses y ya come de todo, le gusta el huevo, mandarina, yogurt”, “no tengo tiempo para traerle a mi bebe y vacunarle, pero él no se enferma, él está sanito”, “yo trabajo y esta al cuidado de su abuelita y ella dice que duerme siempre”.

B. FORMULACION DEL PROBLEMA

Por todo lo mencionado anteriormente, se planteó el siguiente problema:

¿Cuál es el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención en el año 2015?

C. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

C.1. Objetivo General

Determinar el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

C.2. Objetivos Específicos

- Identificar el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, respecto a la lactancia materna.
- Identificar el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer

nivel de atención, respecto a la alimentación complementaria.

- Identificar el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, respecto a la estimulación temprana.

D. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

En el marco de la Convención sobre los Derechos del Niño se ratifica la necesidad de que el Estado ejecute acciones que garanticen la supervivencia, el desarrollo y la protección del niño. En este sentido, una de las principales líneas de acciones está asociada a asegurar la adecuada nutrición de las niñas y los niños, como una de las herramientas iniciales para cortar el círculo vicioso de transmisión intergeneracional de la pobreza.
(6)

Para enfermería el problema de nutrición desde lo que comprende la lactancia y la alimentación complementaria no solo es problema de salud sino también de desarrollo del país, lo cual se tiene que tratarse de manera integral, multi e interdisciplinar, así mismo el desarrollo infantil temprano está íntimamente ligado con esto, expresado en la motricidad, el lenguaje, la cognición y el ámbito social emocional, lo cual se consigue a través de una adecuada estimulación debido a que durante esta etapa se da el mayor desarrollo cerebral y biológico, así también se establece las bases para el desenvolvimiento de capacidades, habilidades

y potencialidades que determinan su estado de salud, sus logros educativos y su productividad laboral en la adultez.

El profesional de enfermería, desde sus inicios, realiza acciones en beneficio de las personas, familia y comunidad, a estas se las denominan cuidado. Desde el primer contacto que tienen con la persona, la enfermera a través de observaciones subjetivas y objetivas puede formular un diagnóstico del estado actual de salud, que a su vez conlleva a elaborar un plan de cuidados que permitirá satisfacer sus necesidades, dichos cuidados deben estar guiados por el criterio de priorización del profesional de enfermería, que se basa en conocimientos teóricos y prácticos de su realidad, la aplicación del proceso de atención de enfermería debe darse en todos los niveles de atención.

Es por ello que se considera de gran relevancia realizar este estudio para que a través de los diagnósticos de enfermería formulados en base a una realidad concreta observada en los consultorios de Control de Crecimiento y Desarrollo, las enfermeras puedan aplicarlo en su quehacer cotidiano.

Por lo expuesto anteriormente, los resultados del estudio permitirán promover la aplicación de los diagnósticos de enfermería en el consultorio de Control de Crecimiento y Desarrollo basada en la aplicación del proceso de atención de enfermería como herramienta científica de trabajo profesional.

E. LIMITACIONES

Los resultados obtenidos solo son aplicables en los centros de salud de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo que participaron de dicha investigación.

CAPITULO II

BASES TEORICAS Y METODOLOGICAS

A. Marco Teórico

A.1. Antecedentes del estudio

a. Estudios a nivel internacional

JUAN GUILLERMO ROJAS, en el año 2009, en Medellín – Colombia, realizo un estudio titulado “Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín 2007”, con el objetivo de identificar los factores que se relacionan con la aplicación de la metodología del Proceso de Atención de Enfermería y las taxonomías de enfermería NANDA, NIC Y NOC, en el cuidado brindado por los profesionales de enfermería que laboran en las Unidades de Cuidado Intensivo del Municipio de Medellín. La población estuvo constituida por 65 enfermeros en 12 Unidades de Cuidado Intensivo de Medellín. El método fue descriptivo y de corte transversal, el instrumento fue una Escala Likert y un Test de conocimientos sobre el PAE, y la técnica encuesta. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

“A pesar de que de manera abierta los encuestados manifiestan no aplicar la metodología del proceso de atención de enfermería si llevan a cabo acciones de valoración, formulación de diagnósticos de enfermería, planeación y evaluación de la efectividad del cuidado. Existe una marcada tendencia entre los profesionales de este estudio a valorar con las técnicas tradicionales y a cruzar la información con los reportes de los paraclínicos; no se formulan diagnósticos de enfermería, o se hace muy poco y de manera general planean las intervenciones con base en los datos de la valoración y el diagnóstico médico. Las intervenciones que llevan a cabo son subsidiarias a la terapéutica prescrita por los demás integrantes del equipo de salud y se orientan por el cumplimiento de órdenes médicas o el seguimiento de los protocolos institucionales existentes. Las acciones propias de enfermería como la interacción con los pacientes o sus familias y la educación no ocupan un lugar importante dentro del plan de cuidados de enfermería. La evaluación se asume como un proceso de revisión de objetivos logrados y como indicador de la calidad. Hay una actitud favorable frente al uso del PAE que finalmente no se ve reflejada en el desempeño cotidiano y en las instituciones. La poca utilidad en el desempeño cotidiano se deriva de una serie de factores institucionales como el volumen de pacientes, la influencia y presión ejercida por los profesionales que no los aplican, la inexistencia de una política institucional sobre cuidado de enfermería que lo apoye, la delegación de responsabilidades no propias de la profesión y la falta de sistemas de registro adecuados” (7)

MARIA TERESA PEREZ RODRIGUEZ, SOFIA SANCHEZ PIÑA y colaboradores, en el año 2006, en Distrito Federal – México, realizaron un estudio titulado “Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del Distrito Federal”, con el objetivo de analizar el conocimiento de las enfermeras sobre el proceso de enfermería y su relación con la aplicación en la práctica profesional. La población estuvo conformada por 2268 enfermeras que laboran en 6 instituciones del sector salud del área metropolitana. Es un estudio multicentrico, descriptivo, correlacional y de corte transversal, el instrumento fue un cuestionario. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

“El índice de conocimiento en promedio fue de 83.55%. La prueba de Rho de Spearman mostro una correlación positiva significativa ($r_s=0.204$, $p<0.05$) entre ambas variables: conocimientos y aplicación del Proceso de Atención de Enfermería. Un tercio de las enfermeras afirmo que la principal barrera para aplicar el Proceso de Atención de Enfermería es la sobrecarga de trabajo, otro tanto considera que es la falta de recursos humanos y materiales, y admite que el principal problema es la falta de conocimientos sobre el tema” (8)

b. Estudios a nivel nacional

MARIA DEL CARMEN PARDO PRADO, en el año 2013, en Perú, realizo un estudio titulado “Factores que limitan a las enfermeras la aplicación del proceso de atención de enfermería según percepción de los internos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM 2012”, con el objetivo

de determinar los factores que limitan a las enfermeras la aplicación del proceso de atención de enfermería según percepción de los internos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM. La población estuvo constituida por 60 Internos de Enfermería. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, el método descriptivo simple y de corte transversal, el instrumento es Escala tipo Likert modificada y la técnica fue la encuesta. Entre las conclusiones más importante tenemos:

“Los factores externos que limitan la aplicación del proceso de atención de enfermería a las enfermeras y que son percibidos como presentes son: la falta de reconocimiento institucional de la metodología profesional, dotación insuficiente de personal profesional de enfermería, elevado número de pacientes asignados para el cuidado, e inadecuada organización de las funciones de enfermería”
(9)

CECILIA DOLORES CERQUIN SALDARRIAGA, en el año 2005, en Perú, realizó un estudio titulado “Nivel de aplicación del proceso de atención de enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM”, con el objetivo de identificar el nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM, en una situación simulada. La población estuvo constituida por 86 internos, obteniéndose una muestra de 42 internos por el método aleatorio simple. El estudio es de tipo cuantitativo, el método descriptivo simple, el instrumento utilizado fue un caso clínico y la técnica fue la simulación. Entre las conclusiones más importantes tenemos:

“El nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por parte de los internos de Enfermería en una situación simulada, un gran porcentaje obtuvo un nivel regular, referido a la formulación de los objetivos y acciones en el plan de intervención de enfermería” (10)

Las investigaciones internacionales dan un panorama sobre cómo se aplica el proceso de atención de enfermería en su quehacer profesional, observándose que por conocimiento propio de la enfermera, trabajo administrativo implícito en los servicios, el enfoque biomédico imperante en las instituciones de salud, existe mucha limitación en el uso del proceso de atención de enfermería. Por otro lado las investigaciones nacionales son similares las conclusiones, pero en ninguna de ellas se presentan diagnósticos de enfermería a nivel comunitaria y en una realidad específica local o regional.

Por lo tanto estas investigaciones analizadas tanto internacionales como nacionales brindan información de cómo se está aplicando el proceso de atención de enfermería (PAE), teniendo como común denominador la falta de conocimiento del PAE y la dificultad laboral por sobrecarga de actividades para aplicarlo.

A.2. Base teórica conceptual

1. Cuidado de Enfermería

Es un conjunto de actos conscientes y afectivos que brinda la enfermera a las personas que lo necesitan, entendiendo tienen un entorno y un estado de salud que condiciona sus necesidades básicas, con la finalidad de supervivencia y mantenimiento de su salud.

1.1. Características del cuidado

- Práctica de la escucha activa, tocarlo haciendo que sienta lo importante que es como ser humano.
- Hacerle sentir nuestro verdadero deseo de darle confort y ayuda.
- Respetar su integridad física y psicológica.
- Realizar procedimientos que mejoren su salud, minimizando el malestar que le produce su enfermedad. (11)

1.2. Rol de la enfermera en el primer nivel de atención

La enfermería comunitaria es parte de la enfermería que desarrolla y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud – enfermedad.

El profesional de enfermería comunitaria contribuye de forma específica a que los individuos, familia y comunidad adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado, en el marco de la promoción y prevención de la salud, cuyas funciones son las de integrar los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y de la salud pública, poseer determinadas habilidades sociales, actitudes y convicciones personales, ofrecer sus servicios al total de la población sin distinción de raza, credo, condición social, y la actuación se fundamenta en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población. (12)

2. Proceso de atención de enfermería

Es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de la enfermera. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.

2.1. Características según fases

a) Fase de Valoración

La etapa inicial del proceso de enfermería, corresponde a la recogida de datos basada en la observación y la entrevista a la persona así como en otras fuentes disponibles, se pretende elaborar un inventario de todo aquello referente a la persona enferma que aporte un conocimiento indispensable sobre sus características personales, sus dificultades o padecimientos, sus hábitos de vida y el estado de satisfacción de sus necesidades fundamentales para poder identificar sus necesidades, problemas y preocupaciones. (13)

b) Fase de Diagnóstico

La segunda fase del proceso de enfermería corresponde al análisis e interpretación de los datos recogidos en la etapa previa. El análisis preciso, contextualizado de estos datos, permite a la enfermera identificar las manifestaciones de dependencia, así como los problemas que son de su competencia, permite determinar con la mayor claridad posible y de manera concisa el problema específico que presenta la persona y las dificultades que lo provocan. Aspecto prioritario para establecer la situación y las necesidades de la persona, así como para plantear los cuidados de enfermería más oportunos, así también la precisión del diagnóstico facilita la comprensión del caso al resto del equipo sanitario.

Básicamente, en esta etapa se intenta examinar y dimensionar con la máxima objetividad posible los datos recopilados, para posteriormente confrontarlos con los parámetros normales de los diversos factores que aseguran la satisfacción de las necesidades del ser humano. De este modo, pueden determinarse las alteraciones presentes en la persona, los problemas de cooperación actuales y los problemas, aparentes y no aparentes.

Para ellos, hay que considerar los hechos, comportamientos, signos y síntomas: Identificar las relaciones existentes entre los diversos elementos; indagar las causas que provocan las dificultades, establecer prioridades y prever posibles consecuencias; se debe tener en cuenta que todo cambio desfavorable en la satisfacción de alguna necesidad fundamental (de orden biológico, psicológico, social, cultural o espiritual) que se expresa a través de manifestaciones observables, directas o indirectas, resulta de utilidad, junto a las posibles causas para la formulación del diagnóstico de enfermería. (14)

c) Fase de Planificación de Cuidados

En esta fase, sobre la base de los datos recabados en la etapa de valoración, su análisis y en diagnóstico de enfermería establecido, se planifican las estrategias encaminadas a prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados previamente. Es una etapa orientada a la acción, ya que se trata de establecer un plan de actuación y determinar sus diferentes pasos, los medios requeridos para

su consecución, las intervenciones concretas que se deben instaurar y las precauciones que corresponde adoptar en el curso de todo el proceso de enfermería. (15)

d) Fase de Ejecución

Esta etapa corresponde a la puesta en práctica del plan de actuación elaborado previamente y cuya meta es la de conducir a la persona, al menos idealmente, hacia la óptima satisfacción de su necesidades. En tales actuaciones, dependiendo de cada situación, pueden intervenir, según sea las necesidades, posibilidades y disponibilidades, el equipo de enfermería, la persona enferma y/o usuario y su familia.

Dentro de lo posible, se intenta que sea la propia persona, con la debida ayuda y acompañamiento, quien lleve a cabo al máximo de los cuidados planificados, aunque tal idea no siempre es accesible. De todos modos, aun cuando en un primer tiempo los cuidados hayan de quedar exclusivamente en manos del personal de enfermería, a medida que se produzcan una evolución positiva se intentara que la responsabilidad pase progresivamente a la persona, que de este modo ira adquiriendo independencia, a la par que se reduce la suplencia proporcionada por el equipo de enfermería. (16)

e) Fase de Evaluación

Es la última fase del proceso de enfermería, corresponde a una actividad continua mediante la cual se determina, con la persona enferma y/o usuario, hasta qué punto se han alcanzado los objetivos propuestos previamente y los resultados de la aplicación del plan de cuidados, a la par que se incorporan nuevos cuidados, de datos surgidos de la evaluación del estado de la persona.

Cabe destacar que las consecuencias de la instauración de intervenciones suelen ser positivas, pero también pueden resultar negativas o incluso inesperadas, y ello obliga a una evaluación constante que permita modificar oportunamente la planificación de los cuidados en beneficio de la persona enferma.

Se trata de una etapa compleja, dado que deben juzgarse diversos elementos y requiere una recopilación de nuevos datos, su análisis y una profunda reflexión, para poder determinar si se han logrado los objetivos propuestos o si han surgido nuevas necesidades.

Para que tal labor sea eficaz, es preciso tener previstos y respetar ciertos plazos de evaluación, diversos según sean los objetivos (cada tantas horas, cada tantos días), dado que solo así pueden determinarse las tendencias de la evolución de la persona y de los resultados de las actuaciones.

En conjunto, la fase de evaluación debe tomar en consideración los resultados obtenidos con las intervenciones y también la percepción y las reacciones de la persona enferma y/o usuario a los cuidados y su grado de satisfacción, así como el análisis crítico de todo proceso desarrollado.

En el momento de la evaluación, puede comprobarse el logro de objetivos propuestos, pero al mismo tiempo pueden detectarse nuevas necesidades, surgidas en el proceso, que requieran nuevos objetivos y ejecuciones o la modificación del plan preestablecido.

De este modo, se completa un proceso cíclico y continuo, que pone en marcha unos mecanismos de retroalimentación que constituye un factor esencial de toda la actividad de enfermería para el desarrollo de una práctica reflexiva y la personalización de los cuidados. (17)

2.2. Características en la formulación diagnóstica

a) Definición de diagnóstico

El diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a los problemas de salud reales o potenciales y a los procesos vitales. El diagnóstico de enfermería proporciona los fundamentos para la selección de las intervenciones de enfermería necesarias para la consecución de los resultados que son responsabilidad de las enfermeras. (19)

Otras definiciones:

- **Gebbie, Lavin (1975):** Juicio o conclusión que se produce como resultado de una valoración enfermera.

- **Shoemaker (1984):** Es un juicio clínico acerca del individuo, familia o comunidad que deriva de un proceso sistemático y controlado de recogida y análisis de datos. Proporciona la base de las prescripciones de un tratamiento definitivo a cargo de la enfermera. Se expresa concisamente incluye la etiología de la alteración cuando es conocida.

- **Carpenito (1997):** Es una formulación que describe la respuesta humana (estado de salud o patrón de interacción alterados, actuales/potenciales) de un individuo o grupo que la enfermera puede identificar legalmente y para el cual la enfermera puede ordenar intervenciones definitivas para mantener el estado de salud o reducir, eliminar o prevenir alteraciones.

- **NANDA (1997):** Es un juicio sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales. Los diagnósticos enfermeros proporcionan la base para la selección de las intervenciones enfermeras a cargo de la enfermera.(20)

b) **Proceso diagnostico enfermero**

El proceso diagnóstico es el conjunto de pasos en la toma de decisiones que sigue la enfermera para desarrollar la formulación diagnóstica. Este proceso consiste en recopilar la base de datos de valoración, analizar e interpretar los datos para identificar las necesidades del cliente y formular diagnósticos enfermeros. El proceso del diagnóstico es dinámico y requiere que la enfermera reflexione sobre los datos de la valoración existentes y sobre las necesidades de cuidados del cliente. Las situaciones clínicas exigen la utilización del razonamiento diagnóstico para identificar y validar los datos de la valoración pertinentes para apoyar un diagnóstico enfermero. La validación y agrupamiento de los datos sigue a la valoración y lleva a su análisis e interpretación.

Este proceso que permite que la enfermera individualice el cuidado de un cliente. Durante la fase diagnóstica, la enfermera utiliza sus conocimientos científicos y experiencia para analizar e interpretar los datos recogidos sobre el cliente. Después la enfermera identifica los problemas de cuidados del cliente y escribe los diagnósticos enfermeros, que forman la base para un plan de cuidados. (21)

- **Análisis e interpretación de datos:** En la fase de valoración los datos se recogen inicialmente de diversas fuentes y se validan. Posteriormente, la enfermera aplica el razonamiento y comienza a buscar modelos en los datos de la valoración. Los modelos se forman a medida

que los datos se ordenan en grupos o categorías. La base de datos se revisa continuamente para incluir los cambios en el estado físico y emocional del cliente y los resultados de las pruebas de laboratorio y diagnósticas.

El análisis de los datos implica reconocer modelos o tendencias, compararlos con los estándares de salud normales y llegar a una conclusión razonada sobre la respuesta del cliente a un problema de salud. Los signos o síntomas aisladamente dicen poco a la enfermera, y no podían llegar a ninguna conclusión diagnóstica. Sin embargo, cuando estos síntomas se agrupan como un conjunto, a la enfermera indica la relación de estos hallazgos de la valoración. Aisladamente estos síntomas se pueden relacionar con múltiples diagnósticos enfermeros, pero analizándolos juntos, la enfermera comienza a pensar en modelos funcionales de salud y el efecto potencial de la enfermedad. Cuando la enfermera reconoce un modelo e identifica una relación entre modelos, comienzan a aparecer las necesidades centradas en el cliente.

Los grupos y los modelos que la enfermera reconoce contienen características definitorias. Las características definitorias son los criterios clínicos o los datos de la valoración que se apoya la presencia de una categoría diagnóstica. Los criterios clínicos son los signos y síntomas objetivos o subjetivos, o factores de riesgo. Las múltiples características definitorias que resultan de los datos de valoración deben apoyar el

diagnostico enfermero. La ausencia de estas características indica que se debe rechazar el diagnostico propuesto. Se deben examinar las características definitorias que apoyan o eliminan un diagnostico particular. Para esto se requiere que una enfermera conozca los diagnósticos enfermeros, las características definitorias y los factores relacionados. Se alcanza la exactitud cuándo se evalúan todas las características, se eliminan las irrelevantes y se confirman las relevantes.

El modelo identificado posteriormente se compara con los datos que son compatibles con patrones de salud normales. La enfermera utiliza normas ampliamente aceptadas, como valores de laboratorio y pruebas diagnósticas, y los conocimientos profesionales como base para comparar y juzgar. Al comparar modelos la enfermera juzga si los signos y síntomas agrupados son normales para el cliente y si están dentro del intervalo de las respuestas saludables. Las características definitorias que no están dentro de las normas saludables se aíslan y forman la base para la identificación del problema.

Los diagnósticos enfermeros requieren que la enfermera utilice sus conocimientos y experiencia, analice e interprete los datos, aplique razonamientos de diagnósticos y seleccione el descriptor adecuado (etiqueta diagnostica) para la necesidad del cliente. Es importante revisar los datos de valoración para identificar

las necesidades del cliente y no centrarse únicamente en los problemas de salud. Cuando se identifican las necesidades o problemas del cliente, es importante que la enfermera recuerde que en la formulación de los diagnósticos enfermeros no solo se deben tener en cuenta enfermedades o alteraciones fisiológicas. (22)

- **Identificación de las necesidades del cliente:** Antes de formular el diagnóstico enfermero, la enfermera identificará los trastornos generales de cuidado de la salud y podrá prestar cuidado efectivo, cuando defina más concretamente el problema, procede de lo general a lo específico.

Para identificar las necesidades de cliente, la enfermera determina primero cuáles son los trastornos de salud, y si son problemas reales o potenciales de riesgo recordando siempre que los diagnósticos alertan a la enfermera de la necesidad de intervenciones preventivas. (23)

- **Formulación del diagnóstico enfermero:** Una vez que se hayan clasificados los modelos y grupos de datos y se identifican las necesidades del cliente, la enfermera está preparada para formular el diagnóstico enfermero.

Un auténtico diagnóstico enfermero es una valoración que esta clínicamente validada por la presencia de una serie de características definitorias que permite establecerlo. Así se tiene:

- De riesgo es el que describe reacciones del organismo a enfermedades o procesos biológicos que se pueden desarrollar en un individuo, familia o comunidad vulnerables. La valoración clave para este tipo de diagnósticos es la existencia de datos que indique la vulnerabilidad del cliente. Tales datos incluyen factores fisiológicos, psicológicos y familiares, de estilos de vida y del entorno que aumenten la vulnerabilidad del cliente para la alteración o la probabilidad de que la desarrolle.

- Posible es el que describe un presunto problema sobre el cual los datos actuales y disponibles son suficientes para validarlo.

- De bienestar es una valoración clínica sobre un individuo, familia o comunidad en transición de un determinado estado de bienestar a uno mejor. Este tipo de diagnóstico se usa cuando el cliente quiere alcanzar un estado de salud óptimo o ya lo ha conseguido. (24)

2.3. Tipos y componentes de los diagnósticos enfermeros

a) Diagnostico enfermero real

Etiqueta: La etiqueta debe constar en términos claros y concisos que comunica el significado diagnóstico.

Definición: La definición debe añadir precisión a la etiqueta. Además, debe ayudar a diferenciar un diagnóstico determinado de otros diagnósticos parecidos.

Características definitorias: En el diagnóstico de enfermería real, las características definitorias son los signos y síntomas que, en conjunto, constituyen ese diagnóstico. Las características definitorias se dividen en dos grupos: principales y secundarias.

- **Principales:** En los diagnósticos que no han sido investigados; para confirmar el diagnóstico debe aparecer al menos una característica principal. En los diagnósticos investigados: debe aparecer al menos una característica principal en el 80 al 100% de los casos.
- **Secundarias:** Proporcionan datos que corroboran el diagnóstico, pero pueden estar ausentes.

Factores relacionados: En los diagnósticos de enfermería reales, los factores relacionados son aquellos que han contribuido al cambio del estado de salud. Estos factores pueden agruparse en cuatro categorías. A continuación se muestran varios ejemplos de dichas categorías.

- **Fisiopatológicos:** Sistema inmunitario comprometido, circulación periférica inadecuada abarca lo biológico y psicológico.

- **De situación:** Ambientales, comunitarios, personales, de rol, domicilio, institución, experiencias vitales.
 - **Relacionados con el tratamiento:** Medicamentos, pruebas diagnósticas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos.
 - **De maduración:** Influencias relacionadas con la edad.
- (25)

b) Diagnóstico enfermero de riesgo y de alto riesgo

Un diagnóstico de enfermería de riesgo, según la definición de la NANDA, es “un juicio clínico de que un individuo, una familia o una comunidad están más predispuestos a desarrollar el problema que otros en una situación igual o parecida”.

El concepto “de riesgo” tiene una utilidad clínica; las enfermeras, de forma sistemática, previenen estos problemas.

El concepto “de riesgo” también es muy útil para las personas sanas que son vulnerables a causa de la edad o de una situación como el embarazo.

Etiqueta: En un diagnóstico de enfermería de riesgo, la descripción concisa de la alteración del estado de salud del cliente viene precedida por el término “Riesgo de”. Para las

poblaciones de alto riesgo se utiliza la expresión “Alto riesgo de”.

Definición: La definición expresa un significado preciso y claro del diagnóstico.

Factores de riesgo: Los factores de riesgo de los diagnósticos de enfermería de riesgo, y alto riesgo identifican aquellas situaciones que incrementan la vulnerabilidad de un cliente o grupo. Estos factores distinguen a los clientes y grupos de alto riesgo del resto de la misma población que corre un cierto riesgo. Los datos que corroboran un diagnóstico real son los signos y síntomas.

Factores relacionados: En los diagnósticos de enfermería de riesgo, los factores relacionados son los propios factores de riesgo. (26)

3. Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño

Es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas desarrolladas por el profesional de enfermería o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño y detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna disminuyendo deficiencias y discapacidades.

El Estado peruano, a través del Ministerio de Salud, en los últimos 4 años viene desarrollando campañas de prevención de la salud en toda la etapa de la vida del ser humano, en este caso se puede observar las diferentes campañas relacionados a valorar la importancia de la lactancia materna exclusiva desde la primera hora de vida hasta los 6 meses, posteriormente como complemento hasta los 24 meses y de esta forma reducir la desnutrición crónica infantil y la prevención de anemia en niños mayores de 6 meses y menores de 3 años, así también las Inmunizaciones constituye una de las intervenciones sanitarias de mayor éxito, evitando entre 2 a 3 millones de muertes al año, abarca desde lactantes hasta adultos mayores. (27)

3.1. Actividades de consejerías de la enfermera

a) Lactancia materna

Es la forma de alimentación que contribuye con mayor efectividad al desarrollo físico y mental del niño, proporcionándole nutriente en calidad y cantidad adecuadas, se recomienda que el niño reciba leche materna en forma exclusiva durante los primeros seis meses de vida y que constituya parte importante de la alimentación hasta los dos años. Las curvas de crecimiento confeccionadas a partir del peso y talla de niños alimentados con leche materna exclusiva el primer seis meses de vida, muestran un crecimiento superior al de las referencias basadas en los pesos de niños con lactancia mixta o artificial.

1. Ventajas de la lactancia materna

A corto plazo

Composición ideal: El vaciamiento gástrico en los lactantes amamantados es más rápido que en los que toman leche artificial. Por otro lado, los nutrientes contenidos en la leche materna se digieren y absorben mejor.

Reducción del riesgo de infecciones: La leche materna aporta factores de defensa (IgA secretora, lactoferrina, lisozima, macrófagos, polinucleares, linfocitos T, etc.) que protegen al niño frente a las infecciones. Se ha demostrado que los niños alimentados al pecho tienen una menor incidencia de otitis media aguda, bronquiolitis, neumonías e infecciones de orina. Por otro lado, la lactancia materna mejora la composición de la flora bacteriana intestinal, con predominio de bifidobacterias y lactobacilos, que participan en mecanismos inmunomoduladores, antitumorales y antiinfecciosos.

Menor riesgo de enterocolitis necrotizante neonatal: Se cree que esto guarda relación con la presencia de agentes antiinfecciosos e inmunomoduladores en la leche materna.

Mejor aceptación de otros alimentos: El sabor de la leche artificial no varía; en cambio, los niños alimentados al pecho experimentan una amplia gama de olores y sabores, lo que enriquece sus experiencias sensoriales y puede facilitarles la aceptación de a otros alimentos durante el destete.

Menor percepción del dolor: La alimentación al pecho tiene un efecto analgésico en los lactantes, con la disminución de sus respuestas a estímulos dolorosos agudos, lo que puede deberse al sabor dulce de la leche materna, a su contenido en beta-endorfinas o al contacto entre la madre y el lactante que se produce durante el amantamiento.

A largo plazo

Menor riesgo de enfermedades alérgicas: La alimentación durante los primeros meses de vida con leche materna evita el contacto con proteínas extrañas y antígenos bacterianos que pueden alterar la programación del sistema inmune e incrementar el riesgo de enfermedades alérgicas.

Mejora del desarrollo psicológico e intelectual: Se ha observado que los niños alimentados al pecho desarrollan una personalidad más segura e independiente y alcanzan un mejor desarrollo psicológico. También tienen menor riesgo de sufrir abandono y maltrato. Se cree que esto guarda relación con el hecho de que la lactancia materna favorece el apego o la vinculación afectiva entre la madre y el lactante.

Por otro lado, algunos componentes de la leche humana, como los ácidos grasos W-3 Y W-6, y los oligosacáridos, cumplen una función importante en el desarrollo cerebral del

niño y se han relacionado con un mejor desarrollo intelectual.

Menor riesgo de cáncer: Existe un efecto protector de la leche humana frente a la leucemia aguda infantil, los linfomas y otros tipos de cáncer, como el tumor de Wilms.

Otros beneficios: La lactancia materna disminuye el riesgo de obesidad y de mal oclusión dental. El efecto beneficioso de este tipo de alimentación sobre el desarrollo mandibular se debe a que la succión del pecho exige la contracción sincronizada de la musculatura perioral, forzando la protrusión de la lengua y la mandíbula. Se ha comprobado que los lactantes amamantados tienen la bóveda palatina más ensanchada y descendida y menor retrognatismo mandibular. (29)

2. Problemas de la lactancia materna

Dolor y grietas en el pezón: Esta complicación, generalmente, se presenta como consecuencia de una técnica inadecuada de lactancia. Para reducir las molestias se recomendará a la madre que ofrezca el pecho menor dolorido primero, ya que la succión sea más vigorosa al principio, y que mantengan el pezón seco, exponiéndolo al aire después de cada toma.

También puede ser útil aplicar sobre la grieta leche extraída del mismo pecho y dejarla secar al aire, o bien utilizar cremas destinadas a este fin.

Ingurgitación: Se presenta como consecuencia de una retención de leche que se prolonga durante varios días y origina un aumento de la presión en los conductos lácteos y en los alveolos, con dificultad para los drenajes venosos y linfático, se manifiesta por sensación de tensión, dolor, enrojecimiento y calor en las mamas.

Al distenderse la areola, se borra el pezón, lo que dificulta que el niño se agarre bien al pecho y produce dolor y grietas, con lo que se entra en un círculo vicioso que puede desembocar en mastitis.

Se recomienda a la madre que antes de poner al niño al pecho, para facilitar la salida de la leche, aplique calor local y masajes y extraiga un poco de leche, de forma manual o con sacaleches, para disminuir la tensión de la areola, de forma que quede blanda y facilite el agarre.

También se debe aumentar la frecuencia de las tomas y, si es necesario, completar el vaciado mediante extracción manual o con sacaleches. La aplicación de frío local entre las tomas (mediante compresas de gel frío o bolsas de hielo envueltas en una toalla), por su efecto vasoconstrictor y antiinflamatorio, reduce la ingurgitación y alivia el dolor.

Mastitis: Consiste en una inflamación de uno o varios lóbulos de la mama, que pueden acompañarse o no de infección. Se manifiesta por dolor intenso y signos inflamatorios (enrojecimiento, tumefacción, induración) en un cuadrante de la mama, dependiendo del lóbulo afectado. Se

acompaña de síntomas generales que se pueden confundir con un cuadro gripal: fiebre, escalofríos, malestar general, cefaleas, náuseas y vómitos.

El tratamiento de estos cuadros debe iniciarse precozmente, en las primeras 24 horas, para reducir el riesgo de complicaciones (absceso mamario, mastitis recurrente). No está indicado suspender la lactancia materna, ya que la infección no se transmite al niño y se ha demostrado mejora la evolución de la mastitis.

La madre puede ofrecer primero el pecho sano, para poner en marcha el reflejo de eyección y que le resulte más fácil sacar después la leche del pecho afecto. Debe aumentar la frecuencia de las tomas.

También está indicado el reposo en cama. Si con las medidas anteriores no se produce una mejoría clara del cuadro en 12 o 24 horas, no es posible controlar la evolución inicial de la paciente o los síntomas son graves, se administraran antibióticos. La duración del tratamiento debe ser de entre 10 y 14 días, para evitar recidivas. (30)

3. Diagnósticos enfermeros propuestos

- Infante con lactancia materna ineficaz relacionado con inadecuada técnica de amamantamiento

- Infante con riesgo a desequilibrio calórico – proteico relacionado con disminución de oportunidades de succión.
- Madre con alteración de la integridad cutánea a nivel del pezón relacionado con desconocimiento de una adecuada técnica de lactancia materna.

Estos diagnósticos se elaboran teniendo en cuenta el cuadro de características primarias y características secundarias. (ANEXO Q)

b) Alimentación complementaria

La alimentación complementaria es aquella alimentación paralela a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad.

El momento oportuno para introducir la alimentación complementaria es a los seis meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica.

Desde el punto de vista nutricional es importante, que los niños pueden mantener un aumento de peso normal, y tener al mismo tiempo un déficit en vitaminas y minerales, sin

manifestación clínica. Por ello se hace necesaria la introducción de otros alimentos que aporten aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad, porque desde los cuatro meses de edad el niño adquiere capacidades necesarias para asimilar una dieta más variada.

A partir de los 6 meses de edad de la niña o niño además de continuar con lactancia materna necesita iniciar alimentación complementaria.

Cuando el niño(a) empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo, gritarlo, ni asustarlo. El momento de comer debe ser tranquilo y lleno de cariño.

Una comunicación permanente a través del canto, palabras tiernas y las caricias en la piel son las mejores formas de estimular esta relación afectiva entre los niños(as) y sus padres cuidadores.

1. Características de la alimentación complementaria

El lactante es especialmente sensible y vulnerable ante transgresiones dietéticas y sus consecuencias tienen mayor trascendencia que en el niño y en el adulto. Puede padecer anemia por consumo precoz de la leche de vaca, intolerancia a la leche de vaca, o intolerancia al gluten y alergias alimenticias.

La leche como alimento único a partir de los seis meses no proporciona la energía y nutrientes que precisa el lactante, y además, como sus funciones digestivas han madurado, debe incluirse una alimentación complementaria siguiendo normas establecidas.

No se recomienda introducir nuevos alimentos antes de los 6 meses, aunque tampoco es aconsejable hacerlo más allá de los seis meses, porque la falta de diversificación es motivo, frecuente de anorexia, a la vez que se desaprovecha una época muy valiosa para la educación del gusto y la adaptación progresiva a una alimentación equilibrada y variada.

La forma habitual de introducir la alimentación complementaria es el ir sustituyendo, de una en una, la toma de leche que hace el lactante, por los distintos componentes de la alimentación complementaria, como papilla de cereales; frutas, puré de verduras, con intervalos suficiente para que el niño vaya aceptando los nuevos alimentos, probando su organismo. Esto ayudara a los padres a identificar cualquier alergia o intolerancia a determinados alimentos.

En este periodo es de vital importancia la introducción tardía en la dieta del gluten una proteína que está presente en trigo, centeno, avena, cebada o híbrido de trigo y centeno. D esta forma se reduce el riesgo de celiaquía. Es más, cuando más tardía es la introducción del gluten, más benigno y menos agresivo será el debut de la enfermedad, si

es que se produce. Los cereales que no contienen gluten son: arroz, maíz, mijo, sorgo.

También hay que destacar la importancia que tiene el retrasar la introducción de alimentos con alta capacidad energizante a una edad en que la permeabilidad intestinal sea menor y disminuya las posibilidades de desarrollar una alergia alimentaria: esta precaución debe hacerse también en niños con antecedentes atópicos. Por ello nunca deben darse antes del año los siguientes alimentos: huevo, pescado, o algunas frutas como la fresa o el melocotón. Es importante en este periodo, permitir que la cantidad de alimento varíe de un día a otro y de una semana a otra, según el apetito del niño. Y es fundamental el análisis de la composición completa de las comidas. (31)

El comienzo de la alimentación complementaria a los seis meses de vida implica que existe un buen grado de desarrollo de la función gastrointestinal que se ha alcanzado la capacidad de absorción de nuevos nutrientes, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo, y que la función renal soporta mayores cargas osmolares.

Desde el punto de vista de las habilidades para alimentarse, se aprecia el comienzo del movimiento masticatorio, se debilita el reflejo de protrusión y el niño es capaz de colocar los alimentos en la parte posterior de la boca y coordinar la deglución. Se mantiene bien en la posición de sentado y demuestra sus sensaciones de hambre y saciedad.

De la interpretación adecuada de estas señales que haga el adulto que alimenta al niño, dependerá en parte el desarrollo del control del hambre y saciedad y la capacidad para autorregular la ingesta. El componente de aprendizaje es un aspecto esencial en la etapa de conduce lentamente a la aceptación de los mismos. Es importante mantener la libre elección por parte del niño del tipo de alimento y de su cantidad. (32)

Características organolépticas

Entre los factores que influyen en la aceptación de un alimento es importante la palatabilidad, que comprende sabores y olores y texturas. La elección es el resultado no solo de las señales metabólicas que recibe el niño, sino también de las propiedades sensoriales del alimento. Por ello para una mejor aceptación de los alimentos complementarios se debe prestar especial atención a sus características organolépticas.

- **Sabores:** Es un factor de importancia. La preferencia por el dulce es innata y aunque puede modificarse, en general se mantiene hasta los dos años. En cambio la preferencia por la sal requiere del aprendizaje. La frecuencia de la exposición a los diferentes gustos facilita la aceptación, por lo tanto se aconseja introducir los nuevos alimentos de a uno en uno o de forma y manera reiterada hasta que sea aceptado.

Para existir evidencia de que ciertos alimentos ingeridos por la madre modifican el sabor de la leche, y por ello se piensa que estas variaciones pueden ejercer algún efecto sobre la adaptación a nuevos gustos.

- **Viscosidad:** Aspecto que ha recibido gran atención debido al reconocimiento de la importancia de la densidad alimenticia como un factor que influye en la ingesta. Los almidones pueden aumentar la viscosidad de la comida cuando se preparan en concentraciones como para asegurar una conveniente densidad calórica. Una forma simple de aumentar la densidad energética sin incrementar la viscosidad es agregar algunos carbohidratos, como los azúcares simples, o también, grasas poliinsaturadas, pero ello conlleva al agregar alimentos exentos de vitaminas, minerales y proteínas.
- **Conducta alimenticia:** El número de comidas recomendadas también está sujeto a una variedad de factores. Se sugiere comenzar con 1 comida y progresar a 2 entre los 6 – 8 meses. Entre los 9 – 11 meses se recomiendan 3 comidas y entre los 11 – 24 meses aumentar a 4 comidas. Considerar que si la ingesta aumenta, debe aumentar también la frecuencia del número de comidas. (33)

Tipos de alimentos complementarios

- **Cereales:** Se introducirán alrededor de los 6 meses y nunca antes de los 4 meses. A partir de los 7 – 8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten. A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se introduce en la dieta de los lactantes. Los cereales contribuyen el aporte energético, y por tanto, existe riesgo de sobrealimentación, si se abusa de su consumo. Se ofrecen en forma de papillas y debe utilizarse la leche habitual y añadir el cereal necesario. Debe mantenerse el aporte mínimo diario de 500 ml.
- **Frutas:** Se puede empezar a ofrecer al lactante a partir del 5to mes como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla, nunca sustituyendo a una toma de leche. Las frutas más recomendadas son naranja, manzana, pera, uva, ciruela, y se debe evitar las más alérgicas como fresa fresón, frambuesa, kiwi y melocotón. Se suele introducirlas tras la aceptación de los cereales, aunque la fruta puede ser el primer alimento complementario. No existe razón científica alguna, y puede ser perjudicial, el ofrecer zumos de frutas antes de los 4 meses.
- **Verduras y hortalizas:** Se van introduciendo a partir del 6to mes en forma de puré. Al principio: papas, judías verdes, calabacín, etc. y más tarde las demás verduras. Se deben evitar inicialmente aquellas que tienen alto contenido de nitratos (remolacha, espinacas, acelgas, nabo) y también las flatulentas o muy aromáticas (col,

coliflor, nabo, puerro, espárragos). Conviene añadir una cucharadita de aceite de oliva al puré, pero no sal.

- **Carnes:** Se empieza con pollo, a partir del 6to mes, ya que en la menos grasa, posteriormente se introduce ternera, cordero y otras. Las cantidades 10 – 15 gr/día al principio, aumentando 10 – 15 gr/mes, hasta un máximo de 40 – 50 gr. Conviene darla triturada junto con papa y/o verduras. Las vísceras no tienen ventajas sobre la carne magra y además son ricas en colesterol y grasa saturada.
- **Pescados:** Comenzar pasando el año de vida con pescados blancos: merluza, lenguado, rape, gallo. Tienen gran capacidad de producir intolerancias alérgicas. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad. Pueden sustituir a algunas comidas preparadas con carne.
- **Huevos:** Al 9no mes se puede introducir la yema cocida y el huevo entero hacia el año de vida. Se recomiendan 2 – 3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alérgica.
- **Legumbres:** A partir de los 18 meses se pueden añadir al puré de verduras. Mezclados con arroz u otros curables, sustituyen a las carnes. Se puede dar un par de veces a la semana.

- **Yogurt:** A partir del año de vida puede ofrecerse yogurt natural, sin azúcar, solo o mezclado con la papilla de frutas.
- **Azúcares refinados, miel y otros dulce:** No es recomendable el consumo de azúcar, pues la dieta del bebe tiene un aporte adecuado de hidratos de carbono. No alimentar a los lactantes con miel ni jarabe de maíz ya que estos alimentos pueden contener esporas del Clostridium botulinum causantes del botulismo.
- **Agua:** El lactante pequeño, alimentado básicamente con leche no necesita líquidos adicionales, excepto en situación extremas de calor o incrementadas perdidas de líquidos por fiebre, vómitos, diarreas. Pero dado que la alimentación complementaria supone un aporte importante de carga renal de solutos, no es suficiente el agua vehiculada en la leche y en otros alimentos y por ellos se debe ofrecer con frecuencia al niño agua para ayudarlo a realizar una mejor filtración renal. (34)

2. Ventajas de la alimentación complementaria

- Los niños aceptan mejor las diferentes texturas y sabores, atienden a aceptar más alimentos y sus menús son muy similares a los de los adultos. Esto es porque además de fijarse en el sabor, la temperatura y la textura por la boca, pueden fijarse en el color, en la forma, en el tacto, en la temperatura al tocarla, en que para cuando golpeas los alimentos contra la mesa, etc.

- Comen a demanda, la cantidad que sus cuerpos les piden y eligen el alimento que puede aportar más según los requerimientos nutricionales de cada momento. Como es su propia curiosidad la que les lleva a probar alimentos, son ellos los que deciden qué y cuanto comer, que les gusta y que les disgusta y se fomenta la autonomía de los bebés.
- Al comer los alimentos por separado, conoce todas sus características de forma aislada, así el plátano sabe a plátano, los guisantes a guisantes y la carne a carne. Con las papillas, en cambio deben asimilar un sabor extraño que probablemente no volverán a probar jamás.
- Contribuye en el desarrollo del aparato digestivo.
- Suplementan nutrientes insuficientes en los niños.
- Contribuye en que los niños distingan sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes.
- Estimulan el desarrollo psicosocial.

3. Problemas de la alimentación complementaria

Durante los primeros 3 años de vida las niñas y niños tienen un crecimiento y desarrollo acelerado, por ello los requerimientos nutricionales son más altos y específicos. Así mismo esta alimentación depende de terceros que sus

padres o cuidadores, quienes pueden no tener los recursos y/o conocimientos suficientes para llevar a cabo esta tarea en forma adecuada. La inseguridad alimentaria en el hogar, que se refiere a la insuficiente ingesta de alimentos debido principalmente a la educación de la madre, así como a que la familia no dispone de acceso físico, social, económico, geográfico o cultural a suficientes alimentos inocuos y nutritivos.

4. Diagnósticos enfermeros propuestos

- Infante con deficiente aporte proteico relacionado con desconocimiento de la madre sobre alimentación balanceada.
- Infante con riesgo a trastornos gastrointestinales relacionado con inadecuada higiene durante la preparación de los alimentos.
- Infante con riesgo a disminución de la hemoglobina relacionado con deficiente aporte de hierro en la alimentación.

Estos diagnósticos se elaboran teniendo en cuenta el cuadro de características primarias y características secundarias. (ANEXO R)

c) Estimulación temprana

Es la estimulación precoz o atención temprana es un grupo de técnicas para el desarrollo de las capacidades y habilidades de los niños en la primera infancia.

Es el grupo de técnicas educativas especiales empleadas en niños entre el nacimiento y los cinco años de vida para corregir trastornos reales o potenciales en su desarrollo, o para estimular capacidades compensadoras. Las intervenciones contemplan al niño globalmente y los programas se desarrollan teniendo en cuenta tanto al individuo como a la familia y el entorno social que lo rodea.

Dentro de las diversas escalas y test que se aplica para la estimulación temprana, vamos a desarrollar solo dos; una de ellas es la Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor (EEDP) que abarca de 0 a 24 meses y el otro es el Test de Desarrollo Psicomotor (Tepsi) que abarca de 2 a 5 años.

1. Características de la estimulación temprana

- **Desarrollo Psicomotor:** Es un proceso gradual y permanente de transformaciones que ocurren en un niño, debido a la interacción con el medio ambiente que lo rodea y a la madurez de su organismo. Este proceso se inicia desde la gestación y es acumulativo, gradual, continuo e integral.

- **Estimulación del Desarrollo Psicomotor:** Se entiende como tal el hecho de iniciar, avivar o guiar al niño para que realice determinadas actividades o funciones con el objeto de lograr el desarrollo máximo de sus capacidades, de acuerdo a la etapa de desarrollo psicomotor en que se encuentre; para que sea capaz de interactuar adecuadamente con su medio ambiente físico y social, y sea a futuro una persona emocionalmente estable. (35)

- **Áreas del Desarrollo Psicomotor del niño**

Área Motora: El niño va adquiriendo fuerza muscular y control de sus movimientos, lo cual le va a permitir primero conocer su propio cuerpo y más adelante el mundo que lo rodea.

Área Lenguaje: El niño va poco a poco emitiendo sonidos hasta que logra pronunciar sus primeras palabras; al aprender a hablar, logra comunicarse mejor con los demás.

Área Coordinación: El niño va aprendiendo a coordinar lo que ve con lo que hace, lo que oye con lo que ve, etc.

Área Social: El niño aprende a relacionarse con las demás personas, aprender a querer y a ser querido y aceptado. (36)

2. Ventajas de la estimulación temprana

- Motivar la capacidad sensitiva a través de las sensaciones y relaciones entre el cuerpo y el exterior.
- Cultivar la capacidad perceptiva a través del conocimiento de los movimientos y de la respuesta corporal.
- Organizar la capacidad de los movimientos representados o expresados a través de signos, símbolos, planos y de la utilización de objetivos reales e imaginarios.
- Hacer que los bebés puedan descubrir y expresar sus capacidades a través de la acción creativa y la expresión de la emoción.
- Ampliar y valorar la identidad propia y la autoestima dentro de la pluralidad grupal.
- Crear seguridad al expresarse, de diversas formas, como un ser valioso, único e irrepetible.
- Crear una conciencia de los otros, un respeto a su presencia y espacio.
- Favorece el apego y los lazos afectivos entre los padres y el bebé.

3. Problemas de la estimulación temprana

Las oportunidades para el desarrollo infantil temprano se activan a través de un conjunto de determinantes, entre los que destacan los siguientes:

- Estado de salud del infante.
- Acceso de las familias a los servicios educativos de calidad.
- Calidad del cuidador familiar.
- Apoyo de la comunidad a las familias en riesgo.
- Estado de salud y nivel educativo de la madre.
- Ingreso familiar.
- Condiciones de trabajo.

4. Diagnósticos enfermeros propuestos

- Infante con deterioro de su desarrollo psicomotor relacionado a la falta de estimulación temprana.
- Infante con riesgo en su desarrollo psicomotor relacionado al desconocimiento de las madres de la importancia de la estimulación temprana.

- Madre con desconocimiento de las técnicas de estimulación temprana relacionado a su nivel socio cultural.

Estos diagnósticos se elaboran teniendo en cuenta el cuadro de características primarias y características secundarias.
(ANEXO S)

A.3. Definición operacional de términos.

- **Grado de aplicación:** Es el nivel alto y bajo de utilidad de las propuestas de diagnósticos de enfermería manifestado por las enfermeras de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- **Diagnóstico Enfermero:** Es el enunciado del juicio crítico del estado de salud del niño como resultado de la valoración, análisis e interpretación de los datos referida a la etapa de crecimiento y desarrollo
- **Enfermera:** Profesional que labora en los establecimientos del primer nivel de atención que brinda cuidados de enfermería según rotación laboral a la población infantil en los consultorios de Control de Crecimiento y Desarrollo.
- **Servicio de Crecimiento y desarrollo:** Consultorio de los establecimientos del primer nivel de atención que atiende a la población infantil desde la etapa de recién nacido hasta los 5

años, desarrollando actividades en respecto a lactancia materna, alimentación complementaria y la estimulación temprana.

- **Primer nivel de atención:** Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud que conforman parte de la Red de Villa María del Triunfo – San Juan de Miraflores; donde se da énfasis a las actividades preventivo promocionales para mejorar comportamientos de la familia y la comunidad en pro de una cultura de salud, así como actividades de Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño.

B. Diseño Metodológico

B.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles a ser medidos y sometidos a pruebas estadísticas, es de nivel aplicativo ya que parte de la realidad para su transformación. El método es descriptivo, de corte transversal ya que el instrumento se aplicó en un momento y tiempo determinado.

B.2. Ámbito de estudio

La sede de estudio fue la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, correspondiente a la Dirección de Salud II Lima Sur, el cual posee 7 Micro redes, con un total de 7 Centros Maternos Infantiles, 5 Centros de Salud, 38 Puestos de Salud y 1 Centro del Adulto Mayor, esta red tiene convenio con la Escuela Académico Profesional de Enfermería, para el desarrollo de la Enfermería comunitaria en sus diferentes servicios (Programa de Control de la Tuberculosis, Control de Crecimiento y Desarrollo, Estrategia de Inmunización, etc.).

B.3. Población

La población sujeto de estudio para la presente investigación estuvo conformada por 30 enfermeras (nombradas, contratadas, y que realizan el SERUMS) que laboran en 7 establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, que cumplen horario rotativo; para la muestra las enfermeras tenían que cumplir con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Enfermeros (nombrados, contratados y que realizan el SERUMS) que trabajan en los Centros Maternos Infantiles y Centros de Salud de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

- Enfermeros que trabajan o hayan trabajado en los Servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los últimos 6 meses.
- Enfermeros que atiendan por lo menos 10 niños en un turno.
- Que deseen participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- Enfermeros que trabajan en los Puestos de salud.
- Enfermeros que no deseen participar en el estudio.

B.4. Variable

Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en enfermeras de los Servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención.

B.5. Técnicas e instrumentos

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento un cuestionario que mide el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería, la cual presenta las siguientes partes: presentación, donde se da a conocer el objetivo del estudio, datos generales, instrucciones y datos específicos.

El instrumento presenta enunciados con alternativas múltiples, y luego se le adiciona preguntas sobre la apreciación de la enfermera con respecto a la propuesta diagnóstica (ANEXO B).

Para determinar la validez de contenido y constructo del instrumento, este fue sometido a juicio de expertos conformado por 8 profesionales de enfermería, y en base a sus sugerencias y observaciones se realizaron los ajustes pertinentes, luego se llevó a cabo la prueba piloto, con la participación de 10 enfermeras de establecimientos de salud similares al del estudio. Los datos obtenidos fueron procesados mediante la tabla de concordancia y prueba binomial (ANEXO E).

Para la validez estadística del cuestionario, este fue sometido a la prueba de ítem - test, mediante el coeficiente de correlación de Pearson (ANEXO F), mientras que para la confiabilidad del instrumento se utilizó el Coeficiente de Kuder Richardson, cuyo resultado determinó que el instrumento es confiable (ANEXO G).

B.6. Proceso de recojo, procesamiento, presentación y análisis de datos

Para el desarrollo de la investigación, específicamente para la recolección de los datos se realizó las respectivas coordinaciones y trámites administrativos mediante la entrega de un oficio por parte de la Dirección de la Escuela Académico Profesional de Enfermería a los establecimientos

de salud, pertenecientes a la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, a fin de obtener la autorización respectiva. Una vez terminado los trámites administrativos se inició la recolección de datos, aplicándose el instrumento en el mes de febrero, en el horario de 8:00 am a 1:00 pm, con una duración de 10 minutos por enfermera.

Posteriormente se procedió al vaciado manual de los datos en una sábana estadística o matriz tripartita de datos (ANEXO D), en base a estos datos se elaboraron los gráficos y tablas estadísticas.

Para el análisis e interpretación de los datos, se tomó en cuenta los resultados obtenidos, comenzando así con la descripción de los principales gráficos y tablas estadísticas.

B.7. Consideraciones éticas

El presente trabajo de investigación se realizó teniendo en cuenta uno de los principios éticos más relevantes como es la autonomía, por lo que se les hizo entrega a los investigados de un consentimiento informado (ANEXO C) previo a la aplicación del instrumento, se procedió a informar a las enfermeras sobre los objetivos del estudio, el carácter anónimo y confidencial del instrumento y que la información obtenida será utilizada solo para fines de la investigación; y solamente se aplicó previa autorización de cada participante.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

A. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos luego de haber aplicado el instrumento (ANEXO B).

DATOS GENERALES:

En relación a las características generales de la muestra tenemos que del 100% (30), el 96.7%% (29) pertenecen al sexo femenino, mientras que el 3.3% (1) pertenece al sexo masculino (ANEXO J). En cuanto al tiempo de servicio en el establecimiento de salud se tiene que el 73.3% (22) tienen un tiempo de trabajo mayor a un año, mientras que el 26.7% (8) tienen un tiempo trabajo menor de un año (ANEXO K). En cuanto a las capacitaciones en CRED en los dos últimos años se tiene que el 46.7% (14) han tenido solo una capacitación, mientras que el 36.7% (11) tuvieron 2 capacitaciones, seguido de un 16.6% (5) tuvieron de 3 a más capacitaciones en los dos últimos años (ANEXO L)

DATOS ESPECIFICOS

A continuación se presentan los datos específicos del presente trabajo de investigación:

TABLA Nº 1

**APRECIACION GENERAL RESPECTO A LA PROPUESTA DE
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA EN LOS SERVICIOS DE
CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD SAN
JUAN DE MIRAFLORES – VILLA MARIA
DEL TRIUNFO
LIMA – PERU
2015**

Apreciación general de la propuesta de diagnósticos de enfermería	Enfermeras	
	Nº	%
Mala	0	0
Regular	10	33.3
Buena	20	66.7
No se entiende	0	0
Total	30	100.0

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

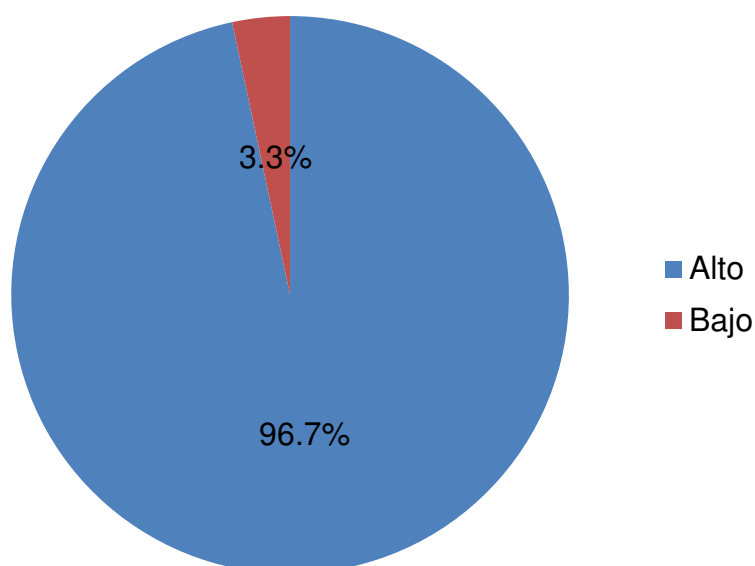
TABLA Nº 2

**PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA QUE PERMITE
ELABORAR EL PLAN DE CUIDADOS EN LOS SERVICIOS
DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y ESARROLLO DE
LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD SAN
JUAN DE MIRAFLORES – VILLA
MARIA DEL TRIUNFO
LIMA – PERU
2015**

Propuesta de diagnósticos de enfermería que permite elaborar el plan de cuidados	Enfermeras	
	Nº	%
Definitivamente Si	19	63.3
Parcialmente Si	11	36.7
Parcialmente No	0	0
Definitivamente No	0	0
Total	30	100.0

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

GRAFICO N° 1
GRADO DE APLICACION DE UNA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS
DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE
SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES –
VILLA MARIA DEL TRIUNFO
LIMA – PERU
2015

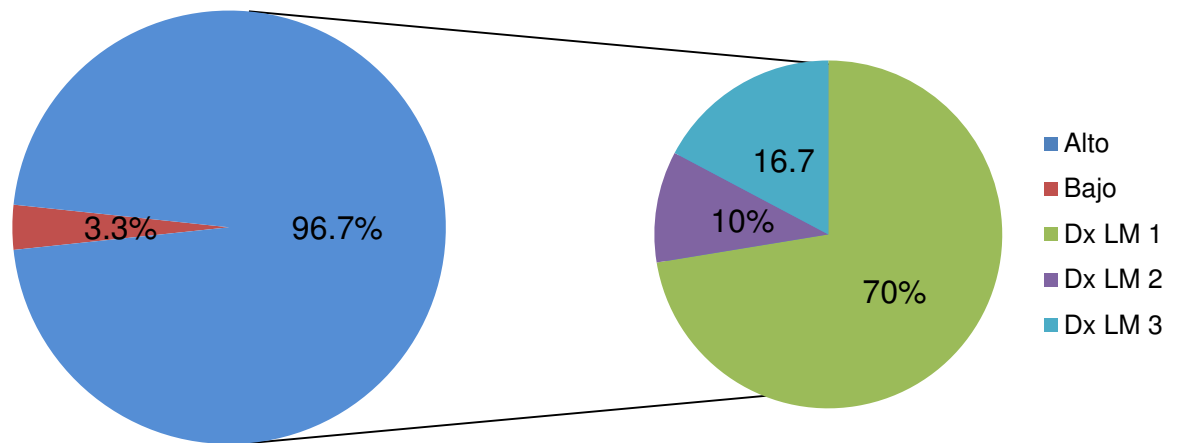


FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

En el Grafico N° 1 sobre el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, se observa que el 96.7% (29), aplicaron los diagnósticos propuestos, mientras que el 3.3% (1), no aplicaron dichos diagnósticos.

GRAFICO N° 2

GRADO DE APLICACION DE UNA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MARIA DEL TRIUNFO RESPECTO A LA LACTANCIA MATERNA LIMA - PERU 2015

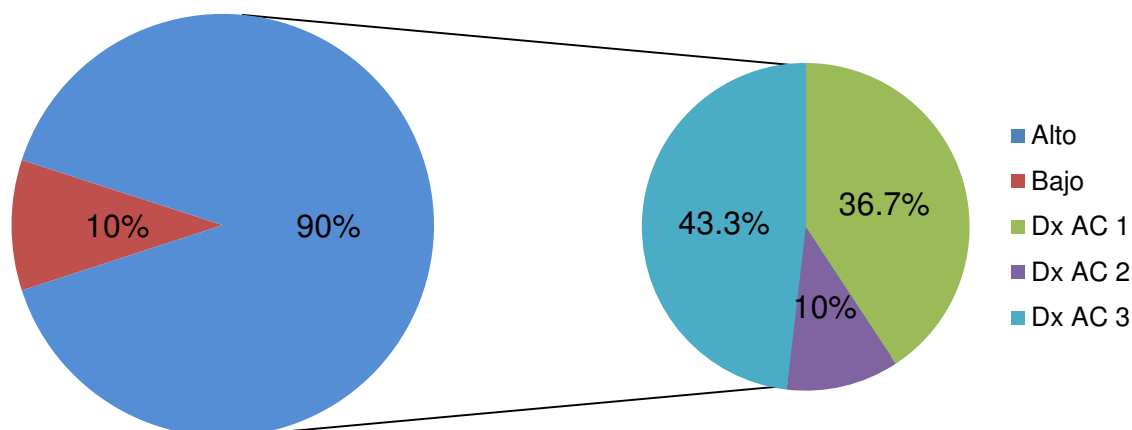


FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

En el Grafico N° 2 sobre el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, respecto a la lactancia materna se observa que el 96.7% (29), aplicaron los diagnósticos propuestos, mientras que el 3.3% (1), no aplicaron dichos diagnósticos.

GRAFICO N° 3

GRADO DE APLICACION DE UNA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MARIA DEL TRIUNFO RESPECTO A LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA LIMA - PERU 2015

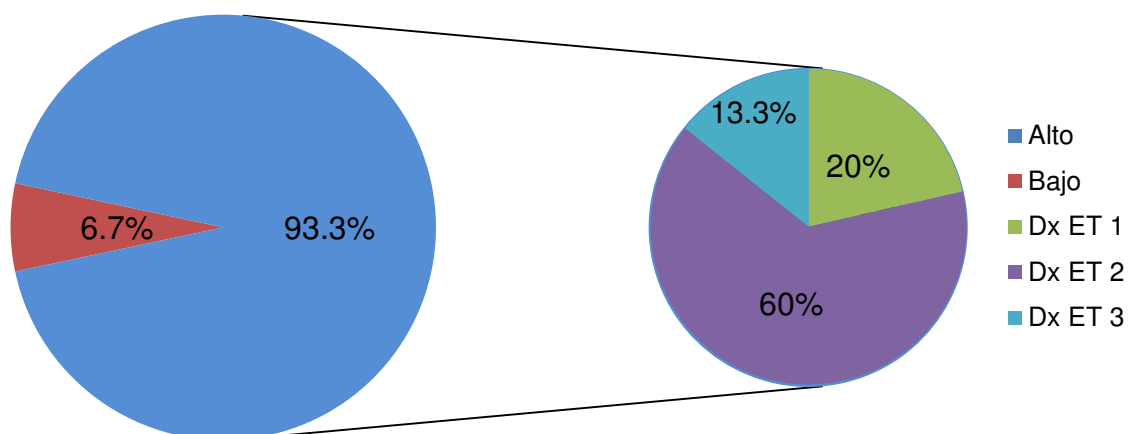


FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

En el Grafico N° 3 sobre el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, respecto a la alimentación complementaria se observa que el 90% (27), aplicaron los diagnósticos propuestos, mientras que el 10% (3), no aplicaron dichos diagnósticos.

GRAFICO N° 4

GRADO DE APLICACION DE UNA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MARIA DEL TRIUNFO RESPECTO A LA ESTIMULACION TEMPRANA LIMA - PERU 2015



FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

En el Grafico N° 4 sobre el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, respecto a la estimulación temprana se observa que el 93.3% (28), aplicaron los diagnósticos propuestos, mientras que el 6.7% (2), no aplicaron dichos diagnósticos.

B. DISCUSION

El derecho a la salud de los niños es un derecho fundamental, de aplicación inmediata por tratarse de personas de especial protección por su nivel de vulnerabilidad por ello es de vital importancia el rol que cumple el personal la de salud por que tienen la responsabilidad de asegurar que su trabajo respete, proteja y promueva el derecho a la salud.

La profesión de enfermería comprometida con el desarrollo infantil, siendo el responsable del control de crecimiento y desarrollo del niño observado a través de la alimentación, la motricidad, el lenguaje, la cognición y el ámbito socio emocional, tiene en consideración que durante esta etapa se establecen las bases para el desarrollo cerebral y biológico para el desenvolvimiento de capacidades, habilidades y potencialidades que determinan su estado de salud, sus logros educativos y su productividad laboral en la adultez.

La enfermera valora permanentemente la adecuada atención de la primera infancia para garantizar el bienestar presente y futuro de las personas y recurre para ello al proceso de atención de enfermería, que viene a ser el conjunto de acciones que realiza el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, este proceso permite enlazar el conocimiento científico de la teoría con su aplicación en la práctica, es un método sistemático y organizado para brindar cuidados individualizados y de forma integral.

Diversos autores coinciden en que el diagnóstico de enfermería es un juicio clínico en base a las respuestas humanas objetivas y subjetivas (valoración) sobre el estado de salud real o de riesgo (potencial) de las personas, familias y comunidad; si este se lleva a cabo con exactitud e inteligencia, conducirá a la identificación de las posibles causas de la sintomatología del paciente, para luego elaborar un plan de cuidados que favorezcan la satisfacción de las necesidades de la persona, familia y comunidad.

Los diagnósticos de enfermería son de vital importancia tanto en el ámbito hospitalario como comunitario, en especial en este último, ya que permitirá el abordaje de los cuidados de enfermería no solo en el individuo, sino también a su familia mediante las visitas domiciliarias y/o actividades en la comunidad.

A pesar de la importancia que tienen los diagnósticos de enfermería en el quehacer de la enfermera, las diversas investigaciones realizadas han señalado la existencia de diversos factores externos e internos que limitan la aplicación y elaboración de estos y por ende su aplicación durante la atención de los individuo, familia y comunidad.

Respecto a la apreciación general que tienen las enfermeras sobre la propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo es buena evidenciándose por un 66.7% (20), seguido de un 33.3 % (10) que lo califico como regular, permitiendo así elaborar el plan de cuidados que guía la atención del niño menor de cinco años.

Los resultados de la presente investigación, centrados en la aplicación de una propuesta diagnósticos de enfermería, nos muestran que la mayoría de las enfermeras usan en los diagnósticos propuestos respecto a la lactancia materna, ya que la mayor población que acude a los servicios de control de crecimiento y desarrollo son los lactantes; seguido de los diagnósticos de alimentación complementaria y estimulación temprana (ANEXO M).

Según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (Endes) 2013, el Perú ocupa el primer puesto en lactancia materna exclusiva en América Latina y el Caribe; por otro lado la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida del bebe, muestran promedios nacionales que mantienen cifras hacia un mayor crecimiento: de 68% en el 2012, se incrementó a 72% en el 2013; mientras otros estudios relacionados a lactancia materna prolongada refieren que influye en el desarrollo cerebral y la inteligencia de los niños, mejorando así el rendimiento escolar, persistiendo también en la edad adulta. En relación a los diagnósticos propuestos nos muestra que casi la totalidad de las enfermeras aplican dichos diagnósticos; siendo el primer diagnostico propuesto: “Infante con lactancia materna ineficaz relacionado con inadecuada técnica de amamantamiento”, el más usado durante la atención del niño menor de 2 años (ANEXO N), motivo por el cual las enfermeras consideraron como características primarias: que las madres no reciben consejería sobre la técnica adecuada de amantamiento, y al desconocimiento de estas sobre las técnicas adecuadas de amamantamiento; y como características secundaria: madres primigestas. Repercutiendo así en el adecuado crecimiento y desarrollo durante los dos primeros años de vida. (ANEXO Q)

La anemia infantil en niños menores de 5 años en el Perú se incrementó de 32.9% registrado en el 2012 a 34% en el 2013, según la Encuesta Demográfica y Salud Familiar (Endes) 2013. Por otro lado la desnutrición crónica infantil en niños menores de 5 años se redujo de 18.1% en el 2012 a 17.5% en el 2013; la deficiencia de hierro y la anemia en si son factores de riesgo en la salud individual y en el desarrollo a largo plazo, la anemia provoca deficiencias en el desarrollo cognitivo de los niños, en especial en sus habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización, es por ello la necesidad de identificar a tiempo los signos y síntomas de esta enfermedad para poder evitar todas las complicaciones que traerán en un futuro al niño; en cuanto a los diagnósticos propuestos en el área de alimentación complementaria, nos muestra que la mayoría de las enfermeras aplican dichos diagnósticos y que solo la décima parte de ellas no los aplican; siendo el tercer diagnostico propuesto: “Infante con riesgo a disminución de la hemoglobina relacionado con deficiente aporte de hierro en la alimentación”; el más usado durante la atención del niño menor de 5 años (ANEXO O), motivo por el cual las enfermeras consideraron como características primarias: Inadecuadas combinaciones en la preparación de las comidas y a desconocimiento de la madre sobre alimentos ricos en hierro; y como características secundarias: problemas socioeconómicos, madres que trabajan y el nivel educativo de la madre. (ANEXO R)

Con respecto a los diagnósticos propuestos en el área de estimulación temprana, nos muestra que la mayoría aplican dichos diagnósticos, siendo el segundo diagnóstico: “Infante con riesgo en su desarrollo psicomotor relacionado al desconocimiento de las

madres de la importancia de la estimulación temprana”; el más usado por las enfermeras durante la atención del niño menor de 5 años (ANEXO P), siendo considerado por las enfermeras como características primaria a las madres primigestas; y como características secundarias a niños prematuros y a madres que trabajan. Motivo por el cual es importante que la enfermera eduque sobre actividades debidamente estructuradas y no rutinarias para estimular al niño, considerando frecuencia y duración en el área afectiva, motora, lenguaje, social, optimizando el desarrollo del niño y atendiendo las necesidades de la familia. (ANEXO S)

Por todo lo anteriormente mencionado se puede observar que las enfermeras que trabajan en los servicios de control de crecimiento y desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo, aplican la propuesta de diagnósticos de enfermería durante la atención de los niños que acuden a su control.

Por otro lado se indago la apreciación general que tienen las enfermeras respecto a la propuesta de diagnósticos de enfermería y se obtuvo que un alto porcentaje la calificó como buena, y a su vez que favoreció a la elaboración del plan de cuidados.

En tal sentido, la propuesta de diagnósticos de enfermería fue de gran utilidad para las enfermeras, permitiendo así que el cuidado real que brinda la enfermera a la comunidad, a los padres y niños se da a través de consejerías, asistencias y acompañamiento para la generación de condiciones favorables al desarrollo del infante, familia y comunidad.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

- El grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención, se evidencia que los diagnósticos propuestos respecto a lactancia materna, alimentación complementaria y estimulación temprana, son aplicados por la mayoría de enfermeras durante la atención del niño que acude a su control.
- El grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención respecto a la lactancia materna, se observa que la mayoría de las enfermeras aplican dichos diagnósticos durante el proceso de atención de enfermería.

- El grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención respecto a la alimentación complementaria, se observa que la mayoría de las enfermeras aplican dichos diagnósticos durante el proceso de atención de enfermería.
- El grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención respecto a la estimulación temprana, se observa que la mayoría de las enfermeras aplican dichos diagnósticos durante el proceso de atención de enfermería.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del presente estudio son:

- Realizar estudios que midan el grado de aplicación de diagnósticos de enfermería a nivel educativo con los estudiantes e internos en sus prácticas hospitalarias como comunitarias.
- Realizar estudios que permitan evaluar los factores que limitan la aplicación de los diagnósticos de enfermería por parte de los estudiantes, internos y profesionales de enfermería.
- Que las autoridades correspondientes a nivel educativo refuercen en las enfermeras conocimientos sobre el Proceso de Atención de Enfermería, a través de capacitaciones y/o talleres.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) Dr. Víctor Javier Correa Tineo. Director de Servicios de Salud. Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención en el marco del Aseguramiento Universal y Descentralización en Salud con énfasis en la Atención Primaria de Salud Renovada. MINSA. Perú. 2010. Pág.: 4.
- (2) Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Ministerio de Salud. Perú. 2011. Disponible en:
[http://www.midis.gob.pe/index.php/es/nuestra-institucion/sobre - midis/por-que-existimos-2](http://www.midis.gob.pe/index.php/es/nuestra-institucion/sobre-midis/por-que-existimos-2)
- (3) Esquema de Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.). Disponible en:
http://www.auxiliar-enfermeria.com/esquemas/esquema_pae.htm
- (4) Dr. Alberto Tejada Noriega. Ministro de Salud. Lineamientos de Política en Salud 2011 – 2016. MINSA, Pág. 16. Disponible en:
<http://regionpuno.gob.pe/descargas/planes/actualizacion-pdrc-2021/ejes-tematicos/social/TEJADA-LINEAMIENTOS-DE%20POLITICA-EN-SALUD-2011-2016.pdf>
- (5) Norma Técnica de Salud para el Control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. MINSA. 2010. Pág. 19. Disponible en:
http://www.midis.gob.pe/dgsye/data1/files/enic/eje2/estudio-investigacion/NT_CRED_MINSA2011.pdf
- (6) Ministerio de Inclusión Social. Estrategia Nacional de Desarrollo e Inclusión Social. MIDIS. Perú. 2013.

- (7) Juan Guillermo Rojas. Factores relacionados con la aplicación del proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo de Medellín 2007. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia; 2009. Pág. 26 – 99.
- (8) María Teresa Pérez Rodríguez, Sofía Sánchez y colaboradores. Aplicación del proceso de enfermería en la práctica hospitalaria y comunitaria en instituciones del distrito Federal. Rev Enferm IMSS. 2006; 14 (1): 47-50.
- (9) María del Carmen Pardo Prado. Factores que limitan a las enfermeras la aplicación del proceso de atención de enfermería según percepción de los internos de la Escuela Académico Profesional de Enfermería de la UNMSM. Lima – Perú. 2013. Facultad de Medicina. UNMSM. Pág. 78.
- (10) Cecilia Dolores Cerquin Saldarriaga. Nivel de aplicación del Proceso de Atención de Enfermería por los internos de enfermería de la UNMSM. Lima: Perú; 2007.
- (11) Esther Cotrina Montenegro. Docente F. Medicina UNMSM. 2007. Cuidado de Enfermería.
- (12) Adriana Brizuela Umaña y colaboradores. Universidad Hispanoamericana Escuela de Enfermería. Enfermería Niño y Adolescente. Rol del profesional en enfermería de salud comunitaria en los sistemas escolares y los profesionales de enfermería de salud comunitaria y la administración de los servicios de salud. 2012.

- (13) (14) (15) MARIA ISABEL DIAZ DOMINGO. Manual de
(16) (17) Enfermería. Ed. 2009. Lexus editores. Madrid:
España. Pág. 4 – 10.
- (18) (19) (20) Patricia Potter y Anne Greffin Perry. Fundamentos
(21) (22) (23) de Enfermería. 5ta ed. Editorial Harcourt/ Ocean.
(24) Barcelona: España. Pág. 321 – 324
- (25) (26) Lynda Juall Carpenito. Diagnósticos de Enfermería:
Aplicación a la práctica clínica. 9na ed. Editorial Mc
Graw-Hill Interamericana. Aravaca: España. Pág. 7-
10
- (27) Ministerio de Salud del Perú. Prevención para la
Salud. Campañas de Salud. 2014. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/index.asp?op=2>
- (28) (29) (30) María Dolores, María Roa Ruiz Gonzales y
colaboradores. Enfermería del niño y el adolescente.
1ra ed. Editorial DAE. España. Pág. 279-288
- (31) (32) (33) María Dolores, María Roa Ruiz Gonzales
y
(34) colaboradores. Enfermería del niño y el adolescente.
1ra ed. Editorial DAE. España. Pág.306 – 312
- (35) (36) Modulo de autoaprendizaje. Estimulación del
Desarrollo Psicomotor del niño de 0 – 6 años.
MINSA. Dirección General de Salud de las
Personas. Pág. 12-15.

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

ANEXO	Pág.
A. Operacionalización de la variable	i
B. Instrumento	ii
C. Consentimiento informado	vii
D. Tabla de codificación del instrumento	viii
E. Prueba binomial – Jueces de Expertos	ix
F. Validez de constructo del instrumento	xii
G. Confiabilidad del instrumento	xiii
H. Matriz tripartita de datos	xv
I. Medición de la Variable	xvi
J. Sexo de las enfermeras de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. Lima – Perú. 2015	xvii
K. Tiempo de servicio de las enfermeras de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. Lima – Perú. 2015	xviii
L. Número de capacitaciones en CRED en los 2 últimos años de las enfermeras de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. Lima – Perú. 2015	xix
M. Frecuencia sobre la aplicación de la propuesta de diagnósticos de € a según factores protectores en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San	xx

Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo. Lima – Perú. 2015

- N. Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo respecto a la lactancia materna. Lima – Perú. 2015 xxi
- O. Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo respecto a la alimentación complementaria. Lima – Perú. 2015 xxii
- P. Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo de los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo respecto a la estimulación temprana. Lima – Perú. 2015 xxiii
- Q. Cuadro de consistencia de la propuesta de diagnósticos de enfermería respecto a lactancia materna xxiv
- R. Cuadro de consistencia de la propuesta de diagnósticos de enfermería respecto a alimentación complementaria xxv

S. Cuadro de consistencia de la propuesta de xxvi
diagnósticos de enfermería respecto a estimulación
temprana

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE	VALOR FINAL
<p>Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en enfermeras de los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención.</p>	<p>El grado de aplicación es la medida que hará referencia la utilidad de determinada propuesta, para este caso los diagnósticos enfermeros que son parte fundamental de proceso de atención de enfermería, que deben de ser aplicados en todo los servicios, siendo el Control de Crecimiento y Desarrollo uno de ellos, en el cual la enfermera cumple un rol muy importante para prevenir y promocionar la salud de los niños y niñas.</p>	<p>Actividades de consejería de la enfermera:</p> <p>Lactancia Materna</p> <p>Alimentación complementaria.</p> <p>Estimulación temprana.</p>	<p>La aplicación de los diagnósticos de enfermería propuestos para el servicio de Control de Crecimiento y Desarrollo del niño, en los factores protectores de Lactancia Materna, Alimentación Complementaria y Estimulación temprana, favorecerán una adecuada valoración y cuidados específicos en los niños que acuden a los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de Salud San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo de la Disa II Lima Sur.</p>	<p>Alto</p> <p>Bajo</p>

ANEXO B

INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

PRESENTACION

Estimados (as) Licenciados (as)

Buenos días, mi nombre es Carmen Yuliana Quincho Astete; soy egresada de la UNMSM de la carrera de Enfermería, me es grato dirigirme a Ud. para hacerle conocer que estoy realizando un proyecto de investigación cuyo objetivo es Determinar el grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en enfermeras de los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención.

Por lo que solicito su participación respondiendo a dicho cuestionario de manera objetiva.

DATOS GENERALES

1. Establecimiento de salud:.....

2. Sexo:

2.1. Femenino ()

2.2. Masculino ()

3. Tiempo de servicio en el establecimiento de salud:

3.1. Menor a 1 año ()

3.2. Mayor a 1 año ()

4. Número de capacitaciones en CRED en los últimos 2 años:

4.1. 1 ()

4.2. 2 ()

4.3. 3 a más ()

DATOS ESPECIFICOS

INSTRUCCIÓN: Marque con un aspa (x) solo una respuesta para cada pregunta:

1. ¿Cuál de los **diagnósticos de enfermería** propuestos en el área de **lactancia materna** utiliza con más frecuencia en la atención de los niños?
 - a) Infante con lactancia materna ineficaz relacionado con inadecuada técnica de amamantamiento.
 - b) Infante con riesgo a desequilibrio calórico – proteico relacionado con disminución de oportunidades de succión.
 - c) Madre con alteración de la integridad cutánea a nivel del pezón relacionado con desconocimiento de una adecuada técnica de lactancia materna.
 - d) Ninguno

2. ¿Cuál de los **diagnósticos de enfermería** propuestos en el área de **alimentación complementaria** utiliza con más frecuencia en la atención de los niños?

- a) Infante con deficiente aporte proteico relacionado con desconocimiento de la madre sobre alimentación balanceada.
- b) Infante con riesgo a trastornos gastrointestinales relacionado con inadecuada higiene durante la preparación de los alimentos.
- c) infante con riesgo a disminución de la hemoglobina relacionado con deficiente aporte de hierro en la alimentación.
- d) Ninguno

3. ¿Cuál de los **diagnósticos de enfermería** propuestos en el área de **estimulación temprana** utiliza con más frecuencia en la atención de los niños?

- a) Infante con deterioro de su desarrollo psicomotor relacionado a la falta de estimulación temprana.
- b) Infante con riesgo en su desarrollo psicomotor relacionado al desconocimiento de las madres de la importancia de la estimulación temprana.
- c) Madre con desconocimiento de las técnicas de estimulación temprana relacionado a su nivel socio cultural.
- d) Ninguno

4. ¿Con que frecuencia los diagnósticos de enfermería propuestos según área aplica en la atención de los niños que acuden a su establecimiento de salud?
- a) Diagnósticos de Lactancia Materna.
 - b) Diagnósticos de Alimentación Complementaria.
 - c) Diagnósticos de Estimulación Temprana.
 - d) Ninguno
5. ¿Cuál es su apreciación general respecto a los diagnósticos de enfermería propuestos?
- a) Mala
 - b) Regular
 - c) Buena
 - d) No se entiende
6. ¿Los diagnósticos presentados le ayuda a elaborar el plan de cuidados?
- a) Definitivamente si
 - b) Parcialmente si
 - c) Parcialmente no
 - d) Definitivamente no

ANEXO C

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....
con DNI, firmo este consentimiento, para que me realicen un encuesta, posteriormente de haberme informado de forma verbal y escrita de la justificación y los objetivos del trabajo de investigación: “Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en enfermeras de los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención en el año 2015”, entendiendo que esta información aportara a conocer la aplicación de los diagnósticos de enfermería durante la atención de los niños que acuden al establecimiento del primer nivel de atención, que mi participación es totalmente voluntaria y que mis respuestas no serán reveladas a nadie y que en ningún informe de este estudio se me identificara en forma alguna.

Firma del participante

ANEXO D

TABLA DE CODIFICACION DEL CUESTIONARIO

Datos generales

PREGUNTA	RESPUESTA	CODIGO
Sexo	Femenino	1
	Masculino	2
Tiempo de servicio en el establecimiento de salud	Menor a 1 año	1
	Mayor a 1 año	2
Número de capacitaciones en CRED en los últimos 2 años	1	1
	2	2
	3 a más	3

Datos específicos

1ra pregunta:

a)	1
b)	1
c)	1
d)	0

2da pregunta:

- | | |
|----|---|
| a) | 1 |
| b) | 1 |
| c) | 1 |
| d) | 0 |

3ra pregunta:

- | | |
|----|---|
| a) | 1 |
| b) | 1 |
| c) | 1 |
| d) | 0 |

4ta pregunta:

- | | |
|----|---|
| a) | 1 |
| b) | 1 |
| c) | 1 |
| d) | 0 |

5ta pregunta:

- | | |
|----|---|
| a) | 0 |
| b) | 1 |
| c) | 1 |
| d) | 0 |

6ta pregunta:

- | | |
|----|---|
| a) | 1 |
| b) | 1 |
| c) | 0 |
| d) | 0 |

ANEXO E

VALIDEZ DE CRITERIO TABLA DE CONCORDANCIA PROEBA BONIMIAL: JUECES DE EXPERTOS

ITEMS	N° JUEZ								P
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
2	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
3	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
4	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
5	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
6	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004
7	1	1	1	1	1	1	1	1	0.004

$P < 0.05$ la concordancia es significativa.

Favorable = 1 (Si)

Desfavorable = 0 (No)

*Se tomara en cuenta las observaciones realizadas por los jueces de expertos.

ANEXO F

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL INSTRUMENTO

Ítem	Coefficiente de Pearson (R)
1	0.227
2	0.408
3	0.327
4	0.227
5	0.327
6	0.408

Si $r > 0.20$, el instrumento es válido en cada uno de los ítems, todos los ítems cumplen que valor deseado.

ANEXO G

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

La confiabilidad del instrumento estructura fue determinada mediante el Coeficiente de "Kuder Richarson" (k)

$$r_{20} = \left(\frac{K}{K-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

k: N° de preguntas o ítem.

Sx^2 : Varianza de la prueba.

p : Proporción de éxito, proporción donde se identifica la característica o atributo en estudio.

q : Proporción donde no se identifica al atributo.

ITEM	p	q	p*q
1	0.966666667	0.033333333	0.032222222
2	0.9	0.1	0.09
3	0.933333333	0.066666667	0.062222222
4	0.966666667	0.033333333	0.032222222
5	0.933333333	0.066666667	0.062222222
6	0.9	0.1	0.09

Confiabilidad mediante K-R total:

k: 6

Sx^2 : 0.24

$\Sigma p.q$: 0.36888889

K-R: 0.64

Si el $\alpha = 0.5$ ó $>$ el instrumento es confiable.

ANEXO H

MATRIZ TRIPARTITA DE DATOS

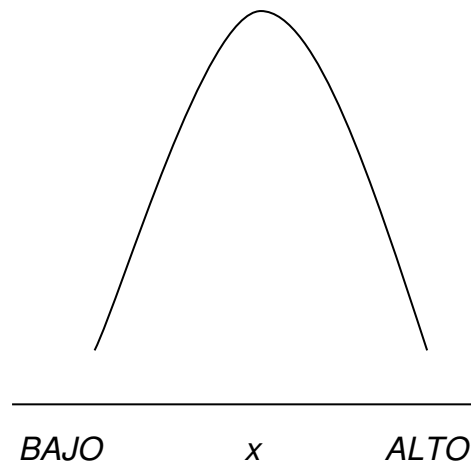
N° Enfermeros	ITEMS					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1	0
2	1	0	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	0
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	0	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	0	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	0	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	0	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	0	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	0
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	0	1
27	1	1	1	0	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	0	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1

ANEXO I

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE: Grado de aplicación de una propuesta de diagnósticos de enfermería en enfermeras de los servicios de control de crecimiento y desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención.

Se determinó el promedio $(\bar{x}) = 6$



PUNTAJE:

ALTO: 4 – 6 puntos.

BAJO: 0 - 3 puntos.

ANEXO J

**SEXO DE LAS ENFERMERAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE
SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES – VILLA
MARIA DEL TRIUNFO
LIMA – PERU
2015**

Sexo	Enfermeros	
	N°	%
Femenino	29	85.0
Masculino	1	15.0
Total	30	100.0

ANEXO K

**TIEMPO DE SERVICIO DE LAS ENFERMERAS EN
LOS ESTABLECIMIENTO DE SALUD DE LOS
ENFERMEROS DEL PRIMER NIVEL DE
ATENCION DE LA RED DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES –
VILLA MARIA DEL TRIUNFO
LIMA – PERU
2015**

Tiempo	Enfermeros	
	N°	%
Menor a 1 año	8	26.7
Mayor a 1 año	22	73.3
Total	30	100.0

ANEXO L

**NUMERO DE CAPACITACIONES EN CRED EN LOS 2 ULTIMOS AÑOS
DE LAS ENFERMERAS DE LOS ESTABLECIIENTOS DEL
PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD
RED DE SALUD SAN JUAN DE MIRAFLORES –
VILLA MARIA DEL TRIUNFO
LIMA – PERU
2015**

N° de capacitaciones	Enfermeros	
	N°	%
1	14	46.7
2	11	36.7
3 a mas	5	16.6
Total	30	100.0

ANEXO M

**FRECUENCIA SOBRE LA APLICACIÓN DE LA PROPUESTA DE
DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN FACTORES
PROTECTORES EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS
ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN DE LA RED DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES – VILLA
MARIA DEL TRIUNFO
LIMA – PERU
2015**

Frecuencia sobre la aplicación de la propuesta de diagnósticos de enfermería según área.	Enfermeras	
	Nº	%
Dx. de Lactancia Materna	19	63.3
Dx. de Alimentación Complementaria	6	20
Dx. de Estimulación Temprana	4	13.3
Ninguno	1	3.4
Total	30	100.0

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

ANEXO N

**GRADO DE APLICACION DE UNA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS
DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MARIA DEL
TRIUNFO RESPECTO A LA
LACTANCIA MATERNA
LIMA - PERU
2015**

Propuesta de diagnósticos de enfermería en relación a la lactancia materna	Enfermeros	
	N°	%
LM 1: Infante con lactancia materna ineficaz relacionado con inadecuada técnica de amamantamiento.	21	70
LM 2: Infante con riesgo a desequilibrio calórico – proteico relacionado con disminución de oportunidades de succión.	3	10
LM 3: Madre con alteración de la integridad cutánea a nivel del pezón relacionado con desconocimiento de una adecuada técnica de lactancia materna.	5	16.7
Ninguno	1	3.3
Total	30	100.0

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

ANEXO O

**GRADO DE APLICACION DE UNA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS
DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MARIA DEL
TRIUNFO RESPECTO A LA ALIMENTACION
COMPLEMENTARIA
LIMA – PERU
2015**

Propuesta de diagnósticos de enfermería en relación a la alimentación complementaria	Enfermeros	
	N°	%
AC 1: Infante con deficiente aporte proteico relacionado con desconocimiento de la madre sobre alimentación balanceada.	11	36.7
AC 2: Infante con riesgo a trastornos gastrointestinales relacionado con inadecuada higiene durante la preparación de los alimentos.	3	10
AC 3: Infante con riesgo a disminución de la hemoglobina relacionado con deficiente aporte de hierro en la alimentación.	13	43.3
Ninguno	3	10
Total	30	100.0

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

ANEXO P

**GRADO DE APLICACION DE UNA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS
DE ENFERMERIA EN LOS SERVICIOS DE CONTROL DE
CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION DE LA RED DE SALUD
SAN JUAN DE MIRAFLORES - VILLA MARIA DEL
TRIUNFO RESPECTO A LA
ESTIMULACION TEMPRANA
LIMA – PERU
2015**

Propuesta de diagnósticos de enfermería en relación a la estimulación temprana	Enfermeros	
	N°	%
ET 1: Infante con deterioro de su desarrollo psicomotor relacionado a la falta de estimulación temprana.	6	20
ET 2: Infante con riesgo en su desarrollo psicomotor relacionado al desconocimiento de las madres de la importancia de la estimulación temprana.	18	60
ET 3: Madre con desconocimiento de las técnicas de estimulación temprana relacionado a su nivel socio cultural.	4	13.3
Ninguno	2	6.7
Total	30	100.0

FUENTE: Instrumento aplicado a las enfermeras de los servicios de Control de Crecimiento y Desarrollo en los establecimientos del primer nivel de atención de la Red de San Juan de Miraflores – Villa María del Triunfo.

ANEXO Q

CUADRO DE CONSISTENCIA DE LA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RESPECTO A LACTANCIA MATERNA

1er diagnostico: Infante con lactancia materna ineficaz relacionado con inadecuada técnica de amamantamiento.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera no brinda consejería sobre técnicas adecuadas de amamantamiento. - Desconocimiento de la madre sobre las técnicas adecuadas de amamantamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre primigesta
2do diagnostico: Infante con riesgo a desequilibrio calórico – proteico relacionado con disminución de oportunidades de succión.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none"> - Madre que trabaja. - Infante con patologías. - Escasa producción láctea de la madre. 	<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuado crecimiento y desarrollo del infante.
3er diagnostico: Madre con alteración de la integridad cutánea a nivel del pezón relacionado con desconocimiento de una adecuada técnica de lactancia materna.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none"> - Pezones con úlceras o grietas. - Pezones retraídos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre ansiosa al momento de la lactancia materna, - Inadecuada técnica de destete.

ANEXO R

CUADRO DE CONSISTENCIA DE LA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RESPECTO A ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

1er diagnostico: Infante con deficiente aporte proteico relacionado con desconocimiento de la madre sobre alimentación balanceada.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermera no brinda consejería sobre alimentación complementaria y balanceada. - Desconocimiento de la madre sobre alimentación balanceada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre primigesta.
2do diagnostico: Infante con riesgo a trastornos gastrointestinales relacionado con inadecuada higiene durante la preparación de los alimentos.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento de la madre sobre la higiene de los alimentos. - Vivienda con problemas de salubridad (no tiene agua, desagüe). 	<ul style="list-style-type: none"> - Madre con muchos hijos.
3er diagnostico: Infante con riesgo a disminución de la hemoglobina relacionado con deficiente aporte de hierro en la alimentación.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none"> - Inadecuadas combinaciones en la preparación de las comidas. - Desconocimiento de la madre sobre alimentos ricos en hierro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Problemas socioeconómicos. - Madre que trabaja. - Nivel educativo de la madre.

ANEXO S

CUADRO DE CONSISTENCIA DE LA PROPUESTA DE DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA RESPECTO A LA ESTIMULACION TEMPRANA

1er diagnostico: Infante con deterioro de su desarrollo psicomotor relacionado a la falta de estimulación temprana.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none">- Desconocimiento de la madre sobre las técnicas de estimulación temprana.- Madre que trabaja.	<ul style="list-style-type: none">- Dinámica familiar alterada.- Niño con patologías, que retrasen su desarrollo psicomotor.
2do diagnostico: Infante con riesgo en su desarrollo psicomotor relacionado al desconocimiento de las madres de la importancia de la estimulación temprana.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none">- Madre primigesta.	<ul style="list-style-type: none">- Niños prematuros.- Madre que trabaja.
3er diagnostico: Madre con desconocimiento de las técnicas de estimulación temprana relacionado a su nivel socio cultural.	
Características primarias	Características secundarias
<ul style="list-style-type: none">- Enfermera no brinda consejería sobre estimulación temprana.	<ul style="list-style-type: none">- Madre analfabeta.- Madre con muchos hijos.