

CUINY ELIZABETH ENRIQUEZ SALAZAR

por CUINY ELIZABETH ENRÍQUEZ SALAZAR

Fecha de entrega: 26-nov-2023 02:57p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2238685622

Nombre del archivo: CUINY_ELIZABETH_ENRIQUEZ_SALAZAR.docx (30.67K)

Total de palabras: 5816

Total de caracteres: 30671

Introducción

En los niños, la primera infancia es una etapa esencial para su desarrollo completo, porque se perfilan sus capacidades a fin de que en un futuro logren ser ciudadanos con un adecuado estado de salud, responsables y productivos en el ámbito personal, familiar y social, por esta razón es relevante que los progenitores puedan acudir periódicamente con sus menores hijos a sus evaluaciones o controles de crecimiento y desarrollo¹.

La evidencia científica señala que el desarrollo integral de la primera infancia permite una oportuna intervención durante los primeros años de vida que condiciona las competencias, habilidades, capacidades, aprendizajes y adaptación de los niños a lo largo del ciclo vital. Por ello, este periodo es una gran oportunidad para detectar riesgos y brindar la estimulación que corresponde².

En tal sentido, el desarrollo integral de un infante es primordial para originar un periodo sensitivo de las funciones, cualidades y procesos, así como en la percepción, el lenguaje o la función de la conciencia, al mismo tiempo, permite establecer una atención educativa integral que involucra la participación de la familia con la finalidad de lograr el desarrollo integral³. En consecuencia, es de gran preocupación la atención del niño porque se debe desarrollar y reforzar estrategias para cambiar las actitudes maternas hacia la atención oportuna de los niños con los controles de crecimiento y desarrollo, de modo que, es imprescindible una buena impresión, aprendizaje y percepción que permitan reconocer el beneficio de esta atención de salud que en la actualidad es poco valorado⁴.

Además, el Ministerio de Salud del Perú⁵ convoca a los padres de familia a cumplir con el control periódico de crecimiento y desarrollo, también llamados controles del niño sano en el establecimiento de salud más cercano, cuya finalidad es detectar de forma temprana los riesgos, trastornos o alteraciones que puedan presentarse en los niños para brindarles un acceso óptimo y adecuado a una atención integral. Sin embargo, al comenzar la pandemia originada por la COVID-19 varias personas no recibieron atención de salud de vital importancia para asegurar su bienestar. Casi la mitad de los países indicaron que los servicios más afectados fueron los servicios de atención primaria del día a día para prever y tratar los problemas de salud más comunes⁶. En este contexto, se suspendieron las actividades que evalúan los controles CRED, originando como consecuencia una disminución de los niños que contaban con accesibilidad a diferentes servicios de atención de salud, vacunas, alimentos suficientes y servicios esenciales⁷.

De igual manera, existen investigaciones que han demostrado que las epidemias o pandemias, como la COVID-19, originan peligros potenciales para el desarrollo de los niños; debido al riesgo de enfermedades, restricciones de protección, confinamiento social y el incremento del nivel de estrés de los padres y cuidadores. Esta situación origina una experiencia infantil adversa lo que es posible que le genere estrés tóxico, con daños potenciales asociados a la salud individual y colectiva, desarrollo cerebral, así como el deterioro a largo plazo de la salud cognitiva, mental y física; y la capacidad de trabajo de los futuros adultos⁸.

Por otro lado, en América hay peligro en el crecimiento y el desarrollo debido a que los niños no asisten a sus controles de salud regulares⁹. En el Perú, en el 2020, primer semestre del 2021 y 2022 solo el 9,5%¹⁰, 4,7%¹¹ y 8,7%¹² de los niños con una edad no superior a 36 meses presentaban controles de crecimiento y desarrollo de forma completa. En Lambayeque en el 2020 la cantidad de niños con una edad inferior a 36 meses con revisiones de crecimiento y desarrollo fue del 4.5%¹¹.

Esta situación ha traído como consecuencia que no se detecten precozmente y de forma oportuna riesgos, trastornos o enfermedades, impidiendo un diagnóstico oportuno e intervención inmediata. Puesto que los servicios de salud deben aprovechar estas oportunidades para fortalecer las capacidades de las familias para impulsar el desarrollo de los niños¹³. Por lo tanto, la enfermera debe adquirir la capacidad de brindar cuidados durante las revisiones de crecimiento y desarrollo, debe garantizar la seguridad y el bienestar de los niños, preservando su salud y cumpliendo con promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento¹⁴.

Ante lo expuesto, se formula la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el comportamiento del Control de Crecimiento y Desarrollo en niños nacidos en un centro de salud de Chiclayo periodo 2020-2022? Esta investigación tuvo como objetivo general determinar el comportamiento del Control de Crecimiento y Desarrollo en niños nacidos en un centro de salud de Chiclayo periodo 2020-2022. Y como objetivos específicos describir el número de controles, condición de crecimiento y estado nutricional, diagnóstico del desarrollo psicomotor según su edad en niños nacidos en un centro de salud de Chiclayo periodo 2020-2022.

La investigación se justificó porque el crecimiento y desarrollo de los niños en la primera infancia es indispensable para lograr la equidad, un estado de salud óptimo, el bienestar en las

condiciones de vida y mejorar productividad para que en un futuro puedan convertirse en adultos saludables¹³.

Por otro lado, la investigación aporta a una de las prioridades de Investigación en Salud en Perú del periodo 2019 – 2023, específicamente aborda los problemas de los servicios de salud para realizar actividades preventivas contra la malnutrición, anemia, que se suelen identificar durante la ejecución del control de crecimiento y desarrollo¹⁵.

Además, los resultados de la investigación serán de utilidad para que las enfermeras del centro de salud, donde se llevó a cabo el estudio, implementen estrategias y coordinen con las autoridades locales para mejorar o fortalecer el indicador sanitario de los controles completos del niño para su edad. Puesto que, durante la ejecución del control de crecimiento y desarrollo, el personal de enfermería brinda educación para la salud que juega un rol importante para fortalecer los cuidados, prevenir riesgos que podrían afectar y restringir la salud del menor como lo reportó un estudio con madres cuyos conocimientos sobre los cuidados del niño fueron regulares y muy bajos¹⁶.

Además, será un recurso para otras investigaciones, puesto que puede ser utilizado como medio de información y punto de partida para otros estudios que tengan relación con la temática.

Revisión de literatura

A nivel internacional, un estudio realizado en 5 regiones geográficas de los Estados Unidos entre julio y septiembre de 2021 donde participaron 48 familias, describieron los efectos positivos atribuidos a la pandemia que favorecen el desarrollo de sus hijos, consideraron el aumento del tiempo para la interacción padre - hijo. Sin embargo, estimaron como efectos negativos, las dificultades económicas que fueron exacerbadas por la pandemia y que potencialmente afectan el desarrollo infantil¹⁷.

Por otro lado, un estudio realizado en el 2018 por Córdoba¹⁸ en Panamá encontró una relación entre la falta de controles, el tiempo de espera del cuidador, horario de atención inoportuno, menores de edad de 1 a 4 años, sexo del niño, madres menores de 19 años, madres con bajo nivel educativo, el desempleo de la madre o cuidador y la falta de conocimiento sobre la relevancia y valor de los controles de crecimiento y desarrollo de los infantes.

A nivel nacional, Quispe¹⁹, demostró que, entre los factores sociodemográficos, el 34 % de los estudios indicaron que el incumplimiento de controles CRED, se debía a la edad materno - infantil; 29% realiza tareas del hogar, 25% trabaja y tiene más de dos hijos; en cuanto a los factores culturales, el 63% señaló que el nivel instrucción de la madre era bajo, no comprendía la importancia de los controles CRED y el olvido del cronograma de citas.

Por otro lado, Campos²⁰, reportó que el 64.88% muestra un desarrollo psicomotor normal, el 29.76% estaba en riesgo y un 5.36% tenía retraso; respecto al rendimiento en el área motora un 27.38% manifiesta un bajo rendimiento, en el área de coordinación un 15.48%, en el área de lenguaje un 8.93% y por último en el área social un 7.14%.

De igual manera en un estudio realizado en Iquitos en el 2020 obtuvo que el 64,4% de infantes son controlados, mientras que 35,6% incumplieron los controles estimados de acuerdo a la edad; en cuanto al ámbito nutricional de acuerdo al peso/edad se evidenció un 82,2% con un estado normal, el 17,8% evidenciaron bajo peso; y no se hallaron niños con sobrepeso²¹.

A nivel local, Santacruz²² en el 2021 revisó 165 historias clínicas correspondientes a lactantes con una edad menor de 1 año que asistían al centro de salud, obteniendo como

resultado que el 47 % de los lactantes presentaban un rango normal en el índice que evalúa el peso para la talla y el 49.09 % tenían diagnósticos de sobrepeso y obesidad; por otra parte, el 22.42 % de madres asistieron a 2 controles de crecimiento y desarrollo.

Base teórica – Conceptual

Con la finalidad de promover, proteger y apoyar el desarrollo de los niños existen intervenciones multisectoriales, tomando los servicios de salud como punto de entrada, para apoyar a las familias a brindar cuidados en el crecimiento y desarrollo de los infantes. Por esta razón los servicios de salud deben ampliar su visión que se enfoca en las medidas preventivas y el tratamiento oportuno de enfermedades, llegando a incluir la promoción del cuidado amoroso y sensible a las necesidades de los niños pequeños siendo importante para que el ser humano alcance su máximo su potencial⁵.

En tal sentido, el Control de Crecimiento y Desarrollo²³ es considerada un conjunto compuesto por actividades que buscan incrementar el desarrollo integral de los niños por medio de una evaluación periódica y oportuna, tanto en el crecimiento como en su desarrollo, logrando promover la detección inmediata de riesgos, trastornos o algún tipo de alteración en el crecimiento y desarrollo. Por lo tanto, esta intervención mejora la atención y referencia oportuna; de igual forma permite fomentar prácticas idóneas de cuidado y mejora la crianza en los niños tanto a nivel familiar y comunitario.

El crecimiento se concibe como un proceso donde aumenta la masa de un organismo, este resulta del incremento en la cantidad o en el tamaño de las células. Además, el crecimiento es regularizado por agentes socioeconómicos, nutricionales, culturales, genéticos, emocionales, y neuroendocrinos, entre otros²³. De igual forma, se clasifica como adecuado cuando existe una ganancia de peso y talla según los rangos normales esperados para su edad (+2- 2DS). En el otro extremo el crecimiento inadecuado se evidencia una situación de no ganancia o conocido como el aplanamiento representado en la curva de crecimiento, así como la ganancia en una proporción pequeña de la talla o longitud. Respecto al peso, abarca tanto la disminución como la ganancia de forma mínima o excesiva, en este caso la tendencia no puede ser paralela de acuerdo al patrón de referencia pese a que los indicadores que evidencian el P/T o la T/E puedan mantenerse dentro de los puntos de corte normales (+2- 2DS)²³.

Por otro lado, se considera que el estado nutricional es el efecto de un equilibrio entre el consumo y necesidad orgánica de nutrientes. La valoración del estado nutricional identifica grupos de riesgo por presentar deficiencias o por excesos dietéticos, por esta razón, es importante tener en cuenta el estado nutricional porque permite la detección oportuna de enfermedades crónicas que prevalecen actualmente²⁴. Para determinar el estado nutricional se emplea mediciones antropométricas, como la talla, el peso y perímetro cefálico. A partir de éstas se establecen los índices de peso para edad (P/E), talla o longitud para edad (T/E) y peso para talla o longitud (P/T). De esta forma, los índices presentados pueden aplicarse como indicadores en el estado nutricional²³.

También, se considera al desarrollo como un proceso dinámico donde progresivamente el ser vivo puede mejorar la capacidad funcional de su organismo mediante los procesos de maduración, diferenciación e integración de las funciones, todo ello radica a nivel biológico, cognoscitivo, psicológico, sexual, nutricional, cultural, ecológico, social y ético. Está influenciado por agentes culturales, genéticos y ambientales²³.

Dentro de la revisión del crecimiento y desarrollo se deben ejecutar fases como una correcta valoración, un diagnóstico acertado, un proceso de intervención y acciones de seguimiento²³. Para comenzar, durante la fase de valoración se intenta recolectar, organizar, validar y registrar datos, utilizando técnicas y herramientas como la observación directa, la entrevista, examen físico, pruebas de soporte diagnóstico, la interconsulta y entre otros, considerando que el registro se efectúa en los instrumentos correspondientes.

Parte de la valoración, se consideran los agentes de riesgo biopsicosociales que podrían alterar el crecimiento y desarrollo del niño, además de una serie de evaluaciones físicas y neurológicas, funcionalidad visual y auditiva, el descarte de patologías más recurrentes en los niños, evaluación del crecimiento y estado nutricional (estado que se adquiere mediante la correlación entre las necesidades nutritivas a nivel personal y de los procesos de ingestión, absorción y utilización).

Por otro lado, se verifica el cumplimiento del calendario de vacunas y aporte de suplementos fortificados con hierro, asimismo se realiza la evaluación del desarrollo de acuerdo el EEDP, TEPSI y TAP, así como el tamizaje de violencia familiar, y finalmente, la evaluación ortopédica y bucal.

En cuanto al diagnóstico se analiza los datos recopilados en el lapso de la valoración, lo que ayudará a detectar problemas reales o en probabilidad de presentarse. Asimismo, una identificación adecuada del diagnóstico podrá permitir que se intervenga de forma eficaz y oportuna.

Se evaluará el crecimiento (inadecuado y adecuado) y el desarrollo de acuerdo a la escala de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP) para niños de 0 a 24 meses, el test peruano que evalúa el desarrollo del niño (TPED) en niño de 0 a 30 meses o el test de evaluación del desarrollo psicomotor (TEPSI) para el niño de 2 a 5 años

En la fase de intervención se aplicará las actividades o acciones a nivel personal, familiar o comunitario. El personal de salud se encargará de ofrecer la consejería a los padres o cuidadores de los niños, además de escucharlos para conocer sus antecedentes e inquietudes, fomentando así un entorno confiable y de apoyo, teniendo en cuenta la edad y la necesidad del niño se abordarán temas como lactancia materna y nutrición en el marco de la atención de salud materno infantil, además del desarrollo de sesiones demostrativas donde se demuestre la preparación de alimentos, entrega de los micronutrientes de acuerdo a la normativa vigente, manejo y tratamiento de la anemia y parasitosis entre otras.

Consecuentemente, se lleva a cabo el seguimiento de manera periódica a cada niño. Para ello, los datos recopilados y los hallazgos obtenidos de la valoración, el diagnóstico e intervenciones se documentan en el historial médico y en el formato de atención integral de salud de la niña y niño menor de cinco años para mejorar el acceso al seguimiento.

Se priorizaron para el seguimiento los niños y niñas nacidos en hogar, prematuros y/o bajo peso al nacer, aquellos que faltan a las citas programadas, que presenten crecimiento inadecuado, con riesgo y trastornos en el desarrollo, niños y niñas que necesitan suplementación con hierro o tratamiento oportuno para la anemia; y por último aquellos en riesgo o que sean víctimas de maltrato familiar o infantil.

En cuanto a la periodicidad con la cual se desarrollan controles de crecimiento y desarrollo se encuentra que los recién nacidos recibirán 4 controles a las 48 horas del alta y posteriormente un control cada semana, las niñas y niños menores de 1 año, podrán recibir 11 controles acorde al esquema y considerando un intervalo de 30 días como mínimo. Por otro lado, niñas y niños de 1 año, recibirán 6 controles de acuerdo al esquema

y las niñas y niños, desde 2 años hasta 4 años 11 meses 29 días, podrán recibir 4 controles de forma anual.

⁹ El desarrollo psicomotor se entiende como la maduración del sistema nervioso central, el cual se desarrolla a medida que el niño avanza por etapas de manera lineal y sistemática; durante este proceso se desarrollan áreas como el lenguaje, la cognición, las habilidades sociales y motoras, las cuales se desarrollan en los primeros años de vida²⁵. También, Zela-Coila, Merma-Valero, Cevallos-Ariza, Quintana-García y Arredondo-Nontol²⁶ afirmaron que es importante valorar el neurodesarrollo porque el 80% de este proceso se origina durante los 3 primeros años de vida, por lo que, entre los 3 a 6 años se desarrolla el habla y la comunicación.

El Test Peruano mide las características del desarrollo psicomotor de un niño, logrando detectar retrasos en el aspecto funcional y orgánico. Además, cuenta con doce hitos o áreas, entre ellas, se encuentra el control de la cabeza y también tronco considerando que el niño debe estar sentado, control de la cabeza y la parte del tronco cuando el infante realiza rotaciones, control de la cabeza y la parte del tronco cuando el infante se encuentra caminando, evalúa la utilización de los brazos y de las manos, el nivel de visión, audición, lenguaje comprensivo, lenguaje expresivo, el comportamiento a nivel social, la alimentación, el vestido e higiene, juego, inteligencia y aprendizaje²³.

³² **Materiales y métodos**

La presente investigación fue de tipo cuantitativa²⁷ debido a que abarcó un conjunto de procesos de manera secuencial y probatoria a través de un análisis estadístico.

El diseño realizado fue no experimental²⁷ porque no se manipuló la variable de estudio y sólo se observó en su contexto natural; de tipo descriptivo²⁷ puesto que especificó características del comportamiento del control de crecimiento y desarrollo (Ver Anexo N°01). Además de diseño transversal²⁷ dado que los datos se recolectaron en un solo momento. Por otro lado, de acuerdo a los periodos de estudio fue retrospectiva²⁸ porque la información fue percibida en el pasado y estudiado en el presente.

¹³ La población estuvo representada por 311 historias clínicas de niños nacidos en los años 2020, 2021 y 2022 en el Centro de Salud José Leonardo Ortiz según el Reporte del Certificado de Nacidos Vivo de Lambayeque (CNV). La muestra fue calculada mediante

el Software OpenEpi²⁹ después de reemplazar los datos se obtuvieron 173 historias clínicas (Ver Anexo N°02). El muestreo fue no probabilístico, por conveniencia²⁷ porque las historias clínicas fueron seleccionadas por razones de accesibilidad.

Se incluyó a todos los Niños nacidos en el 2020-2022 de ambos sexos, y se excluyeron 4 Historias clínicas de niños nacidos que no se atienden en el establecimiento.

Al mismo tiempo, la técnica utilizada para la recolección de datos fue documental³⁰ porque se analizaron documentos relacionados con el hecho o contexto estudiado, en este caso las historias clínicas. Para recopilar la información se realizó una ficha de recolección de datos en base a la Norma Técnica para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años²³ (Ver Anexo N°03).

Este cuenta con dos apartados; en el primero los datos generales sobre el niño y los padres, N° de Historia Clínica, sexo, fecha de nacimiento, CUI/ DNI (este dato no se incluirá en la base de datos, solo se contrastará con el N° de historia clínica para corroborar y evitar duplicar información). De los padres; edad, ocupación, estado civil y grado de instrucción (Ver anexo N°08). En el segundo apartado datos sobre las tres dimensiones de la variable de estudio: número de controles de crecimiento y desarrollo según la edad; condición de crecimiento y estado nutricional según la edad; diagnóstico del desarrollo psicomotor según la edad.

Cabe señalar, que en cuanto al número de controles según la edad se tuvo en cuenta la normativa vigente²³; respecto a la condición de crecimiento se observará el registro sobre el incremento favorable o desfavorable de peso y estatura de la niña o niño, observado de un control a otro. Por otro lado, el estado nutricional se extraerá el peso y talla registrada por la enfermera en cada control para ser analizados con las tablas de valoración nutricional antropométrica para niños menores de 5 años de acuerdo al peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para la talla (P/T). Para el diagnóstico del desarrollo psicomotor se revisó el resultado en base al Test Peruano²³ (Ver Anexo N°03).

Así mismo, la ficha de recolección de datos fue sometido a la opinión de 5 expertos en la temática de estudio e investigación: 3 con grado de doctor y 2 con grado de maestría, de ellos, cuatro de profesión enfermera y una nutricionista con más de 10 años de experiencia en la atención del niño sano. De esta revisión se obtuvo una calificación global de todos los expertos de aprobado (Ver Anexo N°04). Además, con el fin de garantizar la

objetividad²⁷, es decir la recolección de los datos de una manera uniforme por el investigador principal se ha redactado un instructivo (Ver Anexo N°05).

Previo a la recolección de datos, el proyecto de investigación se inscribió en el Sistema de Gestión de Investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, luego fue presentado al Comité Metodológico de la Escuela de Enfermería para que proporcione las sugerencias del caso, posterior a ello se presentó al Comité de Ética e Investigación de la facultad de Medicina el cual fue aprobado con la Resolución N°031-2023-USAT-FMED (Ver Anexo N°06). Luego se solicitó el permiso respectivo al jefe del C.S. José Leonardo Ortiz para acceder al archivo de historias clínicas (Ver Anexo N°07). Previa coordinación con el área de archivo del establecimiento de salud, la recolección de datos fue llevada a cabo por la investigadora principal, desde el 2 abril hasta el 20 de mayo, los lunes, miércoles y viernes entre las 9:00 a.m. a 12:30 p.m., provista del respectivo equipo de protección personal (E.P.P.) según la normativa de bioseguridad vigente.

En cuanto al plan de procesamiento y análisis de datos, la información obtenida a través de la ficha de recolección de datos se digitó en una base de datos en Microsoft Excel 2016, luego se depuró la misma.

Seguidamente, se exportó la base de datos a la prueba gratuita del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22, para realizar el análisis estadístico descriptivo³¹ a las variables de nivel medida nominal conformadas por niños controlados y no controlados según la edad y la condición de crecimiento; y las de nivel ordinal como el estado nutricional y el diagnóstico del desarrollo psicomotor se presentaron mediante frecuencias absolutas y relativas.

Por otro lado, las variables de naturaleza cuantitativa edad se recodificó en las etapas de vida según el Ministerio de salud²³. Además, en cuanto a la ocupación se agrupó según el Instituto Nacional de Estadística e Informática³². Finalmente, los datos obtenidos se ordenaron y analizaron en tablas para su posterior interpretación.

Durante la ejecución del estudio se tomaron en cuenta los siguientes criterios éticos sustentados por el Informe de Belmont³³. En tal sentido, se empleó el respeto a las personas puesto que la información obtenida de las historias clínicas fue tratada de manera confidencial y de uso estricto sólo para fines de investigación. Así pues, los datos de

identificación personal estuvieron codificados con números arábigos correlativos. Además, respecto a la justicia, las historias clínicas fueron seleccionadas con imparcialidad sin distinción de nivel educativo, cultura, sexo, etc. Además, el estudio cuenta con un informe de similitud por Turnitin de 17%.

Resultados y discusión

Interpretación: El 50.9% son del sexo masculino y el 49.1% del sexo femenino. De ellos, nacieron en el 2020, 5 (3%); en el 2021, 49 (29%) y en el 2022, 115 (68%).

Interpretación: En el grupo de los niños RN de los casos en estudio el 58.3% (74) tuvieron 4 controles. Respecto a los menores de 1 año durante el 1er control solo el 8.5% (14) tuvieron sus 11 controles. En cuanto a los niños de 1 año el 28.8% (21) hizo un solo control. En el caso de los niños de 2 años el 50% (4) realizó 4 controles. En el grupo de los niños de 3 años el 66.7% (2) hizo un solo control.

Interpretación: Se muestra que el 37,8% de los niños tienen condición de crecimiento adecuado en todas las etapas de vida y los casos de crecimiento inadecuado son relativamente pocos (0.6%). Se debe tomar en cuenta que existen muchos casos cuyos datos no son registrados (37.3%). Por último, un 24.3% del total no acudió a su control.

Interpretación: Se observó el peso- edad normal (71.6% en total), seguido de sobrepeso (2.8%) y bajo peso (1.2%) en todas las etapas de vida. Finalmente, un 24.4% no acudió a su control.

Interpretación: Se halló el peso-talla normal (70.7%), seguido de sobrepeso (2.8%), obesidad (1.2%), desnutrición aguda (0.6%) y desnutrición severa (0.3%) en todas las etapas de vida. Finalmente, un 24.4% no acudió a su control.

Interpretación: Se encontró la talla- edad normal (72.1%), seguido de talla baja (2.3%) y alto (1.1%) en todas las etapas de vida. Finalmente, un 24.4% no acudió a su control.

Interpretación: Se observó el diagnóstico del desarrollo psicomotor normal (36.9%), seguido de retraso en el desarrollo (0.3%) y trastorno en el desarrollo (0.1%) en todas las etapas de vida, debe señalarse que los casos de no registra nos muestra un 38.3%. Finalmente, un 24.3% no acudió a su control.

La primera infancia es una etapa fundamental de crecimiento y desarrollo para todas las personas. El crecimiento y el desarrollo son interdependientes, y su fase más crítica ocurre entre la concepción y los primeros años de vida, donde el cerebro se forma y se desarrolla a su ritmo más rápido. Si durante estos periodos se altera el desarrollo normal del cerebro, puede haber consecuencias que afecten al niño a lo largo de su vida. Por ello, la labor del personal de salud es crucial en el primer nivel de atención, principalmente en el servicio de atención al niño menor de cinco años, que constituyen uno de los grupos más vulnerables de la población³⁴. En tal sentido, a continuación, se profundizará sobre el comportamiento del control de crecimiento y desarrollo en niños nacidos en un centro de salud de Chiclayo periodo 2020-2022.

Respecto, al número de controles según su edad se encontró que en los recién nacidos sólo el 58,3% hizo el cuarto control, este resultado es mayor (17.9%) al aporte de Muñoz y Silva³⁵. En los niños menores de 1 año, sólo un 8,5% realizaron 11 controles, hallazgo ligeramente menor (13,9%) al señalado por Borneo³⁶ y 10 veces menor (70,00%) al encontrado por Lucas-Choez, Quiroz- Figueroa, Sabando-Farías y Santana-Holguín³⁷. En cuanto, a los niños de 1 a 3 años informaron que sólo el 55.5% acudió a sus controles, hallazgo menor (75,4%) al de Hernández, Prada, Briñez y López³⁸ y ligeramente mayor (40.85%) al estudio realizado por Vásquez y Fuentes³⁹. Respecto a los niños de 2 años se encontró que la mitad de ellos tuvo su cuarto control, este hallazgo es similar (54,76%) al estudio de Tobala⁴⁰ y ligeramente mayor (59,8%) al de Baguune, Mahama, Bekyieriya y Nyaaba⁴¹.

Los resultados señalan que la mayoría de padres de niños recién nacidos cumplieron con el esquema de control de crecimiento y desarrollo. Esto podría explicarse porque los neonatos necesitan de varios cuidados por su vulnerabilidad y la madre encuentra en la enfermera interés en brindarle información en el consultorio de CRED, lo cual permite sentirse seguros de la atención que recibe su niño⁴².

Y el menor porcentaje de cumplimiento del control se encontró en los niños menores de 1 año, esto podría revelar tal como lo señala Quispe¹⁹ que entre los factores de incumplimiento se encuentra el ser joven, bajo nivel de instrucción, puesto que en esta investigación alrededor de la mitad de las madres tuvo entre 16 y 29 años y estudió hasta secundaria. Otro punto importante, a resaltar es que los datos corresponden al periodo de pandemia por COVID-19, donde los controles de crecimiento y desarrollo fueron

afectados debido a las restricciones de los años 2020, 2021 y los primeros tres meses del 2022, hecho alarmante para destacar puesto que estas actividades disminuyen las complicaciones de las enfermedades⁴³ y garantizan la reducción de costos por afecciones prevenibles, el empoderamiento de la madre en la salud de su menor hijo y la implementación de intervenciones oportunas tanto para los niños y su familia⁴⁴. Por consiguiente, los profesionales de enfermería pueden educar al cuidador principal del niño mediante la resolución de interrogantes y establecer un grado de confianza entre las familias y el personal de salud, de modo que, se pueda supervisar, monitorizar, disminuir y evitar complicaciones en los niños⁴⁵.

Así mismo, alrededor de la mitad de las madres de este estudio son amas de casa. Por ende, la enfermera, específicamente en este caso, donde la madre es la cuidadora principal del niño, puede ofrecer consejería de acuerdo a las necesidades del niño sobre lactancia materna, nutrición, etc. al fin y al cabo, la incorporación de la madre al cuidado cotidiano del niño es una estrategia válida que permite, si fuera el caso, recuperar el grado evolutivo psicomotor, en peso y talla⁴⁶.

Respecto a la condición de crecimiento se encontró que el 37,8% presentó una condición adecuada, este hallazgo es menor al reportado por Chew⁴⁷ (60,0%) y Borneo³⁶ (57,0%) en lactantes menores. Asimismo, el 71,6% obtuvo un peso normal para su edad, este aporte es congruente al de Cossio⁴⁸ (75,0% niños y 76,0% niñas). Asimismo, el estudio es menor (95,41%) al aporte de Guamialamá, Salazar, Portugal y Lala⁴⁹ donde los niños presentaron peso para la talla normal. También, el 72,1% de niños presentaron una talla para la edad normal, siendo menor (74,2%) al de Ramos-Padilla, Carpio-Arias, Delgado-López y Villavicencio-Barriga⁵⁰.

Tal como ya se indicó líneas anteriores, durante el periodo que abarcó el estudio hubo inmovilización social obligatoria, reducción de los aforos en espacios públicos restricciones de la actividad económica y el distanciamiento físico⁵¹. No obstante, entre los hallazgos el crecimiento y los indicadores nutricionales estuvieron normales, a diferencia de lo reportado en México⁵² donde una posible causa de la detención del crecimiento son los hábitos de alimentación desarrollados durante el confinamiento por COVID-19, entre ellas, la reducción de la movilidad, la falta de juegos al aire libre y de actividad física⁵². Así pues, la enfermera dentro de la revisión del crecimiento, debería analizar las medidas antropométricas que le facilite un diagnóstico e intervención

oportuna que reduzca discapacidades y deficiencias. Además, puede informar a la familia sobre las ventajas de que los niños tengan una nutrición adecuada, reponer la falta de nutrientes mediante recomendaciones de alimentos⁵³.

Respecto al diagnóstico del desarrollo psicomotor, se encontró que el 36.9% es normal, hallazgo menor (71%) al encontrado en México⁵⁴. Por otro lado, el 0.3% de los niños obtuvo retraso en el desarrollo, cuyo resultado es menor (32.1%) al estudio de Ávila, Álvarez, Galindo-Gómez⁵⁵. Por otra parte, el 0.1% de niños muestra trastorno en el desarrollo, hallazgo menor (16,0%) a la investigación de Sánchez-Ventura, Merino, Pallás, Rando, Sánchez, Colomer et al⁵⁶.

Pese a que, ³⁹ el confinamiento originado por la pandemia COVID-19 generó repercusiones negativas en el desarrollo psicomotor por la falta de interacción con otros niños, las limitaciones de las actividades académicas y convivencia social⁵⁷. En este estudio el desarrollo se mantuvo normal, quizás porque ¹⁴ la mitad de las madres son amas de casa y, durante el confinamiento se acrecentó la interacción entre padres e hijos y se involucraron a los niños en las actividades familiares. Por consiguiente, a través de la consejería la enfermera puede favorecer la seguridad y la autoestima de las madres preguntando con un lenguaje claro y sencillo, así como seguir las fichas de evaluación psicomotora para realizar un seguimiento más preciso⁵⁸.

Cabe destacar que el 25% de las madres no acudió al control debido probablemente a conceptos erróneos sobre el programa de crecimiento y desarrollo, medidas adoptadas para soslayar el contagio COVID-19 como evitar salir del hogar, mantener el aislamiento en casa para que nadie se enferme, puesto que no se conocía cómo se comportaba la enfermedad en los niños⁴⁶. Por consiguiente, inquieta esta deserción, debido a que en estos controles se detectan las alteraciones en el desarrollo para evitar la aparición de problemas⁵⁷.

Además, es alarmante la falta de registro en la historia clínica del niño ³⁸ de la condición de crecimiento (37,3%) y diagnóstico del desarrollo psicomotor (38,3%). Puesto que, los profesionales de enfermería deben incorporar como parte de la rutina pediátrica realizar un seguimiento concienzudo y rutinario de las actividades de crecimiento en cada niño porque cualquier desviación de los valores normales origina una alarma ante la aparición de un trastorno, ⁴⁸ lo cual debe quedar registrado en los documentos correspondientes para

garantizar la continuidad de los cuidados⁵¹. Está demostrado que en la primera infancia existe una gran interdependencia en el desarrollo a nivel motor, emocional e intelectual⁵⁹. Por ende, la psicomotricidad requiere de registros adecuados para realizar el seguimiento oportuno, de lo contrario, al existir alguna patología no podría discernirse entre los parámetros normales y alterados en el desarrollo psicomotriz del niño. Por lo que se sugiere destinar a un enfermero para valorar semanalmente los registros de CRED para garantizar el grado de cumplimiento y la calidad de la información de los registros de enfermería⁶⁰.

Entre las limitaciones de este estudio se encuentra el diseño retrospectivo porque los datos se refieren a hechos ya acontecidos y no fueron recopilados por el investigador. Además, el muestreo no probabilístico por lo que la información compilada sólo es válida para la muestra.

Conclusiones

La asistencia periódica a los controles de crecimiento y desarrollo disminuye a medida que el niño tiene más edad, así tenemos que la mitad de los recién nacidos, menos de la octava parte de los niños menores de 1 año y muy pocos niños de 1 año en un centro de salud de Chiclayo periodo 2020-2022 tienen los controles recomendados según edad. Además, un tercio de los niños tienen un patrón de crecimiento adecuado, la mayoría tiene los indicadores que evidencian el P/T, la T/E, el P/T dentro de los puntos de corte normales.

Sin embargo, un 24,4% del total de niños no acudió a su control. Esto plantea preocupaciones sobre el seguimiento de la salud infantil y la importancia de las visitas de control para monitorear y prevenir problemas de salud.

También, un tercio de los niños tienen desarrollo psicomotor normal y no tienen registros disponibles sobre el diagnóstico de desarrollo.

Recomendaciones

A la Institución de salud donde se realizó la investigación, coordinar con autoridades distritales, enfermeras, y padres de familia medidas para fortalecer la asistencia periódica a los controles de niño sano.

A las enfermeras de la Institución de salud donde se realizó la investigación, mejorar la calidad y la consistencia de la documentación de la información relacionada con el control de crecimiento y desarrollo de los niños.

A los futuros investigadores, realizar estudios mixtos que incluyan visitas de seguimiento a los controles de crecimiento y desarrollo junto con evaluaciones para reforzar las actividades que refuerzan la estabilidad de indicadores peso-edad, peso-talla y talla-edad y la adopción de las prácticas recomendadas de alimentación infantil. Igualmente, se deben examinar futuros estudios epidemiológicos sobre el crecimiento físico, sobre todo en poblaciones que residen en altitudes bajas, dado que, el acceso a una atención de salud en zonas alejadas no es oportuna.

CUINY ELIZABETH ENRIQUEZ SALAZAR

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

17%

FUENTES DE INTERNET

2%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
2	idoc.pub Fuente de Internet	2%
3	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%
4	docplayer.es Fuente de Internet	1%
5	1library.co Fuente de Internet	1%
6	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1%
8	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
9	repositorio.ucm.cl Fuente de Internet	

<1 %

10

repositorio.unan.edu.ni

Fuente de Internet

<1 %

11

documents.mx

Fuente de Internet

<1 %

12

mundoentrenamiento.com

Fuente de Internet

<1 %

13

repositorio.ucv.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

14

repositorio.uandina.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

15

Submitted to uacj

Trabajo del estudiante

<1 %

16

www.doccity.com

Fuente de Internet

<1 %

17

Submitted to Universidad Privada del Norte

Trabajo del estudiante

<1 %

18

Submitted to Corporación Universitaria
Minuto de Dios, UNIMINUTO

Trabajo del estudiante

<1 %

19

www.eabolivia.com

Fuente de Internet

<1 %

20

escholarship.mcgill.ca

Fuente de Internet

<1 %

21

repositorio.unheval.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

22

www.ssa-sin.gob.mx

Fuente de Internet

<1 %

23

Submitted to UDELAS: Universidad
Especializada de las Americas Panama

Trabajo del estudiante

<1 %

24

minerva.usc.es

Fuente de Internet

<1 %

25

repositorio.uct.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

26

repositorioacademicoaupc.blogspot.com

Fuente de Internet

<1 %

27

www.clubensayos.com

Fuente de Internet

<1 %

28

www.medwave.cl

Fuente de Internet

<1 %

29

www.polodelconocimiento.com

Fuente de Internet

<1 %

30

www.portaldearte.cl

Fuente de Internet

<1 %

31

tesis.pucp.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

32

worldwidescience.org

Fuente de Internet

<1 %

33

www.encolombia.com

Fuente de Internet

<1 %

34

www.icbf.gov.co

Fuente de Internet

<1 %

35

www.oepm.es

Fuente de Internet

<1 %

36

www.ull.es

Fuente de Internet

<1 %

37

www.wola.org

Fuente de Internet

<1 %

38

"Inter-American Yearbook on Human Rights / Anuario Interamericano de Derechos Humanos, Volume 31 (2015)", Brill, 2017

Publicación

<1 %

39

cdhcm.org.mx

Fuente de Internet

<1 %

40

cienciadigital.org

Fuente de Internet

<1 %

41

dspace.unitru.edu.pe

Fuente de Internet

<1 %

42	repositorio.esenfc.pt Fuente de Internet	<1 %
43	repositorio.unap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
44	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
45	tucson.ars.ag.gov Fuente de Internet	<1 %
46	www.cedie.org.ar Fuente de Internet	<1 %
47	www.illinoischildren.com Fuente de Internet	<1 %
48	www.preval.org Fuente de Internet	<1 %
49	es.slideshare.net Fuente de Internet	<1 %

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

Apagado

Excluir bibliografía

Apagado

CUINY ELIZABETH ENRIQUEZ SALAZAR

PÁGINA 1

PÁGINA 2

PÁGINA 3

PÁGINA 4

PÁGINA 5

PÁGINA 6

PÁGINA 7

PÁGINA 8

PÁGINA 9

PÁGINA 10

PÁGINA 11

PÁGINA 12

PÁGINA 13

PÁGINA 14

PÁGINA 15

PÁGINA 16
