

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE NIÑOS
MENORES DE 36 MESES CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN EL
ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-3 KM 50, CHULUCANAS-PIURA,
2015 – 2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

LISSET DEL PILAR QUESQUÉN BOZA

**Callao, 2018
PERÚ**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	17
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	19
3.1 Recolección de Datos	19
3.2 Experiencia Profesional	19
3.3 Procesos Realizados del Informe	20
IV. RESULTADOS	23
V. CONCLUSIONES	26
VI. RECOMENDACIONES	27
VII. REFERENCIALES	28
ANEXOS	31

INTRODUCCIÓN

El presente Informe profesional tiene como finalidad presentar las Intervenciones de la enfermera en la atención de los niños menores de 36 meses con desnutrición crónica en el establecimiento de salud I 3 KM 50. La desnutrición sigue siendo una de las principales amenazas para la supervivencia, la salud, el crecimiento y el desarrollo de las capacidades de millones de niños, así como para el progreso de sus países. La base del desarrollo humano implica tener cubiertas las necesidades básicas para sobrevivir, como se indica en la pirámide de la Teoría de la Motivación, de Maslow (1).

Es por ello que en el presente informe se relata mi experiencia a lo largo de estos años la cual vengo trabajando en este establecimiento, de que manera se viene trabajando con los niños que tienen desnutrición crónica en el control de crecimiento y desarrollo.

Es de singular importancia realizar el control de crecimiento y desarrollo de los niños con la finalidad de mejorar su desarrollo integral a través de la detección precoz de riesgos, para su atención oportuna, así como promover prácticas adecuadas de cuidado y alimentación.

Espero que este documento sirva de referencia de la práctica de cuidado a otros profesionales especialistas en el área de salud pública.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: considera la presentación de la experiencia profesional, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las recomendaciones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Son muchos los factores que provocan que la desnutrición siga siendo una amenaza para la supervivencia y el desarrollo de cientos de millones de personas: la falta de una atención suficiente, el hecho de que con frecuencia resulte invisible, el alza en el precio de los alimentos básicos, los conflictos que originan desplazamientos masivos de población, la sequía, la ausencia de un enfoque de equidad y el círculo de la pobreza, entre otros (1).

Existen una serie de factores que, a nivel agregado, podrían estar asociados causalmente con la desnutrición crónica, cuya causa primaria es la insuficiente ingesta de nutrientes. Dichos factores podrían agruparse en, al menos cinco categorías: factores medioambientales, socioeconómico culturales, político institucionales, productivos y biomédicos.

En países como República Dominicana en el 2002 alcanzaron un nivel relativamente bajo de desnutrición crónica, aunque concentrada de manera desproporcionada entre los hogares de menores recursos: República Dominicana es uno de los tres países más desiguales, entre los otros países, Colombia y Nicaragua mostraron un nivel “medio” de incidencia de la desnutrición crónica, siendo en Colombia menor la desigualdad, mientras que Haití, Bolivia, Perú y Guatemala registraron los niveles más altos. Sin embargo, dentro de este último grupo existieron características diferentes, por cuanto Haití registra una menor concentración de la desnutrición que Bolivia, Guatemala y, sobre todo, que Perú (2).

La pobreza en Latinoamérica afecta a la tercera parte de población y la desnutrición a una sexta parte de la región. Aunque la

educación ha mejorado en todos los países en las dos últimas décadas, todavía necesita progresar. La tasa de desempleo es mayor para los más pobres, las mujeres y los jóvenes, y es superior también en el ámbito rural y para la población indígena. Las mujeres sufren el doble que los varones las consecuencias de las crisis alimentarias (3)

La desnutrición crónica y anemia infantil son un problema importante de salud pública, cuyas consecuencias se manifiestan a lo largo de todo el ciclo vital. El Estado peruano se caracteriza por albergar una de las mayores riquezas etno culturales del continente americano, siendo la Amazonía Peruana la región que posee la mayor diversidad de grupos indígenas del país cuyo objetivo es determinar la prevalencia de desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú con un diseño de análisis secundario de los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

La desnutrición crónica afectó al 43,0% y la anemia al 43,5% de los niños menores de 5 años de hogares indígenas. No existió una asociación estadísticamente significativa entre desnutrición crónica con el sexo ni edad del niño, ni entre la anemia y sexo del niño. Sin embargo, sí se encontró asociación entre la edad del menor y la anemia. La desnutrición crónica y anemia resultaron elevadas en niños menores de 5 años de hogares indígenas en la selva del Perú, siendo evidentes las grandes desigualdades en la situación de pobreza, servicios básicos y salud de los niños indígenas (4).

Uno de los problemas más importantes de nuestra población infantil es la desnutrición que hace susceptible a enfermedades infecciosas, eleva las estadísticas de morbilidad y mortalidad en ella y ocasiona problemas de salud y desarrollo personal en su vida futura. (5)

A nivel local la zona del Km 50 y anexos que pertenecen a la jurisdicción en el establecimiento de salud I 3 KM 50 en el año 2015: La desnutrición Crónica (21.27%), la desnutrición global (5.86 %), desnutrición aguda (2.24%).

1.2. Objetivo

Describir la Intervención de enfermería en la atención de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica en el establecimiento de salud I3 km 50, Chulucanas – Piura; 2015 – 2017

1.3. Justificación

El presente informe tiene como finalidad dar a conocer mi experiencia profesional en la atención de niños menores de 36 meses con desnutrición crónica en el establecimiento de salud en el que laboro hace 5 años a fin de dar a conocer las estrategias y favorecer las condiciones óptimas de salud y alimentación de todos los niños, para ello debemos velar en todo momento por el mejoramiento de la atención en cada etapa de vida del ser humano y contribuir al fortalecimiento e identificación de la enfermera con la profesión, teniendo en cuenta los aspectos humanísticos y profesionales, los cuales permitirán formular, diseñar e implementar un plan de mejora y evaluarlo continuamente en el marco de reconocimiento en el desempeño del profesional en el área, como también mejorar la calidad en atención y trato al paciente, así también, dejar por escrito mis aportes y limitaciones para cuando llegue una nueva colega a trabajar al establecimiento no se encuentre con las mismas limitaciones y sea beneficioso para las nuevas colegas y también contribuir a disminuir las tasas de desnutrición y morbimortalidad para poder obtener un mejor nivel de satisfacción en el programa de crecimiento y desarrollo.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Luego de haber revisado algunos antecedentes, se han encontrado algunos estudios relacionados; tenemos que:

A) Internacionales:

CARRASCO QUINTERO, María Del Refugio / ORTIZ HERNANDEZ, Luis / ROLDÁN AMARO José Antonio / CHÁVEZ VILLASANA, Adolfo “Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes de zonas rurales marginadas de México año 2016.

Cuyo objetivo es analizar la relación entre el estado nutricional medido por antropometría y el desarrollo mental, psicomotor y del lenguaje en infantes de zonas rurales marginadas de México.

Estudio transversal con 576 infantes de 7 a 26 meses de edad de cuatro localidades rurales. En los infantes estudiados se encontró retraso en el crecimiento lineal del 43,4%, más del doble del promedio nacional, lo que es reflejo de la marginación social y alimentaria que han sufrido a lo largo del tiempo, con mayor impacto de los factores externos (alimentación) que de los genéticos. En contraste, la delgadez es prácticamente inexistente (1,4%), lo cual es un indicador de desnutrición presente. Cabe señalar que una proporción considerable de la muestra presenta sobrepeso y obesidad (38,5%); ambos indicadores hablan de una inadecuada nutrición, relacionada con su nivel socioeconómico. Las niñas tuvieron mejor desarrollo psicomotor que los niños, porque la madre sobreprotege más al niño (cargándolo, impidiendo su libre movimiento) e inhibe inconscientemente su desarrollo.

Cuya conclusión es que los infantes son vulnerables a las restricciones alimentarias, que dejan secuelas en áreas básicas de su desarrollo a mediano y largo plazo. Es fundamental asegurar

que la población tenga acceso a una dieta saludable que contribuya a la prevención de alteraciones del desarrollo infantil. (6)

VELANDIA, Silvia / HODGSON, María Isabel / LE ROY, Catalina “Evaluación Nutricional en niños hospitalizados en un servicio de pediatría (Chile). 2016”. Cuyo objetivo es evaluar el estado nutricional de niños hospitalizados en el servicio de pediatría y su asociación con algunos factores.

Estudio transversal, retrospectivo en niños menores de 17 años, de ambos sexos, hospitalizados en el Servicio de Pediatría y Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile, entre noviembre de 2010 y abril de 2011.

Teniendo en cuenta que la muestra general incluyó niños hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo, con condición clínica apta para la evaluación nutricional, se evaluó por separado este grupo. En 63 pacientes 39 niños (62%) eran eutróficos (buen estado nutricional), 4 (6,4%) en riesgo de desnutrición, 2 (3,0%) con desnutrición, 11 (17,4%) con sobrepeso y 7 (11%) con obesidad. No hubo diferencias significativas entre este grupo y la muestra total.

En conclusión, la evaluación nutricional de los pacientes al ingreso de la hospitalización es fundamental y esencial en la detección temprana de niños en desnutrición, a riesgo y en exceso de peso que permita su oportuno tratamiento y seguimiento. (7)

GARCÍA CRUZ, A / FIGUEROA JUAREZ,J / OSORIO CIRO,J / RODRIGUEZ CHAVARRO,N / GALLO VILLEGAS,J “Asociación entre el estado nutricional y las capacidades físicas en niños de 6 a 18 años de Medellín (Colombia)” 2014. Cuyo objetivo evaluar la asociación entre el estado nutricional y las capacidades físicas.

Estudio transversal que incluyó 12.872 niños, con edades entre 6 y 18 años, a quienes se les realizó una evaluación clínica y diferentes pruebas físicas. Entre los niños incluidos, el 66% tenían un estadio de maduración Tanner 1 y 2, el 6% presentó desnutrición y 12,2% estaban en riesgo de sobrepeso y obesidad. Los niños con obesidad presentaron una disminución en la potencia aeróbica, fuerza explosiva, agilidad, resistencia a la fuerza y equilibrio. Los niños con desnutrición presentaron disminución en la velocidad, fuerza explosiva y resistencia a la fuerza.

En conclusión, se observó una asociación entre el estado nutricional y las capacidades físicas. Los niños con obesidad presentaron los peores resultados en las pruebas físicas, mientras que aquellos con desnutrición tuvieron una disminución en la velocidad, en la fuerza explosiva y en la resistencia a la fuerza. (8)

B) Nacionales:

CÓRDOVA BERRÚ, Lizbeth / FLORES-RODRÍGUEZ, Néstor
“Efecto de una intervención educativa en el conocimiento de madres y estado nutricional del niño utilizando productos oriundos peruanos” (Perú) 2014. Cuyo objetivo es mejorar el estado nutricional, las conductas alimentarias de los niños preescolares y los conocimientos de las madres, a partir de una intervención educativa basada en productos oriundos peruanos. Estudio de enfoque cuantitativo, diseño pre experimental, considerando un grupo de 15 niños preescolares y 15 madres, con evaluación antes y después. Los instrumentos fueron dos cuestionarios, uno para los conocimientos y otro sobre las conductas alimentarias del niño y una ficha de evaluación nutricional. La intervención educativa constó de tres sesiones de tipo taller que abordó temas sobre la quinua, kiwicha y cañihua,

incluyendo preparación de alimentos con demostraciones y replicas.

Luego de la intervención los niños mejoraron su estado nutricional, sus conductas alimentarias y se fortaleció las habilidades y conocimiento de las madres sobre alimentación saludable con productos peruanos.

En conclusión, la intervención educativa basada en productos oriundos peruanos fue efectiva al mejorar el estado nutricional y las conductas alimentarias de los niños y los conocimientos de las madres. (9)

TARQUI MAMANI, Carolina / ALVAREZ DONGO, Doris / ROSALES PIMENTEL, Silvia / ESPINOZA ORIUNDO, Paula “Ingesta de nutrientes y estado nutricional de niños peruanos entre 6 a 35 meses”. 2017. Cuyo objetivo es determinar la ingesta de nutrientes y estado nutricional de niños peruanos.

Estudio transversal que incluyó 1296 niños entre 6 a 35 meses. El muestreo fue probabilístico, estratificado. La ingesta de nutrientes se calculó por recordatorio de 24 h. Se consideró porcentaje de ingesta muy deficiente (<70%), deficiente (≥ 70 a <90) y adecuada ($\geq 90\%$ a <110%), y excesiva ($\geq 110\%$). La ingesta adecuada fueron: 15,2% de energía, 2,4% proteína total, 15,3% grasa 6,9% hierro, 5,8% vitamina A y 11,1% zinc

En conclusión, existen diferencias significativas entre la ingesta de nutrientes y el estado nutricional del niño, excepto en hierro. (10)

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Desnutrición:

a) Definición: Significa que el cuerpo de una persona no está obteniendo los nutrientes suficientes. Esta condición puede resultar del consumo de una dieta inadecuada o mal

balanceada, por trastornos digestivos, problemas de absorción u otras condiciones médicas

La desnutrición es la enfermedad provocada por el insuficiente aporte de combustibles (hidratos de carbono - grasas) y proteínas. Según la UNICEF, la desnutrición es la principal causa de muerte de lactantes y niños pequeños en países en desarrollo. La prevención es una prioridad de la Organización Mundial de la Salud. (11)

b) Causas:

- Disminución de la ingesta dietética.
- Malabsorción.
- Aumento de los requerimientos, como ocurre por ejemplo en los lactantes prematuros, en infecciones, traumatismo importante o cirugía.
- Psicológica; por ejemplo, depresión o anorexia nerviosa.

La desnutrición se puede presentar debido a la carencia de una sola vitamina en la dieta o debido a que la persona no está recibiendo suficiente alimento. La inanición es una forma de desnutrición. La desnutrición también puede ocurrir cuando se consumen los nutrientes adecuadamente en la dieta, pero uno o más de estos nutrientes no son digeridos o absorbidos apropiadamente.

La desnutrición puede ser lo suficientemente leve como para no presentar síntomas o tan grave que el daño ocasionado sea irreversible, a pesar de que se pueda mantener a la persona con vida.

A nivel mundial, especialmente entre los niños que no pueden defenderse por sí solos, la desnutrición continúa siendo un problema significativo. La pobreza, los desastres naturales, los

problemas políticos y la guerra en países como Biafra, Somalia, Ruanda, Iraq y muchos otros más han demostrado que la desnutrición y el hambre no son elementos extraños a este mundo. (11)

c) Clasificación clínica

Se manifiesta en 3 enfermedades:

- Marasmo: Déficit de proteínas y energía
- Kwashiorkor: Sólo falta de proteínas, aporte energético adecuado
- Kwashiorkor marásmico: mixta

Características del Marasmo:

- Apariencia muy delgada
- Debilitamiento muscular evidente y pérdida de grasa corporal
- Habitualmente se manifiesta en menores de 18 meses de edad
- Piel arrugada, caída del cabello, apatía
- Sin edemas

Características del Kwashiorkor :

- Edema: "esconde" la importante emaciación de los tejidos subyacentes
- Habitualmente se da entre los 2-4 años de edad
- Descamación de la piel
- Despigmentación del cabello
- Abdomen distendido

d) Síntomas

Los síntomas varían de acuerdo con cada trastorno específico relacionado con la desnutrición. Sin embargo, entre los síntomas generales se pueden mencionar: fatiga, mareo, pérdida de peso y disminución de la respuesta inmune. (11)

e) Signos y exámenes

Los exámenes dependen del trastorno específico y en la mayoría de las intervenciones se incluye una evaluación nutricional y un análisis de sangre. (11)

f) Tratamiento

Generalmente, el tratamiento consiste en la reposición de los nutrientes que faltan, tratar los síntomas en la medida de lo necesario y cualquier condición médica subyacente. (11)

g) Expectativas (pronóstico)

El pronóstico depende de la causa de la desnutrición. La mayoría de las deficiencias nutricionales se pueden corregir; sin embargo, si la causa es una condición médica, hay que tratar dicha condición con el fin de contrarrestar la deficiencia nutricional. (11)

h) Complicaciones

Si la desnutrición no se trata, puede ocasionar discapacidad mental y física, enfermedades y posiblemente la muerte. (11)

2.2.2. Teorías de Enfermería

Teoría Del Autocuidado: Dorothea Orem

En su teoría del autocuidado la enfermería desde sus inicios se ha considerado como un producto social vinculado al arte de cuidar, por lo que responde a la necesidad de ayudar a las personas, cuando estas no tienen capacidad suficiente para proporcionarse a sí misma o a las personas, que dependen de ellas, la calidad y cantidad de cuidados para mantener la vida, identificando

necesidades reales y/o potenciales de la persona y familia generando autonomía o dependencia como consecuencia de las actividades que asuma el enfermero.

El concepto básico desarrollado por Orem del autocuidado se define como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma. (12)

Orem define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

1. Teoría del Autocuidado: Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiéndolos por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado:

- Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

- Requisitos de autocuidado de desviación de la salud, que surgen o están vinculados a los estados de salud. (13)

2. Teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera. (13)

3. Teoría de los sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la

individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados, y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que Dorothea Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

1. Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
2. Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
3. Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
4. Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
5. Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar. (13)

2.2.3. **Teoría Interculturalidad: Madeleine Leininger**

Define la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura. Leininger desarrolla su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de

culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales. (14)

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y práctica de enfermeras.

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces. (15)

- **Enfermería Transcultural:** Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural. (15)

- **Enfermería Intercultural:** Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación. (15)

2.3. Definición de Términos

A fin de facilitar la comprensión de algunos términos utilizados en el presente estudio, se plantean las siguientes definiciones:

- a) Intervenciones:** Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que, en el proceso de atención de enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los resultados previamente establecidos. (16)

- b) Intervenciones de enfermería:** Se define como una Intervención Enfermera a todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. (16)

- c) Desnutrición:** Se define desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo. La desnutrición puede ser causada por la mala ingestión o absorción de nutrientes, también por una dieta inapropiada como hipocalórica o hipoproteica. (17)
- d) Desnutrición Infantil:** La desnutrición infantil se refiere a tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, como tener una estatura inferior a lo que corresponde a la misma, como consecuencia de un retraso en el crecimiento. (18)
- e) Enfermera:** Es el profesional formado por una institución universitaria, posee el título de licenciada en enfermería a nombre de la nación, registrada en el colegio de enfermeros del Perú, reconocido cuyo rol principal es el cuidado del paciente hospitalizado. (19)
- f) Los cuidados de Enfermería:** Se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo, acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. (13)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Se solicita información a la oficina de Estadística del Establecimiento de Salud I-3 km 50. Así mismo se solicitó a la Oficina de Informática y Estadística de la Sub región Morropón Huancabamba los índices de desnutrición de los años 2015, 2016 y 2017 de los niños menores de 3 años, por años calendario.

3.2. Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional en control de Crecimiento y desarrollo en la atención integral del niño y atención de niños con desnutrición crónica se inició en el año 2010, cuando realice mi SERUMS en el Centro de Salud I 1 San Lorenzo de la Micro Red de Chalaco de la Sub Región Morropón Huancabamba, trabajando en la atención primaria, promoción y prevención de enfermedades en general de los niños y familias , en donde la población posee un grado de instrucción de a veces hasta de primaria incompleta, presentando un nivel medio bajo de conocimiento sobre la desnutrición crónica y control de crecimiento y desarrollo de sus niños, pero a pesar de eso cumplían llevando a sus niños a sus controles según cita.

Posteriormente en el año 2011 empecé a laborar en el establecimiento de salud I 4 Salitral del Clas salitral bajo la modalidad de contratación CAS, donde trabaje en el área de crecimiento y desarrollo y al mismo tiempo como era un centro de salud I4 también atendíamos emergencias en donde si era necesario el paciente tenía que permanecer en el centro de salud para tenerlo en observación y colocarle su tratamiento respectivo, también se atendían partos en donde realizaba la atención inmediata al recién nacido.

En el año 2012 postule a un nuevo concurso Cas de la sub Región Morropón Huancabamba en donde gane una plaza en el establecimiento de salud I 3 Km 50 del Clas km 50, ubicado a 20 minutos del distrito de Chulucanas de la provincia de Morropón trabajando en el área de articulado nutricional y llevando la encargatura de coordinadora del Clas del Km 50 hasta la actualidad, realizando diversas actividades en el área asistencial como control de crecimiento y desarrollo, vacunas, realización de sesiones demostrativas a madres de niños menores de 36 meses para prevenir la desnutrición crónica y anemia; y en el área administrativa realización de informes de vacunas y Cred, control de calidad del His de las atenciones de enfermería del área de niño.

En el año 2016 obtuve el nombramiento en el establecimiento de salud I 3 Km 50 en donde sigo teniendo la oportunidad de ser la coordinadora de articulado nutricional del Clas del Km 50

3.3. Procesos realizados en el tema de informe

En la planificación para el año se elabora e implementa el plan anual de actividades que nos permita en el control de crecimiento y desarrollo captar a los niños menores de 36 meses con desnutrición crónica, para poder realizar el seguimiento oportuno; con el propósito de cumplir con eficiencia lo planificado.

En la organización se conforma el equipo multidisciplinario con el personal del establecimiento y a su vez se conforman equipos de apoyo con los agentes comunitarios y madres líderes para que nos ayuden a realizar el seguimiento del cumplimiento de las citas correspondientes de los niños menores de 36 meses con desnutrición crónica.

En la ejecución se realiza lo siguiente:

- Sectorización con ayuda del personal del establecimiento
- Realización del padrón nominal
- suplementación de multimicronutriente y hierro para la prevención de la desnutrición y anemia en niños menores de 36 meses
- Identificación de los niños con desnutrición crónica
- Seguimiento oportuno de los niños con desnutrición crónica
- Visita domiciliaria de los niños con desnutrición crónica que no cumplieran con su cita pactada
- Sesiones demostrativas en preparación de alimentos para niños menores de 36 meses con madres o cuidadoras de los niños, citando a las madres de los niños con desnutrición y anemia; así mismo madres de niños con diagnóstico de niño sano para poder prevenir la desnutrición en ellos, utilizando la estrategia aprendo – haciendo para que las madres se den cuenta de lo fácil e importante que es preparar alimentos ricos en hierro, proteínas y grasas necesarios para nuestros niños según la edad, trabajando con productos de la zona, enseñando de esta manera la preparación correcta del micronutriente en los alimentos del niño.
- Sesiones educativas y demostrativas de lavado de manos para poder prevenir parasitosis, IRAS y EDAS en nuestros niños y así poder prevenir y disminuir la desnutrición crónica en los niños
- Capacitación continua al personal de salud en antropometría, sesiones de preparación de alimentos en niños menores de 3 años y lavado de manos
- Implementación de una nueva estrategia “Plumpy Nut” gracias a la ayuda de UNICEF (Fondo de las naciones unidas para la infancia) para disminuir la desnutrición en nuestros niños que

consiste en dar un sachet de plumpy nut todos los días durante 1 mes, en el cual se le citaba de manera semanal a la mama con el niño para hacer un control del peso y entrega del sachet para su consumo semanal

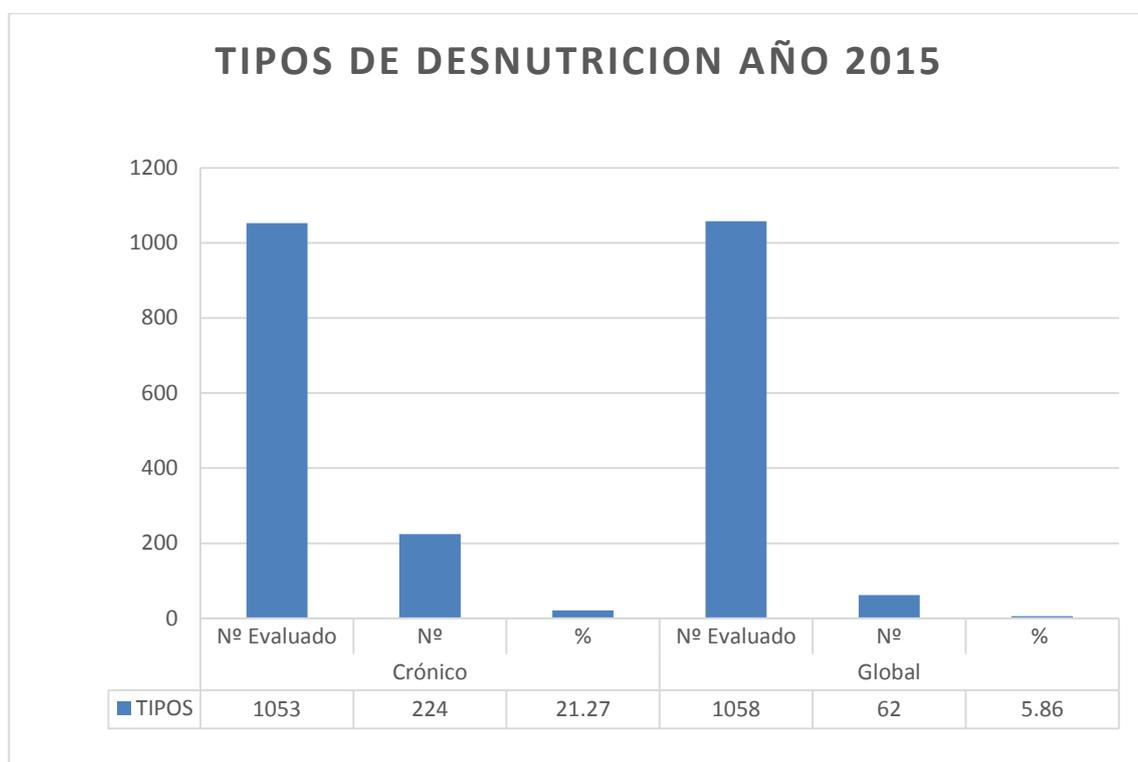
El monitoreo y supervisión se realiza a través de la evaluación mensual de los niños con desnutrición crónica y el análisis de la información mensual del porcentaje de niños con desnutrición

IV. RESULTADOS

Con el presente informe se pretende disminuir la desnutrición en niños menores de 36 meses con una adecuada atención

CUADRO 4.1
PORCENTAJE SEGÚN TIPOS DE DESNUTRICION DEL EE.SS I 3 KM
50 AÑO 2015

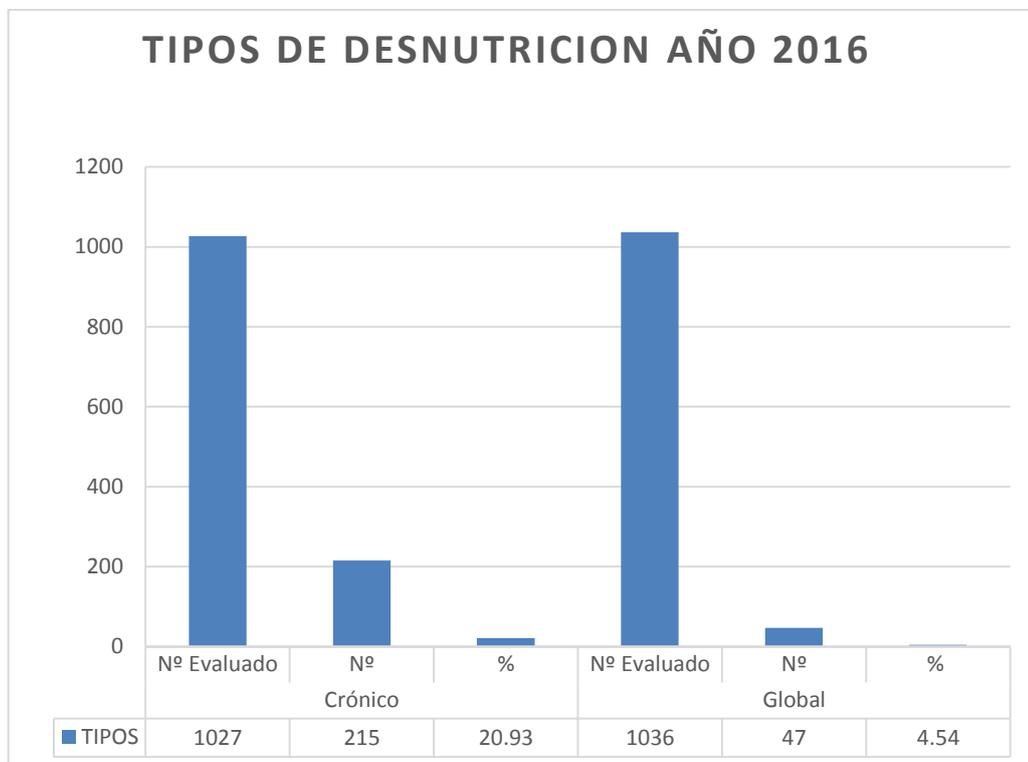
Crónico			Global		
Nº Evaluado	Nº	%	Nº Evaluado	Nº	%
1053	224	21.27	1058	62	5.86



En el año 2015 como vemos en el cuadro la desnutrición crónica llegó a un 21.27%, la desnutrición Global a un 5.86 %

CUADRO 4.2
PORCENTAJE SEGÚN TIPOS DE DESNUTRICION DEL EE.SS KM 50
AÑO 2016

Crónico			Global		
Nº Evaluado	Nº	%	Nº Evaluado	Nº	%
1027	215	20.93	1036	47	4.54



En el año 2016 como se observa en el cuadro la desnutrición crónica disminuyó a un 20.93%, la desnutrición global disminuyó a un 4.54%

CUADRO 4.3
PORCENTAJE SEGÚN TIPOS DE DESNUTRICION DEL EE.SS KM 50
AÑO 2017

Crónico			Global		
Nº Evaluado	Nº	%	Nº Evaluado	Nº	%
1198	225	18.8	1210	47	3.88



Y en el año 2017 vemos que la desnutrición crónica disminuyó a un 18.8 %, y la desnutrición global disminuyó en un 3.88 %

V. CONCLUSIONES

- a) Que con la introducción de la estrategia de plumpy nut no tuvimos los resultados que esperábamos, ya que los niños no la consumían como nosotros lo hubiésemos querido
- b) Se reflejan en nuestros cuadros que disminuyó la desnutrición crónica (talla para la edad) parcialmente durante los años 2016 y 2017 con respecto a la desnutrición crónica que teníamos en el año 2015; de igual manera que disminuyó la desnutrición global respectivamente.
- c) Recomendar al profesional de enfermería eduque a las madres o cuidadoras de niños menores de 36 meses de la importancia de la ingesta adecuada de alimentos en nuestros niños para disminuir la desnutrición ya que contribuirá a una mejor calidad de vida presente y futura de estos niños.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales: Se debe buscar siempre la satisfacción del usuario en cuanto a la calidad del servicio dentro del marco de nuestras posibilidades y mediante la gerencia de nuestros servicios, buscando estrategias de mejora, pues el cuidado de la salud es la razón de nuestra profesión
- b) Actualizar permanentemente los conocimientos y destrezas en el cuidado de la salud de nuestros usuarios en todas las etapas de vida, para realizar una atención de calidad con la satisfacción del mismo y la propia al sentirnos realizados como profesionales
- c) A la institución: Realizar estudios de nivel de satisfacción en busca de mejora de la calidad de los servicios de salud
- d) Al servicio: Se debe seguir en la búsqueda de la calidad de la atención y en la mejora del servicio a través de la elaboración de estrategias orientadas a reflexionar y capacitar al personal de enfermería, sobre el trato y/o satisfacción al usuario, para que pueda contribuir a mejorar la calidad de atención que brinda a la madre y niño en el servicio.

VII. REFERENCIALES

- 1) Wisbaum W. La desnutrición infantil. Madrid: UNICEEF España. 2011
- 2) Paraje G. Evolución de la desnutrición crónica infantil y su distribución socioeconómica en siete países de América Latina y el Caribe: Naciones Unida. Santiago de Chile. 2018
- 3) JIMENEZ B. D. Análisis de determinantes sociales de la desnutrición en Latinoamérica. NUTRICIÓN HOSPITALARIA. [En línea]. 2010. [5 de enero de 2018]; N° 3 URL disponible en: Scielo.isciii.es
- 4) FLORES B. J. Desnutrición crónica y anemia en niños menores de 5 años de hogares indígenas del Perú – Análisis de la encuesta demográfica y salud familiar 2013. ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA. [En línea]. 2015. [5 de enero de 2018]; N° 2 URL disponible en: www.scielo.org.pe
- 5) Lineamientos de Gestión de la estrategia sanitaria de Alimentación y Nutrición saludable [base de datos en línea]. Perú: Deposito legal biblioteca Nacional del Perú; 2011. [5 de enero de 2018]; URL disponible en: <https://www.minsa.gob.pe>
- 6) CARRASCO Q.M. Desnutrición y desarrollo cognitivo en infantes de zonas rurales marginales de México. GACETA SANITARIA. [En

- línea]. 2016. [6 de enero de 2018]; N° 4 URL disponible en:
scielo.isciii.es
- 7) VELANDIA. SILVIA, Evaluación Nutricional en niños hospitalizados en un servicio de pediatría. Revista Chilena de Pediatría. 2016; 87(5): 359 – 365
 - 8) GARCIA CRUZ A, Asociación entre el estado Nutricional y las capacidades físicas en niños de 6 a 18 años de Medellín(Colombia). Análisis de Pediatría 2014, 81 (6): 343 – 351
 - 9) Córdova B. L. Efecto de una intervención educativa en el conocimiento de madres y estado nutricional del niño utilizando productos oriundos peruanos. CUIDADO Y SALUD. [En línea].2014. [6 de enero de 2018]; N° 1 URL disponible en:
<http://eeplt.edu.pe>
 - 10) TARQUI MAMANI C, Ingesta de nutrientes y estado nutricional de niños peruanos entre 6 a 35 meses. Nutrición clínica y Dietética Hospitalaria. 2017; 37 (1): 156 – 164
 - 11) Desnutrición [base de datos en línea]. Perú: Monografías; 2012 [7 de enero de 2018]URL disponible en: <http://www.monografias.com>
 - 12) PRADO SOLAR L A, La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para la calidad de atención. Revista Médica Electrónica 2014; 36 (6): 1684 – 1824

- 13) El cuidado Dorothea Orem [base de datos en línea]. Fundamentos UNS [8 de enero de 2018]URL disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe>
- 14) Manrique Maigualida. Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y la Universalidad [Tesis Maestral]. Valencia: Universidad de Carabobo; 2003
- 15) El cuidado Madeleine Leininger [base de datos en línea]. Fundamentos UNS [8 de enero de 2018]URL disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe>
- 16) <https://enfermeriaactual.com>
- 17) <https://es.wikipedia.org>
- 18) CANCELA María, Que es la desnutrición infantil: tratamientos, causas y consecuencias. INNATIA. [En línea] [25 de enero de 2018]; URL disponible en: <http://www.innatia.com>
- 19) Zavala Lizaraso G. I. Nivel de satisfacción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis para optar el título de licenciada]. Lima: Universidad Nacional Mayor de san Marcos; 2009

ANEXOS

SESIÓN DEMOSTRATIVA DE LAVADO DE MANOS



Fuente: Elaboración Propia

SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS NUTRITIVOS



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia



Fuente: Elaboración Propia

ATENCIÓN DE CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO



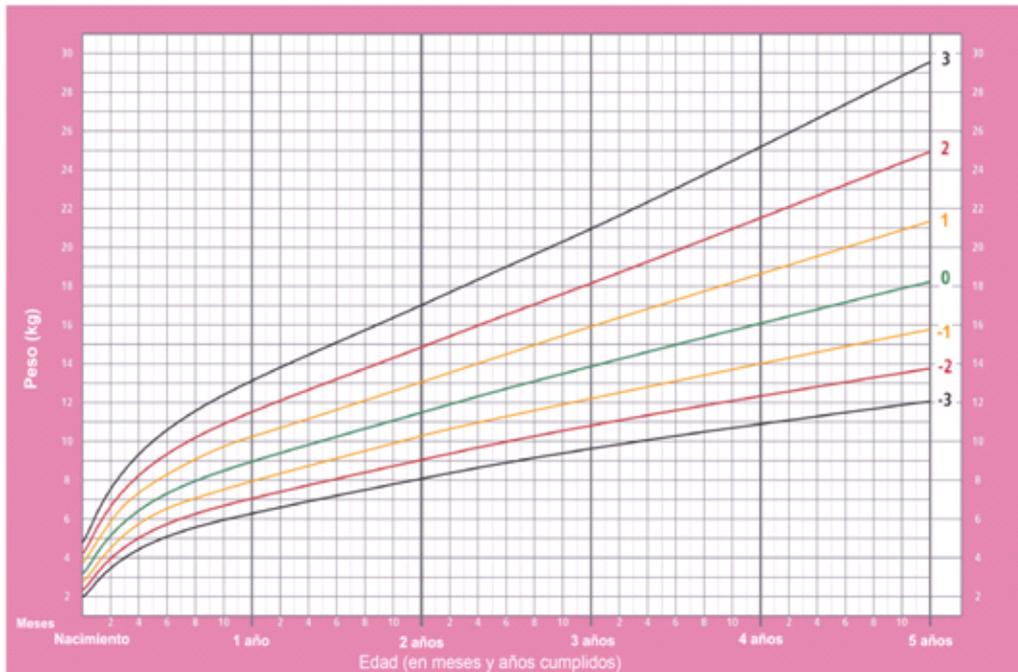
Fuente: Elaboración Propia

GRÁFICOS PARA EVALUACIÓN NUTRICIONAL DEL NIÑO Y LA NIÑA

D.3. Peso para la edad en niñas de 0 a 5 años.

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)

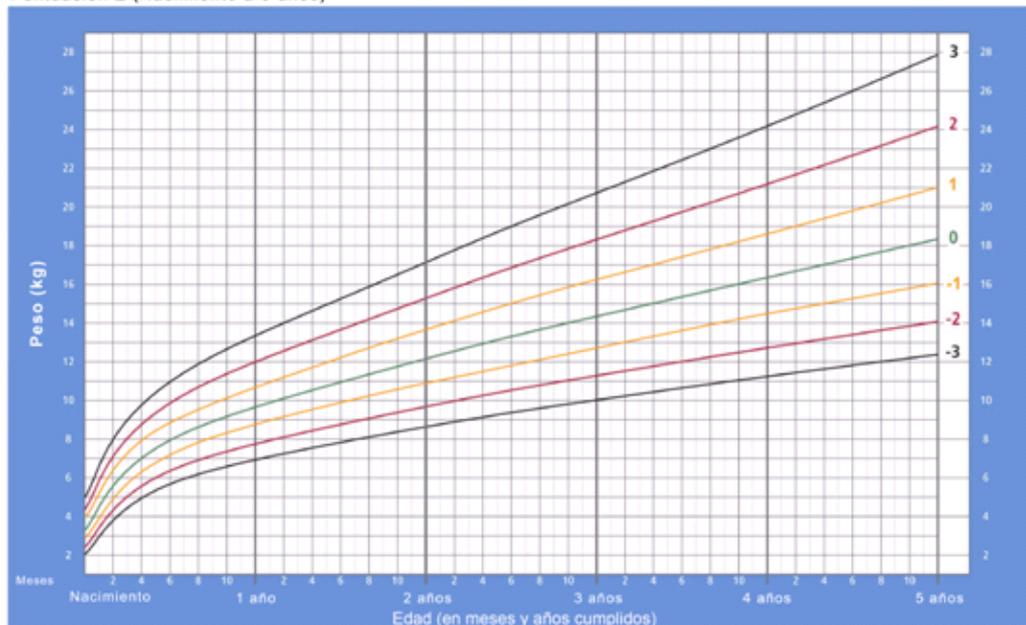


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

D.4. Peso para la edad en niños de 0 a 5 años.

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS