

Título de Trabajo Final de Grado

***“Implementación de un Consultorio de Enfermería para control de niña/o sano, en
un
Centro de Primer nivel de Atención, ciudad de Junín (BA) periodo 2019-2020”***

Autor/a

MAGALI FERNANDA BASUALDO

Este trabajo ha sido presentado como requisito
para la obtención del título de

Licenciado en Enfermería

Junín, 14 de diciembre de 2022



INSTITUTO
ACADÉMICO
DE DESARROLLO
HUMANO



Título de Trabajo Final de Grado

***“Implementación de un Consultorio de Enfermería para control de niña/o sano, en
un
Centro de Primer nivel de Atención, ciudad de Junín (BA) periodo 2019-2020”***

Autor/a

MAGALI FERNANDA BASUALDO

Lázzaro María Mónica
Co-Director

Lic. Moyano Cintia
Director

Trabajo Final de Grado aprobado por el Tribunal Evaluador

Lic. Gimenez Susana
Graciela
Evaluador

Lic. Pagano María
Susana
Evaluador

Lic. Luhaces Naian
Evaluador

**Instituto Académico de Desarrollo Humano,
Universidad Nacional del Noroeste de la Provincia de Buenos Aires**

Junín, 14 de diciembre de 2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE NOROESTE DE LA PROVINCIA DE BUENOS
AIRES

INSTITUTO ACADEMICO DE DESARROLLO HUMANO

“Implementación de un Consultorio de Enfermería para control de niña/o sano, en un
Centro de Primer nivel de Atención, ciudad de Junín (BA) periodo 2019-2020”

ALUMNA: Basualdo, Magali Fernanda

DNI: 35.789.275

N° DE LEGAJO: 18616/0

E-MAIL: mabasualdo@comunidadunnoba.edu.ar

DIRECTORA: Lic. Moyano Cintia Analía

DNI: 31.675.667

E-MAIL: cintiajunin009@gmail.com

CO-DIRECTORA: Lic. Lazzaro, María Mónica.

DNI: 28.389.839

E-MAIL: mlazzaro@unnoba.edu.ar

INDICE

Resumen.....	2
Introducción.....	3
Marco teórico	8
Estado del arte	19
Objetivo General	21
Metodología.....	21
Plan de trabajo	21
Pre-intervencion.....	21
Elaboración del plan para solucionar problemas.....	21
Implementación del plan y evaluación de los resultados.....	22
Resultados obtenidos.....	22
Pre-intervencion.....	22
Elaboración del plan para solucionar problemas.....	23
Implementación del plan y evaluación de los resultados	29
Resultados de la implementación.....	29
Sobre la modalidad.....	29
Post-intervencion.....	39
Conclusión.....	39
Bibliografía.....	41
Anexo.....	44

RESUMEN

El presente Trabajo Final de Grado, corresponde a una investigación cualicuantitativa con intervención en la práctica profesional. **Objetivos:** 1-Mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad en el control de salud del niño/o sano a través de la implementación de un Consultorio de Enfermería en un centro de primer nivel de atención de la ciudad de Junín, Buenos Aires. 2-Visibilizar al enfermero como referente y consultor de salud en la población. 3- Contribuir al logro de la estrategia Cobertura Universal de Salud (CUS) y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Bienestar y Salud y Educación de Calidad, Reducción de las Desigualdades y Alianza para lograr los Objetivos. **Metodología:** investigación aplicada, enfoque cualicuantitativo. **Muestreo:** probabilístico, polietápico (combinando aleatorio simple/ estratificado). **Recolección de datos:** se realizó a través de entrevista, observación y medición biofisiológicas. Hojas de registros e Historia clínica estructurada. **Implementación:** se gestionaron los recursos y acondicionó el espacio físico. Se elaboraron Protocolos de Cuidados ad hoc. basado en guías actualizadas y publicadas por organizaciones internacionales. **Resultados.** Participaron un total de 54 niñas/os, según criterios del muestreo. Durante el período de ejecución, se realizaron 139 consultas de control de niño/o sano, de los cuales el 15 % (21) corresponden a consultas médicas, el 22% (31) a consultas simultáneas y el 58 % (87) a consultas exclusivamente de enfermería. En el caso de las consultas de enfermería, el método de acceso que prevaleció fue captación directa de enfermería 69% (37) y por demanda espontánea de las y los responsables de los usuarios 31% (17). Se logró reducir el ausentismo por demoras a la consulta de seguimiento de niñas y niños sanos de 71.11% (2019) a 28.35%. Los controles de salud, y los cuidados de enfermería brindados durante la consulta fueron asistenciales y educativos: control de crecimiento y desarrollo, inmunización, educación para salud sobre: nutrición, lactancia materna, salud bucal, prevención de accidentes. **Conclusión:** el Consultorio de Enfermería se instaló por primera vez como modalidad innovadora en la Ciudad de Junín. Por un lado, permitió ampliar el campo de acción autónoma de enfermería y por otro se logró reducir el ausentismo por demoras a la consulta de seguimiento de niñas y niños sanos.

INTRODUCCIÓN

La Convención sobre los Derechos de los Niños, Niñas y adolescentes (1989), adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas reconoce que todas las personas menores de 18 años son sujetos de derecho. Y se basa en cuatro principios fundamentales: el interés superior del niño/a, el derecho a la vida, a la supervivencia y al desarrollo, la participación infantil y la no discriminación

La Convención, reconoce lo que las Naciones Unidas ha proclamado y acordado en la Declaración Universal de Derechos Humanos y en los pactos internacionales de derechos humanos: que toda persona tiene derechos y libertades, sin distinción por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Recuerda lo que la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas proclama: "la infancia tiene derecho a cuidados y asistencia especiales"; Convencidos de que la familia, como grupo fundamental de la sociedad y medio natural para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros, y en particular de las niñas y niños, estos deben recibir la protección y asistencia necesaria para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad, pleno y armonioso desarrollo de su personalidad, deben crecer en el seno de la familia, en un ambiente de felicidad, amor y comprensión. A su vez la Convención tiene presente la necesidad de proporcionar a las niñas y niños una protección especial, según ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los Derechos del Niño y en la Declaración de los Derechos del Niño adoptada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1959, y reconocida en la Declaración Universal de Derechos Humanos, en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (en particular, en los artículos 23 y 24), en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en particular, en el artículo 10) y en los estatutos e instrumentos pertinentes de los organismos especializados y de las organizaciones internacionales que se interesan en el bienestar de las niñas y niños. Teniendo presente que, como se indica en la Declaración de los Derechos del Niño, "el niño/a, por su falta de madurez física y mental, necesita protección y cuidado especiales, incluso la debida protección legal, tanto antes como después del nacimiento"

La República Argentina adhiere a la Convención antes mencionada en 1990 y en 1994 le otorgó rango constitucional tras el Pacto de Olivos.

Desde entonces el Estado argentino está obligado a garantizar todos los derechos establecidos en la Convención a todas las niñas, niños y adolescentes que viven en el país; siendo la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de la Niñas, Niños y Adolescentes sancionada en 2005 la que establece la aplicación obligatoria de la Convención

El Ministerio de Salud de la República Argentina (2017), ratificó lo promulgado en la Convención de los Derechos del Niño (CDN), anunciando que las niñas y niños deben disfrutar del más alto nivel posible de salud y tener acceso a servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación. Haciendo particular énfasis en la adopción de medidas apropiadas para asegurar a todos las niñas y niños la prestación de asistencia sanitaria que sean necesarias, y que aseguren la plena aplicación de este derecho. Con el propósito de reducir la morbilidad infantil, el Estado debe hacer hincapié en:

- a) El desarrollo de la atención primaria de salud;
- b) Combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud;
- c) Asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres;
- d) Asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos;
- e) Desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia

Por otro lado, los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) establecidos en 2015 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, constituyen un llamamiento universal a la acción, que buscan erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todas y todos como parte de una nueva agenda 2030.

Cada objetivo tiene metas específicas que la Argentina, según el Gobierno (2022), se aplicará dependiendo de su realidad económica, social y ambiental. En lo que respecta especialmente a la salud, vista esta como un proceso multidimensional que impacta no solo en la vida individual y familiar sino en los procesos de desarrollo de las comunidades, se hará mención, por un lado, y de manera general al OBJETIVO 3: GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS

EDADES. En este sentido, el Objetivo 3, establece, que para lograr el desarrollo sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas/os a cualquier edad. Si bien se han obtenido grandes progresos en relación con el aumento de la esperanza de vida y la reducción de algunas de las causas de muerte más comunes relacionadas con la mortalidad infantil y materna en los últimos años; aún se necesitan muchas más iniciativas para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud como proceso global. Es aquí donde se debe hacer foco en la determinación en salud (OMS 2009), como proceso por el cual se producen las diversas formas de enfermar o morir en la población. Los determinantes sociales de la salud, son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y los sistemas establecidos para combatir las enfermedades que padecen. Estas circunstancias están configuradas por un conjunto más amplio de fuerzas económicas, sociales, normativas y políticas.

Y Por otro, se mencionará especialmente las metas del Objetivo 3, que se relacionan con el presente trabajo de intervención en la práctica profesional:

3.2) Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal y la mortalidad de los niños menores de 5 años. 3.3) Poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles. 3.4) Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar. 3.8) Lograr la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud esencial de calidad, y a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

A pesar del esfuerzo y los recursos del Estado puesto a disposición a través del Programa de Salud Materno Infantil, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación (2018), que tiene como objetivo combatir la morbi-mortalidad infantil en todas sus causas, por medio de la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y el mejoramiento del modelo de atención, particularmente a través de la capacitación de los equipos de salud y el apoyo a la gestión sanitaria; la mortalidad infantil, continúa siendo un tema de preocupación. El informe de Estadísticas Vitales elaborado por la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS, 2022), denota que para el año 2020 en la Argentina, momento en el que se registraron 533.299 nacidos vivos, la tasa de mortalidad infantil fue de 8,4 por cada

mil nacidos vivos; de los cuales se observa que el 53,6% se registró en el grupo de menores de 1 año. Y el 9,6% en menores de 1 a 4 años.

Según la misma fuente, la Provincia de Buenos Aires mantiene la tendencia de las estadísticas nacionales, con una tasa de mortalidad infantil de 8.2 por cada mil nacidos vivos.

Mientras que, a nivel local, la tasa de mortalidad infantil para el trienio 2016- 2019, según el Informe Diagnóstico de la Provincia de Buenos Aires es de 9.4 por cada mil nacidos vivos, un punto por encima de la media nacional.

Estas estadísticas locales, y la situación observada por la autora durante sus prácticas pre profesionales, en lo que respecta a la alta demanda insatisfecha de atención de salud de niña/o sano, desde los 0 a 12 meses inclusive, en un Centro de Primer Nivel de Atención en la Ciudad de Junín, han preocupado y motivado la realización del presente Trabajo Final de Grado.

La atención sanitaria que proporcionan los profesionales de la salud durante el primer año de vida, tienen como objetivo realizar una evaluación y seguimiento del crecimiento y desarrollo de las niñas y niños durante el primer año de vida, con el fin de identificar en forma temprana los problemas, y con ello poder actuar rápidamente, como así también apoyar y orientar el vínculo afectivos entre el niño/a y su familia, y aconsejar y brindar conocimientos sobre distintas situaciones vinculadas a las actividades y cuidados de su hijo.

El control de salud de niño/a sano, según recomiendan las agencias internacionales y nacionales como la Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), debe realizarse en forma regular desde el nacimiento de las personas, alcanzando 20 controles en los dos primeros años de vida, sin considerar los controles por enfermedad. Según Sánchez y Ventura (2008) la periodicidad de los controles debe hacerse en base a cada niña/o y su condición de salud. Sin embargo, existen distintos esquemas de seguimiento estipulados, siendo el más usado a nivel mundial: A las 48 hs de vida (esto se hace en la internación conjunta de la madre y el niño), Dentro de los primeros 10 días, Al mes de vida, y luego 1 vez por mes, a partir del segundo mes al año de vida. En Argentina el Ministerio de Salud de la Nación, establece que el primer control de salud previo al alta médica del establecimiento, debe cumplirse entre los 7 y 10 días de vida, luego, desde el mes a los seis meses todos

los meses, y de los seis meses al año cada dos meses. Y aconseja realizarlos en el centro de salud más cercano al domicilio.

El caso del Centro de Salud antes mencionado, que reconoce como área programática los barrios Capilla de Loreto, Mayor López, San Juan, Bicentenario, Petit France, Parque Industrial, Villa Talleres y Foetra; presenta una población estimada de 14.000 habitantes (Censo año 2010) (ANEXO I). Según los datos de los registros oficiales de la institución en el año 2018, se ejecutaron 13.323 consultas; de las cuales 1.105 correspondieron a consultas de control de salud. Esta situación generó demoras de hasta 3 meses para el acceso a los turnos para el control de salud de niña y niño sano, dificultando el seguimiento de las niñas y niños en sus etapas de desarrollo y crecimiento, cumplimiento del calendario nacional de vacunación obligatorio y, difusión y asesoría sobre prácticas de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Por lo antes mencionado, y considerando por una parte que la atención sanitaria a la población infantil constituye un elemento básico del primer nivel de atención, y que la implementación de los Programas Nacionales y de Salud, hacen posible una atención integral y de calidad en la que participan tanto profesionales de la medicina como enfermería; y por otra parte, observando que las y los enfermeros tienen un rol fundamental en el control de niño/a sano debido a que son capaces de identificar los principales factores de riesgo que este grupo etéreo pueda presentar, además de evaluar el desarrollo psicomotor y el crecimiento cronológico para el buen estado de salud y bienestar, brindar educación, y coordinar actividades preventivo-promocionales; la autora junto a un grupo de investigadores del Instituto Académico de Desarrollo Humano, cumpliendo con las instancias y funciones previstas para el alumnado, presentó y aprobó el presente proyecto: “Implementación de un Consultorio de Enfermería para control de niña/o sano, en un Centro de Primer de Atención, ciudad de Junín (BA) periodo 2019-2020”, en el Programa de Becas Estímulo a las Vocaciones Científicas de la Secretaría de Investigación, Desarrollo y Transferencia de la UNNOBA 2020, adjudicando dicha beca.

El proyecto tienen como objetivo diseñar e implementar un Consultorio de Enfermería con el propósito de ofrecer control de salud a niñas y niños menores de 1 año, que contribuya a mejorar la situación problemática en torno a la alta demanda insatisfecha de atención en este grupo etario, lo cual constituye un problema de accesibilidad que vulnera el derecho a la universalidad de la atención, dificultando el seguimiento del

crecimiento y desarrollo de niñas y niños, la detección oportuna de necesidades y problemas y el cumplimiento del calendario de vacunación.

Contar con un dispositivo de atención directa como el Consultorio de Enfermería, gestionado por enfermeras y enfermeros formados en la modalidad, y con competencias para la atención de niñas y niños durante el primer año de vida, no solo garantiza el acceso de las familias al sistema sanitario y la atención oportuna y de calidad, y aporta a la reducción de la tasa de mortalidad infantil, sino además contribuye a visibilizar la profesión de enfermería.

Palabras claves: consultorio de enfermería – control de salud de niña/o sano- primer nivel de atención

Marco teórico

Walter W. Rosser (2004) y Gutiérrez G, et al (2006), sostienen que la importancia de la atención primaria para la salud del niño según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ha sido de creciente interés en los sistemas de salud con el objetivo de disminuir la morbilidad y mortalidad infantil.

La OMS (2021), afirma que la APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.

Por otra parte, UNICEF (s.f) custodia del seguimiento mundial los dos indicadores que miden el progreso hacia el Objetivo 3, buena salud y bienestar, en lo que respecta a los niños: por un lado la tasa de mortalidad de niños menores de cinco años y la tasa de mortalidad neonatal.

Chan Margaret (2020) afirma que el personal de enfermería responde a las necesidades de salud de las personas en todos los entornos y a lo largo de todo el ciclo vital. Su función es esencial para lograr algunos mandatos globales como la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.”

Según Fernando Antonio Menezes da Silva, Jefe de la Unidad de Recursos Humanos para la Salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2018) refiere que el déficit de profesionales de la salud, en especial de medicina y enfermería en la Región es un problema; a lo anterior se le suma una distribución geográfica desigual. Las zonas urbanas y con más recursos económicos concentran a la mayoría de estos profesionales, mientras que las áreas más vulnerables, tanto en las grandes ciudades como en las zonas rurales, disponen no solo de un número restringido de médicos y enfermeras, sino también de una limitada capacidad y autonomía para prestar los servicios de atención primaria de salud necesarios. En este sentido la Agencia, sostiene que enfermería puede contribuir considerablemente al desarrollo y buen funcionamiento de los sistemas de salud locales. Sin embargo, expresa que estos profesionales aún en la actualidad enfrentan situaciones que limitan su capacidad y su pleno potencial a menudo no es reconocido ni aprovechado. Señala que, en Canadá, Finlandia, Estados Unidos de América y el Reino Unido, y en fechas más recientes en Australia e Irlanda, las enfermeras licenciadas con una formación universitaria de cuatro a cinco años, pueden asumir más funciones en las zonas vulnerables y con autonomía, dentro de los programas de atención primaria de salud establecidos por los Ministerios de Salud de cada país, además de contribuir a la reducción de la mortalidad en las zonas remotas y subtendidas. Y asegura que en un futuro no muy lejano la ampliación del rol de enfermeras y enfermeros mediante la formación y la regulación adecuada podría ser una medida que apoye el logro del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, ya que estos profesionales poseen una formación en niveles avanzados, además de las habilidades y los conocimientos basados en la evidencia necesarios para promover la salud, la prevención y el control adecuado de las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Su participación en equipos interprofesionales de salud y la ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud puede convertirse en realidad sobre todos en los países de la Región y no solo en aquellos con mayor desarrollo. Y agrega que, para lograr la ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud, es necesario llevar a cabo un trabajo colectivo donde participen los diversos actores sociales involucrados en los procesos de formación profesional, como las universidades y de atención en salud, el personal de salud, los gobiernos y los gremios de profesionales de la salud.

Con el fortalecimiento de la APS en el mundo, se desarrolla también este tipo de consulta que han implicado una profunda transformación y una respuesta de las necesidades de atención que tiene la población, ya que mejoran la atención al individuo, la familia y la comunidad, desmasifican las consultas médicas, reducen el consumo de medicamentos, ofrecen contenido a los servicios de enfermería, y fortalecen su autonomía y desarrollo del rol del profesional. En países como Estados Unidos, Canadá y España se desarrollan estos roles de las y los enfermeros, a partir de las cinco actividades que rigen la atención primaria establecidos por la Organización Mundial de Las Salud (OMS): de promoción, prevención, curativas, rehabilitadoras y de soporte.

La integración de la atención de enfermería a los equipos de primer nivel de atención, se constituye en una oportunidad de estos profesionales de desplegar las diferentes formas de cuidados a las personas y la población. Entre las modalidades de atención que ofrece la enfermería comunitaria se encuentra: la atención domiciliaria, el trabajo en la comunidad, los servicios comunes, la colaboración con otros profesionales y la consulta de enfermería (Mazarrasa, 2000).

El presente trabajo se centrará en la Consulta de Enfermería como una modalidad de atención autónoma de la enfermería; en el cual la enfermería dispone de un marco de atención individualizado en los centros de salud.

Varios autores han definido la Consulta de enfermería

- “Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente” (Egan. 1975)
- “Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda” Lippit/ (Lippit. 1978).
- La consulta de enfermería es una interacción profesional entre el usuario y la enfermera. La labor de la enfermera se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; a realizar autocuidados de salud, del nacimiento la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico” (Giménez Otero.1986)
- Según Lopez García y col. (1989). La consulta es una interacción profesional entre el usuario y el profesional de enfermería. La labor se centra en la ayuda

al individuo, el grupo familiar y a la comunidad a realizar autocuidados de salud, desde el nacimiento hasta la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico.

- La entrevista entre el usuario-cliente y el profesional de enfermería se desarrolla en un espacio físico definido dentro del centro de salud. Tiene como objetivo proveer cuidados de enfermería para promover la salud, prevenir la enfermedad, recuperar el estado de bienestar y ayudarlo a rehabilitarse y reinsertarse socialmente aceptando su nueva situación. (Pérez García, 1997.)
- Actividad de encuentro y comunicación entre el usuario y el personal de enfermería para el conocimiento y la solución de los problemas de salud.
- La consulta de enfermería, permite la atención individualizada en el marco del centro de salud, con una doble finalidad: La atención a las necesidades de cuidados de la población susceptible (faceta independiente); y/o el control de la situación de los distintos usuarios para la detección precoz de descompensaciones, complicaciones, nuevos procesos, etc. (faceta de colaboración).
- Cuesta Benjumea (2007) la define como un medio por el cual la enfermería presta atención directa a un grupo de enfermos o personas sanas. Es la forma mediante la cual dan un servicio personalizado de atención
- Según Reyes Caballero y col (2018). La consulta de enfermería es una actividad que les ofrece a los enfermeros la oportunidad de brindar cuidados a los individuos, la familia y comunidad; está centrada en el saber y saber hacer mediante una relación interpersonal que delimita el área de responsabilidad del profesional y se realiza a demanda de la población durante todas las etapas del ciclo vital.

Todos los autores coinciden en sus definiciones respecto a que en la consulta de enfermería se establece una relación individualizada entre el usuario y el profesional con el fin de resolver un problema, actual y /o potencial; siendo la comunicación el pilar fundamental y el instrumento mediador de la entrevista. Y acuerdan que esta consulta se desarrolla en un despacho profesional denominado

Consultorio de Enfermería. Según Goris (1998) la Red Española de Atención Primaria define cuatro características principales en la Consulta de Enfermería:

- Es planificada y ejecutada por una profesional de enfermería.
- Atiende a población sana o enferma; a lo largo de todo el ciclo vital.
- Existe consulta directa (entrevista cara a cara).
- Utiliza algún sistema de registro en su actividad.

Antón Nardiz MV (1986), describió los objetivos de la consulta de enfermería, de la siguiente manera:

- Detectar las respuestas humanas positivas, problemas y riesgos para la salud de los usuarios
- Ofrecer cuidados de enfermería en relación a la prevención, promoción, recuperación y rehabilitación de salud para mejorar la salud de las y los usuarios atendidos en la consulta.
- Promocionar el autocuidado y la autorresponsabilidad en el conocimiento y control de la salud
- Fomentar la adaptación de la persona a su situación actual para conseguir mayor bienestar y prevenir complicaciones
- Aumentar el conocimiento sobre la utilización de los servicios a través de la educación
- Favorecer un uso responsable de los medicamentos, detectando conocimientos erróneos, dificultades de uso, y práctica de automedicación.

J.A Guirao i Goris (2000), posteriormente también hace referencia Consulta de Enfermería, y menciona que su objetivo fundamental es el cuidado de la población. Cuidados que ofrece en sus facetas de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación.

Antonio Frias Osuna (1996) citado por Mazarrasa (2000), describe las formas de la consulta de enfermería puede hacerse de tres formas:

Derivación desde la consulta médica o por derivación de otros profesionales, como el trabajador social, incluso derivación hospitalaria.

La segunda forma de acceso es la captación directa por parte de enfermería. Una actitud activa de detección de necesidades en la población lleva a encontrar familias y personas susceptibles de incluirse en algún programa o en las que es necesaria la prestación de cuidados y son, por lo tanto, susceptibles de atención individualizada en consulta.

La tercera forma de acceso es la demanda directa por la población, que solicita atención sobre procesos crónicos, asesoramiento en cuidados maternoinfantiles, planificación familiar, etc.

Frias Osuna (2000), en su libro *Enfermería Comunitaria*, capítulo 16, hace referencia a los usuarios susceptibles de ser atendidos en la consulta de enfermería. Define que la población susceptible debe abarcar a toda la persona del ámbito geográfico asignado al Centro de Salud. Indica que debe prestarse atención tanto a la población en riesgo de enfermar como a la población joven y adulta; respecto a la consulta dirigida a niñas/os debe enfocarse a valorar las necesidades básicas, controles de salud, prevención de accidentes y malos tratos. Finalmente agrega que las características demográficas demuestran que existe un predominio de uso de consulta de enfermería por parte de las mujeres frente a los varones. Y respecto al segmento de edad, quienes más acuden a la consulta son menores de 4 años y mayores de 60. Por ello aconseja a los responsables de las políticas sanitarias plantearse estrategias para conseguir extender a toda la población susceptible los servicios de consulta de enfermería.

Por lo antes mencionado, el control de salud en el primer nivel de atención puede optar desarrollarse en el Consultorio de Enfermería.

En este mismo sentido, Emmelgran BR (1992) dice que el seguimiento del crecimiento y desarrollo, identificado también Cuidado del Niño Sano, es un componente central de los servicios de salud comunitarios, que presenta tres elementos principales: inmunización, evaluación del crecimiento y desarrollo y educación para la salud; que puede ser realizado por médicos o por profesionales de la enfermería.

Por su lado, Trejo y Pérez J. (2003) sostiene que control del niño sano es una actividad de supervisión periódica tanto del estado de salud, como del crecimiento y desarrollo, desde que nace hasta los 6 años, realizada a través de acciones coordinadas entre los servicios de Medicina Familiar, Enfermera Materno Infantil (EMI), Medicina Preventiva, Nutrición y Estomatología.

Los autores mencionados durante el desarrollo de la Consulta de enfermería para el control de niña/o sano incluyen actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades; fundamentales en las etapas tempranas de la vida, ya que es cuando adoptan actitudes y hábitos saludables que repercutirán en el estado de salud el resto de la vida. Las medidas de prevención y de detección precoz de riesgos, evitarán alteraciones y secuelas permanentes. La vigilancia de la nutrición, crecimiento y desarrollo de menores de cinco años, las enfermedades crónico degenerativas controladas, las embarazadas de bajo riesgo y actividades de promoción, prevención y detección son algunas de las actividades sustantivas que tienen bajo su responsabilidad el personal de enfermería.

Muñiz-Hernández O. (2006) y González-Unzaga M. et al (2007) afirman que a través de la coordinación de estos servicios se realiza atención integral que incluye la detección precoz de problemas de salud, la prevención de accidentes, aplicación de inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicomotor, la medición de peso y talla para evaluar su crecimiento y estado nutricional; la orientación a los padres sobre aspectos de la alimentación e higiene, así como promover la lactancia materna y el suministro de alimentación suplementaria a partir de los 6 meses de edad.

En lo que respecta a la organización de la consulta de enfermería intervenga como factor primordial el sistema organizativo de los servicios de enfermería en los centros de salud. Los modelos organizativos que propone Frías Osuna (2000) son cuatro:

- 1- Consulta previa a la consulta médica. Este modelo organizativo se caracteriza por el paso previo de los usuarios por la consulta de enfermería antes de pasar a la médica. Todos los usuarios son vistos por la enfermera que inicia/continúa realizando la historia de salud del usuario. Tras la consulta de la enfermera, los usuarios pasan a la consulta del médico, si lo solicitan o si la enfermera lo considera conveniente. La citación de los usuarios en este modelo suele realizarse en el servicio de recepción/admisión.
- 2- Consulta simultánea. Este modelo organizativo se caracteriza por realizar de forma simultánea las consultas de enfermería y la de medicina. Habitualmente se realiza en despachos contiguos e intercomunicados, que facilitan la derivación de usuarios entre ambos profesionales. Este modelo suele ser el más utilizado cuando la organización de los servicios es realizada por

unidades de atención familiar. En algunos casos, como en el programa del niño sano, esta consulta simultánea permite que la enfermera realice el seguimiento del usuario y que cuando se requiere la actuación del médico éste pase a la consulta de la enfermera y realice su intervención o el servicio de recepción.

- 3- Consulta conjunta. Este modelo se caracteriza porque la/el profesional de medicina y la/el enfermero realiza la consulta en el mismo despacho. Esta situación requiere una clara protocolización y determinación de qué facetas son abordadas por cada profesional, un trabajo eficaz en equipo en las que ambos trabajen en condiciones de igualdad y la existencia de relaciones empáticas entre los dos profesionales. Este modelo suele ser utilizado cuando la infraestructura del centro sanitario no permite la existencia de despachos suficientes para el trabajo en consultas simultáneas.
- 4- Consulta de acceso directo. En este modelo organizativo, la enfermera recibe de forma directa al usuario que demanda su atención y a los usuarios derivados por otros profesionales. Suele tratarse del modelo empleado en el caso de la organización del servicio de enfermería por sectores. La citación se realiza en el servicio de recepción.

Sobre la organización de la Consulta de Enfermería, Mazarrasa Alvear (2000) refiere que los horarios y espacios de atención, de la consulta de enfermería debe de llevarse a cabo en el mismo horario que la consulta médica; esto facilita derivaciones e interconsultas mutuas que, básicamente, son de resolución inmediata (reajuste de dosis, valoración de un signo clínico, etc.). El espacio físico de la consulta debe cumplir los criterios generales de accesibilidad, comodidad, espacio y demás características genéricas; es útil que la consulta de enfermería y la médica estén próximas físicamente, e incluso que la sala de espera sea común. Paulatinamente los usuarios identifican a las y los profesionales de enfermería y medicina como profesionales integrados, bien comunicados y ello potencia la credibilidad y confianza, que son aspectos muy valiosos para prestar una atención sanitaria eficaz y de calidad. Sobre el equipamiento del consultorio refiere que el espacio debe contener los elementos básicos: camilla de exploración, vitrina, esfigmomanómetro, otoscopio, balanza para medir de peso-talla, insumos, heladera, tiras reactivas adecuadas, historias clínicas suficientes, etc. Es especialmente interesante disponer en la consulta de

pizarra, fichas, carteles y otros materiales educativos, que son útiles para el trabajo educativo en ella y como es habitual que las consultas orientadas al control y seguimiento del niño sano, la llamada consulta de la mujer (consulta de embarazo y planificación familiar) y la consulta de vacunaciones tengan no sólo un equipamiento especial, sino que estén situadas estratégicamente en el centro de salud, con salas de espera y horarios específicos.

Mazarrasa (2000) describe tres fases o momentos que proporcionan organización y funcionalidad a la Consulta de enfermería:

- La primera fase es la de recepción de la persona. En esta fase se aclara el motivo de consulta y se definen las expectativas para la misma. Es habitual la apertura de la historia clínica si es la primera visita.
- La segunda fase de la consulta es eminentemente valorativa. En ella se seguirán las directrices acordadas según cada protocolo de atención. En general, toda la recogida de datos, subjetiva y objetiva, que permiten la identificación de problemas reales y potenciales y diagnósticos de enfermería. El autor sugiere considerar en la valoración una estrategia de priorización; es decir que una vez que se comprueba que no existen problemas que afectan a la seguridad de la persona se puede pasar a abordar aspectos de educación y autocuidado.
- La última fase de la consulta es la fase resolutoria. En esta fase se establece el plan de cuidados específico para los diagnósticos de enfermería identificados; y finalmente el registro.

Por último, se debe hacer referencia a marco epistemológico desde el cual se ofrecerá los cuidados asistenciales y educativos en la Consulta de Enfermería: los “Once Patrones Funcionales de Salud, de la Teoría de Marjory Gordón”, y el “Modelo del Autocuidado de Dorothea Orem”, Seguidamente se describen las características principales de los mencionados modelos (Osadiketa (2022). Oposiciones de Enfermería.Cto Editorial SL)

Marjory Gordon. Patrones funcionales de salud

Los patrones funcionales de salud fueron creados por Marjory Gordon a mediados de la década de 1970 con el objetivo de sistematizar la valoración de los pacientes. Se entiende por patrones funcionales una configuración de comportamientos más o menos común a todas las personas que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial

humano y que se dan de una manera secuencial a lo largo del tiempo. Así contemplan a la persona de forma holística y recogen toda la información necesaria del sujeto, familia y entorno. El modelo de Gordon proporciona una clasificación de 11 patrones funcionales de salud, que describen todas las áreas que comprende el ser humano. En cada patrón, el profesional de enfermería debe recoger datos sobre la conducta disfuncional y funcional de la persona.

1. Percepción del Manejo de la Salud (Salud y bienestar percibido por el paciente y manejo de su salud)
2. Nutricional-Metabólico (Consumo de alimentos y líquidos relativo a las necesidades metabólicas y aporte de nutrientes)
3. Eliminación: Función excretora (intestino, vejiga y piel)
4. Actividad-Ejercicio (Ejercicio, actividad y ocio)
5. Sueño-Descanso (Sueño, descanso y relajación)
6. Cognitivo Perceptual (Sensibilidad, percepción y cognición)
7. Autopercepción-Autoconcepto (Autoconcepto del paciente y la percepción del estado de ánimo)
8. Rol-Relaciones (Compromiso del rol y relaciones)
9. Sexualidad-Reproducción (Satisfacción sexual y patrón reproductivo)
10. Adaptación-Tolerancia al Estrés (Afrontamiento general y efectividad en términos de tolerancia al estrés)
11. Valores-Creencias (Valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales) que guían las elecciones o decisiones de la persona)

2) Dorothea E. Orem. Teoría general del déficit de autocuidado

Se trata de una teoría general compuesta por otras tres, que están interrelacionadas entre sí: la teoría del autocuidado, la del déficit del autocuidado y la de los sistemas de enfermería.

A. Teoría del autocuidado

Define y explica el elemento principal en el modelo de D. Orem, el autocuidado.

Hace referencia a las acciones personales que emprende y realiza cada individuo, dirigidas hacia él o su entorno, con el fin de mantener su vida, su salud y su bienestar y responder de manera constante a sus necesidades en materia de salud.

Dentro de esta teoría, además del autocuidado, también se encuentran los conceptos de agencia de autocuidado, requisitos de autocuidado y demanda de autocuidado terapéutico.

- La agencia de autocuidado: capacidades específicas (combinación de conocimientos, destrezas, habilidades y motivaciones) que tiene un individuo para llevar a cabo las actividades de la vida diaria.
- Requisitos de autocuidado: circunstancias o condiciones necesarias para el autocuidado. También se denominan necesidad de autocuidado

Para Orem existen tres categorías de requisitos de cuidados de enfermería: requisitos de autocuidado universales, requisitos de autocuidado de desarrollo y requisitos de autocuidado en caso de desviación en la salud.

- Demanda de autocuidado terapéutico: acciones necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado. “Ayudar a las personas a cubrir las demandas de autocuidado terapéutico”.

B. Teoría del déficit de autocuidado

Trata de justificar la necesidad de actuación de enfermería. El elemento central de esta teoría es el déficit de autocuidado que se produce cuando no se satisface los requisitos de autocuidado; o dicho de otra manera, cuando la persona no es capaz de cuidarse por sí mismo. En esta situación se produce una satisfacción de los requisitos de cuidado de la persona mediante cinco métodos de ayuda: actuar, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno que fomente las capacidades del paciente.

C. Teoría de sistemas de enfermería

Cuando aparece este déficit de autocuidado, la enfermería podrá compensar la carencia mediante el sistema de enfermería.

Para la implementación de las actividades, D. Orem desarrolló tres sistemas de compensación:

- Sistema de compensación total: requiere que se actúe en su lugar por incapacidad total o una situación limitante.
- Sistema de compensación parcial: se da cuando puede satisfacer parte de sus requisitos de autocuidado, pero precisa la ayuda de la enfermera.
- Sistema de apoyo educativo: cuando satisface sus requisitos de autocuidado, pero precisa ayuda para la toma de decisiones, la adquisición de habilidades y el control de la conducta.

Por lo tanto, la autora considera los “Once Patrones Funcionales de Salud, de la Teoría de Marjory Gordón”, quien considera a la persona de forma integral, contemplando las dimensiones biológica, emocional, espiritual, mental, cultural y social, y el “Modelo del Autocuidado de Dorothea Orem”, cuyo enfoque pretende que los individuos, familias y comunidad sean capaces de responsabilizarse de su autocuidado, que han de propiciar una atención de Enfermería holística, oportuna y de calidad a la población infantil.

ESTADO DEL ARTE

Al finalizar la revisión de estudios, se han encontrado algunos relacionados. Así tenemos que:

A nivel internacional

Quevedo D, en el año 2014, realizó un estudio titulado "Factores que intervienen en el incumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño y la niña menor de dos años Centro Materno Infantil Tablada de Lurín Lima — 2014", cuyo objetivo fue Determinar los factores que intervienen en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de dos años CMI Tablada de Lurín. Esta investigación fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por 25 madres. La técnica fue la entrevista, y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. La población estuvo conformado por 25 madres, que incumplieron de llevar a sus niños menores de dos años al Control de Crecimiento y Desarrollo. Los resultados fueron: en relación a los factores que intervinieron en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de dos años en el CMI Tablada de Lurín, se encuentra que del 100% (25%) de madres entrevistadas refirieron, 100% (25) número de profesionales de enfermería insuficiente,

88% (22) horario de atención, 64% (16) tiempo de espera, 48% (12), quehaceres del hogar, 48% (12) cuidado de hijos 13 menores de edad, 24% (7) trabajo, 24% (7) horario de trabajo, 8% (2) información brindada por la enfermera no es útil, 8% (2) información brindada por la enfermera no es clara, 4% (1) desconocimiento importancia del control CRED, y 4% (1) tiempo para el control CRED inadecuado. La conclusión fue: Los factores que influyeron en el incumplimiento del control CRED del niño y la niña menor de dos años en el CMI Tablada de Lurín, según refirieron las 20 madres entrevistadas, en su totalidad manifestó número de profesionales de enfermería insuficiente, en mayor porcentaje horario de atención, un buen porcentaje tiempo de espera demasiado, un porcentaje considerable por los quehaceres del hogar, así como por cuidado de hijos menores de edad, y en menor porcentaje por trabajo y horario del mismo un mínimo porcentaje pero significativo consideraron que la información brindada por la enfermera no es clara ni útil, seguido por desconocimiento importancia del control CRED, y tiempo para el control inadecuado.

Mendizabal Allpo Senaida, Lima-Perú, 2015, en un estudio titulado: SATISFACCIÓN DE LA MADRE DEL NIÑO MENOR DE 1 AÑO SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA EN EL SERVICIO DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL NIÑO EN EL PUESTO DE SALUD SEÑOR DE LOS MILAGROS - CHOSICA 2014 cuyo objetivo es: Determinar la satisfacción de la madre sobre la Calidad de Atención que brinda la Enfermera en el Servicio CRED en el P.S. Señor de los Milagros Chosica — Lima. 2014. El estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, 12 Concluyendo que en su mayoría tiene una satisfacción de media a bajo referida a que cuando acude a la consulta la enfermera llama al niño por su nombre, le explicaron los procedimientos que le realizaron, al final de la consulta le entregó las indicaciones escritas, consideran que el tiempo que duró la consulta a su niño o niña es adecuado, la decoración del consultorio es adecuado, en algunas ocasiones no le entregan al finalizar la consulta las indicaciones escritas, y al terminar la consulta la Enfermera se despide; seguido de un mínimo porcentaje significativo de madres que manifiestan satisfacción alta ya que considera que la enfermera está bien uniformada y arreglada, responde a sus preguntas o dudas sobre la crianza del niño, muestra interés por saber sobre su falta a la consulta de CRED y consideran que la Enfermera protege al niño de caídas durante la atención.

A nivel nacional no se encontraron antecedentes.

Objetivos generales:

- Mejorar la eficiencia, eficacia y efectividad en el control de niño/a sano a través de la implementación de un Consultorio de enfermería en un centro de primer nivel de atención de la ciudad de Junín, Buenos Aires.
- Visibilizar a las y los profesionales de enfermería como referentes y consultores de salud en el primer nivel de salud.
- Contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: Bienestar y Salud y Educación de Calidad, Reducción de las Desigualdades y Alianza para lograr los Objetivos.

Metodología

Diseño: Cuantitativo-Cualitativo

Tipo de estudio: El presente Trabajo Final de Grado corresponde a una Intervención en la Práctica Profesional. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014), se trata de un proceso de investigación acción, con diferentes momentos:

1. Detección y diagnóstico del problema de investigación.
2. Elaboración del plan para solucionar el problema o introducir el cambio.
3. Implementación del plan y evaluación de resultados.
4. Realimentación, la cual conduce a un nuevo diagnóstico y a una nueva espiral de reflexión y acción.

Plan de trabajo:

Por lo tanto, el plan de trabajo, se subdividió en tres (3) etapas o fases, presentando cada una de ellas objetivos específicos (OE):

1)Pre intervención: Detección y Diagnóstico

OE 1: Describir el estado de situación del control de niño/a sano en un Centro de Primer Nivel de atención de la ciudad de Junín

OE 2: Difundir y presentar los resultados al área de administración de la salud del primer nivel de atención

2) Elaboración del plan para solucionar el problema o introducir el cambio.

Primera fase

- **OE 3:** Organizar el Consultorio y diseñar la Consulta de Enfermería como modalidad de atención comunitaria, para control de niña/o sano, en un Centro de Primer de Atención, ciudad de Junín (BA) periodo 2019-2020

Segunda fase

OE 4: Difundir la modalidad de atención en el área programática del centro de Primer de Atención, ciudad de Junín (BA) periodo 2019-2020”

3) Implementación del plan y evaluación de resultados

Primera Fase

OE 5: Implementar el consultorio de enfermería para control de niña/o sano en un Centro de Primer Nivel de Atención de la ciudad de Junín, durante el período

Segunda Fase: (Post intervención)

OE 6: Evaluar los resultados

Antes de continuar, se hará referencia a la población, destinatarios e instrumentos de recolección de datos:

Resultados obtenidos

1)Pre intervención: Detección y Diagnóstico

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo sobre la situación del control de salud de niña y niño sano para el año 2018, en un Centro de Primer de Atención, de la ciudad de Junín; con el objetivo de conocer el tiempo de demora para acceder a dicha atención. Obteniéndose los siguientes resultados: En el año 2018 en el centro se registraron 13.323 consultas de salud, de las cuales 1.105 (8.3%) se trató de consultas pediátricas, dirigidas a niñas y niños de entre 0 y 12 meses inclusive. Esta asistencia fue brindada por profesionales de medicina pediátrica (2), con una carga horaria de 7 horas semanales, distribuida en dos días. La situación conlleva a una demora de hasta 3 meses para acceder a un turno de control de salud de niña/o sano; restringe la identificación y resolución

oportuna de problemas de salud de alta incidencia para la edad, atrasa los esquemas de inmunizaciones, y recarga además al segundo nivel de atención.

Fuentes secundarias: registros control de salud de niñas y niños, Centro Primer Nivel de Atención de la ciudad de Junín, año 2018.

Fuentes informantes: profesionales de la salud del Centro Primer Nivel de Atención de la ciudad de Junín, año 2019.

Una vez obtenida y analizada la información, la autora presentó los resultados del estudio realizado en un Centro de Primer Nivel de Atención y una propuesta de mejoras a la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad de Junín. Luego de varias reuniones de trabajo con las autoridades del municipio y profesionales del centro, se obtuvieron las autorizaciones correspondientes y se logró disponer de un espacio físico para su realización.

2) Elaboración del plan para solucionar el problema o introducir el cambio.

Primer fase: organización del consultorio y diseño de la consulta

Luego de gestionar y obtener un espacio físico, se procedió a equipar el consultorio con el mobiliario y los elementos necesarios según sugiere la bibliografía consultada (Mazarrasa Alvear, 2000) (ANEXO II)

1 escritorio de melamina con dos cajones con cerradura,

2 sillas de escritorio apilables,

1 camilla de examen clínico fija,

1 balanza pediátrica digital,

2 tensiómetros pediátricos,

2 estetoscopios pediátricos,

1 oxímetro de pulso pediátrico,

2 termómetros digitales,

- 1 equipo informático,
- 1 impresora multifunción,
- 1 Pediómetro de crecimiento (vara),
- 2 Cintas antropométricas,
- 1 otoscopio pediátrico.

Dicho equipamiento se objetivo con financiamiento del proyecto de investigación y con fondos del municipio.

Respecto a la organización, en términos de funcionalidad se establecieron días y horarios de atención. La Consulta de Enfermería para control de niña/o sano se ofreció de lunes a viernes de 8 a 13 hs; cabe aclarar que los días lunes y miércoles se brindó de manera simultánea con el consultorio de pediatría.

El método de acceso a la consulta se realizó mediante captación directa de enfermería, y demanda espontánea por parte de las y los responsables de los usuarios.

Para la organización de la consulta, y sus fases, se tomó como referencia la propuesta de Guirao i Goris, citado por Frias Osuna (2000); estableciéndose los siguientes momentos:

1. Fase de recepción

Esta etapa constituye la primera etapa del proceso, donde el profesional de enfermería recibe al usuario. La/el enfermero debe presentarse, y explicar los servicios que ofrece, y establecer una relación empática de colaboración y confianza. Da lugar a que la familia se presente.

Deberá disponer de la historia clínica o dar apertura a la misma. En la Historia Clínica consta de los siguientes apartados:

- Antecedentes obstétricos maternos: GAV (gestaciones, abortos, nacidos vivos).
- Historia del embarazo: deseado o no, controles, feto único o no, patología, fármacos, hábitos tóxicos

- Antecedentes perinatales: edad gestacional, tipo de parto, test de Apgar, reanimación, peso, talla y perímetro cefálico, peso al alta hospitalaria, pH y grupo sanguíneo, emisión de meconio y diuresis, ictericia, ingreso neonatal
- Antecedentes familiares: consanguinidad, enfermedades (diabetes mellitus, HTA, dislipemias...) y hábitos tóxicos.
- Factores de riesgo psicosocial: familias monoparentales, situación laboral, ocupación, inmigración, drogadicción, enfermedades mentales

2. Fase de Desarrollo de la Consulta

En esta fase, se persigue conseguir los objetivos de la consulta de enfermería, en este caso control de salud, en el grupo etario de 0 a 12 meses de edad.

Presenta dos momentos valoración y diagnóstico:

Valoración

En este momento de la consulta, se determina cuáles son las necesidades de la niña/o y sus respuestas adaptativas, como así también que recursos cuenta la familia. Para ello, enfermería, utiliza diferentes técnicas, entre las que se encuentran la comunicación verbal y no verbal, la entrevista, la observación sistematizada y la exploración física con las técnicas clásicas de inspección, palpación, medición, percusión y auscultación.

● Anamnesis

- Actitud ante la lactancia; tipo de lactancia; conocimientos y habilidades en la técnica de la lactancia materna y/o lactancia artificial.
- Vómitos y/o regurgitaciones.
- Características de las micciones (chorro miccional en varones) y deposiciones.

Cuidados de higiene: baño, cuidados de ombligo, genitales y piel, ropa

- Entorno físico del bebé: cuna, colchón, vivienda (ventilación, humedad, calefacción, hacinamiento)

● Exploración física

Somatometría: peso, talla y perímetro cefálico con percentiles y registro en las gráficas correspondientes. (ANEXO III)

- Fenotipo.
- Coloración de piel y mucosas: ictericia, palidez, perfusión• Cráneo: morfotipo, fontanela y suturas.
- Boca: labio leporino, fisura palatina, muguet, dientes...
- Ojos: inspección descartando malformaciones del cristalino, iris, córnea, párpados.

Valorar motilidad ocular, reactividad pupilar y reflejo rojo retiniano.

- Audición: posición de los pabellones auriculares, apéndices cutáneos, pruebas subjetivas de audición...
- Cuello: masas, movilidad, tortícolis congénita. Clavículas.
- Palpación de pulsos periféricos.
- Tórax: morfología, auscultación cardiopulmonar, inspección de las mamas.
- Abdomen: morfología, palpación de masas y visceromegalias, inspección del ombligo, descartar hernias...
- Genitales:
 - Niños: pene (tamaño y morfología), meato uretral (hipospadias), escroto (situación de testes, hidrocele)
 - Niñas: himen imperforado, hipertrofia de clítoris
- Ano y recto: descartar fosa, fístula o quiste pilonidal.
- Aparato locomotor: caderas y extremidades.
- Respuestas neurológicas según la edad

Diagnóstico: A partir del resultado de la valoración, se realiza un análisis y síntesis de las respuestas humanas que se han detectado en la/el niño y su familia. En esta fase la

enfermería podrá detectar problemas que podrán ser definidos como problemas de enfermería o problemas interdependientes.

Fase resolutive:

Implica la toma de decisión respecto a la elaboración de un plan de cuidados de manera conjunta con la familia, con el objetivo de lograr el máximo nivel de adaptación y autocuidado. En esta fase, la/el enfermero planifica y ejecuta intervenciones de enfermería con la participación y el consenso de las y los responsables del cuidado de la niña/o, con el fin de lograr los objetivos pactados (lo que se pretende conseguir). Para ello utiliza técnicas de enseñanza- aprendizaje.

Los temas que se abordan a través de estrategias de Educación para la Salud son:

- **Alimentación (ANEXO IV):**

- Fomentar la lactancia materna exclusiva a demanda, como alimento más idóneo y completo hasta los 6 meses de edad.
- Si la lactancia materna no es posible o es insuficiente, se recomienda leche adaptada de inicio con las normas de preparación correcta y en la cantidad adecuada.
- En caso de lactancia artificial se pueden iniciar los Cereales sin Gluten desde los 5 meses. Insistir en no introducir el gluten antes de los 6 meses de edad.
- No se precisa ningún otro alimento antes de los 4-6 meses. Sin embargo, se puede ofrecer agua entre tomas cuando la climatología es muy cálida o aumenta la sudoración.

Orientar sobre la introducción de nuevos alimentos: se pueden introducir a los 9 meses los “yogures” de leche de vaca modificada, a los 10 meses el pescado blanco y a los 11 meses la yema cocida de huevo. Si hay antecedentes de atopia o alergia alimentaria se esperará al año de vida para introducir huevo y pescado. No suplementar con sal o azúcar las comidas.

- **Prevención de accidentes (ANEXO V):**

- Dejar en sitio seguro al bebé, evitar las caídas, ya que se gira solo.
- Juguetes apropiados para su edad, piezas grandes, no tóxicas y lavables.

- Se desaconseja el uso del andador.
- Prevención de quemaduras: alimentos, plancha, hornos, braseros.

- **Inmunizaciones**

Revisar el calendario vacunal y administrar las vacunas que falten para su edad. (ANEXO VI)

La misma se basó en las guías de:

- Inmunización:
https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/Normas_nacionales_03-04.pdf
- Control de crecimiento y desarrollo
:https://www.unicef.org/sites/default/files/2018-12/Programme%20Guidance%20for%20ECD%20%28SPANISH%29_1.pdf
- Nutrición https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/alim_0a2.pdf
- Prevención de accidentes:
https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/cuidados_en_el_hogar_2_0.pdf

Un buen instrumento para reforzar los nuevos conocimientos es suministrar por escrito a los responsables del cuidado de las niñas y niños, el plan de cuidados hasta la nueva cita.

Por otro lado, la/el profesional de enfermería detecta problemas que no se relacionan con sus competencias profesionales, por lo tanto, deriva, de ser necesario, a otra/o profesional para la atención necesaria y oportuna.

Finalmente, cerrando el proceso de consulta, se realiza el registro en la historia clínica desde la valoración y diagnóstico hasta la ejecución del plan de cuidados

Fase 2: Difusión de Consulta de Enfermería para el Control de Salud de niña/o sano

La Consulta de Enfermería, durante todo el período de ejecución se ofreció dentro de la carta de servicios del Centro. No obstante, la difusión de la nueva modalidad para la atención y control de salud de niña/o sano en el Centro de salud, se realizó en primer lugar entre las y los profesionales del equipo de salud, y en segundo lugar se dirigió a la población, principalmente a las familias que presentaban niñas/os dentro del grupo etario de 0 a 12 meses. Los medios auxiliares fueron cartelería y folletería.

3) Implementación del plan y evaluación de resultados

Primera Fase

El plan se ejecutó según lo planificado; aunque cabe destacar que por medidas de seguridad, debió interrumpirse por la pandemia de la COVID-19.

No obstante, la Consulta de Enfermería se implementó desde diciembre de 2019 a mayo de 2020. De lunes a viernes, de 8 a 13hs. El proyecto vinculó a dos enfermeras, una de ellas la autora del presente TFG.

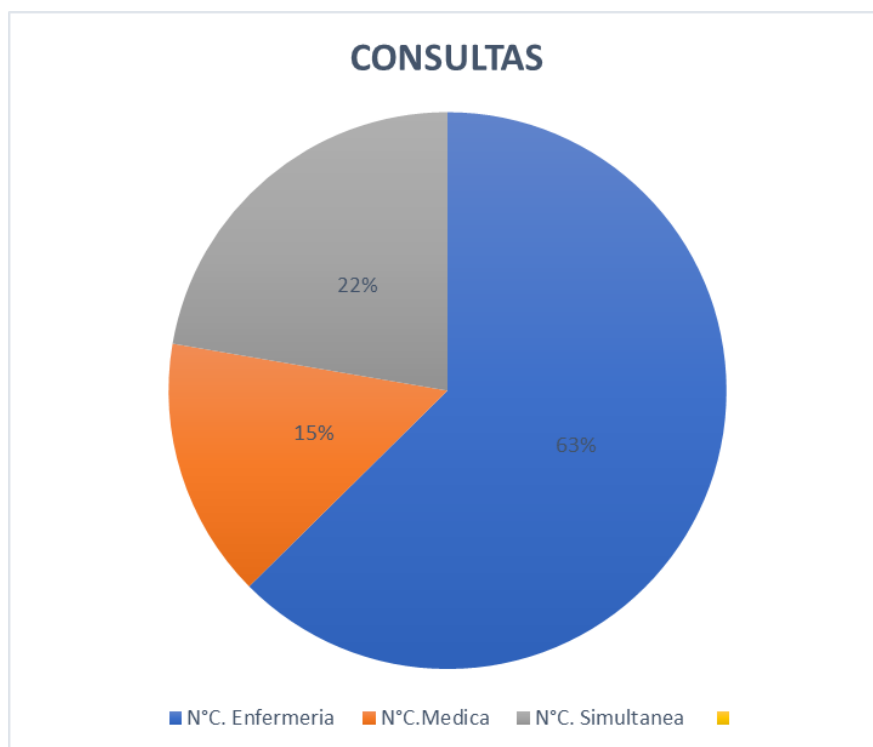
Resultados de la implementación

Sobre la modalidad

Tabla 1: Control de niña/o sano según Profesional de salud que brinda la atención en un Centro de Primer Atención, período noviembre 2019, mayo 2020. Ciudad de Junín.

CONSULTAS	N°	%
Enfermería	87	63
Médicas	21	15
Simultáneas	31	22
Total	139	100

Gráfico 1: Control de niña/o sano según Profesional de salud que brinda la atención en un Centro de Primer Atención, período noviembre 2019, mayo 2020. Ciudad de Junín.



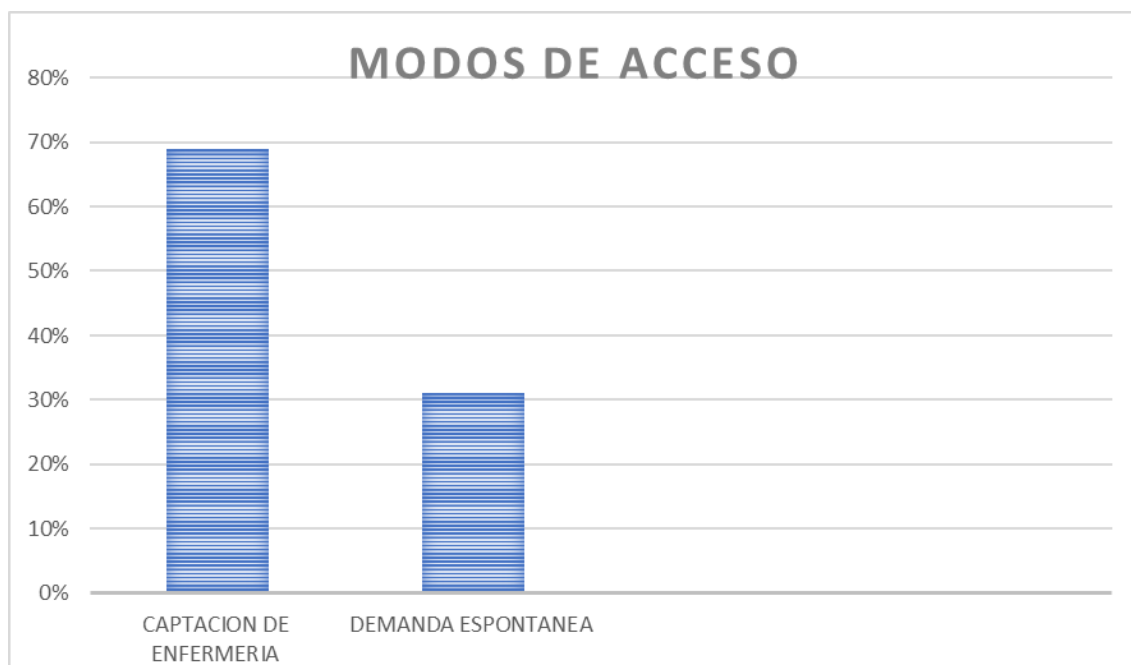
Desde el mes de noviembre de 2019 a mayo de 2020, se registraron en un Centro de Primer Nivel de Atención de la ciudad de Junín, 139 consultas entre las cuales se encuentran consultas médicas con un 15% (21), consultas de enfermería 63% (87) y las que se realizaron en forma simultáneas con un 22% (31).

Tabla 2: Número de usuarios según modo de acceso a la Consulta de Enfermería. Centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín

Modo de Acceso	Nº	%
Captación de Enfermería	37	69
Demanda Espontánea	17	31
Total	54	100

Fuente: Registros de Consulta de Enfermería

Gráfico 2: Número de usuarios según modo de acceso a la Consulta de Enfermería. Centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, mayo 2020. Ciudad de Junín



Fuente: Registros de Consulta de Enfermería

Respecto al modo de acceso a la consulta, el 69% (37) corresponde a captación de enfermería y el 31% (17) demanda espontánea de las y los usuarios.

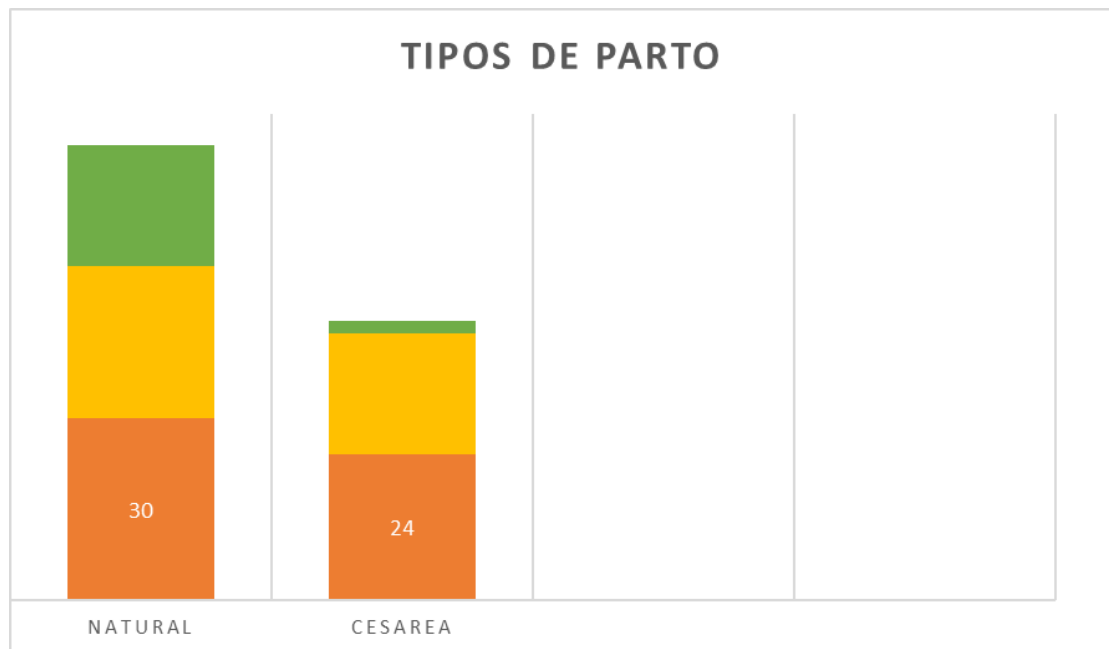
Sobre la Población Usuaría del Consultorio de Enfermería, Control de Niña/o Sano

Tabla 3: N° de usuarios según tipo de parto al nacer. Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín

Tipos de Parto	N°	%
Natural	30	56%
Cesárea	24	44%
TOTAL	54	100%

Fuente: Historia clínica del CE

Gráfico N°3: N° de usuarios según tipo de parto al nacer. Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín



Fuente: Historia clínica del CE

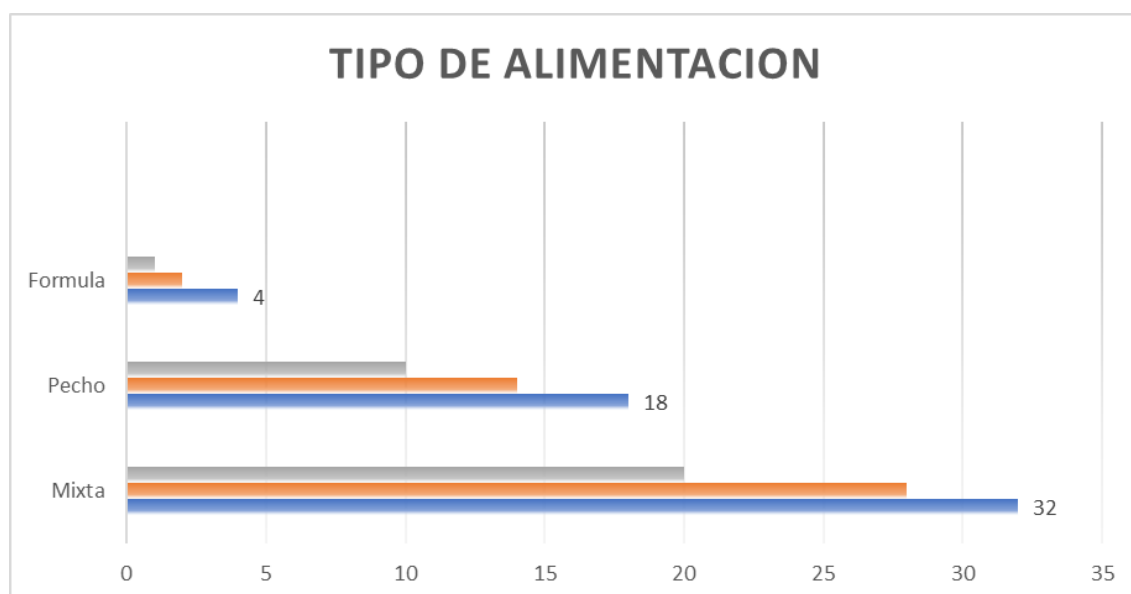
De acuerdo con los datos recolectados de las historias clínicas en relación a los tipos de parto, se pudo constatar que 55,6% (30) de los usuarios de la Consulta, presentaron parto natural y el 44,4 % (24) nacieron mediante por cesárea

Tabla N°4: Niñas/os entre 0 y 12 meses según tipo de alimentación. Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín

TIPOS DE ALIMENTACIÓN	N°	%
Mixta	32	59,3
Lactancia materna	18	33,3
Leche de fórmula	4	7,4
TOTAL	54	100

Fuente: Registros de Consulta de Enfermería

Gráfico N°4: Tabla N°4: Niñas/os entre 0 y 12 meses según tipo de alimentación. Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín



Fuente: Registros de Consulta de Enfermería

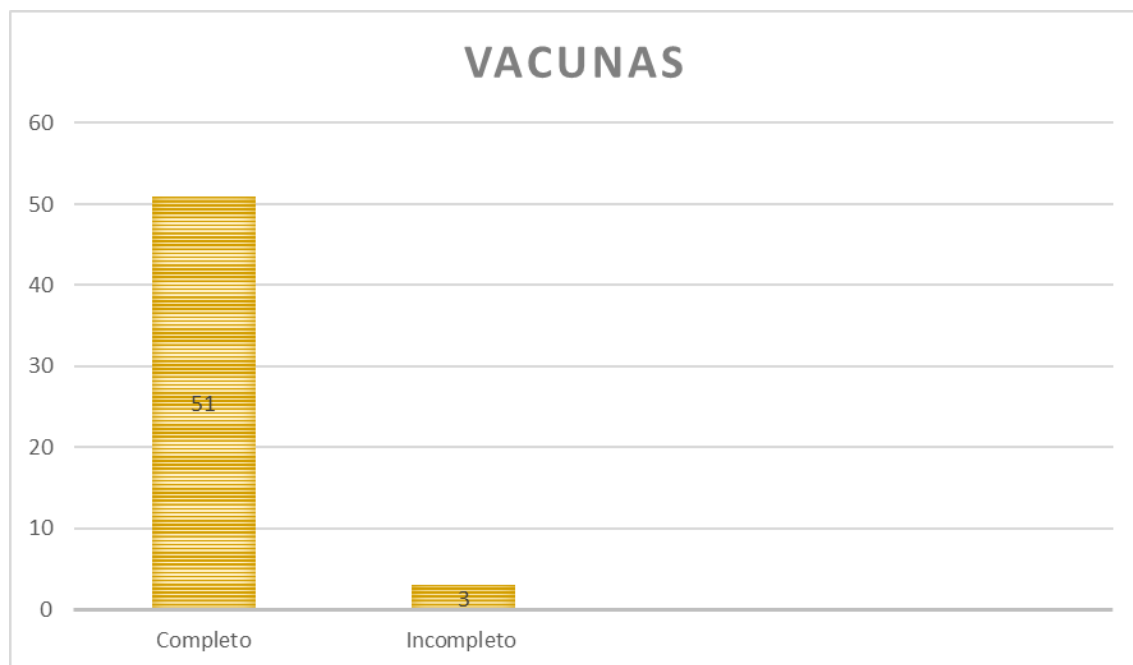
Con respecto a la alimentación se puede concluir que el 59,3% (32) de las y los usuarios a la consulta, durante el período de intervención, presentó alimentación mixta, es decir que alterna leche de fórmula más pecho. El 33,3% (18) se basa exclusivamente en la lactancia materna a demanda, y por último el 7,4% (4) lo alimenta solo con leche de fórmula.

Tabla N°5: Usuarios de 0 a 12 meses, según cumplimiento del calendario nacional de vacunación. Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín

Calendario de vacunación	N°	%
Completo	51	94,4%
Incompleto	3	5,6%
TOTAL	54	100%

Fuente: Registros de Consulta de Enfermería

Gráfico N°5: Usuarios de 0 a 12 meses, según cumplimiento del calendario nacional de vacunación. Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín



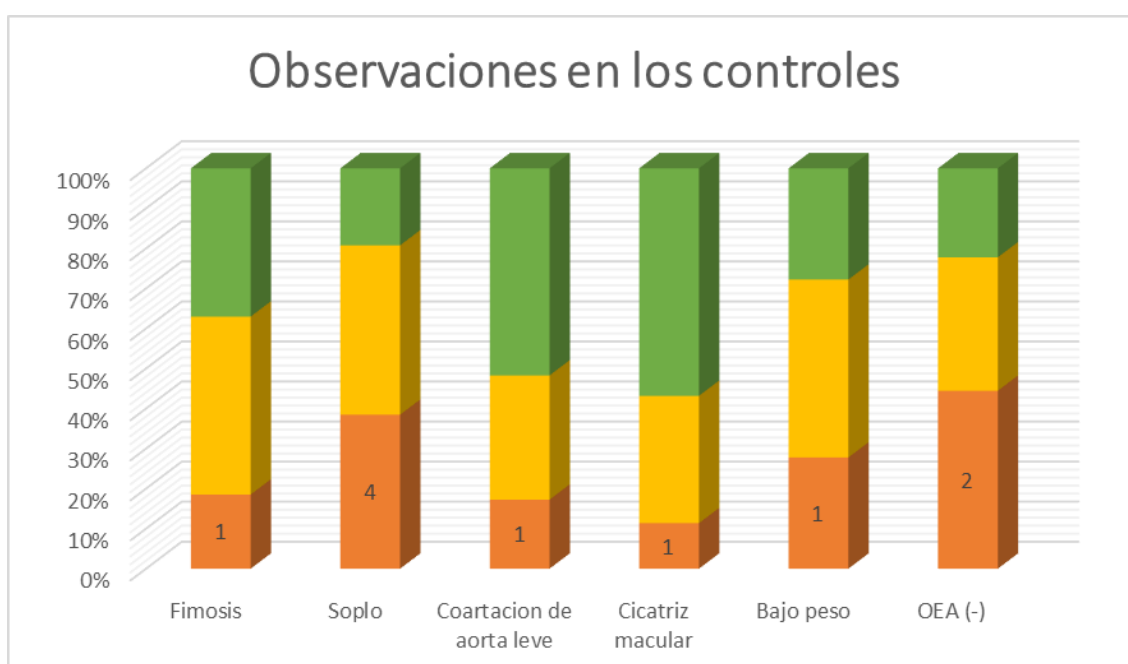
Fuente: Registros de Consulta de Enfermería

Al finalizar el período de implementación de la Consulta se logró completar el 94,4% (51) de los esquemas de vacunación en las y los usuarios de 0 a 12 meses; solo 5,6 % (3) presentó atrasado el esquema, pero activo.

Tabla N°6: Problemas de salud detectados en niñas/os de 0 a 12 meses, el Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período noviembre 2019, mayo 2020. Ciudad de Junín

Problemas de salud	N°	%
Soplos cardiacos	4	7
Otoemisiones acústicas	2	4
Fimosis	1	2
Coartación de aorta leve	1	2
Bajo peso	1	2
Cicatriz macular	1	2

Gráfico N° 6: Problemas de salud detectados en niñas/os de 0 a 12 meses, el Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín



Durante los controles de salud de niña/o sano realizados en el consultorio de enfermería, de un Centro de Primer Nivel de Atención se pudo arribar a las siguientes observaciones:

El 7% (4) presentó soplos cardíacos, que se define como sonidos anormales que se producen cuando la sangre pasa las cavidades cardiacas, las válvulas y las arterias, como un silbido.

El 4 % (2) en las pruebas de Otoemisiones acústicas (OEA) dieron resultados negativos; el mismo es un estudio que se realiza para diagnosticar el estado auditivo del niño. En este caso, dos personas presentaron déficits auditivos

El 2% (1) fimosis, que es una afección en la que el prepucio es demasiado estrecho y no se puede retraer sobre el glande.

El 2% (1) coartación de aorta leve, la cual es un defecto de nacimiento en donde la aorta es más estrecha que lo usual.

El 2% (1) presentó bajo peso.

El 2 % (1) cicatriz macular, que es el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos en la parte posterior del ojo que puede llegar a producir derrame de sangre, de líquido o edema.

En todos los casos (11) se derivó para interconsulta médica, en el mismo centro de atención.

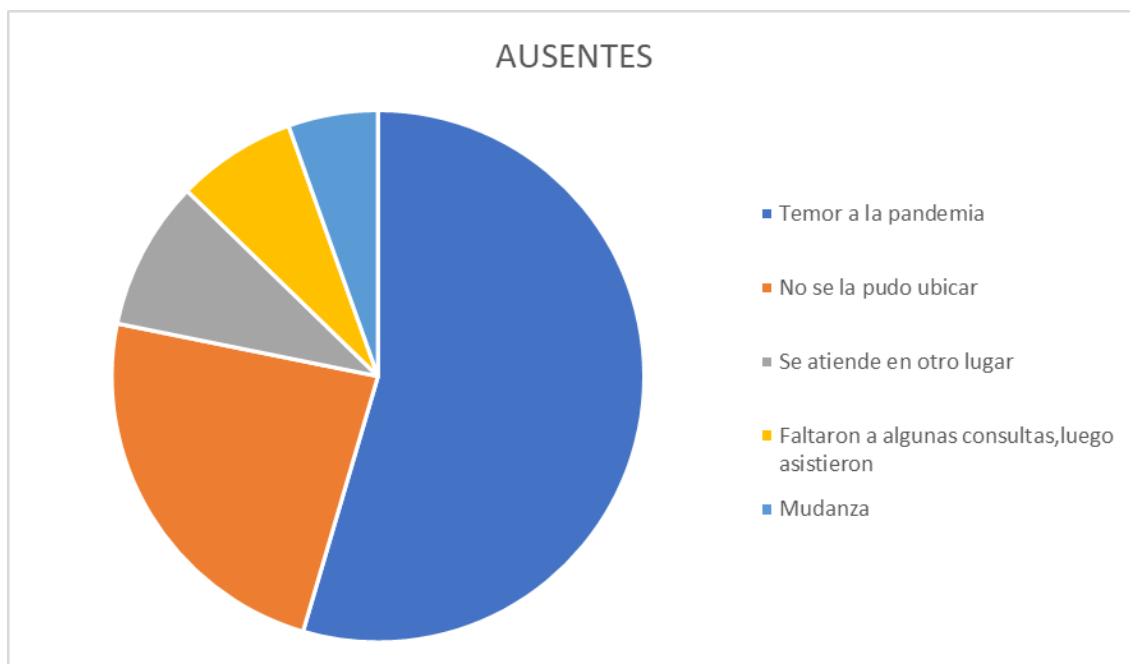
De las 54 usuarias/os que asistieron al consultorio de enfermería para el control de salud, dos (2) presentaron complicaciones en el neurodesarrollo. Uno correspondió al grupo etáreo de seis meses. En este caso la autora detecta que el niño no alcanzó los estándares correspondientes para su edad: no se desplazaba, no emitía sonidos, no reaccionaba cuando se le hablaba. El otro caso, un niño de dos meses de edad, por no presentar sostén cefálico. Ambos casos fueron derivados a una Institución de Salud de mayor complejidad

Tabla N° 7. Causas de Ausentismos a la Consulta Programada. Consultorio de Enfermería, centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín

Causas de ausentismo	N°	%
No asiste por temor a la pandemia	30	54.5
No se la pudo ubicar	13	23.6
Se atiende en otro lugar	5	9.1
Faltaron a alguna consulta, pero luego asistieron	4	7.3
Mudanza	3	5.5
Total	55	100

Fuente: Registros de Consultorio de Enfermería

Gráfico N°7: Causas de Ausentismos a la Consulta Programada. Consultorio de Enfermería, Centro de Primer Nivel de Atención, período Noviembre 2019, Mayo 2020. Ciudad de Junín



Fuente: Registros de Consultorio de Enfermería

Durante el período de implementación, diciembre 2019 a mayo 2020, se programaron 109 consultas de enfermería. Se lograron ejecutar 54 (49.54%). Se registraron 55 ausentes. Entre las causas de ausentismo se detectó: no asiste por temor a la pandemia 54,5% (30), no se la pudo ubicar 23,6% (13), se atiende en otro lugar 9,1% (5), mudanza con un 5,5% (3). Es importante destacar que el 7.3 (4) faltó al menos a una consulta, se le reprogramó y asistió.

Segunda Fase: Post-Intervención

Realizando una comparación del año en que se realizó el estudio retrospectivo, con los datos obtenidos en el periodo de intervención, se puede observar que el ausentismo se redujo de un 71,11%, a un 28, 35% desde que se implementó la consulta de enfermería. El causante principal del ausentismo en los controles de niña/o sano fue la aparición de la pandemia covid 19.

CONCLUSIÓN

La autora del presente TFG, considera que se logró cumplir con los objetivos del proyecto, en la medida que se logró gestionar un espacio físico (Consultorio), diseñar e implementar una modalidad de atención directa de enfermería comunitaria, denominada Consulta de Enfermería, en un Centro de Primer Nivel de Atención, cuya problemática consistía en una demanda insatisfecha de atención de la salud en niños de 0 a 12 meses. Por un lado, como mencionan Delamaire M, Lafortune G (2010), enfermería pudo demostrar su capacidad para contribuir a mejorar el acceso a los servicios de salud y a reducir los tiempos de espera de las y los usuarios en el primer nivel de atención; aportando a la consecución de los objetivos de la Cobertura Universal de Salud (CUS) y a los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en especial al ODS 3.

Y, por otro lado, tomando las palabras de Delamaire M, Lafortune G (2010) y Martínez-González N (2015), las y los profesionales de enfermería pueden ofrecer la misma calidad de atención que las y los médicos; y que la Consulta de Enfermería para el control de niña/o sano es una modalidad eficiente para el seguimiento del crecimiento y desarrollo durante el primer año de vida cuando los profesionales de la pediatría son escasos.

El rol de enfermería, en el Consultorio de Enfermería dirigido al control de salud de niña/o sano, puede tratarse como una práctica avanzada de enfermería en la atención primaria de salud. Constituyéndose en un desafío para la profesión, en la medida en que desarrolla

nuevas competencias y abre otros escenarios de práctica, autonomía, reconocimiento social y económico. (Enfermera Lic. Bolivia s.f). No pretende, de ninguna manera, sustituir cualquier otro rol profesional de salud sino, por el contrario, complementarlo, además de contribuir a que la población cuente con el acceso y la cobertura de los servicios profesionales más calificados de la enfermería. (OPS-OMS 2018).

Por último, la autora, considera que esta modalidad autónoma de la enfermería comunitaria innovadora en la región noroeste, y en la ciudad de Junín, debe instituirse en otros centros de primer nivel de atención con las mismas características y contextos; como así también ampliar el grupo etario al cual va dirigido.

BIBLIOGRAFÍA

Asociación de Enfermería comunitaria AEC. (2019). Enfermería y vacunas

<http://proyectoavatar.enfermeriacomunitaria.org/enfermeria-y-vacunas#:~:text=El%20papel%20de%20las%20enfermeras,de%20calidad%2C%20eficaces%20y%20eficientes>

Cuesta Benjumea C. El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. Investigación y Educación en Enfermería. 2007;25(1):106-112.

Decreto 98/1988. Reglamento de normas básicas de funcionamiento de los equipos de atención primaria, 3 de octubre de 1998.

Datos Argentina (4 de marzo de 2019). Tasa de Mortalidad Infantil de Argentina:

https://datos.gob.ar/series/api/series/?ids=tmi_arg

Evidencia en Pediatría (9 de enero de 2008). ¿Son eficaces las revisiones de salud de los niños?: <https://evidenciasenpediatria.es/articulo.php?lang=en&id=5234&tab=>

Frías Osuna Antonio. 2000. Enfermería Comunitaria.España. Ed. Masson

Informe diagnostico Buenos Aires (s.f):

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20.07.08_informe_pba.pdf

Jiménez Otero, Ruiz Arias, Consulta de enfermería en Atención Primaria. Junta de Andalucía.1986.

Lopez García G. Rodero Fons L, García MJ. 1989. Consulta de Enfermería en Atención Primaria de la Salud. Rol de Enfermería

María Caridad Reyes Caballero, Norelys Obregón Pérez, Rita Gálvez Morfa, Anabel Pérez. 2018. Capacitación para el desarrollo de la consulta de enfermería en la atención primaria de salud, Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara. Cuba

Mazarrasa Alvear L, Bes G. Sánchez Moreno A. Sánchez García A. Merelles Torno A. Aparicio R. 2000. Salud Pública y Enfermería Comunitaria. España. Ed. McGraw-HILL. Interamericana

Ministerio de salud (s.f) Los controles de salud.:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/crecerconsalud/primermes/controlesdesalud>

Ministerio de justicia y derechos humanos. (16 de octubre de 2020) Convención sobre los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes :

<https://www.argentina.gob.ar/noticias/convencion-sobre-los-derechos-de-ninos-ninas-y-adolescentes#:~:text=La%20Convenci%C3%B3n%20sobre%20los%20Derechos,como%20sujetos%20de%20pleno%20derecho>.

Ministerio de Desarrollo Social (1 de agosto de 2022). Semana Mundial de la Lactancia 2022 : <https://www.argentina.gob.ar/noticias/semana-mundial-de-la-lactancia-2022>

OPS (s.f). Inmunización. <https://www.paho.org/es/temas/inmunizacion>

Organización Mundial de la Salud. “Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”: Informe final de la Comisión Sobre Determinantes Sociales de la Salud. Ediciones Journal S.A ed. Buenos Aires, Argentina; 2009

Objetivos de desarrollo sostenible (s.f). La Agenda para el Desarrollo Sostenible: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/>

Series de tiempo (3 de abril de 2019) Tasa de Mortalidad Infantil de la Provincia de Buenos Aires : https://datos.gob.ar/series/api/series/?ids=tmi_06

Sociedad Argentina de Pediatría.(2018). OMS. Semana Mundial de la Inmunización Protegidos colectivamente, las vacunas funcionan. Del 24 al 30 de abril :

<https://www.sap.org.ar/novedades/210/oms-semana-mundial-de-la-inmunizacion-protectidos-colectivamente-las-vacunas-funcionan-del-24-a-30-de-abril.html>

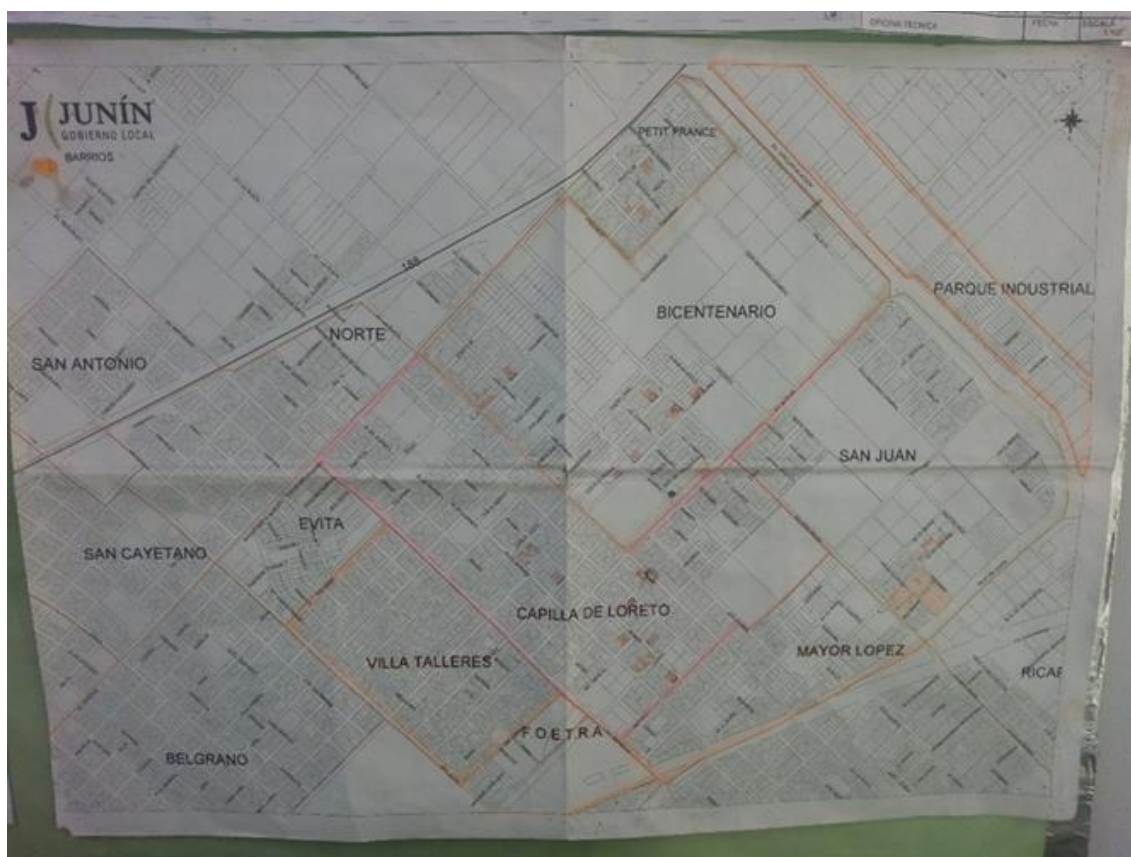
Telam Digital (31 de marzo de 2018). Qué y cómo es el Calendario Nacional de Vacunación. <https://www.telam.com.ar/notas/201803/265440-salud-vacunas-calendario-nacional-de-vacunacion-argentina.html>

Unicef para cada infancia (s.f). Texto de la Convención sobre los Derechos del Niño: <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>

Unicef para infancia (2019). Alimentación entre los 6 meses y los 3 años. Consejos para un crecimiento saludable: <https://www.unicef.org/uruguay/alimentacion-entre-los-6-meses-y-los-3-anos>

ANEXOS

ANEXO I



ANEXO II



ANEXO III

CONSULTAS									
FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	IMC	ALIMENTACION	VACUNAS	SCREENING NEONATAL	
						PECHO/FORM/MIXTA/OTRA:	BCG/HEP B	METABOLICA:	
							2M		
							3M		
EXAMEN FISICO							4M	OEA	
PIEL	ROSADA/CIANOSIS/PALIDA/OTRA:						5M	OO	OI
OJOS/CONJUNTIVA	NORMAL /EDEMA /SECRECIONES /						6M		
	REACCION PULILAR POSIT/NEGAT/OBS:								
CRANEO	FONTANELAS POSTERIOR /ANTERIOR/ OBS:						7M	FONDO DE OJO	
							12M		
NARIZ	PERMEABLE/SECRECIONES/ALT. TABIQUE/OTRO:						OTRAS:	ECO CADERA/RX	
BOCA	NORMAL/SIALORREA/LABIO LEPORINO/CANDIDIASIS/AFTAS								
	DENTICION: PALADAR: /OBS:								
CUELLO	PALPACION:						Reflejo	Edad que aparece	Edad que desaparece
OIDOS	OEA: SI/NO/NORMA/ANORMAL/OBS:								
SIST.EXCRETOR	DIURESIS: /DEPOSICIONES: /RITMO:						Reflejo de Moro	Nacim	2 meses
SIST. CARDIOVASC.	PULSOS: RUIDOS CARDIACOS:						Caminar/dar pasos	Nacimiento	2 meses
	FC: RITMO: OBS:						Agarrar	Nacimiento	4 meses
SIST. LOCOMOTOR	TONO: /MOVILIDAD: PIES: COLUMNA:NORM/CIFOSIS/LORDOSIS/ESCOLIOSIS						Reflejo tónico del cuello	Nacimiento	De 5 a 7 meses
	SIGNO ORTOLANI: /BARLOW: /NELATON: /OBS:						Agarre palmar	Nacimiento	De 5 a 6 meses
SIST. NERVIOSO	CONCIENCIA:ALERTA/VIGIL/CALMA/IRRITABLE/NO RESP AL ESTIMULO/						Flexión plantar	Nacimiento	De 9 a 12 meses
	OBS:								
SIST. RESP	LIMPIO/ SECREC/SIBILANC/RONCUS/HIPOVENT/TIRAJE/ALETEO/OBS:								
ABDOMEN	NORMAL/ HERNIA/TUMORACION/CORDON/OBS:								
GENITALES	OBS:								

MARQUE EDAD Y PAUTAS ALCANZADAS

	RN- 1MESES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES
DESARROLLO	El niño ve-oye- huele y siente; sostén materno; gira la cabeza a los lados; lleva su mano a la boca; fija la mirada; reflejo de succión; emite sonidos	sostén cefálico, atento a la palabra- emite sonidos- sigue un objeto con la mirada dentro de su campo visual-sonríe cuando se le habla-	Gira de costado/ mayor de vigilia/ vocaliza sonidos/ junta las manos en la línea media/ juega con sus manitas/ fija la mirada y responde con una	A veces gira a boca abajo/ reacciona activamente cuando se le habla/gorjeo y balbuceo/ se mira las manos, las mantiene semi abiertas.	Gira a boca abajo/emite sonidos/toma un objeto pequeño y lo pasa de mano en mano/juega a las escondidas. Trípedo.
RECOMENDACIONES	Posición boca arriba/Higiene: cordón y zona del pañal/ Técnica para bañarlo. Ambiente libre de humo/ Lavado de manos./ Consejería de planificación familiar. Promoción de lactancia materna	Posición boca arriba. Lactancia materna exclusiva/ Necesidades afectivas/ Recomendaciones sobre juego y estímulos Prevención de accidentes domésticos / Ambiente libre de humo/ Higiene/Prevención de infecciones respiratorias			
	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA				
	6 MESES	8 MESES	10 MESES	12 MESES	
Desarrollo	Se desplaza rodando, rie, grita, vocaliza: silabea, imita sonidos, reacciona cuando se le habla. Toma objetos, puede mantenerse sentado con apoyo o sin él. Repite sílabas.	Se sienta/repta/comprende. Respuesta al NO/ silabeo no específico /toma objetos con facilidad, los agita,tira /Repite las acciones que le agradan. Angustia del 8º mes.	Gatea, se pone de pie con apoyo, silabea/utiliza pinza/ investiga y señala con el dedo/Búsqueda activa de objetos escondidos en su presencia.	Utiliza palabras/frase/ comprende consignas; inicia la marcha/juega con objetos,construye, garabatea /imita gestos/toma agua de un vaso/intenta comer solo/señala objetos en un libro/ prensión pinza superior/Dice mama papa con significado.	
	ALIMENTACION				
	Lactancia materna. Incorporar 1 comida diaria	3 comidas al día y continuar con la lactancia.	Lactancia materna. Más 4 comidas diarias.	Lactancia materna. Más 4 ó 5 comidas diarias- dieta variada. Durante los 2 primeros años no se debe restringir la ingesta grasa.	
RECOMENDACIONES	Lactancia materna. Ambiente libre de humo. Pautas de higiene. Recomendaciones para la manipulación alimentos. Planificación del espacio físico para prevenir accidentes.Recreación y juegos. Consejería de planificación familiar.				

CONSULTAS							OBSERVACIONES
FECHA	EDAD	PESO	TALLA	PC	IMC	ALIMENTACION PECHO/FORM/MIXTA/OTRA:	
EXAMEN FISICO							
PIEL	ROSADA/CIANOSIS/PALIDA/OTRA:						
OJOS/CONJUNTIVA	NORMAL /EDEMA /SECRECIONES / REACCION PULILAR POSIT/NEGAT/OBS:						
CRANEO	FONTANELAS POSTERIOR /ANTERIOR/ OBS:						
NARIZ	PERMEABLE/SECRECIONES/ALT. TABIQUE/OTRO:						
BOCA	NORMAL/SIALORREA/LABIO LEPORINO/CANDIDIASIS/AFTAS DENTICION: PALADAR: /OBS:						
CUELLO	PALPACION:						
OIDOS	OEA: SI/NO/NORMA/ANORMAL/OBS:						
SIST.EXCRETOR	DIURESIS: /DEPOSICIONES: /RITMO:						
SIST. CARDIOVASC.	PULSOS: RUIDOS CARDIACOS: FC: RITMO: OBS:						
SIST. LOCOMOTOR	TONO: /MOVILIDAD: PIES: COLUMNA:NORM/CIFOSIS/LORDOSIS/ESCOLIOSIS SIGNO ORTOLANI: /BARLOW: /NELATON: /OBS:						
SIST. NERVIOSO	CONCIENCIA:ALERTA/VIGIL/CALMA/IRRITABLE/NO RESP AL ESTIMULO/ OBS:						
SIST. RESP	LIMPIO/ SECREC/SIBILANC/RONCUS/HIPOVENT/TIRAJE/ALETEO/OBS:						
ABDOMEN	NORMAL/ HERNIA/TUMORACION/CORDON/OBS:						
GENITALES	OBS:						

ANEXO IV

Lactancia Materna



La OMS recomienda a todas las madres la lactancia materna *exclusiva* durante los primeros 6 meses, con el fin de ofrecer a sus hijos un crecimiento, desarrollo y salud óptimo. Posteriormente, hasta los 2 años o más, los niños deben seguir con la lactancia materna, complementada con otros alimentos.

CONSULTORIO DE ENFERMERÍA
CAPS N° 2
UNNOBIA

RECOMENDACIONES ANTE:

- **Quemaduras:** enfriar la zona con agua fría, cubrir con una toalla húmeda y acudir al centro medico. **No** colocar pomadas, pasta dental, ni despegar la ropa de la piel o romper las ampollas.
- **Intoxicación por ingestión de productos domésticos o medicamentos:** identifique el producto y acuda a la guardia. **NO** provocar el vomito, ni darle agua o leche.
- **Caídas y golpes:** colocar frio y observar al niño. Si comienza con vómitos, sueño y dificultad para caminar o moverse; acudir a la guardia.
- **Sangrado nasal:** colocar al niño sentado y presionar la nariz con el dedo índice y pulgar, no extender la cabeza hacia atrás.
- **Atragantamiento:** si el niño respira bien pero tose, o le cuesta respirar acuda a la guardia.
- Si observa que la respiración esta interrumpida, asista de manera **Urgente** al centro de salud mas cercano y comience maniobra de Heimlich



Colocar al bebe boca abajo sobre el antebrazo, y darle 5 golpes fuertes y rápidos en la espalda con el talón de la mano

NÚMERO DE EMERGENCIAS 107

PREVENCIÓN DE ACCIDENTES DOMESTICOS

Niños menores de 6 meses

CONSULTORIO DE ENFERMERÍA
CAPS N°2
UNNOBA

Recomendaciones niños de 6 a 12 meses

• Golpes y caídas

- Proteger con barreras las escaleras y asegurarse de dejarlas siempre cerradas.
- No poner debajo de las ventanas sillas, sofás, mesas o cualquier elemento al que el niño pueda subir.
- Prevenir los accidentes por inmersión en el agua. No hay que dejar al niño solo en la bañera y se deben usar elementos antideslizantes.



• Quemaduras

- Evitar la presencia del niño en la cocina cuando se está cocinando.
- No dejar que los mangos de las sartenes u otros utensilios sobresalgan del borde de la cocina.
- Tener mucho cuidado cuando se transporten líquidos calientes por la casa; y en la mesa, evitar que el niño pueda tirar del mantel.
- En la bañera, asegure la temperatura del agua antes de sumergir al niño.



- Impedir que se acerquen a la plancha, las estufas, los radiadores.
- Tapar o colocar enchufes de seguridad en las tomas de corriente, evitar que el niño juegue con cables, enchufes y aparatos eléctricos.



- Prevenir las quemaduras solares, utilizando crema protectora, evitando la exposición en las horas centrales del día.



• Atragantamiento

- Utilizar juguetes adecuados a su edad, con bordes redondeados y blandos, sin pieza pequeñas o elementos que puedan desprenderse.
- No darles de comer frutos secos (pipas, maíz tostado, avellanas, etc.) ni alimentos con hueso como aceitunas, cerezas; son la primera causa de atragantamiento en los niños.
- Se debe tener mucho cuidado con los globos y los trozos de globo, no deben llevarlos a la boca porque pueden obstruir la vía respiratoria.



• Intoxicaciones

- Evitar dormir con dispositivos como estufas o braseros encendidos.
- No dejar al alcance de los niños: productos de limpieza, medicamentos o cualquier producto que pueda ingerir por accidente.
- No almacenar ni remplazar el envase de productos de limpieza o venenos en botellas o frascos de uso común.



• Lesiones por accidentes de tránsito

- Durante los trayectos en automóvil, se deben usar los sistemas de retención infantil (SRI) homologados en relación con su peso y talla. El bebé va sujeto mediante arneses. Debe colocarse en el asiento trasero, siempre en sentido contrario a la marcha.



ANEXO VI



CALENDARIO NACIONAL DE VACUNACIÓN

El Estado Nacional garantiza **VACUNAS GRATUITAS** en centros de salud y hospitales públicos de todo el país

Vacunas Edad	EXCLUSIVO ZONAS DE RIESGO															Fiebre Amarilla	Fiebre Hemorrágica Argentina
	BCG (1)	Hepatitis B	Neumococo Conjugada 13 valente (2)	Quíntuple o Pentavalente (3)	IPV (4)	Rotavirus	Meningococo ACYW	Antigripal	Hepatitis A	Triple Viral (5)	Varicela	Triple Bacteriana Celular (6)	Triple Bacteriana Acelular (7)	Virus Papiloma Humano	Doble Bacteriana (8)		
Recién nacido	única dosis (A)	dosis neonatal (B)															
2 meses			1º dosis	1º dosis	1º dosis	1º dosis (D)											
3 meses							1º dosis										
4 meses			2º dosis	2º dosis	2º dosis	2º dosis (E)											
5 meses							2º dosis										
6 meses				3º dosis	3º dosis												
12 meses			refuerzo						única dosis	1º dosis							
15 meses							refuerzo				1º dosis						
15-18 meses				1º refuerzo													
18 meses																1º dosis (N)	
24 meses																	
5 años (ingreso escolar)					1º refuerzo					2º dosis	2º dosis	2º refuerzo					
11 años							única dosis						refuerzo	2 dosis (M)		refuerzo (O)	
A partir de los 15 años																	
Adultos		iniciar o completar esquema (C)	Esquema secuencial												refuerzo cada 10 años	única dosis (P)	única dosis (P)
Embarazadas								una dosis (H)					una dosis (K)				
Puerperio								una dosis (I)									
Personal de salud								dosis anual					una dosis (L)				

(1) Previene la tuberculosis.

(2) Previene meningitis, neumonía y sepsis por neumococo.

(3) DTaP-Hib-1: previene Difteria, Tétanos, Tos Convulsiva, Hepatitis B, Haemophilus Influenzae b.

(4) Vacuna antipoliomielítica inactivada tipo Salk.

(5) Previene sarampión, rubéola y paperas.

(6) DTaP previene difteria, tétanos y tos convulsiva.

(7) DTaP previene difteria, tétanos y tos convulsiva.

(8) DT previene difteria y tétanos.

(A) Antes de egresar de la maternidad.

(B) En los primeros 12 horas de vida.

(C) Vacunación Universal. Si no hubiera recibido el esquema completo, deberá completarlo. En caso de tener que iniciar: aplicar 1ª dosis, 2ª dosis al mes de la primera y 3ª dosis a los seis meses de la primera.

(D) La 1ª dosis debe administrarse antes de las catorce semanas y seis días o tres meses y medio de vida.

(E) La 2ª dosis debe administrarse antes de las veinticuatro semanas o los seis meses de vida.

(F) Deberán recibir en la primovacunación 2 dosis de la vacuna separadas al menos por cuatro semanas.

(G) Recomendada a personas con factores de riesgo y adultos de 65 años o más.

(H) Si no hubiera recibido dos dosis de triple viral o una dosis de triple viral + 1 dosis de doble viral, después del año de vida para los nacidos después de 1965.

(I) Aplicar 1ª dosis en cada embarazo independientemente del tiempo transcurrido desde la dosis previa. Aplicar a partir de la semana 20 de gestación.

(J) Personal de salud que asista menores de 12 meses. Revacunar cada 5 años.

(K) Varones y mujeres deben recibir 2 dosis separadas por un intervalo mínimo de 6 meses.

(L) Residentes en zonas de riesgo.

(M) Residentes en zona de riesgo, único refuerzo a los diez años de la primera dosis.

(N) Residentes y/o trabajadores con riesgo ocupacional en zona de riesgo y que no hayan recibido anteriormente la vacuna.

0-800-222-1002
argentina.gob.ar/salud/vacunas



**Ministerio de Salud
Argentina**