

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS MENORES DE CINCO
AÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA ATENDIDOS EN EL
CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO DEL HOSPITAL
FÉLIX MAYORCA SOTO TARMA, 2014 - 2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y
ESTIMULACIÓN DE PRIMERA INFANCIA**

LUZ EULALIA ARGANDOÑA EGOAVIL

**CALLAO - 2016
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---|------------|
| ➤ DRA. ANGÉLICA DÍAZ TINOCO | PRESIDENTA |
| ➤ MG. LAURA DEL CARMEN MATAMOROS SAMPEN | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. ANA LUCY SICCHA MACASSI

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 320

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 12/12//2016

Resolución Decanato N° 1827-2016-D/FCS de fecha 09 de Diciembre del 2016 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral 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	10
1.3 JUSTIFICACIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	12
2.1 ANTECEDENTES	12
2.2 MARCO CONCEPTUAL	19
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	54
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	55
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	55
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	56
3.3 PROCESOS REALIZADOS	70
IV. RESULTADOS	78
V. CONCLUSIONES	85
VI. RECOMENDACIONES	87
VII. REFERENCIALES	89
ANEXOS	94

INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, la desnutrición contribuye a un tercio de las defunciones de niños y niñas menores de cinco años. El Perú no es ajeno a este problema, las estadísticas reportan un mayor índice de desnutrición, por diferentes causas que pueden ser propias del niño, cómo bajo peso al nacer, lactancia mixta, prematuridad etc.; también por causas maternas como la edad, grado de instrucción, estado civil, ingreso familiar y algunas por causas medioambientales y socioculturales las que de alguna manera se asocian a la desnutrición de los niños menores de cinco años, que afecta la capacidad intelectual cognitiva y disminuye el aprendizaje de habilidades para la vida.

En los países en vías de desarrollo, la desnutrición infantil se encuentra entre las primeras cinco causas de mortalidad y morbilidad, se inserta en un contexto de variables sociales, económicas y culturales que además de ser muy desfavorables son, por sí mismas, factores de riesgo que alteran el desarrollo infantil.

La desnutrición es una problemática condicionada por diferentes factores como la pobreza extrema, la seguridad alimentaria y el déficit de micronutrientes y el aspecto más importante el cambio de actitudes de las madres y o cuidadoras, por lo tanto si no hay estrategias de prevención, información, programas de educación ,sesiones demostrativas, accesibles y oportunas, es imposible que se logre el nivel de conciencia, el cambio de las actitudes y las prácticas para combatir la desnutrición.

El presente Informe de Experiencia Profesional es de diseño descriptivo y consta de siete capítulos los cuales se mencionan a continuación:

El Primer Capítulo abarca el Planteamiento del problema, el que consta de la descripción de la situación problemática, Objetivo y justificación del estudio a presentar.

En el Segundo Capítulo se presenta el Marco Teórico, donde se describen los antecedentes que darán sustento al presente informe, el marco conceptual y la definición de Términos.

En el III Capítulo se describe la experiencia profesional desde el inicio de nuestras labores hasta la actualidad, enfatizando los hechos relevantes de la trayectoria en el área de crecimiento y desarrollo, consta del informe de recolección de datos, la redacción de la experiencia profesional propiamente dicha y los procesos de atención de enfermería realizado en un niño con desnutrición crónica.

En el IV Capítulo se da a conocer los resultados, tomando en cuenta el objetivo del informe.

En el V y VI capítulo se mencionan las conclusiones y recomendaciones respectivamente. Finalmente las referencias bibliográficas y los anexos respectivos donde se anexan tablas, gráficos y fotografías.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, según los valores de referencia de la OMS, la prevalencia nacional para el año 2015 es del 19,5% en niños menores de cinco años, El estado nutricional de los niños y niñas menores de cinco años es utilizado internacionalmente como un indicador de desarrollo de los países. Esta patología afecta negativamente al individuo a lo largo de su vida, el rendimiento escolar, la asistencia de los niños a la escuela, limita el desarrollo de la sociedad y dificulta la erradicación de la pobreza. Para lograr la meta de reducir a 10% la desnutrición crónica infantil para el año 2016, el Gobierno peruano deberá evaluar las intervenciones y realizar investigaciones que permitan definir relaciones de causalidad y brindar información para el diseño de políticas públicas.

Si bien los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU están orientados a mejorar las condiciones de vida de la población, el objetivo de reducir la pobreza a la mitad y reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años, son los que están directamente relacionados con el tema de la nutrición por lo que el Perú se ha comprometido a cumplir 1.

La organización mundial de la salud (OMS) estima que hay 180 millones de niños desnutridos en todo el mundo. Cada año la

desnutrición es responsable de entre 3.5 y 5 millones de muertes de niños menores de cinco años, poniendo en una situación de riesgo de muerte y de enfermedad grave mucho mayor, debido a infecciones comunes en la infancia como neumonía, diarrea, paludismo o sarampión. Los niños con desnutrición aguda grave tienen nueve veces más probabilidades de morir que los niños que están nutridos de manera adecuada 2.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) reporta que cerca de 200 millones de niños menores de cinco años sufren desnutrición crónica: un 90% vive en Asia y África con tasas de 40% en Asia y 36% en África. Incluyéndose: Bangladesh, China, Filipinas, India, Indonesia y Pakistán, debido en parte a la elevada población que registran. La desnutrición es un problema que preocupa a estos organismos porque afecta la capacidad intelectual y cognitiva del niño, disminuye su rendimiento escolar y el aprendizaje de habilidades para la vida 3.

En el año 2008, El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), llevo a cabo en Lima Perú, la Reunión de los Países de Sudamérica sobre Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño, en cuyo evento la Dra. Chessa Lutter Asesora Regional de OPS/OMS Washington DC, inicio su presentación sobre los Desafíos y Oportunidades para mejorar la situación de las niñas y los niños pequeños, enfatizando la importancia de lograr la integración de intervenciones a favor de la nutrición en el contexto de la atención

primaria en salud en cada uno de los países de la región, mostrando a la audiencia la fotografía de dos niñas pequeñas de Andahuaylas Perú, que han quedado como un registro emblemático para toda la comunidad internacional como la imagen de la desnutrición crónica en la región de Sudamérica, estas niñas presentan edades similares, sin embargo, una de ellas mide 8 cm menos que la otra . Destacó que esta niña el resto de su vida no alcanzará su desarrollo no solamente en crecimiento sino mucho más allá de esto. La baja talla representa un retraso en el desarrollo cognitivo, en la habilidad de dar a luz un niño con buena nutrición; representa el futuro económico y social de la niña y también de un país. Enfatizó lo crítico del problema en los dos primeros 2 años de vida y su efecto en la pobreza intergeneracional, efecto de la desnutrición infantil en el mundo que contribuye a más de un tercio de la mortalidad de la niñez y es responsable de más del 10% de la carga global de enfermedades, indico que la falta de alcanzar su tamaño normal y/o padecer de anemia no solamente afecta la talla sino puede afectar la interacción familiar 4.

Los miembros de la Asociación de Estados del Caribe (AEC), integrados por veinticinco países del Caribe, Centroamérica y Sudamérica han analizado el problema del hambre, la desnutrición y describieron las características de la pobreza extrema, la seguridad alimentaria, la desnutrición, el déficit de micronutrientes, grupos vulnerables, los efectos económicos en la desnutrición, con una

mirada prospectiva a lograr los objetivos de desarrollo del Milenio. Los Países que presentan mayores niveles de pobreza extrema son Haití, Guatemala, Nicaragua y Honduras, entre 1996 -2012, la desnutrición global afectó a 10% y 24% de los niños y niñas menores de cinco años .En cuanto a la desnutrición crónica (baja talla para la edad), Guatemala es el país que presenta un alto índice de prevalencia.

Según la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) 2010, Bolivia es el país con mayor tasa de desnutrición crónica en américa del sur con 32%, ubicándose el Perú en segundo lugar con 24.6% entre los niños de cero a cinco años 5.

El Informe Técnico del Estado nutricional en el Perú por etapas de vida; 2012-2013, reporta que la prevalencia de desnutrición crónica, según el patrón de referencia OMS, fue de 17,7% , según el área de residencia, existió una marcada diferencia entre el área urbana y rural, en ésta última la desnutrición crónica fue tres veces mayor 34,6%, que en el área urbana 11,4%, ubicándose como el segundo país en américa del sur después de Bolivia con mayor desnutrición crónica en niños menores de 5 años.

En los últimos años las cifras de desnutrición crónica infantil ha descendido aunque no significativamente, pasando de 19,0% a 17,7%. En el área urbana las cifras se han mantenido en 11,8% en el 2011 y 11,4% (2012-2013). En el área rural la desnutrición crónica ha disminuido de 37,3% (2011) a 34,6% (2012-2013), pero aun continua

siendo un problema de salud pública toda vez, que de 100 niños, 35 presentan retraso en el desarrollo cognitivo y no pueden explorar su medio ambiente de la misma forma que un niño sano; no interactúa con su familia, y la madre también se comporta de manera distinta con él.

Según sexo, la desnutrición crónica afecta más a los niños que en las niñas 18,8%, frente a 16,6% con una diferencia de 2,1 puntos porcentuales, personas que en algún momento tendrán a su cargo una familia y la conducción de un hogar.

Comparando los resultados obtenidos entre ambos patrones de referencia, se observa que el patrón OMS 2006 (instrumento que fue producto de un minucioso trabajo científico y multicentrico con la participación de 8500 niños y niñas de Brasil, EE.UU., Ghana, India Noruega y Omán, con la cual se demuestra contundentemente que todos los niños y niñas nacidos en cualquier parte del mundo tienen el mismo potencial de crecimiento) no presentó la caída brusca que se encontró entre los 2 y 3 años con el patrón del Centro Nacional de Estadística de los Estados Unidos(NCHS). A medida que aumentó la edad disminuyó la desnutrición.

Según dominios geográficos, la desnutrición crónica es más prevalente en la Sierra norte y Sierra centro: (36,4%; y 33,3% respectivamente); seguida de la Selva (22,7%, siendo menor en los dominios de la Costa sur y Costa centro. Los departamentos con mayores niveles de desnutrición crónica infantil en menores de 5 años son Huancavelica

con 54.2%, Apurímac 39.3%, Cajamarca 37.6%, Ayacucho 35.3%, y Huánuco con 34.3%. La región Junín se encuentra ubicada en la sierra Central, presentando tasas de prevalencia desde 58.52% en San Jerónimo de Tunan, 42.9% en el distrito de Huay Huay, 32% en el distrito de Tarma y de 6% en otros distritos, siendo motivo de estudio conocer las causas para plantear intervenciones de prevención acorde a la realidad local.

Al relacionar la desnutrición crónica con el nivel educativo del jefe del hogar, se aprecia que las mayores cifras se encontraron en los niños cuyo jefe del hogar tuvo menor nivel educativo: sin nivel y nivel primario (28,5% y 24,5% respectivamente). Consecuentemente a medida que mejoró el nivel educativo se presentó una menor prevalencia de desnutrición crónica 6. Dentro de los Planes Concertados de Salud a nivel Nacional y Regional se ha considerado como Objetivos Sanitarios Nacionales 2013 – 2021, el Objetivo 2: Reducir la Mortalidad Infantil, Reducir la enfermedad y la muerte por neumonía, diarrea y problemas vinculados al nacimiento, con énfasis en las zonas de mayor exclusión social y económica y como Objetivo 3: Reducir la Desnutrición Infantil, Reducir la prevalencia de Desnutrición Crónica y anemia en niñas y niños menores de cinco años especialmente de las regiones con mayor pobreza 7.

En la Provincia de Tarma, desde el año 2000 al 2005, las tendencias de tasas de prevalencia de desnutrición crónica, se mantenían en 35% con el patrón de NCHS (Centro Nacional de Estadística de

EE.UU). Para el año 2006, la OMS recomienda utilizar un nuevo instrumento el patrón OMS 2006, con ello la tendencia se incrementó a 49%, debido al proceso de adecuación del manejo del mismo; observando una disminución para el año 2008 a 24%, manteniéndose hasta el año 2012, para luego continuar decreciendo.

La tendencia del comportamiento de la desnutrición crónica para los años 2014 y 2015 fluctúa entre 16.% y 22% respectivamente, incrementando esta cifra en 2 puntos porcentuales para el año 2016, no llegando a cumplir con la propuesta planteada por la OMS de lograr la disminución al 10 % para el año 2016; motivo por cual es de vital importancia conocer las causas que originan esta patología, para prevenirlas y en los casos prevalentes realizar intervenciones oportunamente 8.

1.2 Objetivo

Describir la Intervención de enfermería en niños menores de cinco años con desnutrición crónica atendidos en el consultorio de crecimiento y desarrollo del hospital Félix Mayorca Soto Tarma, 2014 - 2016”

1.3 Justificación

1.3.1. Nivel Teórico

El presente Informe de Experiencia Laboral tendrá impacto en la población de profesionales de salud ya que servirá para incrementar el marco de conocimientos y permitirá mostrar el comportamiento de la prevalencia de desnutrición crónica que ha afectado y afecta a los niños de la localidad de Tarma durante los años 2014 -2016, estos datos a obtener permitirán identificar aquellas causas que originan la desnutrición crónica a fin de

desarrollar estrategias de prevención y plantear las intervenciones oportunas, y disminuir las cifras de este indicador negativo para el sector salud. El informe aporta los lineamientos teóricos científicos a los procesos empíricos estudiados y constituyen base importante para futuros informes vinculados al tema.

1.3.2. Relevancia Social

Así mismo tiene marcada implicancia social, ya que beneficiara a la población infantil tarmeña, toda vez que permitirá mejorar la calidad de vida y el desarrollo de sus potencialidades, enfatizando las intervenciones desde donde se inician las causas. Cálculos recientes muestran que el 56% de las muertes en niños menores de 5 años fueron atribuibles al efecto de la malnutrición, y que el 83% de estas muertes fueron debidas a una desnutrición leve o moderada.

1.3.3. Nivel Económico

La desnutrición produce reducción en la capacidad física e intelectual, así como también influye sobre los patrones de comportamiento durante la adultez. Los niños con desnutrición crónica, tienen una menor capacidad de aprendizaje, por lo que su rendimiento escolar disminuye, reduciendo así el retorno de la inversión educativa. En el adulto reduce la productividad y por lo tanto los ingresos económicos, afectando negativamente la productividad económicamente activa del país. El daño sobre la funcionalidad intelectual, no solo ocurriría a través del daño cerebral durante los primeros años de vida, sino que también ocurriría mediante el letargo que produce la desnutrición, ya que entonces el niño tiene menor oportunidad de explorar su entorno.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

GARCÉS T. En el año 2009 realizó un estudio de Desnutrición crónica, incidencia en niños menores de cinco años atendidos en el hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda 2007-2008, Ecuador, cuyo objetivo era determinar la incidencia de desnutrición crónica en pacientes menores de 5 años atendidos en el hospital, el estudio es de tipo descriptivo de secuencia transversal donde se analizaron 147 historias clínicas con diagnóstico de desnutrición crónica en pacientes menores de cinco años, de las cuales se estudiaron 108 casos. Los resultados muestran que el 51,9 % comprenden al sexo femenino y el 48,1% al sexo masculino, el mayor porcentaje se presentó en mujeres, y el grupo de edad de niños menores de doce meses fue el más afectado que corresponde al 40,7% siendo el más vulnerable y el grupo de edad menos afectado fue entre 25 -60 meses, dentro de los factores de riesgo los pacientes que viven en hacinamiento constituye un 63% y las personas que viven en condiciones económicas estables un 37%, se observó que hay un alto porcentaje de factores de riesgo de desnutrición crónica. Las personas que poseen servicios básicos es un 34,3% y los que no poseen un 65,7% debido a la pobreza de la población y a la escasa dotación de servicios básicos de agua y alcantarillado por parte del gobierno. En relación al nivel de instrucción de la madre de los pacientes menores de cinco años con desnutrición crónica presentan: ningún estudio el 27,8%, primaria un 41,7%, secundaria un

24,1%, superior un 6,5%. En conclusión, los factores de riesgo que más inciden en la desnutrición crónica son: la falta de conocimientos sobre nutrición de los padres o encargados de su cuidado, el destete antes de los seis meses de edad, que se vuelven vulnerables a la desnutrición, viviendas en zona rural en condiciones de pobreza y carencia de servicios médicos, nivel de instrucción de la madre; los servicios básicos 9.

CORONADO Z. Guatemala. En un estudio realizado sobre, Factores Asociados a la Desnutrición en Niños Menores de 5 años, en el Puesto de Salud del Valle de Palajunoj, Quetzaltenango, en el que analiza los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años. El tipo de estudio es descriptivo transversal, realizado en área rural, siendo la población universo 25 madres entrevistadas de los niños menores de 5 años que sufren algún grado de desnutrición y asisten a control de peso talla en el servicio. La prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron: los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52% de cada 25 madres entrevistadas solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabeta, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. Existe evidencia sobre el desconocimiento de las madres acerca del tema de nutrición, el cual es deficiente debido a que la mayoría de ellas son analfabetas esto no les permite darle la importancia debida al problema de la desnutrición además desconocen las consecuencias severas que esta condición puede traer consigo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Él factor sociocultural que muchas familias adoptan en la comunidad, hace que muchas veces se tomen actitudes equivocadas, entre ellos malos hábitos en la alimentación, de los niños 10.

COELLO E, GÓMEZ G. Realizaron el estudio titulado Participación del personal de Enfermería en la prevención de la desnutrición en menores de 5 años .centro de salud Comuna de Olon 2012-2013. Trabajaron con madres de familia, el objetivo de esta investigación es determinar la participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición en menores de 5 años, a través de las acciones que realizan las madres con respecto a la desnutrición. En esta investigación se aplica la metodología cuantitativa, descriptiva y transversal. Para la recolección de datos se aplicó encuestas a 46 madres de familia, mediante esta técnica se pudo determinar y comprobar que la participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición de los niños son escasas, los resultados mostraron que el 98% del personal de enfermería no utilizan planes de cuidado, el estudio reflejó que las acciones de madres son desfavorables en cuanto a la prevención de la desnutrición , el 33% de las madres encuestadas conocen que llevar a sus hijos al control pediátrico es importante para preservar la salud de los menores, el 17% de las madres de familia no llevan a sus hijos al control pediátrico, y es alarmante que el 50% de madres solo lleven a sus hijos al pediatra por enfermedad .Se recomienda emplear estrategias de enfermería para enseñar a las madres de familia sobre temas como desnutrición infantil, causas que lo provocan y consecuencias, así como

también el rol de la familia en la alimentación de los niños, y una pequeña guía de nutrición que servirá de ayuda a las madres de familia 11.

SULLCARAY R. En el estudio denominado Comparación de factores asociados a la desnutrición crónica en niños peruanos de 6 a 23 meses de las 3 regiones naturales, análisis secundario del monitoreo de indicadores de nutrición, menciona que la desnutrición crónica (DC) es uno de los problemas más serios en el mundo. En el Perú 1 de cada 6 niños menores de 5 años tienen desnutrición crónica y en las regiones de sierra y selva la proporción aumenta, el objetivo de su tesis fue, comparar los factores asociados a la desnutrición crónica en niños peruanos de 6 a 23 meses de las 3 regiones naturales en un análisis secundario del Monitoreo Nacional de Indicadores Nutricionales 2010. Se calcularon las prevalencias de desnutrición crónica a nivel nacional, regiones naturales y para cada uno de los indicadores. Se realizó un análisis multivariado de regresión logística para cada región para identificar la fuerza de asociación. Resultados: Se encontraron 8 factores comunes a las tres regiones naturales. Entre ellos, el ser hijo de madres sin educación o solo primaria (costa OR: 2.04, sierra OR: 3.75 y selva OR: 3.05), no tener diversidad alimentaria (costa OR: 2.95; sierra OR: 3.14 y selva OR: 2.21) e inadecuadas prácticas de alimentación infantil (costa OR: 2.41; sierra OR: 1.73 y selva OR: 1.93). En la costa además estuvo el factor tipo de piso (OR: 1.85). En la sierra otros factores fueron ser hijo de madre con menos de 6 CPN (OR: 2.09) y no disponer de recursos sanitarios (OR: 1.84) en la selva otros factores fueron no tener todas las vacunas básicas para la edad (OR: 2.26) y no disponer de recursos

necesarios (OR: 2.33).Concluyendo que al comparar los factores se encontró algunas diferencias entre las regiones, la selva tuvo más factores asociados que la costa y la sierra 12.

SANCHEZ HECTOR D. et.al, realizaron un estudio sobre los “Factores Maternos Asociados al Riesgo de Desnutrición en Niños de 6 a 36 Meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4” Iquitos cuyo objetivo fue determinar los factores maternos (edad, trabajo, nivel educativo, ingresos económicos, espacio intergenésico) asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses atendidos en el consultorio CREDE del Centro de Salud Morona Cocha I-4. La metodología empleada fue el cuantitativo, diseño no experimental, transversal, Correlacional, la muestra estuvo conformada por 123 madres con niños de 6 a 36 meses que acuden al centro de salud Morona Cocha I-4. Los datos se recolectaron aplicando el cuestionario “Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015”. El procesamiento de datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS versión 22, obteniendo lo siguiente: el 100.0% (123) de madres con niños(as) 6 a 36 meses, el 20.3% (25) tienen menor edad y el 79.7% (98) tienen mayor edad, el 26.8% (33) de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el 73.2% (90) no tienen trabajo remunerado, el nivel educativo el 27.6% (34) tienen menor nivel educativo y el 72.4% (89) manifiestan tener mayor nivel educativo, con menor ingreso económico son el 52.8% (65) y con mayor ingreso el 47.2% (58), con menor espacio intergenésico el 48.0% (59) de las madres, mientras que el 52.0% (64) tienen mayor espacio intergenésico.

Asimismo se determinó que del 100% (123) el 93.5% es decir 115 presentan riesgo de desnutrición mientras que el 6.5% no presentan riesgo de desnutrición. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo $p = 0.001$, $< \alpha = 0.05$, ingresos económicos $p = 0.018$, $< \alpha = 0.05$ y espacio intergenésico $p = 0.038$, $< \alpha = 0.05$; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad $p = 0.140$, $> \alpha = 0.05$ y nivel educativo $p = 0.071$, $> \alpha = 0.05$, 13.

El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, en el año 2010, publicó las intervenciones efectivas basadas en evidencia para prevenir la desnutrición infantil en el Perú, intervenciones para mejorar la ingesta de nutrientes. 1. Consejería para la promoción de la lactancia materna: la leche materna proporciona todos los nutrientes requeridos por los sustitutos, y proporciona agentes antibacterianos y antivirales que protegen al lactante contra las enfermedades. El incremento de proteínas en la dieta del niño menor de 4 meses no mejora la talla aunque sí incrementa el peso en los niños menores de 2 años de edad (Koletzko, et al. 2009). Existe evidencia sobre el efecto de la lactancia materna en el crecimiento de los niños, así los niños amamantados durante los primeros 2 a 3 meses de vida crecen más rápido que los niños que no lo son. En una revisión Cochrane (Britton et al., 2007) de investigaciones experimentales se reporta que todas las formas de consejería o apoyo a las madres incrementa la duración de la lactancia materna, tanto la exclusiva como la lactancia parcial a partir de los seis

meses. El impacto de las actividades educativas o de consejería es mayor para incrementar las coberturas de lactancia materna exclusiva y otras investigaciones. (Hill, Kirkwood y Edmont, 2005) mostraron un efecto de la consejería realizada por pares o personas no profesionales en el incremento de la lactancia materna de 6-64%. El efecto es mayor cuando es mayor el número de visitas o sesiones educativas;

2. Consejerías para la alimentación complementaria: La educación nutricional en poblaciones con seguridad alimentaria (viven con más de US\$ 1 por día por persona) producen un incremento en la talla para la edad (Z score = 0.25 más que el grupo control; IC95%: 0.05-0.76) Penny et al., 2005; En poblaciones con inseguridad alimentaria se mostró que la estrategias educativas tienen impacto siempre y cuando se combina con entrega de alimentos suplementarios (Z score de talla para la edad= 0.41 más que el grupo control; IC95%: 0.05-0.76) Adu-Afarwuah et al., 2007; El consumo frecuente de alimentos de origen animal se asocia con menor probabilidad de tener desnutrición crónica en niños de 6 a 24 meses (Krebs y col., 2011). En México se combinó este programa con educación nutricional y suplemento de alimentos fortificado con micronutrientes e incrementó en 1 cm la talla de los niños por año, lo cual redujo en 10% la prevalencia de desnutrición crónica en niños de 12 a 36 meses (Behrman y Hoddinott, 2001). En Colombia el Programa Familias en Acción, similar a Progresas, incrementó en 0.44 cm la altura de los niños de 0-12 meses (Mesnard, 2005) y la Red de Protección Social en Nicaragua redujo la prevalencia de la desnutrición de 41.9% a 37.1% en 2 años (Maluccio y Flores, 2005);

3. Suplemento de zinc para el niño menor de 3

años, el efecto del zinc es positivo en el crecimiento de los niños tanto en el peso (0.31; IC95%: 0.18-0.44) como en la talla (0.35; IC95%: 0.19-0.51) (Brown et al., 2002). Comparado con niños que tuvieron placebo, los que recibieron suplemento de zinc preventivo tuvieron menos episodios de diarrea (RR=0.86; IC95%: 0.79-0.93), menos diarrea severa o disentería (RR=0.85; 0.75-0.95), menos diarrea persistente (RR=0.75; 0.57-0.98), y más bajas tasas de infecciones respiratorias agudas (RR=0.80; 0.70-0.92) (Aggarwal, Sentz y Miller, 2007; Buttha et al., 2008). La suplementación de zinc también redujo en 9% la mortalidad en la niñez (RR=0.91; IC95%: 0.82-0.99) (Sazawal, et al., 2007; La suplementación de zinc se puede realizar junto con otros micronutrientes necesarios para el niño como la Vitamina A y el hierro 14.

2.2 Marco Conceptual

2.2.1. DESNUTRICIÓN CRÓNICA.

Sabemos que se entiende por factor determinante de salud a todos aquellos aspectos que pueden influir en mejorar, poner en riesgo o enfermar el estado actual de salud de toda persona independientemente del grupo etario 15. La OMS define como desnutrido a aquel niño que se encuentra por debajo de dos desviaciones estándar de la mediana de las curvas de referencia (NCHS u OMS). En los niños es importante realizar la vigilancia de los indicadores antropométricos de peso y talla, así tenemos que desnutrición aguda se define cuando el peso para la talla (P/T) es

inferior a -2 DE de la mediana. En forma similar, el retardo del crecimiento o desnutrición crónica se define cuando la talla para la edad (T/E) es menor a -2 DE de la mediana 16.

Un factor importante que contribuye al problema de desnutrición infantil, es la educación y costumbres alimenticias que se brindan en casa; se fomenta el consumo de productos “chatarra” como alimentos regulares, supliendo a los alimentos recomendados como pueden ser frutas y verduras. La edad de la madre, que es menor de edad, el número de hijos que ella tiene, los malos hábitos higiénicos en los alimentos; la falta de atención a una consulta para la llevar un buen control a la alimentación, también la falta de interés de proporcionar buena alimentación hacia el niño son otros factores 17. A continuación se detallan las causas intrínsecas del niño, de la madre y las medioambientales:

a. Causas Intrínsecas del niño(a):

Es importante saber que el crecimiento es definido como los cambios normales en cantidad de sustancia viviente. El crecimiento es el aspecto cuantitativo del desarrollo biológico y se mide en unidades de tiempo, es el resultado de procesos biológicos por medio de los cuales la materia viva normalmente se hace más grande. Puede ser el resultado directo de la división celular o el producto indirecto de la actividad biológica (huesos, dientes, etc.). Típicamente, igualamos crecimiento con agrandamiento, pero hay circunstancias en las que el crecimiento es el resultado de una

disminución normal de tamaño, por ejemplo, la glándula timo después de la pubertad. El crecimiento enfatiza los cambios dimensionales normales durante el desarrollo. El crecimiento puede resultar en aumentos o disminuciones de tamaño, cambio en forma o proporción, complejidad, textura, etc. Crecimiento es cambio en cantidad 18. Se describirán las siguientes causas intrínsecas del niño:

i. **edad**

La edad que es considerado como el tiempo cronológico que desarrollamos diariamente en espacios de segundos, minutos, horas, días, años, etc. transcurridos. Para el informe se consideran a los menores de cinco años de edad, debido a que dentro de esta etapa el organismo humano alcanza su máximo desarrollo de capacidades funcionales y fortalecimiento del crecimiento para etapas posteriores de vida.

ii. **Sexo.**

En cuanto al género o sexo existe teorías que denotan cierta diferencia significativa en cuanto a la relación peso/talla, talla/edad de los niños y niñas por ello se considera dentro de los factores que influyen en la determinación de la desnutrición, que hace más vulnerable en situaciones específicas tanto a niños como a niñas.

iii. Bajo peso al nacer.

Según la OMS en la norma técnica de crecimiento y desarrollo considera que el bajo peso de al nacer ocurre cuando un bebé pesa menos de 2.500 gramos

iv. Lactancia materna exclusiva.

Comprende la alimentación exclusiva del recién nacido con leche materna exclusiva en sus primeros 6 meses de vida, según la OMS la leche materna provee al recién nacido de los nutrientes necesarios para su buen desarrollo y crecimiento, no haciendo falta la inclusión de fórmulas artificiales para la alimentación del recién nacido.

v. Ablactancia y destete.

Es la discontinuidad periódica de la lactancia materna exclusiva para fortalecer la alimentación del niño con alimentos complementarios es decir la introducción de alimentos, sólidos a la dieta diaria del niño. La OMS nos dice que la ablactación sucede entre los 12 y 24 meses de edad, periodo en el cual el niño empieza a adaptarse a consumir alimentos diversos en mayor cantidad que la leche materna.

vi. Control de crecimiento y desarrollo.

La OMS define el crecimiento del niño como un proceso que sucede en el interior de su organismo, y consiste en el aumento del número y tamaño de sus células. Este crecimiento puede ser medido por el peso, la longitud o talla de su cuerpo, perímetro cefálico, etc. Una adecuada lactancia materna y una regular alimentación

complementaria son fundamental durante toda la etapa del crecimiento. Así mismo el desarrollo es la maduración funcional de los órganos del niño alcanzando su máximo esplendor en función a factores como la alimentación, estimulación, etc.

vii. Infección respiratoria aguda

Las enfermedades prevalentes en la infancia son una serie de trastornos de la salud propios del periodo de adaptación a factores internos y externos que afronta el niño en su inocencia por conocer, vivir y experimentar su crecimiento y desarrollo, dentro de estos trastornos tenemos a las más comunes que son las infecciones de las vías respiratorias con evolución menor a 15 días y en ocasiones se convierten en neumonía, es importante recalcar que las neumonías (entendemos por neumonía a todo proceso infeccioso que ataca el árbol bronquial causando dificultad respiratoria pudiéndose clasificar en: IRAS: No neumonías, neumonía, neumonía grave, enfermedad muy grave) en la comunidad son la primera causa de morbimortalidad en la primera infancia.

viii. Enfermedad diarreica aguda.

Las enfermedades diarreicas son infecciones del tracto digestivo ocasionadas por bacterias, virus o parásitos, son otra de las enfermedades prevalentes de la infancia cuyo principal síntoma es la diarrea. Esto es, la deposición de tres o más veces al día de heces sueltas o líquidas 19.

ix. Suplementación de hierro.

Los suplementos se usan para fortificar los alimentos del niño o como método profiláctico para prevenir enfermedades por desórdenes nutricionales como es el caso de la anemia (enfermedad que muestra una baja de los valores normales de hemoglobina es importante conocer que para los niños el punto de corte mínimo en el valor de hemoglobina es de 11.5 g/dl, por debajo de este valor encontramos los niveles de anemia como son anemia leve de 10.9 a 11.4g/dl, anemia moderada de 9.9 a 10.8g/dl y anemia grave menor a 8.0g/(dl). Los micronutrientes, que son vitaminas y minerales necesarios en pequeñas cantidades, son esenciales para un buen comienzo en la vida y un crecimiento y desarrollo óptimos. En particular los multimicronutrientes que ayudan a fortificar los alimentos del niño, el hierro 12.5g, el zinc, la vitamina A, el ácido fólico y el yodo juegan un papel fundamental en el mantenimiento de poblaciones saludables y productivas.

b. Causas maternas:

La madre contribuye con su presencia y no sólo por la alimentación natural que de ella deriva la supervivencia del niño. Su presencia es fundamental para el desarrollo durante los primeros años de vida, constituyéndose como el eje central en la salud de sus hijos. La disminución de la mortalidad infantil por desnutrición crónica en las últimas décadas puede ser atribuida a factores etiológicos de la madre. Además, el cuidado tiene un efecto importante sobre el

bienestar psíquico y emocional del niño, siendo la madre fundamental para la socialización de sus hijos y su actitud, vital para el desarrollo intelectual. Dichos cuidados dependen de las prácticas higiénicas y éstas están muy relacionadas con la educación materna, con sus hábitos y costumbres.

Entre los factores considerados para el informe se encuentran: La edad que es definida como el término de origen latín "aetas", es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo, la madre adolescente y la madre añosa son considerados como factores determinantes para la desnutrición. La interrupción de la educación de los padres es una consecuencia inherente al embarazo precoz, en ella están limitando sus conocimientos y preparación, reduciendo su destreza para educar y criar a los hijos y sus posibilidades de enfrentar positivamente los desafíos y adversidades del medio.

Otra causa que influye es la pobreza económica y falta de otras oportunidades para propiciar el desarrollo humano.. Los hijos de madres menores de 20 años y sin formación educativa están expuestos a un riesgo más de dos veces mayor de morir o de sufrir desnutrición que los hijos de madres de edad mayor.

El término ocupación es definido como el empleo, oficio, profesión o cualquier otra actividad que llena el tiempo de una persona.

Igualmente el tener nacimientos demasiado próximos no permite que el cuerpo de la madre recupere las reservas nutricionales y el nivel

energético, provocando así embarazos riesgosos, complicados en la mayoría de los casos por situaciones como: enfermedad hipertensiva del embarazo, parto obstruido o hemorragia posparto

El espacio intergenésico se define como el espacio del tiempo que existe entre la culminación de un embarazo y la concepción del siguiente embarazo 20. Entre los factores maternos de interés tenemos:

i. Hijo de madre adolescente.

Cuanto la edad de la madre se aproxime a los extremos es decir menor de 18 años y mayores de 37 años de edad son más vulnerables a concebir niños con algún trastorno en su estado de salud (Niños prematuros, niños con trastornos como síndrome de Down, malformaciones, etc.), según estudios OMS.

ii. Control prenatal.

El control prenatal en la etapa del embarazo que toda mujer debe cumplir estrictamente durante el periodo grávido, es de gran importancia debido a que en estos controles se puede detectar oportunamente algún trastorno por el cual pudiera estar cursando el feto o la misma madre, además de poder identificar mediante variaciones antropométricas como la altura uterina, la ganancia de peso, exámenes de laboratorio que hacen posible la detección oportuna y toma de medidas frente a situaciones de riesgo de morbilidad o mortalidad materno perinatal.

iii. Nivel de educación de la madre.

Es el grado de escolaridad alcanzada por la madre, es necesario entender que mientras se mayor el grado de instrucción habrá mayor sensibilización de la madre para advertir sobre signos de alarma, atención oportuna de controles prenatales, etc. para evitar trastornos en el recién nacido como en la madre al momento del parto y en la etapa de puerperio.

iv. Estado civil de la madre.

Es la condición civil formal o informal de la madre que de una manera directa e indirecta va a influenciar en la alimentación de su niño, una madre acompañada y dotada de afecto y apoyo emocional como económico brindara mayor amor y atención a su niño contribuyendo así a superar deficiencias en su estado de salud como es el caso de la desnutrición crónica.

v. Bajos ingresos económicos.

Está determinado por el ingreso económico que obtiene en forma personal y/o a través de su conyugue, este factor indirecto cobra gran importancia para la obtención de los alimentos necesarios para cubrir las necesidades nutricionales del niño para que a su vez este adquiera el aporte nutricional adecuado para superar la desnutrición crónica y gozar de buena salud.

vi. Hábitos alimentarios.

Son condiciones que están determinados por los patrones culturales, niveles de ingreso, costumbres y tradiciones que

determinan las conductas de manejo en la alimentación del niño como en el desarrollo de conductas favorables para el buen crecimiento y desarrollo del niño lo que contribuiría a superar la desnutrición crónica del niño.

C. Causas medio ambientales presentes en el hogar del niño:

Se consideran factores medioambientales a aquellos que están en el contexto vivencial del niño en este caso dentro del seno de su hogar y que pueden poner en riesgo o dañar su integridad en salud, están asociados a prácticas higiénicas inadecuadas, relacionados con hábitos y costumbres en la preparación de los alimentos que ingieren los niños, asociado a problemas en la dotación de agua potable y alcantarillado en poblaciones que viven en condiciones de pobreza.

Cuatro millones de niños menores de 5 años mueren cada año, un 98% de ellos viven en países en vías de desarrollo. El flagelo de la pobreza, la inequidad económica, el analfabetismo y la desnutrición, impiden el normal crecimiento y desarrollo de los niños, y facilitan el establecimiento de enfermedades perinatales, neumonía, diarrea y paludismo.

Las amenazas ambientales más frecuentes se relacionan con agua, insegura, saneamiento inadecuado de excretas, contaminación del aire, exposición a productos químicos peligrosos y lesiones no intencionales. La OMS consideró a la salud ambiental infantil como uno de los principales retos sanitarios del siglo XXI,

luego de celebrar en diciembre de 2002 la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible en Johannesburgo, Sudáfrica. Desde entonces, estimula el desarrollo de estrategias para abordar, divulgar y resolver los problemas ambientales a partir de centros especializados.

La inadecuada disposición de excretas, viviendas con piso de tierra, poco uso de calzado, la inadecuada manipulación de alimentos, dietas poco balanceadas, la baja escolaridad de los padres, el no tener costumbre del lavado de manos antes de comer y después de usar el sanitario, así como una precaria capacidad adquisitiva de estas familias, lo que se agrava al no tener acceso a los servicios de salud 25.

Entre los factores medio ambientales presentes en el contexto vivencial del niño se priorizaron:

i. Higiene y saneamiento.

Son las condiciones básicas de higiene personal y familiar que deben poner en práctica las madres al interior de sus hogares y las condiciones de conservación del medio ambiente, debiendo ser estos espacios los más aceptables para asegurar una buena salud, crecimiento y desarrollo adecuado del niño.

ii. Agua segura.

Son las condiciones de salubridad del agua que consumen los miembros de la familia, esta debe de ser agua tratada es decir debidamente desinfectada, además de contar con un hervido eficaz

que supere los 5 minutos luego de comenzar el hervor, solo así estaremos brindando agua segura a nuestros niños.

d. **Determinantes de la desnutrición.**

Las determinantes de la desnutrición crónica, están organizadas en causas o determinantes inmediatas, que influyen directamente sobre las condiciones nutricionales del individuo, las causas subyacentes, que se manifiestan a través de las características relacionadas a la familia, cuidadores y hogar y por último, las causas básicas, que fundamentalmente están asociadas con los sistemas políticos, económicos, culturales y sociales en la que se enmarca, la vida de la familia y los individuos sociedad.

Las causas inmediatas que condicionan la desnutrición y el desarrollo infantil inadecuado son: la inadecuada ingesta de alimentos y las enfermedades infecciosas, estas son favorecidas por causas subyacentes: la inseguridad alimentaria en el hogar, inadecuadas prácticas de alimentación y cuidado, así como insuficiente agua, saneamiento y servicios de salud.

i. **determinantes inmediatas**

Las enfermedades infecciosas prevalentes en la infancia, son parte de las determinantes inmediatas asociadas con la desnutrición debido a su frecuencia, duración y gravedad. Cuando se habla de enfermedades infecciosas el término "carga de morbilidad" no solo hace referencia al número de niños que lo padecen, sino también a la gravedad y duración de cada episodio.

Por ejemplo, se ha estimado que entre un cuarto y tercio del déficit total de crecimiento es atribuible a enfermedades infecciosas gastrointestinales. En el Perú, las principales enfermedades infecciosas, la constituyen las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y aun cuando se ha reducido ostensiblemente en los últimos años el índice de mortalidad infantil por IRA y EDA, siguen siendo estas enfermedades las causas principales de desnutrición.

Por otro lado, las enfermedades diarreicas agudas (EDA) han disminuido en 1,4% desde el año 2000; actualmente, alcanza el 14%, no hay diferencias importantes entre sexo, nivel de educación o zona urbana y rural 26.

ii. Determinantes subyacentes

La inseguridad alimentaria en el hogar.

Se da cuando las personas no disponen de acceso físico, social, económico o geográfico, cultural a suficientes alimentos inocuos y nutritivos y que se encuentra asociada a la calidad de alimentos, de la disponibilidad de alimentos en el hogar y a la producción de alimentos.

En el Perú, de acuerdo al informe técnico Evolución de la Pobreza al 2009, los niños de 12 a 35 meses, en el consumo de energía a nivel nacional fue de 85,8%; sin embargo, en algunos departamentos se encontró una alta proporción de la población con

porcentajes de adecuación bajos como fue el caso de Loreto 61,8%, Puno 65,5% y Cajamarca 72,0%, 27.

iii. **Inadecuado acceso al agua y servicios básicos de saneamiento y a servicios de salud.**

Otra de las causas subyacentes es el inadecuado acceso a agua y servicios básicos de saneamiento; condicionado por el nivel de acceso a estos servicios de modo individual y colectivo así como de la infraestructura para brindar agua y saneamiento a nivel territorial, así tenemos, a pesar de que el 2007, con la implementación de los programas estratégicos se ha obtenido mejoras ostensibles, pero aún se observa las brechas en términos de ámbito nacional.

Inadecuadas prácticas de alimentación y nutrición en el hogar.

Las prácticas inadecuadas de alimentación y nutrición en el hogar son de diferentes tipos: prácticas inadecuadas en higiene y en salud, relacionadas con alimentación y nutrición (como la atención psicoactiva del niño y su estimulación) y prácticas en alimentación (la repartición intrafamiliar de los alimentos, la lactancia materna, la calidad de los alimentos y la diversificación de estos).

Las prácticas de higiene inciden de manera directa en la salud de las personas. Son muchas las enfermedades relacionadas con las malas prácticas de higiene como las EDA e IRA. Los hábitos de higiene cumplen un papel fundamental en la etapa de la lactancia materna (LM) y la alimentación complementaria 28.

iv. Prácticas inadecuadas en alimentación.

Entre las prácticas más importantes en alimentación para el crecimiento físico y desarrollo de las niñas y niños, según la evidencia científica, y que la deficiencia en estas, forma parte de las causas subyacentes de desnutrición, se encuentra la lactancia materna y la alimentación complementaria en los primeros años de vida.

v. Lactancia materna.

Respecto a la lactancia materna, todos los niños y niñas deben ser alimentados solo con leche materna hasta los seis meses y continuar hasta los dos años incorporando la alimentación complementaria, que ofrece grandes beneficios pues disminuye la susceptibilidad de sufrir enfermedades infecciosas (neumonía, diarrea o infecciones intestinales) y procesos alérgicos; además permite y potencia un desarrollo corporal y mental adecuado. La LM en los primeros seis meses de vida, tienen un impacto positivo en la sobrevivencia y estado nutricional de los niños y niñas. Los datos acerca del incremento de LME indican que las acciones emprendidas están dando resultados positivos, al ser uno de los porcentajes más altos del decenio; sin embargo, existen diferencias por departamentos, en regiones como Arequipa, Ancash y Lambayeque la duración de la LME no es mayor de dos meses; en las regiones de Lima, Ica, Huánuco, Madre de Dios, Puno y Tumbes, la duración de la LME está por debajo de los 4 meses y,

en Piura, Cajamarca, San Martín, Pasco, Ayacucho, Loreto, Cusco, Moquegua y Tacna, la duración de la LME no sobrepasa los 5 meses. Solo en las regiones de La Libertad, Amazonas, Ucayali, Junín, Huancavelica y Apurímac la LME esta alrededor de los 6,5 meses. En estas últimas regiones el problema de la desnutrición crónica infantil está relacionado con la introducción tardía de alimentos complementarios a la lactancia materna 29.

vi. Alimentación complementaria más lactancia materna.

La alimentación complementaria está definida como la introducción de alimentos diferentes a la leche materna. La alimentación complementaria junto con la LME resultan prácticas determinantes en el proceso de crecimiento físico y desarrollo de la niña o niño 30. Durante el periodo de 6-18 meses, la velocidad de crecimiento físico es mayor, por lo que es necesario que los alimentos complementarios puedan cubrir la brecha nutricional entre lo que necesita el niño y lo que proporciona la leche materna. Una alimentación complementaria adecuada considera criterios de consistencia del alimento, cantidad, frecuencia y su calidad.

vii. Determinantes básicas.

En el Perú se observa en las regiones menos desarrolladas del país la persistencia de comportamientos y patrones demográficos asociados a pobreza, desnutrición y a desigualdades e inequidades sociales y territoriales. Lo que en algunos de ellos

implica la generación o continuidad de inequidades (culturales, económicas, de género, etc.) que favorecen a problemas de malnutrición en los niños, comprometiendo el potencial de desarrollo individual y colectivo.

Consecuencias de la Desnutrición.

i. Mortalidad.

Cálculos recientes muestran que el 56% de las muertes en niños menores de cinco años fueron atribuibles al efecto de la malnutrición, y que el 83% de estas muertes fueron debidas a una desnutrición leve a moderada.

A pesar que desde hace mucho tiempo se reconoce el efecto sinérgico entre la desnutrición e infección como causas de mortalidad infantil, cuando se desarrollan estrategias para reducir el número de muertes en niños se priorizan aquellas orientadas reducir las enfermedades infecciosas. Diversos estudios han mostrado la fuerte asociación entre estado nutricional y la duración o severidad de episodios de enfermedades infecciosas, algunos incluso con su incidencia ³³. Los mecanismos son numerosos y complejos: la desnutrición conlleva a la reducción de la inmunidad humoral y celular, así como de barreras físicas tales como el moco protector en las vías respiratorias y la acidez gástrica.

ii. Disfuncionalidad.

La desnutrición produce reducción en la capacidad física e intelectual, así como también influye sobre los patrones de comportamiento durante la adultez. Los niños con enanismo tienen una menor capacidad de aprendizaje, por lo que su rendimiento escolar disminuye,

reduciendo así el retorno de la inversión educativa. En la adultez, el enanismo reduce la productividad y por lo tanto los ingresos económicos. Los hijos de mujeres adultas con enanismo nutricional, tienen mayor riesgo de nacer con bajo peso lo cual a su vez representa un mayor riesgo de morbi-mortalidad infantil, así como de enanismo y disfunción cognoscitiva entre los sobrevivientes.

El daño sobre la funcionalidad intelectual, no solo ocurriría a través del daño cerebral durante los primeros años de vida, sino que también ocurriría mediante el letargo que produce la desnutrición, ya que entonces el niño tiene menor oportunidad de explorar su entorno.

iii. **Enfermedades crónicas.**

El bajo peso al nacer y el enanismo nutricional representan un mayor riesgo de contraer enfermedades crónicas en la adultez, incluyendo obesidad, diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial y accidentes cardiovasculares.

f. estrategias para controlar la desnutrición crónica

i. **Medición del estado nutricional.**

Aunque existe una amplia diversidad de aspectos que brindan información acerca del estado nutricional de una persona, la más comúnmente usada por su bajo costo y sencillez es la medición de dimensiones corporales, es decir la antropometría.

Como resulta obvio, los grupos que por su rápido crecimiento corporal están en mayor riesgo (gestantes, niños y adolescentes) resultan de mayor interés para las evaluaciones nutricionales.

El principal argumento ha sido comprobar que en aquellos países con una baja talla promedio, existen grupos pertenecientes a las familias con mejores ingresos cuyo crecimiento es similar al de la población de referencia. Es decir, el crecimiento del niño depende principalmente del medio y no de la carga genética.

Los tres índices antropométricos más frecuentemente usados para evaluar a la población infantil son: peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad. El estado nutricional infantil se operacionaliza mediante la relación talla para la edad.

ii. **Índices antropométricos.**

- **El déficit de peso para la talla**, también llamado desnutrición aguda, consiste en la disminución de masa corporal, inicialmente a expensas de tejido graso pero que puede afectar incluso la masa muscular.

Generalmente es consecuencia de un episodio agudo de enfermedad infecciosa o severa disminución en la ingesta calórica

- **El déficit de talla para la edad**, también llamado desnutrición crónica, consiste en un menor crecimiento lineal. Por depender del desarrollo de los huesos largos, tiene una dinámica menos flexible que el peso para la talla.

De hecho, excepto bajo condiciones muy particulares (adopción por hogares muy afluentes), se considera que el déficit de talla para la edad es una condición prácticamente irreversible.

El término “desnutrición crónica” ha sido desafortunado porque implica que resulta la continuidad del daño llamado “desnutrición aguda”,

mientras que en la realidad son dos procesos que aunque relacionados, responden a una causalidad y perfil epidemiológico completamente diferentes. Los autores prefieren usar los términos “enanismo nutricional” o “retraso en el crecimiento lineal” para referirse al déficit de talla para la edad 31.

iii. .acciones para resolver el problema nutricional infantil.

Actualmente el Estado Peruano invierte aproximadamente 250 millones de dólares anualmente en programas que brindan asistencia alimentaria. Un estudio realizado el 2001 por un equipo de expertos de la Universidad de Tufts 32. Concluyó que éstos mostraban diversas debilidades, entre ellas:

- Falta de claridad de sus objetivos en cuanto a salud y nutrición. En varios programas, las definiciones de grupos objetivo y la naturaleza de las raciones a entregar no están relacionadas al perfil epidemiológico nutricional.
- No llegan a la población más vulnerable. Si consideramos que la justificación de un programa de apoyo alimentario con objetivos nutricionales, descansa en el supuesto que la población beneficiaria no tiene acceso a suficientes alimentos con sus propios ingresos, resulta muy ilustrativo encontrar que el 34% de los hogares en extrema pobreza no acceden al programa del Vaso de Leche, mientras que entre 60 a 78% de los no pobres si pueden hacerlo. Cabe señalar que el Vaso de Leche representa el 43% del presupuesto total para este tipo de programas 33.

- Descoordinación entre los programas. Su ubicación en diferentes sectores dificulta la coordinación y permite errores como superposición geográfica o en los mismos grupos de edad. Ejemplo: los hogares de pacientes tuberculosos pueden ser atendidos por el PANTBC, que es manejado por el Ministerio de Salud, así como por el Vaso de Leche de administración municipal 34.

- Los sistemas de monitoreo y evaluación no son utilizados por la gerencia de los programas. Al estar poco claros los objetivos nutricionales, la performance del programa es evaluada casi exclusivamente en términos de flujo de alimentos y cumplimiento de procedimientos legales.

- Débil vínculo con los servicios de salud. Los servicios del Ministerio de Salud están orientados a cumplir un rol curativo-recuperativo, donde el estado nutricional resulta un objetivo algo difuso, sin un claro correlato con sus actividades 35.

Las causas básicas que condicionan la desnutrición y el desarrollo infantil dependen de los recursos humanos, económicos, organizacionales, y los mecanismos que los controlan existentes en el país, que a su vez están directamente relacionados con los sistemas políticos, económicos, sociales y culturales que prevalecen en cada ámbito territorial, entre ellos la desigualdad de oportunidades, la exclusión y la discriminación por razones de sexo, raza, etc. 36.

iv. 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. 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 le conoce como los 1000 días críticos para la vida 37. 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.

2.2.2. Intervención de Enfermería en niños con desnutrición crónica

2.2.2.1 Intervenciones 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, o 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.” Howard Butcher (2008) 38.

- Intervención de 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, basadas en la teoría de Nola Pender y para ello utiliza estrategias de prevención secundaria y terciaria. Entre las diferentes acciones que realiza están;

- Desarrollo de programas educativos para incrementar el conocimiento y la conciencia de las madres de familia y cuidadoras 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 39.

2.2.2.2. Consejería para la promoción de la lactancia materna.

La lactancia materna exclusiva implica que no se dará al infante ningún otro alimento o bebida, ni siquiera agua, excepto la leche materna, aunque permite que reciba gotas y jarabes (vitaminas, minerales y medicinas). La lactancia natural proporciona el alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sanos de los lactantes. Como recomendación de salud pública

mundial, durante los seis primeros meses de vida los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna para lograr un crecimiento, un desarrollo y una salud óptimos. A partir de los seis meses los lactantes deben recibir alimentos complementarios sin abandonar la lactancia natural hasta los dos años de edad, o más tarde (OMS, 2003) 40.

La lactancia materna es un comportamiento complejo porque las madres deben decidirse a amamantar, aprender las técnicas correctas, preservar cuando se presenten dificultades y a veces ir en contra de las normas culturales. Para que las madres puedan amamantar necesitan información exacta, apoyo familiar, de la comunidad y del sistema de atención sanitaria. Con este fin se debe realizar las visitas de seguimiento por personal de salud cualificados, en lactancia, que aumenten la confianza de las madres, mejoren las técnicas de alimentación y prevengan o solucionen los problemas de amamantamiento (OMS, 2003)

2.2.2.3 Consejerías para la alimentación complementaria.

La OMS define el 'índice de introducción oportuna de alimentación complementaria' como el porcentaje de lactantes entre los 6 y 12 meses de edad que reciben alimentos complementarios sólidos o semisólidos, además de leche materna. Esta intervención sin entrega de alimentos beneficia a los niños de 6 a 24 meses que viven en áreas que no tienen inseguridad alimentaria o viven con más de un dólar al día. Estas consejerías pueden ofrecerse en el hogar, comunidad o establecimiento de salud, por profesionales de la salud o voluntarios de atención de salud.

Una buena alimentación complementaria requiere no solamente de alimentos disponibles con niveles adecuados de energía y nutrientes de alta calidad, sino también que exista una gama de comportamientos apropiados. Muchas veces los alimentos complementarios preparados por las madres o cuidadoras no se ajustan a las necesidades del niño, mostrando deficiencias en calidad y cantidad, y en ocasiones se los prepara, almacena y suministra en malas condiciones de higiene que provocan enfermedades diarreicas y deterioran la nutrición del niño) 41.

La persona responsable por el cuidado del niño debe tener el tiempo, los conocimientos y las destrezas adecuadas para la adecuada distribución de los menores de dos años. Además, es muy importante que las madres o cuidadoras procesen y manipulen los alimentos de manera higiénica y segura.

En general, estas estrategias educativas se realizan sobre temas de alimentación y nutrición (preparación de alimentos, cantidad, frecuencia, consistencia y calidad de los alimentos), prácticas adecuadas de higiene y cuidado de los niños enfermos 42.

Diferentes formas de consejería u orientación han demostrado tener eficacia diferente. Esto se puede lograr mediante consejerías nutricionales dirigidas a las madres para mejorar los conocimientos, modificar las creencias y prácticas que ponen en riesgo la salud del niño, y proponer recomendaciones de soluciones prácticas para sostener la lactancia materna y mejorar la alimentación complementaria de los niños.

Estas recomendaciones deberán ser realizadas tomando en consideración las limitaciones de tiempo y recursos de la madre, la falta de acceso y disponibilidad de alimentos, los valores culturales y el nivel educativo de la madre.

2.2.2.4 Suplemento de zinc para el niño menor de 3 años

Ingesta recomendada diaria de zinc de 2 miligramos/día para niños de 0-6 meses, 3 mg/día para niños de 7 a 12 meses de edad, 3 mg/día para niños de 1-3 años.

Puede ser difícil satisfacer los requerimientos de zinc de lactantes y niños pequeños a través de los alimentos, esto implica que la suplementación del zinc puede ser especialmente útil durante este período. El zinc se puede combinar con otros micronutrientes en los suplementos, dado que las dietas que son deficientes en zinc casi siempre son deficientes en hierro, y probablemente en vitamina A.

La deficiencia de zinc en el mundo se estima en 31% y es muy común en los niños de los países en vías de desarrollo particularmente donde las dietas son bajas en productos animales. Este problema es típico del período de alimentación complementaria. Los estudios de observación e intervención han demostrado que la reposición de los depósitos del zinc está ligada con una mejor función inmune, reducción de la diarrea, y aumento en el crecimiento y en la función psicomotora 43.

La deficiencia de zinc está asociada con una alteración en la inmunidad y un aumento en el riesgo de contraer enfermedades infecciosas. La deficiencia grave de zinc causa retraso en el crecimiento, diarrea, lesiones en la piel,

pérdida del apetito, caída del cabello y, en los varones, un desarrollo sexual lento. El zinc promueve el crecimiento y desarrollo normal. Forma parte de la estructura molecular de las enzimas, promueve el desarrollo y funcionamiento de células inmunes, y es esencial para la activación y proliferación celular.

2.2.2.5 Suplemento de múltiples micronutrientes en el embarazo.

La población en riesgo está formada por personas embarazadas. La complementación de micronutrientes múltiple se define como receptora de al menos tres micronutrientes, en general que incluyen hierro, ácido fólico y otro nutriente. La recepción adecuada es para todo el embarazo.

El embarazo crea una demanda metabólica especial de los nutrientes de alta calidad en particular de micronutrientes como el ácido fólico, hierro y vitamina A. Por lo que se requiere un consumo adecuado y balanceado de alimentos y el uso de suplementos multivitamínicos.

Se requieren las siguientes vitaminas: A 4000 UI, B-1 1.6 mg, B2 1,8 mg, nicotina mide 19 mg, B6 2,6 mg, pantotenato de Calcio 10 mg, biotina 0.2 mg, B12 4,0 mcg, C 100 mg, D500 UI, E 15 mg, ácido fólico 0,8 mg. Minerales: Calcio 125 mg, fósforo 125 mg, magnesio 100 mg, Hierro 60 mg. Tres elementos traza: cobre 1 mg, manganeso 1 mg, zinc 7,5 mg.

El desequilibrio nutricional podría causar efectos perjudiciales a la embarazada y al feto, entre ellos el retardo del crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer. Además puede deteriorar la composición de la leche de la madre.

El feto depende de la sangre de la madre y la anemia puede ocasionar un crecimiento fetal deficiente, un nacimiento prematuro y un niño de bajo peso al nacer. Las causas están asociadas principalmente a una ingesta deficiente de hierro y deficiencia de folatos. Las gestantes con anemia deberán recibir hierro elemental por vía oral entre las comidas o antes de acostarse para evitar el efecto de la alcalinización de los alimentos y aprovechar la acidez gástrica alta en la noche. Además se debe recomendar los alimentos ricos en hierro: carnes rojas (el hígado es la fuente más alta), huevos (yema), pescados, legumbres (arvejas y frijoles), carne de aves, uvas pasas, pan integral. La vitamina C (jugos de cítricos, tomate) favorece la absorción de hierro mientras el café, té, gaseosas, leche, calcio, magnesio, quinolonas, tetraciclinas y antiácidos la disminuyen.

2.2.2.5. Estrategias que incrementan la práctica de lavado de manos

Lavarse las manos correctamente consiste en usar grandes cantidades de agua, frotamiento vigoroso, usar agentes limpiadores como jabón y en secarse con un paño limpio o al aire libre, luego de entrar en contacto con heces y antes de preparar la comida.

Las manos se contaminan durante la defecación, a través de la manipulación de las heces de los niños y al tocar otras manos y superficies contaminadas. Es importante indicar que no todos los tipos de lavado de manos son igualmente eficaces para eliminar los patógenos.

Lavarse las manos correctamente en momentos claves (antes de preparar los alimentos, después de ir al Baño, después de manipular las heces de los niños, antes de comer, antes de alimentar a los niños).

2.2.2.6. Acceso a agua y saneamiento

La intervención consiste en incrementar las coberturas de acceso a agua potable en red dentro del domicilio y a servicios sanitarios con alcantarillado porque son los que tienen efecto protector sobre la diarrea y desnutrición crónica infantil. Revisiones sistemáticas muestran que el mejor saneamiento está asociado con la reducción de la morbilidad, mejor estado nutricional y menor mortalidad infantil.

La mejora del saneamiento en áreas de escasos recursos debería ser el centro de todas las iniciativas para mejorar la salud y estado nutricional de los niños. Los que viven en áreas rurales y zonas urbanas marginales sufren de pobreza, pobre acceso a agua segura y no tienen servicios sanitarios lo que predispone un mayor riesgo de enfermar y morir. Se ha reportado en varios estudios epidemiológicos que la defecación indiscriminada cerca de la casa se asocia con el incremento de la incidencia de la diarrea.

Mejoras en el saneamiento han demostrado reducir la mortalidad infantil por más de 30% y la morbilidad por cerca de 37%, especialmente cuando se combina con mejoras de suministro de agua y lavado de manos con jabón.

2.2.2.7. Acciones a tomar en el niño menor de 5 años con desnutrición

Todo niño que presente desnutrición severa atendida en el consultorio de crecimiento y desarrollo del niño en el segundo nivel de atención deberá ser referido de inmediato al servicio de pediatría.

- 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.
- La madre deberá conocer ampliamente la importancia de la referencia cuando el niño presente problemas que requieran atenderse en una unidad de mayor complejidad.
- Este al pendiente de la contra-referencia y continúe la vigilancia nutricional del niño según la periodicidad que corresponda.
- Todo niño que presente riesgo nutricional de peso y talla para su edad debe ser referido al servicio de nutrición y realizar una visita domiciliaria a los 7 y 15 días y o citar nuevamente al consultorio de crecimiento y desarrollo del niño.
- Todo niño que presente desnutrición, en la primera consulta envíelo a recibir ayuda alimenticia al consultorio de nutrición.
- Reciba a los niños que el personal comunitario refiera con sospecha de mala nutrición y brinde la atención especializada en el servicio de pediatría y/ o nutrición.
- La nutrición es un detector grueso que ayuda a la promoción de la vigilancia si las medidas antropométricas del niño corresponden a la edad cronológica; para la valoración precisa, el seguimiento y el control nutricional de todos los niños.
- Todo niño que haya sido atendido por desnutrición severa en el consultorio de pediatría del hospital, después del alta, deberá tener

visitas domiciliarias por el sectorista a fin de vigilar su estado nutricional y la ingesta de la alimentación acorde a su edad.

2.2.2.9. Guía alimentaria según diagnóstico y edad del niño

Se utilizara la guía alimentaria (ver en anexo 1)

2.2.2.10. Alimentación Correcta en los Niños

El cual debe ser de la siguiente manera:

- Es variada: compuesta por los 5 grupos de alimentos
- Es suficiente: porque su cantidad está en relación con el período de la vida, actividad y trabajo que desarrolla el niño
- Está bien distribuida: se realiza con intervalos variables, no menos de 4 comidas al día
- Es higiénica: porque se realiza siguiendo ciertas reglas que disminuyen el riesgo de transmitir enfermedades infecciosas o tóxicas.
- Una dieta sana y equilibrada para un niño debe estar constituida por alimentos variados y adecuados a la edad, gustos, hábitos y actividad física e intelectual del mismo.
- El aporte calórico debe ser adecuado para mantener el peso normal, para evitar tanto la malnutrición como la obesidad
- La dieta debe proporcionar un 60 % de hidratos de carbono, 15 % de proteínas y un 25% de grasas.

- La base de una buena alimentación está asegurada consumiendo diariamente alimentos de los 5 grupos que componen la pirámide alimentaria.

2.2.2.11. El rol de la enfermera como educadora de la salud

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) enfermera(o) que influya positivamente en los pacientes y que tenga altos valores humanistas y de esta manera lograr la satisfacción del cliente. Las enfermeras son observadoras 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 y lograr cambio de actitudes para su propio beneficio.

2.2.12.- Teorías de enfermería

Para el proceso de atención de enfermería en un niño con desnutrición crónica se aplicara la teoría de Nola Pender, basado en el Modelo de Promoción de la Salud: En 1975, la Dra. Pender publicó “un modelo conceptual de conducta para la salud preventiva”, que constituyo una base para estudiar el modo en que los individuos toman las decisiones sobre el cuidado de su propia salud dentro del contexto de la enfermería. Esta teoría identifica en el individuo factores cognitivos-preceptuales que son modificados por las características situacionales, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas

favorecedoras de salud, cuando existe una pauta para la acción. Este modelo sirve para identificar conceptos relevantes sobre las conductas de promoción de la salud y para integrar los hallazgos de investigación de tal manera que faciliten la generación de hipótesis comparables más predominantes en la promoción de la salud en enfermería; según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud. La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades de la gente en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida . Este modelo le da importancia a la cultura, entendida como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. El modelo se basa en tres teorías de cambio de la conducta, influenciadas por la cultura, así: La primera teoría, es la de la **Acción Razonada**: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un

individuo. Se plantea que es más probable que el individuo ejecute una conducta si desea tener un resultado. La segunda es la **Acción Planteada**: adicional a la primera teoría, la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad, si ella tiene seguridad y control sobre sus propias conductas. La tercera es la **Teoría Social-Cognitiva**, de Albert Bandura en la cual se plantea que la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano, definida como “los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento”. Adicional a lo anterior, la auto-eficacia es definida como la confianza que un individuo tiene en su habilidad para tener éxito en determinada actividad. El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.

“hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro
Metaparadigmas:

Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general. Persona: Es el individuo y el centro de la teorista. Cada persona está definida de una forma única por su propio patrón cognitivo-perceptual y sus factores variables. Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- perceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud. Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, ha tenido su auge durante el último decenio, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios es la

base de cualquier plan de reforma de tales ciudadanos y la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.

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.

2.4 Definición de términos básicos.

a) 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.

b) Desnutrición Crónica

Es la deficiencia nutricional avanzada que se refleja en niños con talla baja, ello por deficiencia marcada en la ingesta de nutrientes esenciales para un buen crecimiento y desarrollo.

c) Nutrientes esenciales

Se considera a los nutrientes básicos que deben de estar contenidos en la ingesta diaria del niños para su crecimiento y desarrollo óptimo estos son los carbohidratos, lípidos, proteínas, minerales y una ingesta adecuada de líquidos.

d) 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.”

e) Intervenciones 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, o Interdependientes

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

La recolección de datos para elaborar el presente informe de experiencia profesional, se realizó a través de una solicitud a la Dirección del Hospital Félix Mayorca Soto, de Tarma, con atención a la Jefatura de Estadística e Informática, se realizó un filtro del SOFTWARE y aplicativo del SIEN(Sistema de información de evaluación nutricional) de crecimiento y desarrollo del niño- Etapa de vida Niño, de los años 2014, 2015 y 2016 hasta el mes de octubre. Así mismo se solicitó a la responsable de la digitación de la información del HIS de etapa de vida niño, la correspondiente información de los años antes mencionados. Cabe mencionar que existe diferencia de datos entre la información del SIEN y el reporte del HIS.

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

Autorización: se solicitó a la Dirección del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

Recolección de datos: Con la debida autorización de la Dirección se realizó la revisión de las historias clínicas de los niños diagnosticados con retardo en el crecimiento o talla baja de los años 2014,2015 2016 (hasta el mes de octubre)

Procesamiento de datos: el procesamiento de datos se realizó filtrando la información del aplicativo SIEN, para extraer información por edad,

sexo, micro redes lo cual permitió cruzar la data y obtener resultados para su respectivo análisis.

Resultados: son mostrados en cuadros y gráficos realizados con el programa Excel 2013.

Análisis e interpretación de los resultados: De los cuadros y gráficos elaborados con la data obtenida en el presente informe, relacionaremos los datos y resultados que se encontraron en el marco teórico y los antecedentes. En base a los datos y gráficos realizados obtendremos una serie de conclusiones que nos servirán para reafirmar el objetivo del informe.

3.2 Experiencia profesional

- Ingrese a laborar en condición de nombrada el 01 de diciembre de 1987 con el cargo de técnico sanitario I al P.S. de San Juan de la Libertad del distrito de Huasahuasi, habiendo culminado mis estudios de enfermería, pero aun no contaba con el certificado de SERUMS, desarrollando funciones de enfermería en los diferentes programas verticales de ese entonces. Posteriormente inicie el SERUMS Equivalente por 3 días a la semana en el mismo puesto de salud.
- A partir del 01 de agosto de 1989, fui reasignada y con ascenso del P.S. de San Juan de la Libertad al Centro de Salud de Huasahuasi con el Cargo de Enfermera Nivel IV, ocupando la Jefatura de dicho establecimiento. Huasahuasi era el segundo distrito con mayor población después del distrito de Tarma, labore 2 años en dicho establecimiento de salud, sufriendo las consecuencias de la

subersión, quienes prohibieron la vacunación a todo grupo de edad y la entrega de los alimentos del PANFAR. Hubieron oportunidades que trabajábamos 15 días en forma seguida por orden de los subversivos y por el temor de las circunstancias que vivía la población de Huasahuasi ningún profesional médico aceptaba trabajar en dicho lugar, asumiendo el personal de enfermería y de obstetricia, toda la carga de la demanda de consulta externa, sumada a ella el trabajo comunitario de seguimiento, asimismo se laboraba durante las noches atendiendo las emergencias y partos que en esas épocas sumaban 5 a 6 por noche.

- En el mes de Mayo de 1991, fui rotada del Centro de Salud de Huasahuasi al Puesto de Salud de Huaracayo, del distrito de Acobamba a 30 minutos de Tarma, viviendo una experiencia muy importante, toda vez que aproximadamente 5 niños de diferentes edades y algunos adultos cuidadores de los niños se enfermaron con sarampión, recibiendo la visita de los médicos de la OPS, quienes acudieron a la zona para realizar la evaluación y el estudio de investigación de los casos presentados. Laboré 2 años en este establecimiento de salud.
- En el año 1994, fui rotada del P.S. de Huaracayo al Centro de Salud de Acobamba, El tercer establecimiento de salud que contaba con mayor población después de Huasahuasi, asumí la Jefatura de dicho establecimiento de salud, consiguiendo que sea piloto en capacitación de crecimiento y desarrollo del niño. Se cambió de instrumento de

evaluación del desarrollo del niño (DENVER) al TEPPI y EEDP, dándose inicio en ese año, habiendo sido capacitada por el equipo de MINSA conjuntamente con la Enfermera coordinadora del CRED del Hospital de Tarma y del C.S. de Palca. El centro de Salud de Acobamba recibía a las estudiantes de la UNDAC, quienes realizaban la pasantía por 30 días, a cargo de mi persona.

- Damos inicio al trabajo por sectores, para el seguimiento de los casos, de los diferentes programas preventivos promocionales, evaluando en forma mensual la deserción, toda vez que la gráfica por establecimientos se encontraba en un lugar visible del centro de salud para su monitoreo.
- A partir del 16 de octubre de 1995, con el cargo de Enfermera de nivel IV fui reasignada del Centro de Salud de Acobamba al Hospital de Apoyo Tarma. Iniciando las labores en Consultorios Externos del Hospital como enfermera Coordinadora de dicho servicio, hasta el año 1997.
- En febrero del año 1998, me hago cargo de la Jefatura de la Oficina Preventivo Promocional por orden de la Dirección, toda vez que la Enfermera Jefe había sido cesada. A partir de ese entonces surgieron muchos cambios en la estructura orgánica del hospital, ya que solo se contaba con una Jefatura General de Enfermería de hospital que también tenía a su cargo los establecimientos de salud de periferie lo que ahora se denomina del primer nivel de atención.

- En el año 2006, me designaron la Jefatura de Enfermería del hospital Félix Mayorca Soto hasta el año 2007
- A partir del año 2007 hasta el año 2015 , estuve a cargo de Jefatura de la Oficina de Salud de las Personas de la Red de Salud de Tarma, tratando en todo momento de llevar dicha encargatura con la responsabilidad del caso , autoridad y mucha disciplina, a fin de lograr el cumplimiento de metas físicas y financieras de los diferentes programas presupuestales, tratando de ubicar a la Red Tarma en el primer lugar en cumplimiento de indicadores y por ende se alcanzaban las mejores coberturas, con el apoyo, esfuerzo y dedicación de las coordinadoras de Red de las diferentes estrategias sanitarias, toda vez que se realizaban evaluaciones y monitoreos internos en forma mensual dando cumplimiento al 8.3% de avance mensual, caso contrario se debía de realizar intervenciones sanitarias oportunamente.
- Al mismo tiempo de estar encargada de la Jefatura de Salud de las Personas, también me asignaron la Jefatura de Servicios de Salud, Atención Integral y la Coordinación de Gestión de la Calidad. En el área de Servicios de Salud se realizó la categorización de los 55 establecimientos de salud con los que cuenta la red de salud de Tarma, Se mantenía actualizado los datos del RENAES, se logró la inscripción de los establecimientos de salud como IPRES a la Superintendencia Nacional de Salud.

- En el área de Gestión de la Calidad se cumplió con las actividades programadas en las 5 líneas de acción, como son: Auditoria de la calidad de atención, revisando cada mes 50 historias clínicas del hospital, centros y puestos de salud, monitoreando la calidad de registro de las mismas; se Conformó el comité de Auditoria de la Calidad de Atención y se realizaron 4 auditorías de caso, de los diferentes servicios de hospitalización. En lo referente a Encuestas de satisfacción del usuario externo se realizaron, en el servicio de Emergencia, servicios de hospitalización y Consultorios externos, cumpliendo con la metodología indicada en la Norma Técnica, teniendo como resultado un alto porcentaje de insatisfacción en los 3 espacios evaluados, realizando planes de mejoras en los servicios con mayores problemas. También se realizó la Encuesta de Clima Organizacional a cargo del Equipo de Psicología por 3 años consecutivos. En cuanto a la Acreditación de los servicios de salud se realizó la primera fase de autoevaluación al 80% de establecimientos de salud del primer nivel de atención, aprobando solo el P.S. de Vicora Congas a cargo de la Obstetra Elizabeth Bravo con el puntaje requerido por el MINSA con más de 85% de cumplimiento de estándares, siendo reconocidas por el Ministerio de salud. También se realizó la autoevaluación en el Hospital consiguiendo el 58% de cumplimiento de los estándares. Referente a la Seguridad del Paciente se instauró el cumplimiento del Checklist de cirugía segura a todo paciente quirúrgico, evaluando el registro

completo con firmas de los profesionales incluidos, en forma mensual por la coordinadora de calidad, se elaboró un instrumento de consentimiento informado de acuerdo a lo establecido en la norma técnica de Seguridad del Paciente.

- Logre la instalación e implementación de la oficina de protección de los derechos del usuario, funcionando inicialmente a donore a cargo de un abogado, que a la fecha continua como contratado, el cual se encarga de defender y proteger los derechos del usuario.
- En el mes de abril del año 2015, deje la jefatura de Salud de la Personas y pase a laborar al área de salud Ocupacional, realizando los documentos de gestión de dicha área como son Plan anual de trabajo, Políticas de Seguridad y Salud en el Trabajo, y la IPERC (identificación de peligros y evaluación de riesgos, proceso que aun continua llevándose a cabo.
- En el mes de Mayo del presente año, solicite laborar en el área de crecimiento y Desarrollo con la finalidad de poner en práctica los conocimientos que fui adquiriendo en el estudio de la especialidad, lo cual es un espacio muy importante para orientar a las madres acerca de estado de crecimiento , desarrollo y estimulación temprana para sus hijos, porque ellas ven insitu las habilidades de sus hijos y aplicando la teoría de Nola Pender lograremos el cambio de actitud de las madres para tener niños tarmeños saludables.

Descripción del área laboral

Infraestructura:

El hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, Inicia su servicio oficialmente el 18 de Mayo de 1958 con Resolución Ministerial N° 061-DGS, del 28 de Mayo de 1958, Inaugurado por el general Manuel Arturo Odría Amoretti.

Es de tipo vertical monoblock, con edificio principal de 6 pisos de concreto armado; antisísmico de material noble, con tipo especial de cimentación dadas a las características especiales del terreno, pues la ciudad de Tarma está ubicada sobre un antiguo lago, por lo que se encuentra agua a 4mts de profundidad, circunstancia ésta que ha obligado a construir el sótano como un casco de concreto armado.

Cuenta con aire acondicionado en las zonas operatorias y con ventilación y calefacción en algunas zonas, los pisos son de asbesto vinyl las zonas de intenso servicio, las paredes y los techos reciben tratamiento acústico en determinadas áreas, las ventanas son metálicas y los pisos de las Salas de Operaciones y terrazo conductivo son a prueba de explosión, cuenta con la casa de máquinas (calderos, grupo electrógeno, ablandadores de agua e incinerador), residencia de médicos, residencia de Comunidad Religiosa y Capilla, Residencia de personal masculino y casas para el director y médicos. En el cuerpo principal se encuentra la Sala Auditórium. Cuenta con tres ascensores un montacargas y centro de ropa y basura agrupadas en un núcleo de circulación vertical. Se ha

encargado de la construcción del hospital el Año 1956 al consorcio del centro, con un costo aproximado de 40'000,000.00 de soles

SEGUNDO PISO: Estaba destinado a la clínica de pagantes; actualmente en el ala izquierda, viene funcionando el Componente de crecimiento y desarrollo del niño, cuenta con 7 ambientes, de ellos 4 están destinados para el CRED, todos con baño, está previstos de 1 tópicos, estación de enfermería y un pasadizo que funciona como sala de espera para las madres y sus niños.

- El área de crecimiento y Desarrollo, cuenta con 3 consultorios amplios, ubicados en el ala izquierda del segundo piso del hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, área iluminada y ventilada con ambientes equipados e implementados con los materiales mínimos para la atención de los niños de 0 a 11 años de edad, diferenciados por grupo de edad, recién nacidos, menores de un año y de 2 a 5 años. cada consultorio cuenta con un área pequeña para realizar la evaluación del desarrollo y la estimulación temprana del niño y un servicio higiénico para el personal.
- un estar de enfermería donde se realiza la actividad del triaje y se guardan los diferentes formatos para equipar en forma diaria los consultorios.
- un ambiente para el trabajo administrativo de la coordinación de crecimiento y Desarrollo.

- cuenta con un área de espera para las madres de familia, iluminada y ventilada, bancas, sillas y sillones para mayor confort de las madres lactantes.
- servicios higiénicos para los usuarios y en cada consultorio de CRED.
- se cuenta también con un área pequeña para guardar la ropería (sábanas, pañales, soleras) para la implementación de los consultorios en forma diaria.

Recursos Humanos:

Actualmente se cuenta con 6 enfermeras asistenciales y una enfermera coordinadora dedicada a la labor administrativa. De ellas 4 estamos haciendo la especialidad del CRED, situación que es reconocida por las madres de familia.

La demanda diaria es de 8 a 10 niños por enfermera, por cada turno de trabajo, quedando demanda insatisfecha en forma diaria de 10 niños que no alcanzan los cupos para el día. Se tiene el inconveniente de que la entrega de las historias clínicas al servicio de CRED, por parte de estadística todavía se inicia a las 8.30am, demorando una hora y media en los tramites que realiza la madre de familia y en los diferentes procesos para iniciar con la atención por lo que las enfermera nunca salimos a hora exacta y siempre hacemos 2 horas más de trabajo que no están siendo reconocidas como horas extras.

En la evaluación de indicadores CRED se ha visto una alta tasa de deserción en todas las edades, motivo por el cual se ha iniciado con algunos planes de mejora.

Funciones desarrolladas en la actualidad

a) Área Asistencial

- Promover el cumplimiento oportuno del calendario del control de crecimiento y desarrollo del niño(a), ofertando el paquete completo, (control de funciones vitales, medidas antropométricas, evaluación física del niño céfalo caudal)
- Detectar el riesgo nutricional de acuerdo a las tablas y o graficas del patrón de referencia nutricional de la OMS 2006
- Promover y fomentar la consejería nutricional con adecuadas prácticas de alimentación y nutrición de acuerdo al grupo de edad, enfatizando el uso de mezclas balanceadas a partir de la olla familiar, con alimentos de la zona, incrementando la frecuencia de la administración de los alimentos.
- Desarrollar acciones de intervención inmediata a la detección precoz del riesgo nutricional, desnutrición (global, aguda y crónica). Derivación oportuna a las especialidades correspondientes, dependiendo del caso.
- Intervenir en la recuperación y rehabilitación nutricional en niños menores de 5 años con riesgos o deficiencias nutricionales, en los

plazos establecidos de acuerdo a Norma Técnica 087/MINSA/DGSP/2010

- Explorar e identificar los factores causales del crecimiento inadecuado, analizarlos y establecer medidas y acuerdos de manera conjunta con los padres y adultos responsables del cuidado de la niña y niño .Citar para control con intervalos de 7 a 15 días de acuerdo a necesidad hasta lograr la recuperación
- Detectar precozmente las alteraciones en el desarrollo psicomotor del niño menor de 5 años para su oportuna intervención.
- Intervenir en la recuperación y rehabilitación del niño con problemas del desarrollo psicomotor, involucrando a la familia y comunidad.
- Promover a nivel de los hogares, prácticas de estimulación temprana del desarrollo psicomotor en las 4 áreas (motora fina y gruesa, lenguaje, coordinación y social) que ayuden al niño a alcanzar el máximo de sus potencialidades.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible de los problemas identificados en el niño.
- Fomentar las sesiones de estimulación temprana en niños detectados con problemas del desarrollo psicomotor; de ser necesario referir a las especialidades correspondientes.
- Promover la suplementación preventiva con los multimicronutrientes, Vitamina A y sulfato ferroso, a fin de evitar y o disminuir la anemia y desnutrición infantil.

- Garantizar la eficiencia de la adherencia de la suplementación de la administración de los multimicronutrientes mediante acciones de seguimiento y supervisión.
- Orientar a la familia para prevenir y atender adecuadamente las enfermedades prevalentes de la infancia y accidentes en el hogar.
- Promover y apoyar las acciones de la estrategia nacional de inmunizaciones de acuerdo al calendario de vacunación.
- Captación y seguimiento oportuno de recién nacidos en los servicios de hospitalización y otras instituciones no gubernamentales.
- Captación y seguimiento de casos de enfermedades prevalentes de la infancia (IRAS, EDAS).
- Registrar en la historia clínica de la etapa de vida niño,(8 hojas) Formato SIEN, registro diario por grupo de edad, Formato único de atención (FUA), HIS MIS, Recetas de medicamentos, orden de laboratorio; la atención del paquete ofertado
- Cumplir con las Normas de bioseguridad, durante la atención
- Velar por la seguridad y conservación de los equipos, muebles enseres, materiales e insumos responsabilizándose por su deterioro, uso indebido y pérdida.
- Velar por el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.

b.- Área Administrativa

- Participar en el diagnóstico de la situación de la población infantil asignada al hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, enfatizando los

problemas de salud con prioridad a los factores de riesgo que afecta a la población vulnerable.

- Elaborar socializar y velar por el cumplimiento del plan de intervención anual.
- Participar en la consolidación, análisis y reporte de la información de la etapa de vida niño proporcionada por el servicio de estadística e informática
- Presentar informes técnicos de las actividades de atención de la etapa de vida niño.
- Participar en la elaboración de planes estratégicos y operativos de la Red de Salud Tarma.
- Participar en la planificación y evaluación de la efectividad de las intervenciones para el logro de los objetivos de corto mediano y largo plazo
- Participar en las acciones de monitoreo e intervenciones sanitarias en coordinación con los profesionales del mismo fin.
- Realizar monitoreo, supervisión y evaluación, semanal mensual, trimestral, semestral y anual de las actividades realizadas en el consultorio de crecimiento y desarrollo.
- Participar en la elaboración de Instrumentos de Gestión (manual de procedimientos, Directivas Internas, Políticas de Crecimiento y desarrollo, POI,MOF)
- Participar en las reuniones técnicas ,mensuales de la etapa de vida niño, componente crecimiento y desarrollo

- Diseñar, implementar y evaluar planes y o proyectos de mejora, en base a los problemas identificados en el componente de crecimiento y desarrollo.
- Velar por el buen clima laboral y trabajo en equipo en el componente de crecimiento y desarrollo.

c. Área de Docencia

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación continua para el personal del componente de crecimiento y desarrollo.
- Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje, al personal de nuevo ingreso, estudiantes de enfermería en formación de las universidades e institutos superiores
- Coordinar cursos, de actualización de crecimiento y desarrollo, nutrición, estimulación temprana y patologías pediátricas.

d. Área de Investigación

- Promover estudios de investigación frente a los problemas detectados de acuerdo a los resultados de los indicadores del componente de crecimiento y desarrollo
- Participar en los estudios de investigación operativa de la red de salud Tarma
- Elaborar , Artículos y boletines, cartillas, trípticos de información referente a la situación de salud del niño

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

Proceso de Atención de Enfermería en un niño con desnutrición crónica:

I: VALORACIÓN

1.1.Recolección de datos y documentación:

1. Datos de Filiación:

- ✓ Nombre: Meddaly Rojas Samaniego
- ✓ Edad: 1 año 8 meses
- ✓ Sexo: Femenino
- ✓ Ocupación: NA
- ✓ Estado civil: NA
- ✓ Grado de instrucción: NA
- ✓ Religión: Evangélica
- ✓ Fecha y lugar de nacimiento: 25-3-2015 Tarma
- ✓ Persona responsable: Madre
- ✓ Residencia: Jr. Los Quinuales S/N Tarma.

1.2. Datos antropométricos y signos vitales:

- ✓ Datos antropomórficos:
 - Peso: 8.750
 - Talla: 74.5cm
- ✓ Funciones vitales:
 - FC: 84 x´

FR: 22 x'

T°: 36.2 °C

II.- DIAGNOSTICO:

Área Bilógica: Diagnóstico Nosológico o sindromico:

Estado Nutricional: Ganancia inadecuada de talla/ Edad –Talla Baja (E45X)

Estado de Desarrollo: Trastorno Cognitivo y de lenguaje.

La madre desconoce la alimentación balanceada y equilibrada

III. PLANIFICACIÓN

3.1 PRIORIZACIÓN DEL DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

Diagnóstico Enfermería	Objetivos	Acciones o Intervenciones	Base Científica	Resultados Esperados
Alteración del crecimiento R/C déficit de incremento de talla	Lograr que la madre incremente la talla de su niña mediante la alimentación balanceada. Lograr que la madre aplique todas las	Programar una sesión educativa, enfatizando la pronta recuperación de la niña. Motivar a la madre los beneficios de cambiar alimentos balanceados y las consecuencias que tendrán más adelante los problemas de retardo en la talla. Se indicara a la madre que hay tiempo de	La educación para la salud es una estrategia diseñada para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, habilidades personales que promuevan salud. Facilitar que las personas Desarrollen capacidades que les permita tomar decisiones consistentes sobre su propia salud	La madre expresa motivación y conciencia para lograr el incremento de talla de su niña.

	<p>acciones que requiere la niña para recuperar su talla normal</p>	<p>recuperar la talla y que la niña debe comer 5 veces al día estrictamente y sobre todo una alimentación equilibrada. Se debe descartar patología neurológica, ósea, metabólica, endocrina.</p>	<p>y la de su familia para lograr su autocuidado y de su entorno tal como describe la teoría de Nola Pender.</p>	
--	---	--	--	--

IV: EJECUCIÓN

- Proceso de atención de enfermería en niños con desnutrición:

Evaluar el cuidado y la atención que recibe un niño con desnutrición crónica durante los primeros cinco años de su vida es fundamental, porque es la base para el desarrollo de sus capacidades en el futuro.

La labor de la enfermera en la atención de un niño desnutrido crónico en los consultorios externos del componente de crecimiento y desarrollo del niño del hospital Félix Mayorca Soto, se realiza teniendo como base lo establecido en la Norma Técnica 087/MINSA/2010.

- **Diagnóstico de enfermería 1**

Alteración de la nutrición por defecto. Deficiente aporte de nutrientes según patrón alimenticio inadecuado para la edad de la niña. Déficit de peso y talla para su edad.

- **Intervenciones de enfermería 1**

Realizar interconsulta a pediatría y a nutrición para un adecuado manejo nutricional, verificar en la historia clínica la atención de interconsulta y realizar un riguroso seguimiento del caso, brindar consejería nutricional personalizada a padres y o cuidadores con una duración de 45 minutos, lograr la toma de conciencia frente a la situación actual de su hijo (a) evaluar tolerancia de dieta indicada por los especialistas, Registrar la ingesta, de alimentos que consume la niña, tipo, frecuencia y cantidad, enseñar a la madre la preparación de las dietas, teniendo en cuenta la consistencia calidad y medidas de higiene, educar a la madre sobre la importancia de la alimentación complementaria, tipos de alimentos, cantidad y frecuencia de alimentación, importancia y contenido de los suplementos alimenticios, estrategias para su administración (multimicronutrientes y vitamina A). Realizar las visitas domiciliarias cada 7 días, tomar las medidas antropométricas de control con las técnicas correctas y verificar el incremento de las mismas, verificar el cumplimiento del plan de alimentación indicada por los profesionales especialistas (pediatra y nutricionista), verificar los resultados de laboratorio referente a descarte de anemia y descarte de parásitos, identificar riesgos del ambiente familiar de convivencia del niño (a), evaluar riesgos sociales y grado de educación de la persona que se encarga de su cuidado. De acuerdo a antropometría de control, si no se observa ganancia adecuada de peso y talla para su edad, citar para

una nueva consulta con los especialistas y continuar con el seguimiento hasta lograr el incremento de las medidas antropométricas acorde a su edad.

- **Diagnóstico de enfermería 2**

Déficit del auto cuidado, hábitos nocivos para la salud de la familia bajo nivel educativo, 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 abierto.

- **Intervenciones de enfermería 2**

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 50.

EVALUACIÓN

Evaluación del proceso:

El proceso de atención de enfermería se realizó a un 30%, debido a que el caso fue tomado recientemente en el mes de noviembre del presente año.

Evaluación por etapas del proceso:

- De la etapa de valoración: se realizó al 100 %, ya que se obtuvieron los datos de la historia clínica y algunos proporcionados por la madre de la niña durante la consulta.

- De la etapa de diagnóstico: se realizó al 100%, ya que con los datos recolectados de la historia clínica se pudieron realizar los diagnósticos.
- De la etapa de planeación: se realizó al 30%, toda vez que está en proceso realizar el plan de seguimiento domiciliario, que le fue entregado a la madre el día de la consulta.
- De la etapa de ejecución: se realizó al 30%, pendiente la visita domiciliaria de seguimiento cada 7 días para la toma de control de medidas antropométricas, pendientes los resultados de laboratorio de descarte de anemia y parasitosis.
- De los resultados: la recuperación de la niña se verá después de llevar a cabo cada uno de los pasos y actividades programadas en el presente plan de atención.

Innovaciones – Aportes

1. Se realizó la justificación técnica en forma conjunta con la coordinadora del componente CRED, para la dotación de nuevos ambientes que reúnan las condiciones para la atención del niño y la niña, toda vez que la etapa de vida niño viene siendo evaluada y monitoreada por el cumplimiento de los indicadores del Convenio capitado, indicadores de gestión, y como programa presupuestal en el cumplimiento de metas físicas y financieras.
2. Actualmente se cuentan con 3 consultorios con las comodidades para la atención del niño, un espacio para el triaje y un pasadizo con bancas para la espera de los usuarios, muy contrario al ambiente

anterior que solo contábamos con 2 pequeños, no había espacio para el triaje y la sala de espera era compartida con inmunizaciones, nutrición y obstetricia. Existía mucha demora en la atención porque se compartía una mesa de examen, una balanza y un tallmetro en un solo consultorio pequeño para 3 enfermeras.

3. Las enfermeras que actualmente venimos laborando, en el componente de crecimiento y desarrollo estamos cursando estudios de especialidad en el área y se está brindando una atención con calidad.
4. El triaje que anteriormente estaba siendo llevada por el personal técnico y en el mismo consultorio de crecimiento y desarrollo ahora lo realiza una enfermera y en un espacio aparte, brindando atención a los niños de todas las edades
5. Se viene disminuyendo la deserción en los controles de crecimiento y desarrollo. En todas las edades a través del seguimiento en domicilio, realizado por el personal técnico responsable del sector, toda vez que ya o se quedad en el establecimiento y se retomó el trabajo extramural de seguimiento.

Limitaciones para el desempeño profesional

1. Elaboración del rol de turnos no equitativo con el número de profesionales y la demanda de atención de niños
2. Demora en la entrega de historias clínicas por el personal responsable del servicio de estadística, existiendo un retraso de una

hora y media para iniciar con la atención, lo que redundando en la demora en la hora de salida aproximadamente en 2 horas en forma diaria, incomodando a las enfermeras, por qué no se reconoce como horas extras.

3. En mi caso tengo otra responsabilidad como responsable de salud ocupacional a nivel de la red Tarma, dificultando el normal desarrollo de las actividades en el componente de crecimiento y desarrollo,
4. Insuficiente dotación de insumos y materiales para la atención diaria de la consulta.
5. Demanda excesiva de niños por turno, no se cumple con el tiempo promedio de 45 minutos por niño como lo especifica la norma técnica.
6. Las gráficas del carne de crecimiento y desarrollo no concuerda con las gráficas de la historia clínica, dificultando una adecuada consejería a la madre.

IV. RESULTADOS

1.

TABLA N° 4.1			
PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA RED DE SALUD TARMA, AÑOS 2014-2016			
	2014	2015	*2016
Población < de 5 años	6413	6761	6761
Casos de DC	1306	1148	1458
Porcentaje	20.36	16.97	21.56

FUENTE: SIEN.RST.2016

La Tabla N°4.1, muestra la tendencia del comportamiento de la prevalencia de la desnutrición crónica en la Red de Salud Tarma, durante los años 2014 y 2015, fluctúa entre 20.36% y 16.97% respectivamente y para el año 2016 esta cifra se incrementó en 2 puntos porcentuales, es decir que de 100 niños tarmeños 22 son diagnosticados con esta patología que es irreversible y que daña el aspecto cognitivo del niño; sobrepasando el promedio Regional que es de 15.5% y también el promedio Nacional que es de 17.5%.

TABLA N° 4.2

**PORCENTAJE DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR MICROREDES,
RED TARMA AÑOS 2014-2016**

AÑOS	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Micro Redes						
HFMS	342	26.1	242	21.1	261	17.09
MR Tarma	239	18.3	272	23.6	260	17.08
MR Acobamba	293	22.4	287	25.06	408	27.98
MR Palca	233	17.8	226	19.68	325	22.29
MR. Huasahuasi	199	15.2	121	10.54	204	13.99
RED TARMA	1306	100	1148	100	1458	100

FUENTE: SIEN.RST.2016

En la tabla N° 4.2, se observa el comportamiento de la Desnutrición crónica según micro redes durante los 3 años de estudio 2014 al 2016, la micro red Acobamba es la más afectada, presentando las más altas tasas de prevalencia de desnutrición crónica los 3 años consecutivos en comparación con las demás micro redes de la Red Tarma, y la micro red Huasahuasi es la que registra las más bajas coberturas de desnutrición crónica, reportando para el 2016 el 13%. En el año 2014, el hospital Félix Mayorca Soto de Tarma, presentó la prevalencia más alta de desnutrición crónica alcanzando el 26.1% con 342 niños diagnosticados; Para el año 2015, la micro red Acobamba, continúa presentando la más alta prevalencia de desnutrición crónica con el 25.06%, registrando 287 niños que probablemente son niños que no se recuperaron del año anterior, seguida de la micro red Tarma con 23.6% y 272 niños diagnosticados. El comportamiento de la desnutrición crónica para el año 2016, no fue diferente, toda vez que la micro red Acobamba continúa en el primer lugar, observando un incremento de 2 puntos porcentuales con relación al año 2015, alcanzando el 27.98%, reportando a 408 niños con esta patología, en segundo lugar se ubica la micro red Palca con 22.29%, en tercer lugar el Hospital FMS y la Micro red Tarma con 17.9% y 17.8% respectivamente y en el cuarto lugar se ubica la micro red Huasahuasi con 13%. Pero ninguna micro red llegó a cumplir con la propuesta de Organismos Internacionales y metas Nacionales, Regionales y locales de reducir la desnutrición crónica al 10% para el año 2016.

TABLA N° 4.3

NUMERO DE CASOS DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR SEXO Y MICRO REDES RED TARMA AÑOS 2014-2016

Micro Red	2014		2015		2016	
	M	F	M	F	M	F
Hospital	190	152	137	105	147	114
Tarma	138	101	155	117	144	116
Acobamba	168	125	149	138	216	192
Palca	125	108	127	99	182	143
Huasahuasi	98	101	62	59	110	94
TOTAL	719=55.05%	587	630=54.8%	518	799=54.80%	659

FUENTE: HIS.RST.2016

En cuanto al comportamiento de la desnutrición crónica por sexo, durante los 3 años de estudio 2014, 2015 y 2016. En la tabla N° 4.3, se observa en las 4 micro redes de la Red de salud Tarma, que el sexo más afectado fue el masculino con 55.05%, 54.87%, y 54.80% respectivamente en relación al sexo femenino, el cual debe ser objeto de estudio.

TABLA N° 4.4

PROPORCIÓN DE CASOS DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA VERSUS NIÑOS TAMIZADOS CON GANANCIA INADECUADA TALLA/EDAD POR EDAD RED TARMA AÑOS 2014-2016.

Años	2014		2015		2016	
	Gan.Inad.T/E	casos de DC	Gan.Inad.T/E	casos de DC	Gan.Inad.T/E	casos de DC
< de 1 año	258	33	339	21	239	15
1 año	257	58=22.5%	238	52=21.8%	179	34=18.9%
2 años	147	44= 29,9%	132	40=30.3%	85	28
3 años	72	27	66	35	61	33=54%
4 años	97	38	42	33	45	29
TOTAL	881	200 =22.7%	807	181=22.4%	609	139=22.8%

FUENTE: HIS.RST.2016

Con respecto a la proporción de niños menores de cinco años diagnosticados con desnutrición crónica, en los 3 años de estudio 2014, 2015 y 2016, de los niños tamizados con ganancia inadecuada de talla para la edad, las cifras se mantienen entre 22.7%, 22.4% y 22.8%, respectivamente; Como lo muestra la Tabla N° 4.5; observando en los años 2014 y 2015 que en los grupos de edad de uno y dos años se acumula el 52%, etapa del destete e inicio de la alimentación complementaria, para el año 2016 se incrementa el porcentaje a 54% solo en el grupo de edad de 3 años, por el deficiente seguimiento intradomiciliario para la recuperación de estos niños.

TABLA N° 4.5

PORCENTAJE DE CONSEJERÍAS NUTRICIONALES POR GRUPO DE EDAD RED TARMA AÑO 2016

Grupo de edad	Meta	Consejerías	%
< de 1 año	12075	7131	59.1
1 año	4482	7671	171.2
2 años	2456	2914	118.1
3 años	2056	1380	67.3
4 años	1828	441	24.12

FUENTE: REPORTE HIS.RST.2016

Las consejerías nutricionales como intervención para disminuir la desnutrición crónica en la Red de salud Tarma alcanzaron 100% en los grupos de edad de 1 año y 2 años , toda vez que fueron las edades más afectadas por desnutrición crónica , en menores de un año solo se alcanzó el 59% y en la edad de 4 años el porcentaje de consejerías es minimo,toda vez que los niños de esta edad acuden a la atención de CRED en un 30%,por el deficiente seguimiento extramural. Tabla N° 4.5

TABLA N° 4.6**PORCENTAJE DE VISITAS DOMICILIARIAS POR GRUPO DE EDAD RED
TARMA AÑO 2016**

Grupo de Edad	Meta	V.D. Ejecutada	%
< de 1 año	6440	2367	36.75
1 año	5229	2062	39.43
2 años	4298	1168	27.17
3 años	3598	619	17.2
4 años	3199	289	9.03

FUENTE: REPORTE HIS.RST.2016

Referente a las visitas domiciliarias de seguimiento como intervención para mejorar el estado nutricional del niño, en la Red de Salud Tarma, en el año 2016, en la presente tabla N° 4.6, se observa los mayores porcentajes de 36.75% y 39.43%, en las edades de menor de un año y un año respectivamente, toda vez que son las más afectadas con esta patología. Para los otros grupos de edad de dos, tres y cuatro años se reportan más bajas coberturas debido a insuficiente personal en el servicio de CRED del Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma.

TABLA N° 4.7

PORCENTAJE DE CASOS DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR GRUPO DE EDAD RED TARMA AÑOS 2014-2016

Años	2014	2015	2016
Grupo de Edad	% de casos DC	% de casos DC	% de casos DC
< de 1 año	16.5	11.6	10.79
1 año	29.2	28.7	24.46
2 años	22.3	27.09	20.1
3 años	13.5	19.3	23.74
4 años	19.1	18.2	20.86

FUENTE: REPORTE HIS.RST.2016

La tabla N° 4.7, nos muestra las edades más afectadas con esta patología irreversible de la desnutrición crónica; durante los años 2014, 2015 y 2016, observando que los grupos de edad con mayor porcentaje son de uno y dos años, manteniéndose en una tendencia promedio de 26% y para el año 2016 estas cifras se incrementan en los cuatro grupos de edad a partir de uno hasta los cuatro años de edad, con un promedio de 22%.

V. CONCLUSIONES

1. La desnutrición crónica en niños menores de cinco años en el Perú es un problema grave. Reconociendo los altos costos sociales y económicos que genera la desnutrición, se ha implementado el Programa Articulado Nutricional (PAN), que intenta reducirla y/o erradicarla; sin embargo, estos esfuerzos no han sido suficientes. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la tendencia va decreciendo en forma mínima, existiendo diferencias entre niños de distintas regiones y de distintos quintiles de pobreza al interior del país.
2. En la Red de Salud Tarma, la desnutrición crónica infantil, durante los años 2014, 2015 y 2016, afectó a los niños de uno y dos años, observando las más altas tasas de prevalencia, cuya tendencia en los años de estudio fluctúa entre 16% y 22%, incrementándose dos puntos porcentuales para el año 2016, siendo la microred Acobamba la más afectada, que alberga en su interior a tres distritos, Acobamba, Palcamayo y San Pedro de Cajas, estos dos últimos presentan un 60% de área rural y se ubican en el II quintil en el mapa de pobreza del país.

3. La prevención de los riesgos nutricionales en las madres gestantes y niños menores de cinco años, es la estrategia de Enfermería más concreta para evitar y o reducir la desnutrición crónica, asimismo la promoción de LME, prácticas adecuadas de alimentación complementaria, la provisión de Suplementación con micronutrientes y vitamina A, la promoción del lavado de manos y mejoramiento de la calidad del agua, el saneamiento e higiene, son las intervenciones con el mayor potencial para reducir la desnutrición crónica en la Red de Salud Tarma.
4. La consejería Nutricional personalizada en el servicio y en domicilio a través de las visitas domiciliarias por personal capacitado y adiestrado sobre alimentación y nutrición infantil son las mejores estrategias de intervención de enfermería para disminuir las tasas de Prevalencia de desnutrición crónica a todo nivel.
5. La proporción de niños diagnosticados con desnutrición crónica en relación a los niños tamizados con ganancia inadecuada de talla para su edad durante los años 2014,2015 y 2016, en la Red de salud Tarma es alta, debiendo realizar un monitoreo mensual de las mismas para el seguimiento oportuno y lograr su recuperación a fin de evitar un caso más de desnutrición crónica en el sector.

VI. RECOMENDACIONES

1. Implementar estrategias de Enfermería, con presupuesto del Programa Articulado Nutricional (PAN) dirigidas a las madres de familia para lograr la prevención de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, crear volantes, afiches, carteles en donde se explique los beneficios de la lactancia materna exclusiva, una buena nutrición para los niños, programas radiales de educación y consejerías sobre alimentación complementaria de la madre gestante, lactante y del niño, suplementación con micronutrientes, dirigido a toda madre que acude al control prenatal en el hospital Félix Mayorca soto de Tarma.
2. Planificar, con la información del SIEN y con criterio técnico en forma conjunta Directivos de Red Tarma, de Microred Acobamba y otros sectores (municipio y ONGs) planes y o proyectos de mejora priorizando y efectuando las acciones necesarias de promoción de LME, seguimiento de niños en riesgo nutricional, recuperación de malnutridos y de anemia, a fin de mejorar este indicador negativo.
3. Fomentar acciones para garantizar la adecuada distribución del presupuesto en la Red de Salud de Tarma, con la finalidad de contar con suficiente personal capacitado y adiestrado para el Componente CRED, y realizar las consejerías nutricionales en servicio, trabajo de seguimiento intradomiciliario y lograr la disminución y o recuperación oportuna de niños desnutridos crónicos mejorando su calidad de vida.

4. Promover espacios a fin de concientizar a las autoridades de turno sobre los graves daños que causa esta patología, considerada como un indicador de desarrollo de un pueblo, a fin de implementar políticas públicas, destinar partidas y evaluar permanentemente el gasto realizado cruzando metas físicas de recuperación de desnutrición crónica con metas financieras y evaluar la mejora de este indicador .
5. Socializar e Implementar en los Documentos de Gestión como, ROF, MOF, PAP, CAP a la Enfermera Especialista de Crecimiento y Desarrollo y Estimulación Temprana de la Infancia como una profesional con funciones propias de especialista y por ende la remuneración respectiva.
6. Socializar y retroalimentar el análisis de la información de la situación de los Indicadores Nutricionales, generados por el SIEN, a todo el personal involucrado a las autoridades locales, para la toma de decisiones y planificar acciones de seguimiento en beneficio de la población infantil.

VII REFERENCIALES

1. Objetivos Del Milenio. "Avances En La Salud Publica". Edición 2010/Factores que influyen en el estado nutricional del niño menor de 5 años/ Pág. 12-24
2. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud. Desnutrición Infantil en las Américas: Cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Washington DC:WHO; 2008
3. Fondo de las Naciones Unidas para la infancia (UNICEF). La desnutrición infantil, causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento [Internet] 2011 [citado 28 de enero]. Disponible en:
<http://www.unicef.es/sites/www.unicef.es/files/Dossierdesnutricion>.
4. Organización Panamericana de la Salud. "Alimentación y Nutrición del Niño Pequeño: Memoria de la Reunión Subregional de los Países de Sudamérica, 2-4 diciembre 2008. Lima, Perú. Washington, D.C. OPS, 2009
5. Martínez R, Hambre y desnutrición en los países de la Asociación de estados del Caribe (AEC) RELI [Internet] 2005 [Citado el 31 de enero 2013] Serie Políticas Sociales N°111. Disponible en: http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/22924/sps111_lci2374_esp.pdf
6. Álvarez D, Tarqui C. Estado Nutricional en el Perú por Etapas de Vida; 2012-2013: Informe Tecnico.Lima, Perú: 2015; 17-19
7. Plan Regional Concertado de Salud, Región Junín 2013-2021: Gobierno Regional Junín, Dirección Regional de Salud Junín.
8. Hospital Félix Mayorca Soto de Tarma. Oficina de Estadística e Informática: 2014-2015-2016
9. Garcés T. Desnutrición crónica, incidencia en niños menores de cinco años atendidos en el hospital Alfredo Noboa Montenegro del Cantón Guaranda en el periodo 2007-2008, [Internet]. Riomba – Ecuador; Servicio de publicaciones e intercambio científico, Facultad de salud Pública – Ecuador; 2009.[Citado el 30 de Enero 2013]Disponible en:

<http://www.dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/147/3/94T00049.pdf>.

10. CORONADO ESCOBAR Zully Yanira. Factores Asociados a la Desnutrición en Niños Menores de 5 años. (estudio realizado en el puesto de salud del valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013). campus de Quetzaltenango, septiembre de 2014
11. Coello Cobeña Nancy Estefanía, Gómez Panchana Guillermo. Participación del Personal de Enfermería en la Prevención de la Desnutrición en Menores de 5 años. Centro de Salud Comuna de Olón 2012-2013.
12. Sullcaray Haydee . Comparación de factores asociados a la desnutrición crónica en niños peruanos de 6 a 23 meses de las 3 regiones naturales - análisis secundario del monitoreo de indicadores nutricionales 2010 Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Medicina E.A.P. de Nutrición.
13. Delgado Sánchez Héctor, Daniel, Tuesta Dorado Patsy, Valqui Gatica Iliana Adrye. Factores Maternos Asociados al Riesgo de Desnutrición en Niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4, 2015. Iquitos Perú
14. El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Perú. Año 2010. Intervenciones Efectivas Basadas en Evidencia para Prevenir la Desnutrición Infantil en el Perú.
15. Tina, I. (2012). «La desnutrición infantil: una propuesta de medición». Disponible en: <http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm>
http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm
http://www.fundacionmeneses.org.mx/wp-content/uploads/2012/10/ENSANUT2012_Nutricion.pdf visitado en abril del 2014.
16. OMS. 2013 "Factores determinantes de la salud". 7-24. Disponible en: <http://www.tesisred.net/bitstream/handle/10803/9263/8.pdf?sequence=10> visitado en abril del 2014.

17. Vilchez R. "Factores Maternos Asociados Al Riesgo De Desnutrición En Niños De 6 A 36 Meses Del Centro De Salud Morona Cocha I-4, 2015". 75-82. Disponible en: <http://dspace.unapiquitos.edu.pe/bitstream/unapiquitos/310/1/tesis%20.pdf>. visitado en abril del 2014.
18. UNICEF Estado Mundial de la Infancia. 1998
19. Guerrant RL, Schorling JB Diarrhea as a cause and effect of malnutrition: diarrhea prevents catch-up growth and malnutrition increases diarrhea frequency and duration. *Am J Trop Hyg* 1992; 47: 28-35
20. Barker DJ. In utero programming of chronic disease. *Clin Sci (Lond)* 1998 Aug; 95(2):115-28; y Martorell R, Stein A, Schroeder D. Early nutrition and later adiposity. *J Nutr* 131: 874S-880S, 2001
21. Vásquez, E. y Riesco G. "Los programas sociales que "alimentan a medio Perú" en Políticas Sociales en el Perú: nuevos aportes. Editor Felipe Portocarrero. 2000
22. Martorell, R., Habicht, J.-P., Yarbrough, C., Lechtig, A., Klein, R. E. & Western, K. A. (1975) Acute morbidity and physical growth in rural Guatemala children. *Am. J. Dis. Child.* 129:1296-1301.
23. Rowland, M.G.M., Cole, T. J. & Whitehead, R. G. (1977) A quantitative study into the role of infection in determining nutritional status in Gambian village children. *Br. J. Nutr.* 37:441-450
24. Black, R. E., Brown, K. H. & Becker, S. (1984) Effects of diarrhea associated with specific enteropathogens on the growth of children in rural Bangladesh. *Pediatrics* 73:799-805
25. Ejemplo detallado de causas subyacentes 3 diagramas Anexo 1
26. Adaptado de El estado de la inseguridad alimentaria en el mundo 2009. FAO- WFP.
27. Rojas C, Montes C, Segura L, Rosas A, Llanos Zavalaga F, Baltasar G, Asenjo P. Aproximación al efecto del programa de desayunos escolares sobre el rendimiento intelectual en alumnos de educación

- inicial y primaria del Perú. Rev. Perú Med Exp Salud Publica 2003; 20 (1):
28. OMS/OPS. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. Washington, DC. OPS, 2010.
 29. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Plan Nacional de Población 2010- 2014. Perú 2014
 30. Howard Butcher Intervenciones de salud
 31. GAMBARDELLA, A.M. (2008), "Prácticas alimenticias en niños menores de 5 años, en Revista de nutrición, Guía de Nutrición para la familia," Pág. 20
 32. OMS. Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. Ginebra: Organización mundial de la Salud, 2003.
 33. Caulfield. LE, H. S., Piwoz EG (1999). Interventions to improve intake of complementary foods by infants 6 to 12 months of age in developing countries: impact on growth and on the prevalence of malnutrition and potential contribution to child survival. Food and Nutrition Bulletin., 20(2), 183-200
 34. Cattaneo, A., & Buzzetti, R. (2001). Effect on rates of breast feeding of training for the baby friendly hospital initiative. BMJ, 323(7325), 1358-136. Citado por Velásquez, A. y Zavala, R. Revisión sistemática sobre la eficacia de la consejería nutricional a madres y cuidadoras en el estado nutricional de niños menores de 5 años. Perú, 2010
 35. Borooah, V. (2002) The Role of Maternal Literacy in Reducing the Risk of Child Malnutrition in India. June 2002.
 36. Charmarbagwala R, R. M., Waddington H, White H. (2004). The determinants of child health and nutrition: a meta-analysis. World Bank
 37. Black RE (1998). Therapeutic and preventive effects of zinc on serious childhood infectious diseases in developing countries American Journal of Clinical Nutrition. 68(Suppl):S476-479.

38. Kotic-Vucinic O, Sulovic Radunovic N. Micronutrients in women's reproductive health: I. Vitamins. *Int J Fertil Womens Med*. 2006 May-Jun;51(3):106-15.
39. Anuradha P, Yasoda Devi P, Prakash MS (1999). Effect of handwashing agents on bacterial contamination. *Indian Journal of Pediatrics*, 66(1):7-10.
40. Smith, L .C. and Haddad, L . Overcoming child malnutrition in developing countries: Past achievements and future choices. *Int. Food Policy Res. Inst. Discussion paper*. 2000; 30: 4-6.
41. Intervenciones efectivas basadas en evidencia para prevenir la desnutrición infantil en el Perú
42. Blog de la Universidad alas peruanas escuela profesional de enfermería. <http://pilardesnutricioninfantil.blogspot.pe/2010/04/la-desnutricion-infantil.html>
43. Aristizábal Hoyos Gladis, Blanco Borjas, Marlene, Sánchez Ramos, Araceli, Mtra. Ostiguín Meléndez, Rosa. *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. Una reflexión en torno a su comprensión*
Inicio > Vol 8, No 4 (2011) > Aristizábal Hoyos

ANEXOS

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO SEGÚN EDAD	GUÍA ALIMENTARIA
Menor de 1 año sano	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentar al niño los primeros seis meses de vida solo con lactancia materna exclusiva. • A partir de los cuatro meses, iniciar con el primer frasco de suplemento de sulfato ferroso y a los 5 meses continuar con el segundo frasco, a los 6 meses, iniciar con la alimentación complementaria de 3 comidas al día, entre 3 a 5 cucharadas de comida espesa (purés de verduras, hígado, sangrecita, frutas disponibles en la localidad, agregar media cucharadita de aceite a las comidas saladas) y su suplemento alimenticio (multimicronutrientes primera dosis y vitamina A. • 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, continuar con lactancia materna y con el suplemento alimenticio de acuerdo a la edad.
Menor de 1 año desnutrido	<ul style="list-style-type: none"> • La leche materna debe continuarse hasta cerca de los 2 años de edad. • Además de la alimentación para el niño sano, conforme a la edad, se deberá recomendar papillas complementarias proteico-calóricas. (Suplemento alimenticio de acuerdo al grado de anemia y o desnutrición).

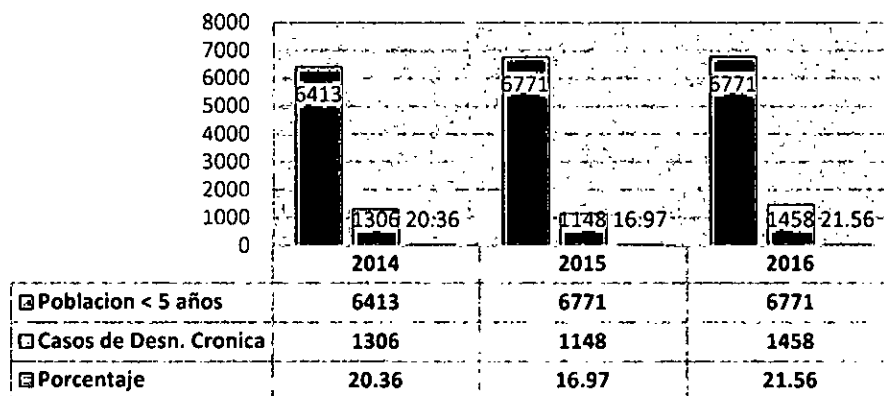
Niño de 1 a 4 años sano	Proporcione 3 comidas principales al día y entre ellas suministrar una colocación es decir: una ración de fruta, verdura, mazamorra, pan, galletas etc.se continuara con la alimentación complementaria en la cantidad de acuerdo a la edad del niño y los suplementos alimenticios hasta los 36 meses de edad.
Niño de 1 a 4 años desnutrido	Proporcione alimentación a libre demanda, incremente la frecuencia de alimentos con énfasis en alimentos para el crecimiento (hígado, pescado, menestras, leche, huevo, carne por lo menos 5 comidas al día. Seleccione conjuntamente con la madre ejemplos para las comidas diarias, recomendadas por la nutricionista e incluya en ellas el suplemento alimenticio.
Niño con sobrepeso u obesidad	No deberá restringir alimentos, conjuntamente con la madre establecer recetas de 3 comidas diarias y dos colaciones, evite golosinas, refrescos y alimentos chatarra y promueva juegos que propicien el ejercicio físico.

TABLA N° 4.1
PREVALENCIA DE CASOS DE DESNUTRICION CRONICA
RED TARMA.AÑOS 2014-2016

Datos	2014	2015	*2016
Pob.< de 5 años	6413	6761	6761
Casos de DC	1306	1148	1458
Porcentaje	20.36	16.97	21.56

Fuente: SIEN. RST-16

GRAFICO N° 4.1. PREVALENCIA DE CASOS DE
DESNUTRICION CRONICA RED TARMA
AÑOS 2014-2016



Fuente: SIEN. RST.2016

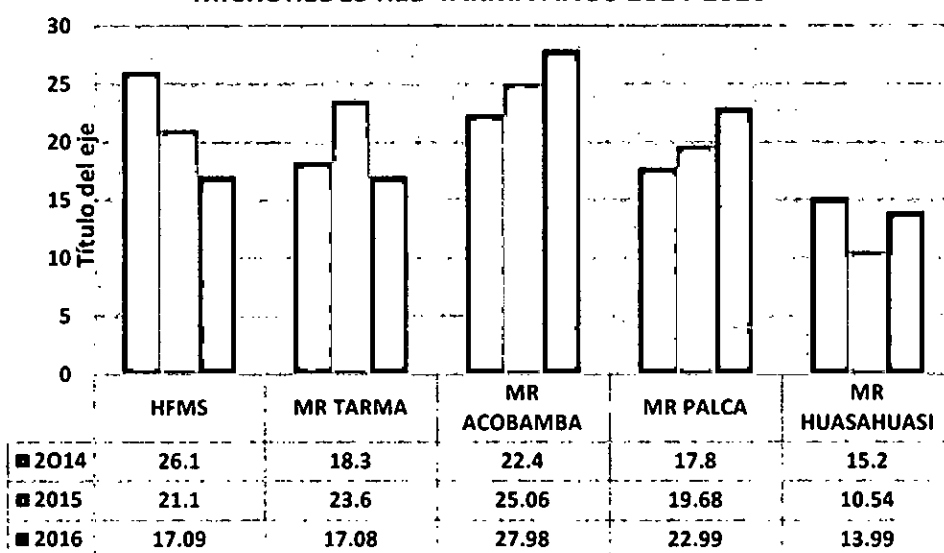
TABLA 4.2

**PORCENTAJE DE CASOS DE DESNUTRICIÓN CRÓNICA POR
MICROREDES RED TARMA AÑOS 2014-2016**

Años	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
HFMS	342	26.1	242	21.1	261	17.09
MR Tarma	239	18.3	272	23.6	260	17.08
MR Acobamba	293	22.4	287	25.06	408	27.98
MR Palca	233	17.8	226	19.68	325	22.29
MR. Huasahuasi	199	15.2	121	10.54	204	13.99
RED TARMA	1306	100	1148	100	1458	100

Fuente: SIEN. RST-16

**GRAFICO N° 4.2
PORCENTAJE DE CASOS DE DESNUTRICION CRONICA POR
MICROREDES RED TARMA AÑOS 2014-2016**



Fuente: SIEN.RST.2016

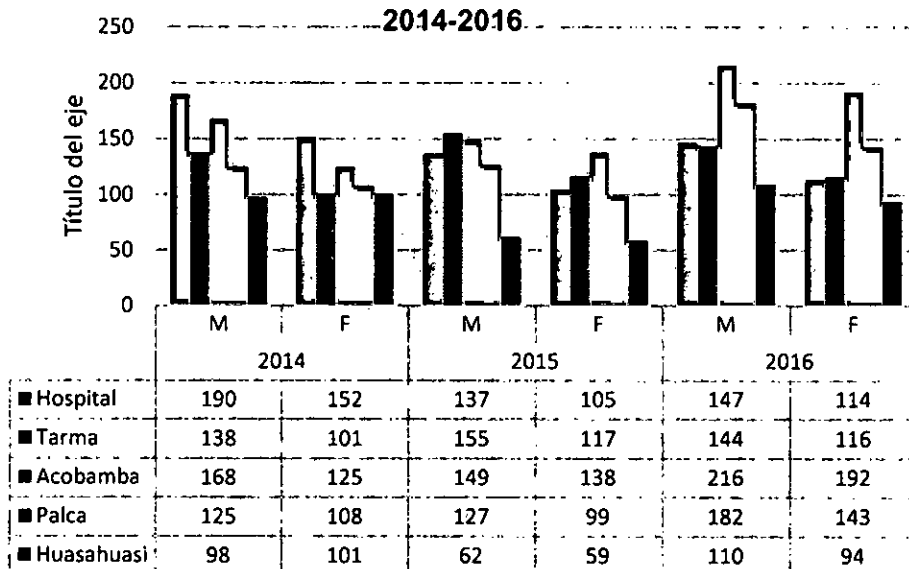
TABLA N° 4.3

NUMERO DE CASOS DE DESNUTRICION CRONICA POR SEXO Y MICROREDES RED TARMA AÑOS 2014-2016

Microred	2014		2015		2016	
	M	F	M	F	M	F
Hospital	190	152	137	105	147	114
Tarma	138	101	155	117	144	116
Acobamba	168	125	149	138	216	192
Palca	125	108	127	99	182	143
Huasahuasi	98	101	62	59	110	94

Fuente: SIEN.RST.2016

GRAFICO N° 4.3
NUMERO DE CASOS DE DESNUTRICION CRONICA
POR SEXO Y MICROREDES RED TARMA AÑOS
2014-2016



Fuente SIEN-RST-2016

TABLA N° 4.4

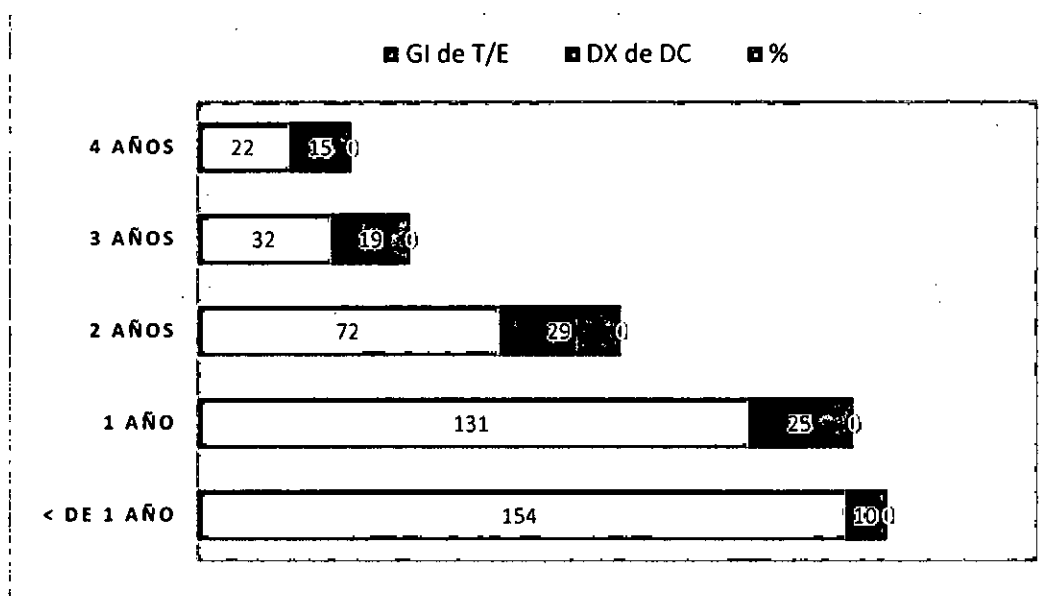
**PROPORCION DE CASOS DE DESNUTRICION CRONICA POR EDAD
EN RELACIÓN A LOS TAMIZADOS T/E, RED TARMA, AÑO 2015**

Grupo de edad	Ganancia Inadecuada de T/E	Diagnóstico de Desnutricion Cronica	Porcentaje
< de 1 año	154	10	2,4
1 año	131	25	6,0
2 años	72	29	7,0
3 años	32	19	4,6
4 años	22	15	3,6
TOTAL	411	98	23.8

Fuente: HIS.OEI.RST.15

GRAFICO N° 4.4

**PROPORCION DE CASOS DE DESNUTRICION CRONICA POR EDAD EN
RELACIÓN A LOS TAMIZADOS T/E, RED TARMA, AÑO 2015**



Fuente HIS -OEI.RST-15

TABLA N° 4.5

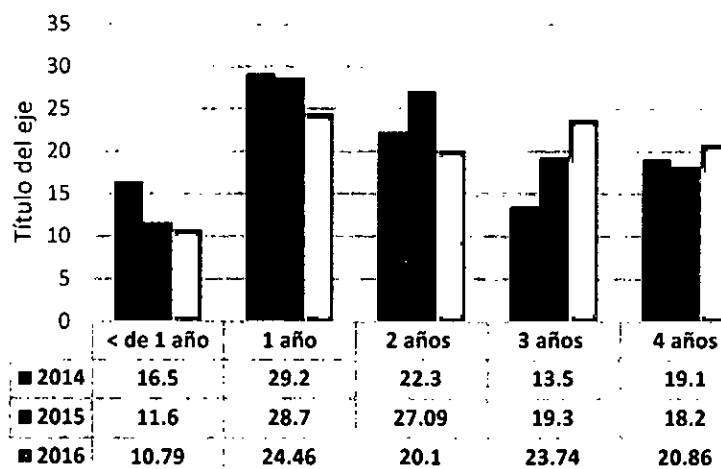
PORCENTAJE DE CASOS DE DESNUTRICION CRONICA POR EDAD

RED TARMA AÑOS 2014-2016

Años	2014	2015	2016
Grupo de Edad	% de casos DC	% de casos DC	% de casos DC
< de 1 año	16.5	11.6	10.79
1 año	29.2	28.7	24.46
2 años	22.3	27.09	20.1
3 años	13.5	19.3	23.74
4 años	19.1	18.2	20.86

Fuente HIS –OEI.RST-15

GRAFICO N° 4.5
PORCENTAJE DE CASOS DE DESNUTRICION
CRONICA POR EDAD RED TARMA AÑOS
2014-2016



Fuente HIS –OEI.RST-15

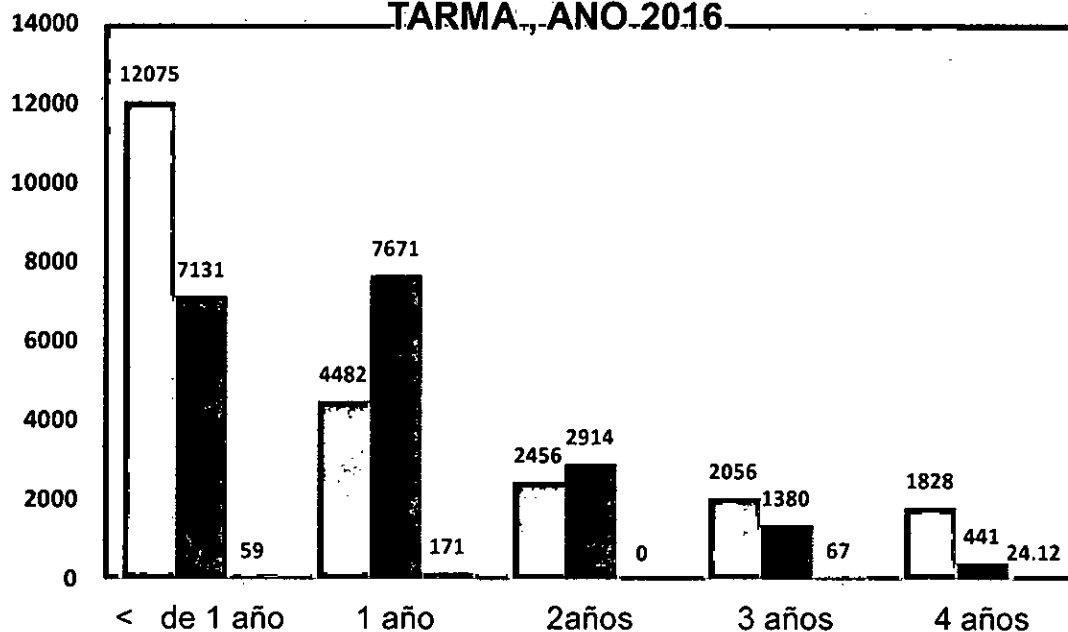
TABLA N° 4.6

PORCENTAJE DE CONSEJERÍAS NUTRICIONALES POR GRUPO DE EDAD, RED DE SALUD TARMA, AÑO 2016

Edad	Atendidos	Concentra cion	Meta	Ejecutado	Porcentaje
< de 1 año	805	15	12075	7131	59.00
1 año	747	6	4482	7671	171.00
2 años	614	4	2456	2914	118.00
3 años	514	4	2056	1380	67.00
4 años	477	4	1908	441	23.00

Fuente, HIS.OEI.RST-16

**GRAFICO 4.6
PORCENTAJE DE CONCEJERIAS
NUTRICIONALES POR GRUPO DE EDAD RED
TARMA, AÑO 2016**



■ CONCEJERIAS POR GRUPO DE EDAD RED TARMA AÑO2016

Fuente, HIS.OEI.RST-16

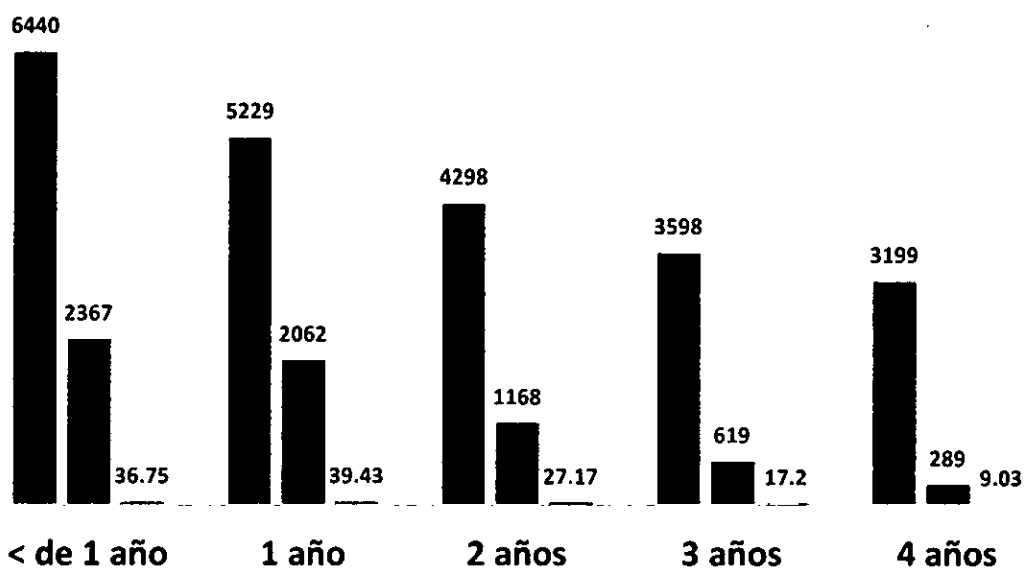
TABLA N° 4.7

PORCENTAJE DE VISITAS DOMICILIARIAS POR GRUPO DE EDAD RED TARMA AÑO 2016

Grupo de Edad	META	VD Ejecutada	%
< de 1 año	6440	2367	36.75
1 año	5229	2062	39.43
2 años	4298	1168	27.17
3 años	3598	619	17.2
4 años	3199	289	9.03

Fuente, HIS.OEI.RST-16

GRAFICO N° 4.7
PORCENTAJE DE VISITAS DOMICILIARIAS POR GRUPO DE EDAD RED TARMA AÑO 2016



Fuente, HIS.OEI.RST-16

TABLA N° 4.8

**PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA
INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS
AÑOS 2007 - 2012
RED DE SALUD TARMA**

AÑO	2007	2008	2009	2010	2011	2012
NIÑOS EVALUADOS	18318	14404	18761	27914	32195	26241
NIÑOS CON OC	3687	3240	3191	4537	4917	4134
PORCENTAJE	20.13	22.49	17.01	16.25	15.27	15.75

Fuente: Reporte SIEM

GRAFICO N° 4.8

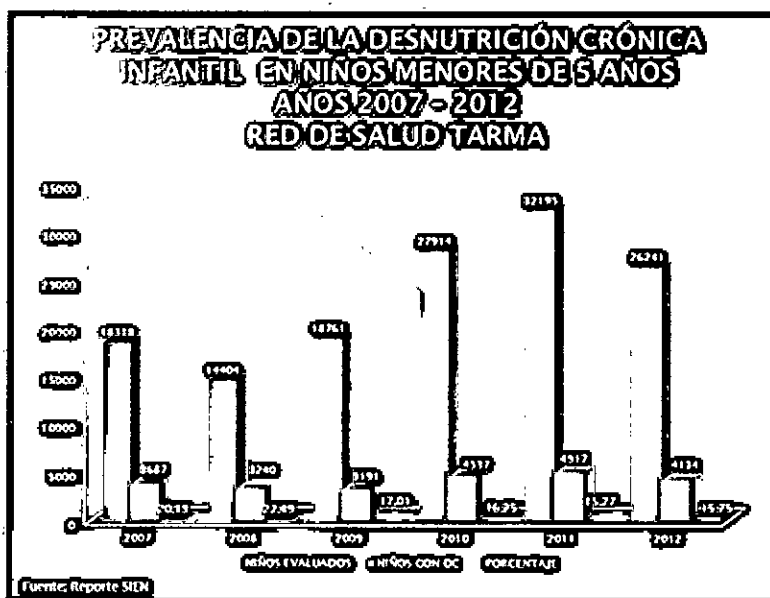


GRAFICO N° 4.9

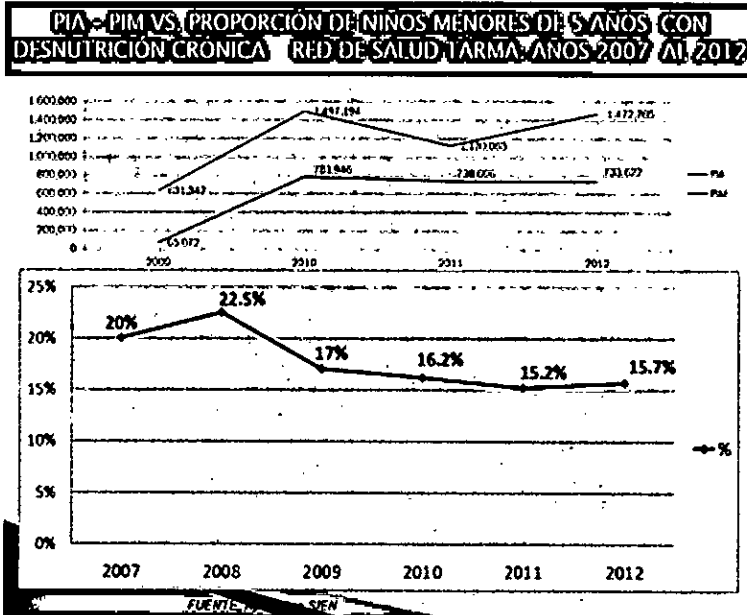
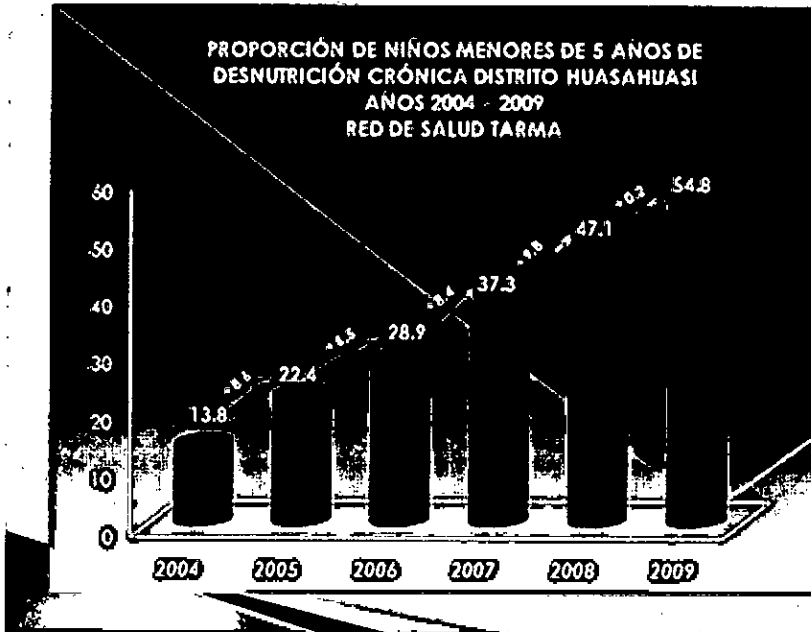


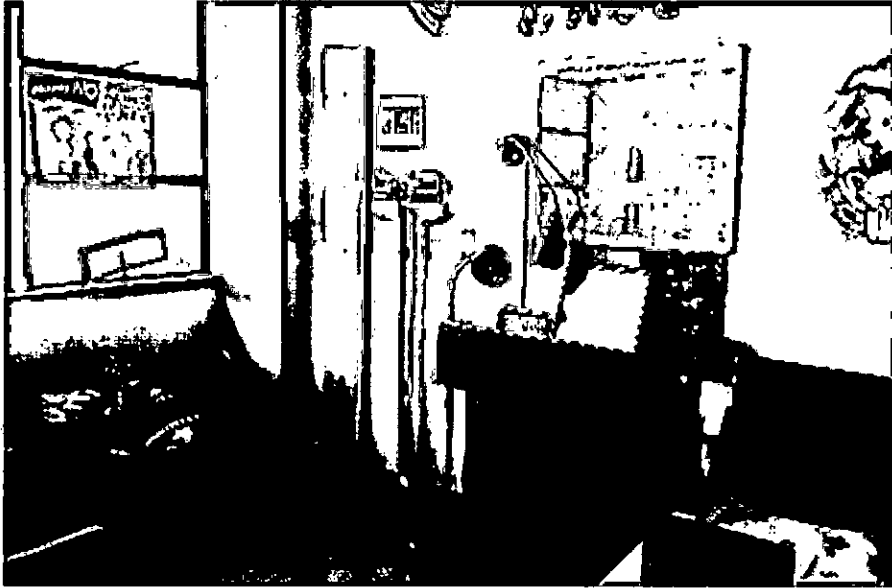
GRAFICO N° 4.10



Fuente: Reporte HIS.RST.2009

FOTO N° 1

**AREA DE ESTIMULACION TEMPRANA CONSULTORIO DE CRED N°
230 HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA –AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 2

**EVALUACION DEL DESARROLLO DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS
CONSULTORIO CRED 230 HOSPITAL FMS, AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 3

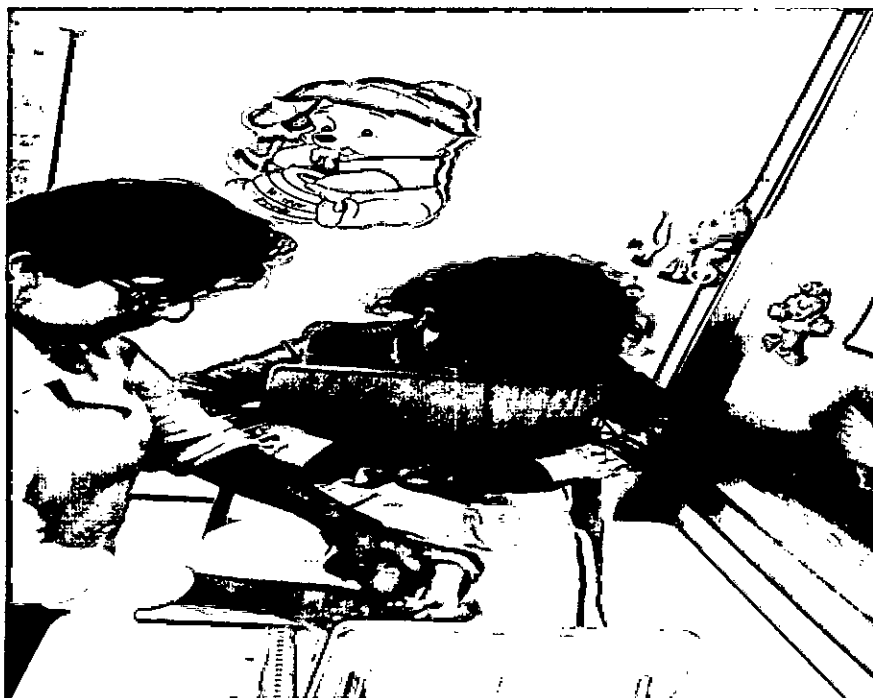
**ÁREA DE PESO Y TALLA CONSULTORIO DE CRED N° 230
HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA, AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 4

**TOMA DE TALLA A NIÑO MENOR DE 2 AÑOS
CONSULTORIO CRED RED TARMA 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 5

**ÁREA DE PESO Y TALLA CONSULTORIO N° 230 DE CRED
HOSPITAL FÉLIX MAYORCA SOTO DE TARMA AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 6

**TOMA DEL PESO A NIÑO MENOR DE 1 AÑO CONSULTORIO CRED
HOSPITAL FMS AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 7

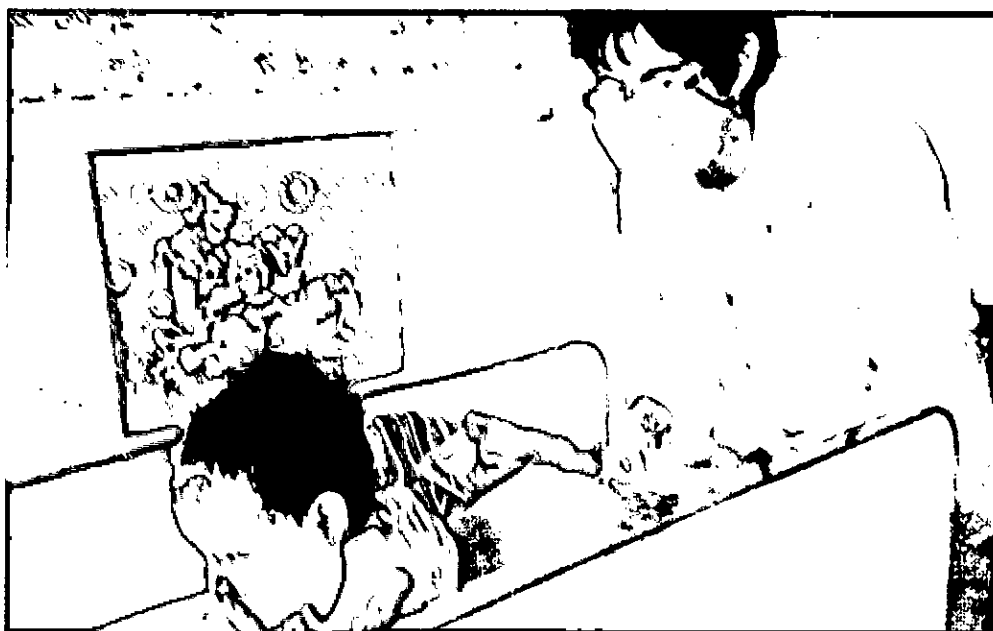
**ÁREA DE EVALUACIÓN DE EXAMEN FÍSICO GENERAL
CONSULTORIO DE CRED N° 230 HOSPITAL FELIX MAYORCA SOTO,
AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 8

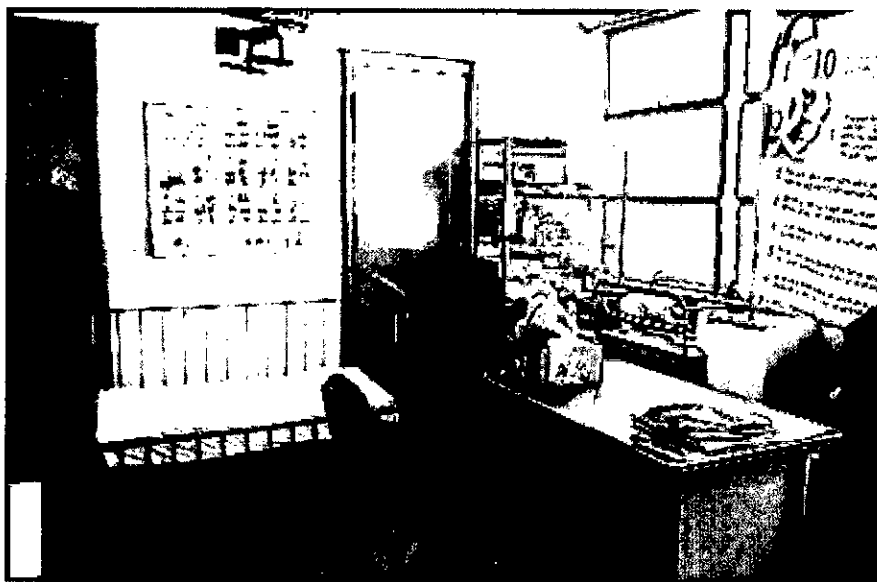
**EVALUACION FISICA GENERAL CEFALO CAUDAL CONSULTRIO
CRED 230 HFM AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 9

**ESCRITORIO PARA BRINDAR EDUCACIÓN SANITARIA A LA MADRE
CON CARTILLAS DE INFORMACIÓN POR GRUPOS DE EDAD**



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 10

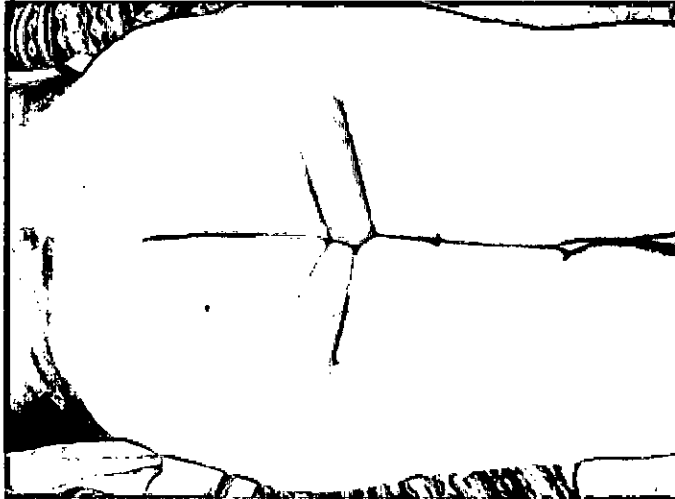
**CONCEJERIA NUTRICIONAL A NIÑA CON DESNUTRICION CRONICA
CONSULTORIO CRED 230 HFM AÑO 2016**



FUENTE: LAE.CRED.2016

PATOLOGÍAS CAPTADAS

FOTO N° 11: ASIMETRÍA DE PLIEGUES



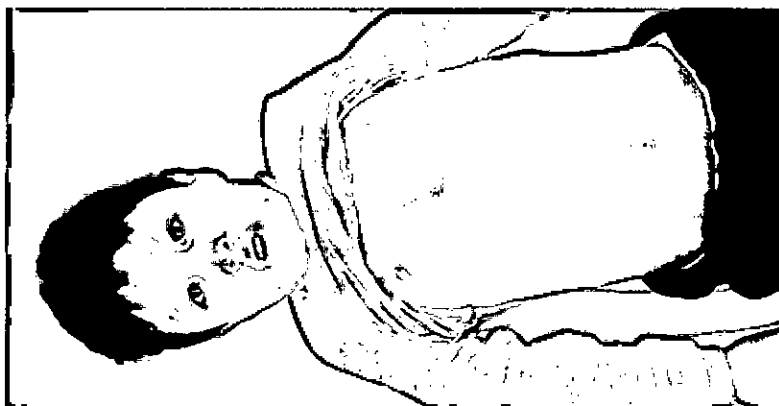
FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 12: ANO IMPERFORADO



FUENTE: LAE.CRED.2016

FOTO N° 13: TORAX EXCAVATION



FUENTE: LAE.CRED.2016