

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERA EN LA DISMINUCIÓN DE LA
DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL
CENTRO DE SALUD CLAS WANCHAQ CUSCO 2015-2017**

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

SONIA ALVAREZ CHAVEZ

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ MORALES | PRESIDENTA |
| ➤ MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES | SECRETARIO |
| ➤ MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA | VOCAL |

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 204

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 906 -2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	34
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	37
3.1 Recolección de Datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
IV. RESULTADOS	44
V. CONCLUSIONES	46
VI. RECOMENDACIONES	47
VII. REFERENCIALES	48
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional describe las intervenciones de enfermería que realiza la enfermera para lograr la disminución de la desnutrición y anemia de niños menores de 3 años en el distrito en el centro de salud de CLAS Ttio Wanchaq de la provincia y departamento de Cusco

En el plan de intervención de la desnutrición crónica y anemia con el apoyo del CLAS, se ha planteado diversas actividades, siendo el objetivo principal la disminución de la desnutrición crónica y anemia en niños menores de 3 años.

El presente trabajo consta de mi experiencia en la que tuve muchas limitaciones con respecto al presupuesto económico, personal de salud, escasa disponibilidad de tiempo para las visitas y monitoreo, poca participación de la autoridad local, la pobreza de las familias falta de conocimiento del valor nutritivo de los alimentos, el hacinamiento, la inasistencia al centro de salud para el seguimiento del estado nutricional del niño.

Dentro de las actividades desarrolladas se encontró un alto índice de niños con desnutrición crónica. Por lo que se requiere el trabajo articulado con la municipalidad, agricultura, educación, ONGs, usuario, personal de salud y el estado que prioricen la asignación de mayor presupuesto para la intervención en la primera infancia y se ejecute las actividades de

seguimiento en un 100% de niños menores de 3 años y madres gestantes.

El informe contiene 4 capítulos, el primer capítulo es el planteamiento del problema en donde se escribe la situación problemática, el objetivo y la justificación del trabajo.

El capítulo 2 se describe el marco teórico, el cual se presentan antecedentes de estudios relacionados con el tema, seguido por el marco conceptual donde se describe la base teórica, desnutrición, anemia y las consecuencias que repercuten en el desarrollo de la primera infancia y las actividades de la enfermera, así con la definición de términos. En el capítulo 3 describo mis experiencias como enfermera en la atención integral del niño y las actividades de intervención para disminuir la desnutrición crónica y anemia de niños menores de 3 años y en el capítulo cuatro presento los resultados de las actividades realizadas en cuadros y gráficos. Finalmente se presenta las conclusiones y recomendaciones. Esperando que esta experiencia laboral sirva de referencia y motive a los profesionales de enfermería a desarrollarse en el área.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La desnutrición infantil crónica se debe al déficit calórico proteico, pero existen otras patologías en las que hay déficit de otro tipo de nutrientes. El déficit en la dieta de micronutrientes (hierro, vitamina a, vitamina b, zinc y yodo) constituye una forma “escondida” de desnutrición y representa un grave problema para la salud pública. Para poner dos ejemplos, la deficiencia de vitamina A disminuye la capacidad de respuesta a las diferentes infecciones, puede generar ceguera y aumenta hasta en un 25 por ciento el riesgo de mortalidad materna e infantil, y la falta de yodo es la principal causa de retardo mental y aminora el coeficiente intelectual en aproximadamente diez puntos (1).

Según la OMS se calcula que, en 2016, 155 millones de niños menores de 5 años presentaban retraso del crecimiento, mientras que 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos. Alrededor del 45% de las muertes de menores de 5 años tienen que ver con la desnutrición. En su mayoría se registran en los países de ingresos bajos y medianos.

Uno de los principales males sociales en el Perú es la desnutrición crónica, que aún afecta a un importante porcentaje de los niños menores de 5 años. La desnutrición infantil tiene secuelas irreversibles: baja talla para la edad; limitación de las capacidades físicas, emocionales o

intelectuales, entre otras. A largo plazo, inhibe el desarrollo cognitivo y físico de las niñas y los niños afectando el desempeño escolar, la capacidad de trabajo, y ocasiona costos y pérdidas económicas a la familia, la sociedad y el país convirtiéndose en un problema serio para el desarrollo socioeconómico.

En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013, la desnutrición crónica afectaba al 18.5% de los niños menores de 5 años del país, dejando importantes secuelas para el resto de sus vidas. La desnutrición está fuertemente relacionada con la pobreza. Por ello, más que un indicador de salud es un indicador de desarrollo del país. La DCI es un problema que afecta más a poblaciones de áreas rurales (32.3%), a regiones de sierra (28.7%) y selva (24.1%) 2. Una de las regiones que muestra una tasa por encima del promedio nacional y una de la más alta de la región selva es Ucayali (1).

En este contexto de alta prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 5 años, localizada especialmente en regiones rurales y de bajos recursos, el estado ha establecido lineamientos de política para contribuir a la reducción de esta problemática.

La disminución de la prevalencia de la desnutrición crónica y la mejora de indicadores del estado nutricional de los niños y niñas, está enmarcada en la Política Nacional desarrollada en Plan de Desarrollo Nacional del 2012 - 2021, bajo la concepción estratégico del Desarrollo Humano Sostenible

Basado en Derechos, cuyo objetivo nacional es garantizar la dignidad de las personas y pleno ejercicio de los derechos humanos a través de fomentar la Seguridad Alimentaria garantizada con énfasis en la nutrición adecuada de los infantes y las madres gestantes (2).

1.2. Objetivo

Describir la experiencia laboral en las intervenciones de enfermería en la disminución de la desnutrición crónica en niños menores de 3 años en el Centro de Salud CLAS WANCHAQ Cusco 2015 -2017.

1.3. Justificación

La buena nutrición durante la infancia y la niñez constituye el componente principal para el desarrollo del potencial humano completo de cada niño, no obstante en el Perú constituye la mala nutrición un problema de Salud pública que afecta a miles de niños, en especial a los más pobres, lo cual hace vulnerable que ocurran alteraciones en su crecimiento, deficiencias de ciertos micronutrientes y a múltiples enfermedades que los pone en riesgo de muerte; así mismo el niño con alteración en su crecimiento pasados los dos años de edad, es muy difícil revertir la falla de su crecimiento ocurrida anteriormente, así mismo las complicaciones en su desarrollo cognitivo, emocional y social.

Combatir la desnutrición implica proteger el capital humano del país y prever este recurso para su participación en la economía y el desarrollo

del país, detectando oportunamente los riesgos y realizando la intervención en los determinantes sociales y culturales en forma oportuna. El presente informe sobre la experiencia laboral en intervención de enfermería en la disminución de la desnutrición crónica da a conocer las estrategias del profesional de enfermería para mejorar los estilos de vida en las madres de niños menores de 3 años especialmente de las actividades preventivas promocionales y así prevenir a largo plazo, la desnutrición crónica.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1. Antecedentes Internacionales.

DÁVILA T, 2009, En su investigación Alimentación en niños y niñas de 0 a 3 años en Centros de Educación Inicial Sector los Cursos-Venezuela, Mérida, indica que el 38,9% de los niños no llevan la lonchera escolar; y el otro 61% si llevan lonchera y que contienen alimentos nutritivos (jugos, lácteos, harinas). Con relación a las golosinas el 44,4% de los representantes contestaron que consumían gaseosas, además de chupetes y gomas de mascar (alimentos no nutritivos). Esto evidencia, que los niños consumen las golosinas porque son de preferencia infantil; sin embargo, el consumo excesivo de éstas puede ser inadecuadas para obtener una alimentación balanceada tanto en calidad como en cantidad que beneficie su desarrollo físico y mental por su bajo nivel nutricional (3).

ASTUDILLO P. 2010, en su trabajo de investigación sobre Estado nutricional de niños(as) del centro de desarrollo infantil solidario el cebollar y capacitación a sus padres en Colombia. diciembre-junio; del 100% de niños evaluados, más de la mitad de niños (as) tiene un aporte calórico dentro del rango normal, lo que se relaciona con el 44,6% de estado nutricional normal, pero la distribución calórica no es la adecuada ya que el macronutriente de menor índice de consumo es la proteína lo que influye para la presencia de 42;37% de desnutrición en diferentes

niveles; debido al desconocimiento y las malas prácticas, que se ven reflejadas al 64% de nivel de conocimiento no adecuado y apenas 36% adecuado pre capacitación.

Por su parte, MUKURIA en el 2005, con el objetivo de analizar los Niveles de desnutrición aguda, crónica y global en niños entre 0 y 35 meses de edad de 41 países de África, Europa, Asia y América Latina, utilizando como fuente de información las ENDES del período 1994- 2001, adaptó el marco conceptual propuesto por el UNICEF y organizó cuatro conjuntos de factores (mediatos, biológicos y de comportamiento, socioeconómicos e inmediatos), asociados a la desnutrición infantil. Mukuria, indica que los factores inmediatos que llevan a la desnutrición infantil comprenden enfermedades infecciosas e inadecuada alimentación. Estos factores son reflejo de factores biológicos y comportamentales (patrón alimentario, inmunización y cuidado de la salud del niño y características de la madre y del niño); socioeconómicos (educación y actividad económica de la madre y características del hogar en cuanto a disponibilidad de fuentes de agua (3).

Para MONTE (2010), Los factores culturales también influyen en gran medida el consumo de alimentos, como los mitos, las creencias, los tabús, estos pueden interferir negativamente o positivamente en los aspectos nutricionales, siendo más comunes los perjuicios que los beneficios, por ejemplo cuando el niño nace prematuramente y tiene bajo peso al nacer esta no es una causa suficiente para predecir que el niño va a sufrir de

desnutrición lo que marca esta diferencia es que ya después de nacido tenga la adecuada lactancia materna, y después la introducción tardía de alimentos complementarios, así como también la falta de apoyo de profesionales de la salud, que en este caso son los enfermeros, para asesorar a la madre, ya que ellas muchas veces por falta de recursos financieros y/o el conocimiento acerca de la salud y la nutrición adecuada de los niños, utilizan a menudo fórmulas hiperdiluidas preparadas en condiciones antihigiénicas y con frecuencia almacenadas por mucho tiempo a temperatura ambiente (9).

Vitolo 2008: Considera que una de las causas principales de la desnutrición infantil en niños menores de 5 años es la desorganización familiar y la falta de disciplina en los alimentos.

2.1.2. Antecedentes Nacionales

CÁRDENAS, C. 2005; en su estudio Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y el estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el Centro de Salud Chancas de Andahuaylas Santa Anita en Lima, quien muestra que el 57% de lactantes evaluados tienen un peso normal de acuerdo a su talla y 43% tienen alteraciones nutricionales como obesidad, sobre peso, bajo peso, desnutrición, entre otras.

Beltrán y Seinfeld 2009, en su trabajo, Desnutrición crónica infantil en el Perú: un problema persistente, señalan que: La desnutrición infantil ha sido catalogada por la UNICEF (2006) como una emergencia silenciosa, genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la

persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura; sin embargo, ellas son solo las manifestaciones más superficiales del problema, hasta el 50% de la mortalidad infantil se origina, directa o indirectamente por un pobre estado nutricional (4).

CABEÑAS, MERCADO S, Y RUIZ N; en el estudio sobre: Nivel socioeconómico y de conocimientos de las madres sobre alimentación y su influencia en el estado nutricional del niño menor de 5 años en el Barrio Aranjuez de Trujillo, el año 2009. Concluyen que: El estado nutricional del niño menor de 5 años se ve significativamente influenciado por el nivel socioeconómico de la familia a la que pertenece, mientras más alto es el nivel socioeconómico mejor es el estado nutricional y a más bajo nivel socioeconómico la desnutrición es mayor.

ALARCÓN M, GARCÍA J, ROMERO P, CORTÉS A. En la investigación, "Prácticas alimentarias: Relación con el consumo y el estado Nutricional Infantil en niños de 5 a 27 meses el año 2008". Concluyeron que los cuidadores más frecuentes fueron las madres (88,3%) quienes tenían en promedio 28 años (rango de 17 a 46) y al menos educación básica. La mayor parte de las familias vivía en asentamientos urbanos (61,3%). La proporción de familias nucleares y extensas fue similar (53,1% y 46,9% respectivamente). Con los indicadores de longitud y peso para la edad, se clasificó a los niños según su estado nutricional, encontrando que 48,7% y 19,9% de los niños evaluados presentaron, desmedro o bajo peso según la norma.

2.1.3. Antecedentes Locales

De acuerdo a esta información, en el año 2009 de las trece provincias de Cusco la que tuvo el mayor índice de desnutrición crónica infantil era Canas, con 64.2 %. Las provincias de Acomayo y Paruro también tenían un nivel de desnutrición infantil superior al 60%; y otras dos provincias, Paucartambo y Quispicanchis, tenían a más de la mitad de sus niños con desnutrición. La provincia de Cusco tenía, para esa fecha, el menor nivel de desnutrición infantil en la región, con 20.7%. El año 2009, el promedio regional de desnutrición crónica infantil en Cusco era 38.4 por ciento (5). En el distrito de Wanchaq es del 8.4% para el año 2016.

MONTE (2010) Los niños tienen la necesidad de alimentarse con una mayor cantidad de proteínas que el resto de los miembros de la familia, el bajo contenido de energía de alimentos complementarios utilizados y administrados con frecuencia es insuficiente y esto es debido a la pobreza, desigualdad social, 14 problemas de disfunción familiar, infecciones virales, bacterianas y parasitarias que pueden producir anorexia. Todos estos factores estas provocando la desnutrición infantil (9).

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Desnutrición

Estado patológico ocasionado por la falta de ingestión o mala absorción de nutrientes. De acuerdo a la gravedad del cuadro, dicha enfermedad puede ser dividida en primer, segundo y hasta tercer grado.

Para evaluar el estado nutricional de acuerdo con el grado de déficit o la gravedad en la población infantil se utilizan indicadores antropométricos: peso para la edad, talla para la edad, peso para la talla (P/T) y en los niños mayores de seis años, adolescentes y adultos más frecuentemente la talla para la edad e índice de masa corporal (IMC) mediante curvas de crecimiento. Muy informativo es el cambio de peso en un periodo de tiempo, que permite valorar la ganancia de peso o velocidad de crecimiento en la talla.

Principales causas de la desnutrición infantil:

La desnutrición infantil es una enfermedad de origen multifactorial y compleja, puede ser de causas inmediatas, subyacentes o básicas. Figura N° 1

2.2.2.1. Causas Inmediatas

Los determinantes más próximos de la desnutrición del niño son el estado de la salud y la ingesta dietética (energía, micronutrientes, proteínas y grasas). Estos factores son interdependientes; puesto que, por un lado, un niño con inadecuada ingesta es más susceptible a enfermarse; y por el otro, las infecciones deprimen el apetito, inhiben la absorción de nutrientes en los alimentos y compiten por la energía del niño. Se tiene conocimiento que las enfermedades infecciosas tienen un impacto considerable en el crecimiento de los niños, siendo las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias (IRA) los casos más conocidos. De ello, distintos autores manifiestan una fuerte relación

que hay entre las enfermedades diarreicas agudas y la desnutrición crónica infantil, teniéndose un vínculo que funciona en ambos sentidos: mientras que los niños con repetidas infecciones diarreicas comen menos y no son capaces de absorber por completo los nutrientes de la comida, los que sufren de DCI son vulnerables a enfermar de diarrea, sobre todo cuando se exponen al material fecal de su entorno. En otras palabras, en la primera vía, se expone que las EDA afectan negativamente el estado nutricional de los niños a través de la reducción en la ingesta de alimentos, la reducción de la capacidad de absorción del intestino, el aumento del catabolismo y mediante la eliminación de nutrientes esenciales que se requieren para su crecimiento (Brown, 2003; Mahmud et al. 2016); y, en la segunda, que el deficiente estado nutricional reduce la inmunidad y debilita las barreras defensivas del cuerpo, creando una predisposición a que el niño contraiga infecciones (Denis et al. 2014).

2.2.2.3. Causas Subyacentes

Los determinantes inmediatos están influenciados por 3 causas que se manifiestan a nivel de hogar. Estas son el insuficiente acceso a los alimentos, las inadecuadas prácticas de cuidado de los niños y mujeres, y el acceso a los servicios de agua, saneamiento y salud.

En primer lugar, la seguridad alimentaria se logra cuando los miembros de la familia tienen acceso físico y económico a alimentos suficientes, que permiten tener una vida sana y activa (Banco Mundial 1986)

Esto suele ser capturado por la atención que les dan las mujeres a los niños, pues son ellas quienes en la mayoría de los casos los cuidan desde que nacen.

El cuidado, la segunda causa subyacente de la DCI, hace referencia al apoyo, la atención y el tiempo que se requiere en el hogar para lograr el bienestar social, físico y mental del niño (ICN, 1992). Este cuidado está establecido en gran medida por el control que tiene la madre en la asignación de los recursos económicos, la autonomía en la toma de decisiones, y su estado físico y mental.

Por otro lado, el tercer determinante subyacente de la DCI se basa en la disponibilidad que tienen las familias de acceder a los servicios de agua potable, saneamiento, salud y seguridad ambiental (Smith et al. 2000).

Impacto del acceso a los servicios de agua y saneamiento sobre la desnutrición crónica infantil.

En los últimos años, una serie de estudios ha puesto en evidencia el impacto que tiene el acceso a los servicios de agua potable y saneamiento en la reducción de la desnutrición crónica (Denis et. 2014). Este vínculo hace referencia a múltiples conexiones que existen entre las prácticas de saneamiento y el estado nutricional. Principalmente, se han identificado 3 vías directas; estas son:

Las enfermedades diarreicas agudas (EDA), la enteropatía ambiental y las infecciones por nematodos intestinales (Briend, 1990 y UNICEF, 2013): las EDA. Como caso particular, en un estudio longitudinal de Perú que elaboró Checkley en el 2004, se encontró que la disposición inadecuada de aguas residuales y su mal almacenamiento representó un déficit de 1 cm en niños menores de 24 meses en comparación a sus pares que vivían en un ambiente con mejores condiciones de agua y saneamiento. Por otro lado, la ausencia de una fuente de agua potable cerca de donde vive la población también tiene un efecto nefasto para el estado nutricional de las personas. Esta situación a menudo las lleva a tener que elegir por una fuente de agua no apta para el consumo humano. En síntesis, tanto el acceso a saneamiento como al agua son necesarios para evitar que los niños enfermen con frecuencia y pierdan nutrientes que posteriormente repercuten en su crecimiento; no obstante, no es posible pensar que estos servicios tienen un efecto significativo sobre la desnutrición crónica si es que son implementados aisladamente de otros componentes. De acuerdo a Mahmud et al. (2016), cada una de las comunidades necesita como mínimo garantizar el acondicionamiento en 3 dimensiones: la alimentación, la salud ambiental y un mayor acceso y mejor atención para todas y todos.

2.2.2.4. Causas Básicas.

Por último, un componente clave que afecta a todos los determinantes es la pobreza. Se considera que una persona se encuentra en pobreza

absoluta cuando es incapaz de satisfacer sus necesidades básicas, como la salud, alimentación, vivienda, agua y educación primaria. Los efectos de la pobreza sobre la DCI son omnipresentes, debido a que los hogares pobres son incapaces de lograr seguridad alimentaria, contar con recursos suficientes para la atención y además contribuir a la creación de recursos que permitan una base sostenible para la salud. Bajo este contexto, los determinantes básicos de la DCI son influenciados por los recursos potenciales de la comunidad, y se circunscriben al acceso a la tecnología, a la calidad de los recursos humanos y al medio ambiente.

2.2.2. Clasificación de la desnutrición

De acuerdo a las deficiencias nutricionales

Según Dutra (2010) se pueden clasificar las deficiencias nutricionales que pueden llevar a la desnutrición de la siguiente manera.

- **Específicas:** Al carecer de un nutriente en particular provocando enfermedades específicas. Por ejemplo; la anemia por deficiencia de hierro, el escorbuto por la vitamina C, entre otros.
- **Generalizada:** Cuando hay carencia de varios nutrientes, ejemplo clásico es la desnutrición proteica – calórico.

De acuerdo con su etiología.

El grado de déficit o gravedad, la composición corporal, el tipo de carencia, el tiempo de evolución y la etapa de vida.

- **Desnutrición primaria.** Causada por falta de aporte de proteínas, vitaminas, microelementos
- **Desnutrición secundaria.** Causada por una enfermedad que afecta la ingesta y el metabolismo de los nutrientes.

En cuanto al peso se puede dividir en;

- **Grado leve** : Déficit de peso de más de 10% al 25%
- **Grado moderado** : Déficit de peso de más de 25% al 40%
- **Grado Grave** : Déficit de peso superior a 40%

La desnutrición grave se puede subdividir en dos tipos de acuerdo a los diferentes cuadros clínicos:

- **Kwashiorkor:** Se caracteriza por una atrofia en la musculatura, con gordura total, normal o aumentada, esto se debe por la ingesta inadecuada de proteínas, los síntomas físicos incluyen;
 - Falta de Crecimiento
 - Edema
 - Atrofia muscular
 - Irritabilidad
 - Piel seca, fina y escamosa

La causa principal es una dieta muy escasa en proteínas, se presenta en la primera infancia, entre los 1 y 3 años.

- **Marasmo:** Niños con ingesta inadecuada de todos los macronutrientes, que posteriormente desarrolla enfermedades infecciosas comunes de la infancia. En estas circunstancias, el niño desarrolla hipoalbuminemia y edema debido a la asociación de la pérdida aguda de nutrientes a la respuesta inflamatoria sobre el agotamiento crónico de masa corporal.

Causa principal es la inanición por dieta deficiente tanto en proteínas como en calorías, aparece en los 3 primeros años de la vida.

Síntomas:

- Falta de crecimiento, que se aprecia por el peso corporal
- Diarreas – Alteraciones en el cabello – Deshidratación.

2.2.3. Tipos de desnutrición infantil

Se puede determinar el índice de desnutrición infantil utilizando la observación directa, esto permite identificar si el niño está delgado o con piernas hinchadas, así mismo se puede determinar midiendo la talla, peso, el perímetro del brazo, y la edad del niño y todos estos resultados se los compara con estándares de referencias. La desnutrición se puede manifestar en el niño de diferentes maneras, por ejemplo, puede ser más pequeño de lo que le corresponde para su edad, también puede pesar poco para su altura o pesa menos de lo que debería para la edad que tiene (10).

Wisbaum ,2011: Divide la desnutrición en diferentes tipos que a continuación se presenta:

➤ **Desnutrición Crónica:**

Esta se da cuando el niño presenta un retraso en el crecimiento, esto de acuerdo a estándares recomendados, indica que el niño tiene carencias de nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, estas carencias afectan el desarrollo físico y mental del niño y se debe de actuar antes de los 2 años de edad para evitar daños irreversibles que se harán presente durante el resto de su vida.

➤ **Desnutrición aguda moderada:**

Es cuando el niño pesa menos de lo que debería de acuerdo a su altura. Requiere que el niño sea atendido de manera inmediata por el doctor para evitar que la situación empeore.

➤ **Desnutrición aguda grave o severa:**

Esta es la desnutrición más grave, es cuando el peso del niño está muy por debajo de los estándares establecidos de acuerdo a la altura. Este tipo de desnutrición altera el desarrollo normal del niño y existe mayor probabilidad de mortalidad (11).

➤ **Consecuencias de la Desnutrición Crónica**

Según Semba et. 2008, El efecto más evidente de la desnutrición crónica es el retraso en el crecimiento, reflejado en la baja estatura del niño en relación a la que le correspondería para la edad que

este tiene. Perjudicar el crecimiento lineal es crítico en la medida de que es un problema permanente; en cambio, el peso relativo (es decir, el peso para la talla) es más fácil de recuperar. Con frecuencia, este proceso comienza muy temprano en la vida del menor y, una vez que ocurre, rara vez es reversible. Así, en los países en desarrollo, la mayoría de los casos de retardo en la talla se inicia cuando el niño tiene alrededor de 3 años de edad y, en las sociedades más pobres, se da incluso desde su nacimiento; se han identificado principalmente 3 costos que ocasiona la DCI. Estos son:

- a) **los humanos**, por la muerte prematura de los niños;
- b) **los de tratamiento**, por los pagos que deben realizar las familias en cuanto a los medicamentos asociados a la desnutrición.
- c) **los económicos**, debido a la pérdida de productividad. Es conveniente indicar que la desnutrición crónica tiene efectos negativos no solo en los que la padecen, sino también en sus descendientes.

1. La mortalidad prematura

Scrimshaw et. 1968, la desnutrición crónica es una de las principales causas subyacentes de la mortalidad infantil. En los países en desarrollo, el número de niños menores de 5 años que muere anualmente es alrededor de 12 millones de personas. Hasta hace poco, las causas de estas muertes se atribuían principalmente a enfermedades como la neumonía, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las enfermedades

prevenibles por vacunación. Sin embargo, se ignoraba la relación simultánea que tienen la desnutrición y las infecciones sobre la mortalidad.

2.. Resultados Funcionales

Por otro lado, la desnutrición afecta el desempeño funcional de los niños. Estas alteraciones pueden ser físicas, cognitivas o conductuales, estando en muchos de los casos altamente relacionadas entre sí.

Semba et al. 2008, un segundo punto a destacar se vincula con el momento en que se contrae la desnutrición, debido a que mientras menor tiempo de nacido tenga el niño cuando se le detecta este mal, más graves y duraderas son las consecuencias en los años posteriores.

Los niños con desnutrición crónica no tienen un buen rendimiento escolar. Ellos suelen comenzar el colegio tarde; su progreso en el centro educativo es lento; y sus calificaciones obtenidas, menores a las del promedio (Lomborg, 2009; Semba et al. 2008). Este problema de déficit cognitivo no solo está presente durante la infancia o adolescencia, sino que se prolonga hasta la vida adulta del mismo. De esta manera, el individuo que en sus primeros años de vida sufre de esta enfermedad; en los posteriores, arrastra un nivel de conocimiento pobre, que lo limita de aplicar a puestos de trabajo que ofrecen salarios por encima del promedio, y

ocasionando que en muchos de los casos se permanezca en pobreza y se transmita este mal a las futuras generaciones.

2.2.4. Acciones que tomar en niño menor de 5 años con desnutrición

1. Todo niño que presente desnutrición severa deberá ser referido de inmediato al hospital más cercano.
2. Todo niño que presente alteraciones graves en su desarrollo deberá ser enviado a la unidad especializada donde se enseñe a la madre a aplicar medidas de estimulación temprana.
3. Todo niño que presente alteraciones del perímetro cefálico deberá referirse al hospital más cercano.
4. La madre deberá conocer ampliamente la importancia de la referencia cuando el niño presente problemas que requieran atenderse en una unidad de mayor complejidad.
5. Este al pendiente de la contra-referencia y continúe la vigilancia nutricional del niño según la periodicidad que corresponda.
6. Todo niño que presente desnutrición envíelo a recibir ayuda alimenticia
7. Reciba a los niños que el personal comunitario refiera con sospecha de mala nutrición.
8. La nutrición es un detector grueso que ayuda a la promoción de la vigilancia; para la valoración precisa el seguimiento y el control nutricional de todos los niños está a cargo de usted (11).

2.2.5. Guía alimentaria según diagnóstico y edad del niño

DIAGNÓSTICO SEGÚN EDAD	GUÍA ALIMENTARIA
Menor de 1 año sano	Alimentar al niño los primeros seis meses de vida solo con leche materna. A partir de los seis meses, comenzar a darle otros alimentos (purés de frutas y verduras disponibles en la localidad) y su suplemento alimenticio. Poco a poco ir incorporando otros alimentos como papillas de cereales, de leguminosas, posteriormente huevo cocido y posteriormente carne y jugo de frutas, para que entre los ocho y doce meses coma de las mismas preparaciones que el resto de la familia.
Menor de 1 año desnutrido	La leche debe continuarse hasta cerca de los 2 años de edad. Además de la alimentación para el niño sano, conforme a la edad del niño se deberá recomendar papillas complementarias proteico-calóricas. (Suplemento alimenticio).
Niño de 1 a 4 años sano	Proporcione alimentación a libre demanda, por lo menos 5 comidas al día. Seleccione juntamente con la madre ejemplos para las comidas diarias e incluya en ellas el suplemento alimenticio.
Niño con sobrepeso u obesidad	No deberá restringir alimentos juntamente con la madre ejemplos 3 comidas diarias y dos colaciones, evite golosinas y refrescos y promueva juegos que propicien el ejercicio físico.

Fuente: Wisbauw Wendy (2011)

➤ Pirámide de los alimentos *(Ver figura 2)*

2.2.6. Prevención de la desnutrición infantil

La desnutrición se puede prevenir y sobre todo tratar fácilmente. Las ganancias derivadas con la correcta atención y erradicación de la desnutrición en términos de progreso, productividad, el bienestar y la felicidad son incalculables. Para que esto suceda, es importante la intervención del gobierno, la sociedad y la educación (12).

Se han identificado un período fundamental para prevenir la desnutrición en los niños estos son:

- En el embarazo
- Y los dos primeros años de vida

A este período se lo conoce como los 1000 días críticos para la vida. En esta etapa es cuando se produce el desarrollo básico del niño, por lo que la falta de alimentación y atención adecuada puede producir daños físicos y cognitivos muchas veces irreversibles que afectaran el desarrollo en la salud y en el desarrollo intelectual del niño el resto de la vida (13).

2.2.7. El rol del enfermero como educador de la salud

Las enseñanzas impartidas en el salón de clases por los docentes permiten que el estudiante de enfermería entienda el rol que ellos van a desempeñar en la sociedad. La enfermería llegó a ser vista como un proceso de interacción y relación entre dos seres humanos, los cuidados de salud de hoy requiere un(a) enferma(o) que influya positivamente en los pacientes y que tenga altos valores humanistas y de esta manera

lograr la satisfacción del cliente. 22 los enfermeros son educadores por naturaleza, cuando se utiliza un proceso de enfermería para combatir una enfermedad se puede influir en el estilo de vida de las personas y hacerlas capaces de tomar sus propias decisiones (14).

➤ **Intervención de enfermería**

Son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia o comunidad a conseguir resultados esperados, son genéricas y cada una de ellas incluye varias actividades, las intervenciones de enfermería pueden ser:

- Independientes,
- Interdependientes

Las actividades de enfermería son todas las acciones que realiza la enfermera(o) para llevar a cabo la intervención y que le permitirá avanzar hacia el resultado esperado" (4).

2.2.8. Intervención de la enfermería para la prevención de la desnutrición

La enfermería cumple una noble función previniendo y promocionando la salud de las personas antes que el cumplimiento de funciones meramente curativas. La enfermería realiza actividades relacionadas a la promoción de una buena alimentación y nutrición y para ello utiliza estrategias de prevención secundaria y terciaria. Entre las diferentes acciones que realiza están (15).

- Desarrollo de programas educativos para incrementar el conocimiento y la conciencia de las madres de familia que son las encargadas de abastecer de alimento a los niños.
- Programas para la promoción de estilos de vida positivos, tales como establecer horarios en la alimentación, llevar una alimentación balanceada, convivir más con los niños, el aseo del lugar en donde viven, entre otras conductas que ayuden al mejoramiento de la salud de todos los miembros de la familia.

➤ **Proceso de atención de enfermería en niños con desnutrición**

Evaluar el cuidado y la atención que recibe un niño durante los primeros cinco años de su vida es fundamental, especialmente los tres primeros años, dado que son la base de la salud, el crecimiento y el desarrollo en el futuro. Durante este período, las niñas y los niños aprenden más rápidamente que en cualquier otra época.

El personal de enfermería como trabajador de la salud en un primer nivel de atención y con una responsabilidad compartida en el cuidado del menor de cinco años debe estar informado sobre los signos indicativos de que un niño no está progresando a un ritmo normal de crecimiento y desarrollo.

Diagnóstico de enfermería: Alteración del equilibrio hidroelectrolítico r/c con pérdida de líquidos y electrolitos, diarrea y vómitos m/p somnolencia, mucosas orales secas, irritabilidad.

Intervenciones de enfermería

Coordinar con nutrición sobre el manejo nutricional. - Vigilar la ingesta de la dieta indicada, ver tolerancia. - Registrar la ingesta. - Enseñar a la madre la preparación de la fórmula, teniendo en cuenta las medidas de higiene. - Educación a la madre sobre la importancia de la alimentación, y que alimentos puede dar a su niña/o.

Diagnóstico de enfermería

Déficit del auto cuidado r/c, hábitos nocivos para la salud de la familia s/a bajo nivel educativo m/p, falta de higiene de la vivienda, consumo de agua sin tratamiento potable, presencia de animales dentro de la vivienda, hacinamiento, eliminación de basura y excretas a campo abierta.

Intervenciones de enfermería

- Visita domiciliaria, inicialmente para diagnóstico, y desarrollar una relación de confianza con la familia.
- Preparación de programa educativo para la familia.
- Preparación de material educativo.
- Ejecución del programa en su domicilio.
- Evaluación del plan.

2.10. Teorías de enfermería

La teoría de Roy (1990), explica: "El proceso de enfermería como un sistema adaptivo que cubre seis etapas: Evaluación de la conducta, evaluación de los estímulos, diagnóstico de enfermería, objetivos enfermería e intervención y evaluación." La primera etapa que consiste en la evaluación de la conducta, el segundo paso consiste en la identificación de estímulos externos o internos, que están influyendo en el comportamiento. En estos pasos, la enfermera recoge datos sobre los estímulos focales, contextuales y residuales que el cliente enfrenta. Los estímulos focales se enfrentan inmediatamente a las personas, está constituido como uno de los más grandes cambios que causa impacto sobre las personas.

Los estímulos contextuales están presentes en el otro estado, y contribuyen al efecto del estímulo focal. Los estímulos residuales son componentes característicos de las personas. El tercer paso del proceso es la identificación del diagnóstico de enfermería, en esta etapa se revela el juicio de la enfermera en el nivel de adaptación de la persona. La cuarta etapa del proceso de enfermería implica el establecimiento de objetivos, que son el comportamiento final que se debe lograr, Los objetivos en lo posible, se establecen con las personas. Después del establecimiento de la meta de promover la adaptación, el enfermero(a) debe determinar la mejor ayuda para lograr este objetivo. En esta etapa se describe la

selección de los cuidados de enfermería para promover la estimulación y el mejoramiento del paciente.

Según los modelos conceptuales de Evelyn Adam la enfermería tiene una función propia, aunque comparte ciertas funciones con otros profesionales.

La enfermera debe tener un modelo conceptual en los cuidados a fin de obtener una identidad profesional concreta y afirmarse como colegio de los otros miembros del equipo pluri profesional Para Hildegard Peplau, Todas las intervenciones de enfermería son una combinación de: la aplicación de los principios del aprendizaje social, el concepto de motivación humana y el del desarrollo de la personalidad (16).

2.11. Qué Es La Desnutrición Infantil

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición implica tener un peso corporal o una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento), estar peligrosamente delgado, o presentar carencia de vitaminas o minerales (malnutrición por carencia de micronutrientes, mejor conocida como "hambre oculta") (17).

Es difícil determinar exactamente el estado nutricional de una persona, y más aún de una población. Se trata de un concepto global que solo se puede captar a través de una serie de características clínicas, físicas o funcionales, que constituyen otros tantos indicadores potenciales si se les

atribuye un valor umbral que permita separar a las personas malnutridas de las que no lo están. Esta tarea se ha realizado, tras lograr el consenso, principalmente en los sectores de la malnutrición de niños y de adultos y de la carencia muy generalizada de tres micronutrientes, que comporta consecuencias graves para la salud de las personas (vitamina A, yodo y hierro). Primero se miden los parámetros o índices correspondientes a escala individual (por ejemplo, peso, circunferencia braquial, tasa de hemoglobina, etc.). Se expresa luego la información referente al grupo de la población en cuestión en forma de tasa de prevalencia (17).

a) Disponibilidad y acceso a los alimentos

- Seguridad alimentaria
- Producción de alimentos fuente de proteínas y calorías
- Distribución intrafamiliar de alimentos
- Uso de los recursos de programas sociales
- Mecanismos de solidaridad tradicionales

b) Prácticas de Cuidado materno-infantil:

- Nutrición: Lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria (frecuencia, cantidad, consistencia, proteína de origen animal) y consumo de suplementos
- Estimulación psicoafectiva (educación o aprendizaje temprano)

- Higiene: lavado de manos, consumo de agua segura, ambiente limpio
- Salud: prevención de enfermedades prevalentes (IRA, EDA, parasitosis); control prenatal y CRED oportuno en el establecimiento de salud
- Otros: Apoyo del padre y de la familia (tiempo y descanso de la madre)
- Nutrición: Lactancia materna exclusiva; alimentación complementaria (frecuencia, cantidad, consistencia, proteína de origen animal) y consumo de suplementos
- Estimulación psicoafectiva (educación o aprendizaje temprano)
- Higiene: lavado de manos, consumo de agua segura, ambiente limpio.
- Salud: prevención de enfermedades prevalentes (IRA, EDA, parasitosis); control prenatal y CRED oportuno en el establecimiento de salud
- Otros: Apoyo del padre y de la familia (tiempo y descanso de la madre)

Acceso a servicios

- Atención integral del niño (CRED) y gestante (CPN): personal capacitado, equipos antropométricos de calidad, dotación oportuna de insumos y materiales.
- Cobertura, disponibilidad y capacidad resolutoria de los servicios de salud.

- Agua potable.
- Saneamiento básico

2.12. Cuidados de enfermería en la promoción de la salud

Nola Pender. 2006 en su modelo de la salud sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y explica las relaciones entre los factores que se cree influye en las modificaciones de la conducta sanitaria. Basado en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable. Los esfuerzos de pender han visto en la creación de un centro de investigación de la conducta sanitaria de los niños y en los adolescentes y centra en la comprensión de la auto eficacia afecta al esfuerzo y a las respuestas afectivas de los niños y adolescentes y así aumentar la actividad física. VIRGINIA HENDERSON en relación al entorno lo relaciona con la familia, abarcando a la comunidad y su responsabilidad para proporcionar cuidados y La sociedad espera de los servicios de la enfermería para aquellos individuos incapaces de lograr su independencia y, por otra parte, espera que la sociedad contribuya a la educación enfermera. La salud puede verse afectada por factores: y Físicos: aire, temperatura, sol, etc. y Personales: edad, entorno cultural, capacidad física e inteligencia (18).

Así mismo Dorothea Orem, nos habla sobre la promoción y el acontecimiento de la salud, y el tratamiento de la enfermedad y la prevención de las complicaciones. Este modelo como todos aquellos

factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean estos familiares o comunitarios, que pueden influir e interactuar en la persona.

2.3. Definición de Términos

- 1 **Desnutrición Crónica**, La DCI es el estado en el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento para la edad, lo que afecta el desarrollo de su capacidad física, intelectual, emocional y social, es una condición que se va adquiriendo durante los 24 primeros meses de vida y no se revierte.
- 2 **Crecimiento**. - Aumento en el número y tamaño de las células, aumento de masa o volumen
- 3 **Desarrollo**. - Adquisición de funciones con aumento en la complejidad. Comprende la maduración y adaptación.
- 4 **Intervención de enfermería**. Es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Identificando las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad. Y Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios. Y así resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.
- 5 **Promoción de Salud**. Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.
- 6 **Sesión Demostrativa**.-Es una actividad educativa en la cual los

participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, de la gestante y en la mujer que da de lactar, a través de una participación y un trabajo grupal. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada “aprender haciendo”.

- 7 **Anemia.**- Se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre a valores que están por debajo del valor de límite determinado por la OMS según edad y sexo
- 8 **Desarrollo Social.**- Se refiere al desarrollo del capital humano y capital social en una sociedad. Implica una evolución o cambio positivo en las relaciones de individuos, grupos e instituciones en una sociedad. Implica principalmente desarrollo económico y humano.]
- 9 **Desnutrición:** Se refiere a una condición patológica causada por la falta de ingesta o absorción de nutrientes, dependiendo de la severidad de los síntomas clínicos la enfermedad se puede dividir en primer segundo y tercer grado.
- 10 **Enfermería:** “Es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que es fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales.”

- 11 Estrategias de comunicación:** Consisten en todos aquellos mecanismos de los que se sirven los aprendientes para comunicarse eficazmente, superando las dificultades derivadas de su insuficiente dominio de la lengua meta 32
- 12 Nutrición:** Es un proceso biológico en el que los organismos (animales y vegetales), utilizando alimentos asimilan nutrientes para la realización de sus funciones vitales.
- 13 Prevención:** "Es la acción de prevenir (Preparar con anticipación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever el daño, avisar a alguien algo). La prevención, por lo tanto, es la disposición que se hace de forma anticipada para minimizar un riesgo.
- 14 Pobreza:** Incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable. Situación de aquellos hogares que no logran reunir, en forma relativamente estable, los recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas de sus miembros.
- 15 Salud:** Salud es un estado de normal funcionamiento del organismo humano. Tener salud es vivir con buena disposición física y mental.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de Datos

Las fuentes de recolección de datos para el presente informe de experiencia profesional han sido:

1. Historias Clínicas Del Niño
2. Registro de seguimiento de niños
3. Informes De Seguimiento
4. Logística
5. Láminas, rota folios

3.2. Experiencia Laboral

1. Inicié en el campo profesional en el año de 1998 realizando mi SERUMS en el C.S. CLAS Yanaoca, Micro Red Yanaoca de la provincia de canas y departamento de Cusco, donde me dieron la responsabilidad la estrategia sanitaria de nutrición, promoción de salud, salud escolar y adolescente y Tuberculosis y atención en el consultorio de niño sano.
2. En los años 2000 al 2004 laboré en calidad de contratada de manera rotativa anual en los diferentes establecimientos de primer nivel de la Micro Red Yanaoca, perteneciente a la Red Canas – Canchis – espinar, DIRESA Cusco, de la siguiente manera:

3. En el año 2000 inicié a laborar en el P.S. de Chamaca del distrito del mismo nombre, provincia de Chumbivilcas, el mismo que cuenta con equipo completo, donde me hice cargo de las estrategias sanitaria de articulado nutricional, nutrición saludable, Inmunizaciones, control de crecimiento desarrollo, promoción de salud. En la que teniendo como estrategia el producto papilla del PACFO se logró optimizar las coberturas en control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones.
4. En el año 2001 laboré con equipo completo, en el P.S. Livitaca, distrito del mismo nombre provincia de Chumbivilcas, donde me hice cargo de las estrategias sanitarias de tuberculosis, articulado nutricional, nutrición saludable, Inmunizaciones, control de crecimiento desarrollo, promoción de salud en la alimentación y nutrición, higiene y medio ambiente, se promovió el uso racional de agua entubada cloración permanente del agua y consumo de agua segura, mediante la estrategia de participación comunitaria, se optimizó las coberturas de control de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones teniendo como estrategia el producto papilla del PACFO no obstante de contar con comunidades muy lejanas.
5. En el año 2002 laboré con equipo completo, en el C.S. CLAS Yanaoca, distrito del mismo nombre provincia de Canas, donde me hice cargo de las estrategias sanitarias articulado nutricional, inmunizaciones, control de crecimiento desarrollo, nutrición

saludable, donde iniciamos las capacitaciones a madres mediante sesiones demostrativas de preparación de alimentos balanceados y saludables para niños menores de 3 años y madres gestantes en base a los productos andinos en proyección comunitaria y en el centro de salud).

6. En el año 2003 laboré en calidad de contratada en el P.S. de Huinchiri, distrito de Qehue - provincia de Canas, con un personal técnico, en la que me hice cargo de la jefatura de establecimiento de salud, responsable de todas las etapas de vida, todos los programas estratégicos, farmacia, patrimonio, atención en general de todos los pacientes que acudían al establecimiento y en proyección comunitaria tales como;

Atención de morbilidad en general, control de niño sano e inmunizaciones, planificación familiar, control de gestante y atención de parto vertical, tóxico, triaje, limpieza y guardianía del establecimiento.

En el aspecto preventivo promocional, con la intensificación de trabajo de promoción de salud y abogacía, mediante sensibilización y participación de autoridades, líderes comunales, promotores de salud, centros educativos, pobladores en reuniones comunales, así como también visitas domiciliarias, respectivamente, se alcanzó muchos objetivos tales como:

- Con las sesiones demostrativas de preparación de alimentos balanceados y saludables basados en productos andinos en la totalidad de comunidades, se logró la sensibilización de las madres sobre la importancia de una buena alimentación de sus infantes, el cual empezó a reflejar en el estado nutricional de los mismos. También se intensificó la práctica de lavado de manos en toda la familia.
 - Se promovió el cultivo de verduras y hortalizas en invernaderos acondicionados por ellos. Partiendo la idea a partir de un invernadero abandonado en el centro educativo de la zona.
 - se promovió el cuidado y protección de los canales de agua para consumo humano, y consumo de agua segura.
 - Teniendo como oportunidad los programas de apoyo social se logró que la totalidad de niños menores de 5 años tuvieran sus controles y vacunas. Completas.
7. Seguimiento y monitoreo estricto a las gestantes; con la implementación de la casa materna y el apoyo de los programas sociales se logró la referencia de ellas, al puesto de salud a partir de 36 semanas de gestación, disminuyendo de un 80% a un 20% los partos en domicilio atendándose los partos de manera vertical.
8. En el año 2004 laboré en el P.S. de Toccocori distrito de Túpac Amaru - provincia de Canas, donde laboré con un personal técnico, asumiendo la jefatura de establecimiento de salud;

responsable de todas las etapas de vida, todos los programas estratégicos, farmacia, patrimonio, atención en general de todos los pacientes que acudían al establecimiento y en proyección comunitaria.

En el aspecto preventivo promocional, al igual que en el anterior establecimiento se intensificó el trabajo de promoción de salud y abogacía, con la participación en capacitaciones y sensibilización de autoridades y líderes comunales, promotores de salud, centros educativos, pobladores en reuniones comunales, así como también visitas domiciliarias, respectivamente, se alcanzó muchos objetivos tales como:

- Con las sesiones demostrativas de preparación de alimentos balanceados y saludables basados en productos andinos en la totalidad de comunidades, se logró la sensibilización de las madres sobre la importancia de una buena alimentación de sus infantes, el cual empezó a reflejar en el estado nutricional de los mismos. También se intensificó la práctica de lavado de manos en toda la familia.
- Se promovió el cultivo de verduras y hortalizas en invernaderos acondicionados por ellos.
- Se promovió el uso racional de agua entubada cloración permanente del agua y consumo de agua segura.

- Teniendo como oportunidad los programas de apoyo social se logró que la totalidad de niños menores de 5 años tuvieran sus controles y vacunas. Completas.
 - Seguimiento y monitoreo estricto a las gestantes; con la casa materna y el apoyo de los programas sociales se logró la referencia de ellas a partir de 36 semanas de gestación, disminuyendo de un 80% a un 30% los partos en domicilio.
- 8 Desde el año 2005 a la actualidad laboro en el C.S. CLAS Ttio del distrito de Wanchaq de la provincia y departamento de Cusco como enfermera asistencial.

Desde el año 2005 al 2010 en calidad de contratada. Desde el año 2010 a la actualidad en calidad de nombrada, donde me hice cargo de manera rotativa de las estrategias sanitarias de tuberculosis, inmunizaciones, niño sano.

- 8.1. Tuberculosis donde se realiza la captación y diagnóstico diario de síntomas respiratorios, también se atiende diariamente a un promedio de 9 pacientes en tratamiento en la que predomina la TBC extra pulmonar Pan sensible
- 8.2. Enfermedades metafísicas donde se atiende a demanda el diagnóstico y tratamiento de pacientes provenientes de zonas tropicales
- 8.3. En el programa de salud ambiental realice inspección a kioscos escolares, inspección a centros de expendio de alimentos (restaurantes, mercado) también se realizó

operaciones conjuntas con fiscalía, municipio y policía nacional.

- 8.4. Zoonosis donde se realiza seguimiento y vigilancia a canes mordedora, administración de vacuna antirrábica humana según lo amerite el caso.
- 8.5. En la estrategia sanitaria de inmunizaciones y control de crecimiento y desarrollo hasta el año 2012 atendimos un promedio de 14 niños por turno, en la actualidad atendemos 8 niños por turno, donde se diagnostica el estado nutricional, el crecimiento y desarrollo del niño; en base a estos resultados se brinda consejería integral respectiva a cada madre de familia durante la atención también se administra vacunas de acuerdo al calendario de inmunizaciones.

En los años 2012 y 2013, asumí la jefatura de enfermería en el centro de salud Ttio, donde realicé actividades inherentes al cargo.

Durante mi rotación por servicios intermedios (Tópico, triaje caja, admisión), realizando actividades inherentes al cargo y labor asistencia

Enfermedades no transmisibles, enfermedades Metaxénicas y zoonosis, salud ambiental, servicios intermedios de tópico, triaje. Etapas de vida joven, adulto

IV. RESULTADOS

DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS C.S TTIO AÑO 2014 – 2016

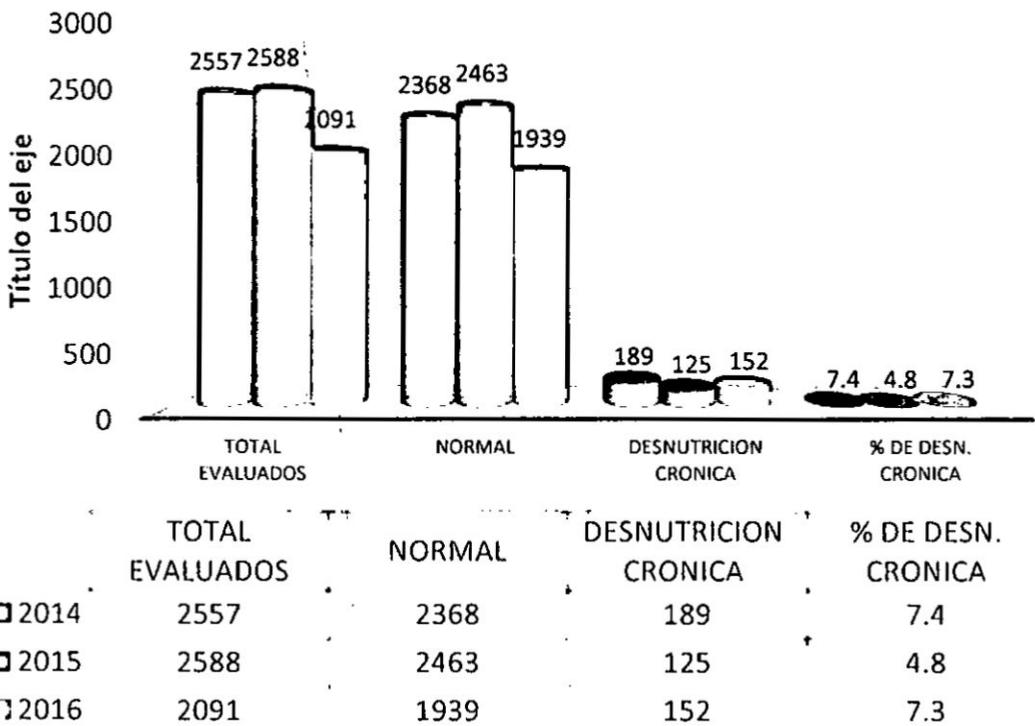
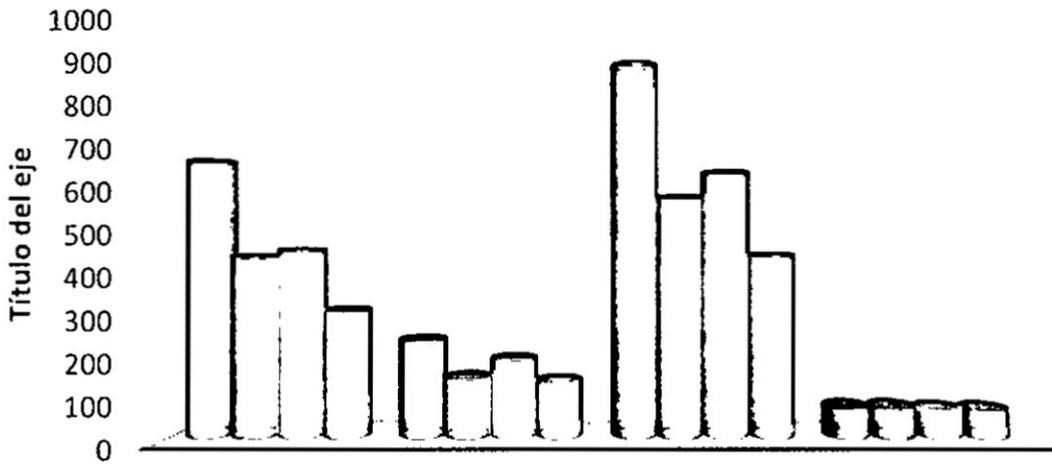


GRAFICO N° 4.1

De acuerdo a la gráfica podemos observar que en el 2014 el 7.4% sufre desnutrición crónica en niños menores de 3 años, seguido del 2015 con 4.8% y por último 2016 con un 7.3%.

GRAFICO N° 4.2

ANEMIAS EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS C.S TTIO AÑO 2014 - 2017



	ANEMIA	NORMAL	TOTAL	%
■ 2014	680	239	919	74
■ 2015	447	147	594	75.3
■ 2016	462	192	654	70.6
■ 2017	312	138	450	69.3

De acuerdo a la gráfica podemos observar que en el 2014 74% sufre anemia en niños menores de 3 años, seguido en el 2015 con 75.3%, en el 2016 con 70.6% y por último el 2017 con 69.3%.

V. CONCLUSIONES

1. La desnutrición no solamente es un problema económico, sino también social ya que está ligado con la pobreza, bajo nivel de instrucción, y falta de empleo.
2. Los niños menores de 5 años son los más afectados por este problema, alterando su adecuado proceso de crecimiento y desarrollo.
3. Las madres de familia tienen un conocimiento erróneo, sobre la desnutrición crónica, ya que ellas creen que esta condición se da cuando el niño es demasiado delgado.
4. La desnutrición crónica es un flagelo con peores consecuencias que la anemia y requieren ser erradicadas urgentemente mediante adecuadas políticas públicas de salud, que deben ser revisadas, mejoradas y ejecutadas desde las tres instancias de gobierno, nacional, regional y local, por lo que es "Urgente la lucha contra la anemia y desnutrición crónica infantil" En mi opinión.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar un estudio más intenso, donde se pueda llevar a cabo el control y evaluación de las estrategias de enfermería para la prevención de la desnutrición y evaluar si dichas estrategias cumplieron con el objetivo.
- La Carrera de enfermería con los estudiantes deben hacer proyectos para: Llegar a los medios de comunicación que es un instrumento más accesible para fomentar el interés, a los pueblos rurales y como no a todos los habitantes del distrito de Wanchaq - Cusco.
- Consideramos que las estrategias de enfermería contribuyen a una pronta recuperación del estado de salud del niño, a la vez beneficia a la familia y la comunidad.
- Toda atención al paciente debe ser de manera integral, principalmente al niño menor de tres años, para poder detectar oportunamente la desnutrición u otras deficiencias.

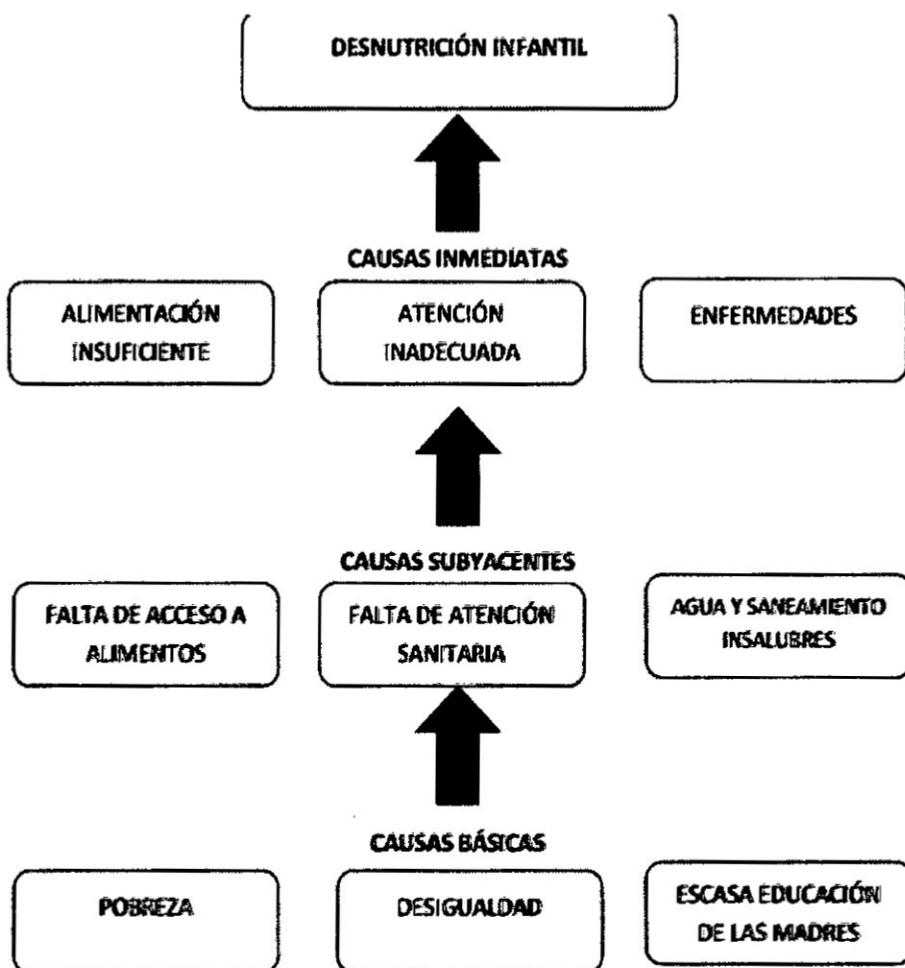
VII. REFERENCIALES

1. Alcázar L, Ocampo D, Huamán-Espino L. Impacto económico de la desnutrición crónica, aguda y global en el Perú. In. Peru; 2013. p. 569-74.
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ; 2013.
3. Barquín M. Dirección de hospitales 2012: Mcgraw hill; Mexico.
4. Butcher H, Bulecheck G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) Mexico; 2009.
5. MINISTERIO DE SALUD. informe estadístico DIRESA Cusco 2009.
9. Monte B. La desnutrición Infantil Mexico; 2010.
10. Silva MA. Conquistando el mundo de la salud. In. Madrid: Atica; 2012. p. 160.
11. Wisbaum W. La desnutrición Infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. In. España: UNICEF; 2011.
12. Piedrola G. Medicina Preventiva y Salud Pública. Colombia; 2013.
13. Raffenspeger EB. Manual de Enfermería. Nueva; 2015.
14. Marcondes. La desnutrición. In. Madrid; 2011. p. 28.
15. Barreto ML. La desnutrición en la Enfermería. In. Buenos Aires; 2012. p. 297.
16. Cortez R. El Gasto Social y sus Efectos en la Nutrición Infantil. In. Lima; 2009. p. 198.

17. Herrera C. Características, conocimientos y aptitudes de la madre sobre nutrición infantil Lima; 2010.
18. Pender N. Cuidados de enfermería en la promoción España; 2006.

ANEXOS

Figura 1: Desnutrición Infantil



Fuente: Elaboración propia, 2017

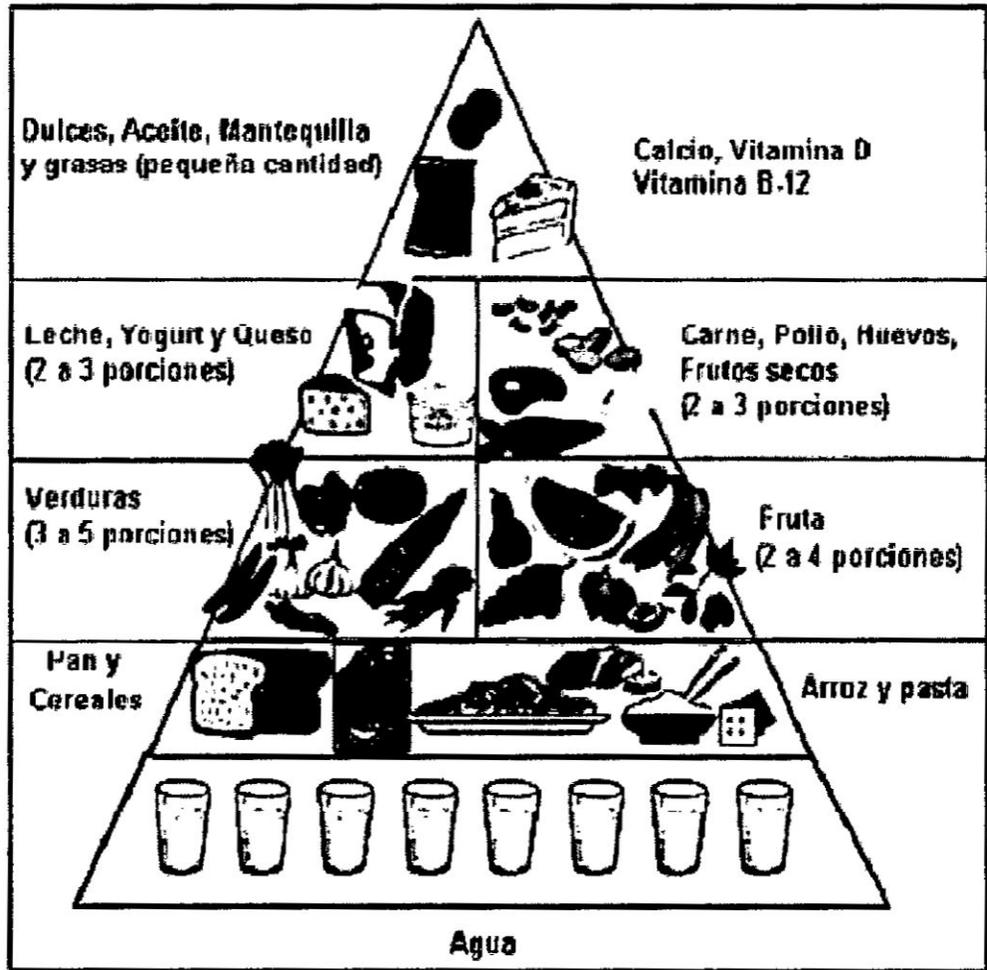


Figura N° 2: Pirámide Alimenticia

Fuente: Wisbauw Wendy (2011)

Anexo 1: Sesión Demostrativa de preparación de alimentos con madres de



familia del Puesto de salud Toccocori.

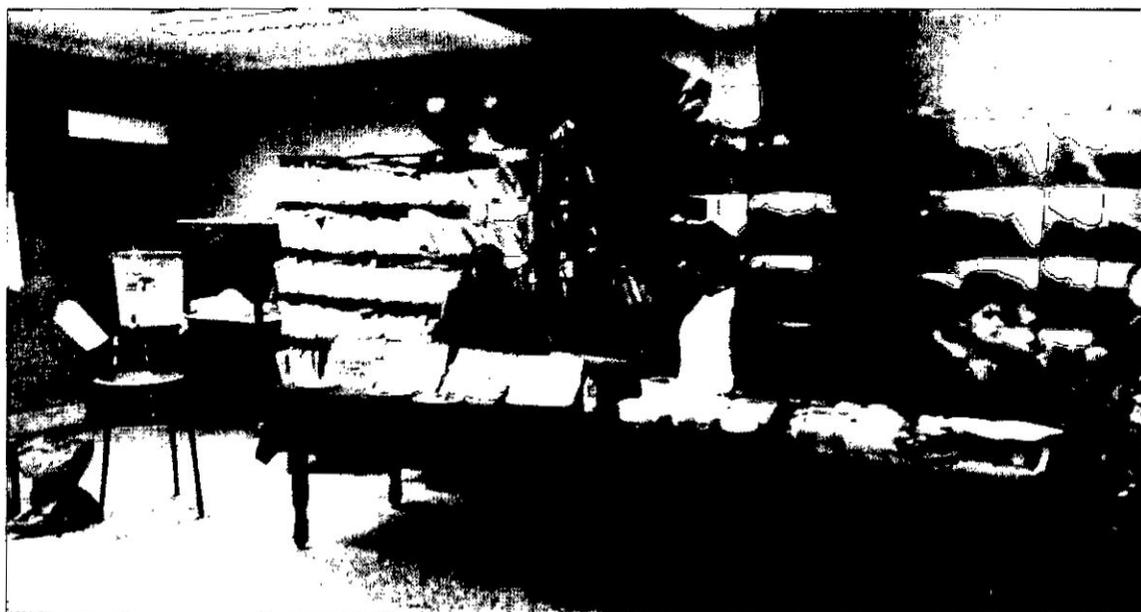
Fuente: Elaboración propia, 2017

Anexo 2: Festival de preparación de alimentos para niños menores de tres años en el Puesto de Salud Livitaca



Fuente: Elaboración propia, 2017

Anexo 3. Sesión Demostrativa de preparación de alimentos con madres de familia del centro de salud CLAS Ttio.



Fuente: Elaboración propia, 2017