

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA DISMINUCIÓN DE  
DESNUTRICIÓN CRÓNICA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES  
EN EL PUESTO DE SALUD DE HUAYOTAPATA 2015 - 2016**

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

**EUSEBIA CHAMPI CACERES**

**Callao, 2018  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

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

### ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 214

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

Resolución Decanato N° 916-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

# ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	17
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	18
3.1 Recolección de Datos	18
3.2 Experiencia Profesional	18
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	33
<b>IV. RESULTADOS</b>	42
<b>V. CONCLUSIONES</b>	51
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	52
<b>VII. REFERENCIALES</b>	53

Referencias Bibliográficas. Espero que el presente trabajo académico sirva a otros profesionales inmersos en el primer nivel de atención.

## INTRODUCCIÓN

La malnutrición tiene un alto impacto en la sociedad, especialmente la desnutrición infantil con repercusiones no sólo físicas sino también cognitivas, que alcanzan al individuo en todas sus etapas de vida. En ese sentido, en los últimos años, a nivel país se han producido mejoras relacionadas con la desnutrición crónica en menores de cinco años, sin embargo, la desigualdad existente, hace que aún se reporten prevalencias muy altas, a otros niveles. Por otro lado, el exceso de peso comienza a presentar un incremento sostenido, incluso en edades muy tempranas, con sus repercusiones en la edad adulta, lo cual está relacionado a enfermedades no transmisibles. Todo problema nutricional se desarrolla, en un contexto social, económico, cultural y demográfico variado.

Por todo lo antes mencionado, el presente trabajo académico tiene la finalidad de presentar la experiencia vivida ante la intervención, que como enfermera realizamos sobre un acontecimiento y/o problema con la única intención de lograr en ellos mejorar la calidad de vida.

Los muchos años de experiencia laboral en el primer nivel de atención, me ha permitido comprender que las actividades preventivas promocionales como son: educación permanente de las madres en el cuidado infantil, así como sesiones educativas y demostrativas en la preparación de alimentos utilizando productos de la zona, consejerías, visitas domiciliarias y seguimiento frecuente de compromisos y acuerdos. Todo ello es una muestra importante a largo plazo para disminuir la desnutrición crónica en niños.

El presente trabajo académico realizado en el Puesto de salud de Huayopata, Provincia de la Convención, Dpto. del Cusco, consta de siete capítulos: I. Planteamiento del problema, II. Marco Teórico, III. Experiencia Laboral, IV. Resultados, V. Conclusiones, VI. Recomendaciones, VII.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción de la Situación Problemática.**

La desnutrición crónica definida como el retardo en el crecimiento del niño con relación a su edad, está considerada como un indicador síntesis de la calidad de vida, debido a que es el resultado de factores socioeconómicos presentes en el entorno del niño durante su periodo de gestación, nacimiento y crecimiento.

Así la prevalencia de desnutrición crónica puede atribuirse a una ingesta inadecuada y una mala utilización de alimentos, así como a episodios infecciosos frecuentes y prolongados como la diarrea, que desencadenan el círculo vicioso de desnutrición infección; problemas que en su mayoría pueden minimizarse con una seguridad alimentaria en el hogar y una adecuada información, educación y capacitación a los hogares.

Según estimaciones de UNICEF en el 2011, uno de cada cuatro menores de 5 años de todo el mundo padece retraso en el crecimiento (26%).

En América Latina y el Caribe según UNICEF 2011, casi 9 millones (16 por ciento) de niñas y niños menores de cinco años padecen desnutrición crónica o retardo en talla. Además, se estima que igual número está en riesgo de desnutrirse o que en la actualidad presentan algún grado leve de desnutrición, haciendo un total aproximado de 18 millones de niñas y niños que necesitan atención preventiva inmediata para evitar un mayor deterioro en su estado nutricional, de este total aproximadamente 13 millones tienen menos de 3 años, etapa crucial para intervenir y evitar daños irreversibles.

En el Perú, según UNICEF para el año 2013, la prevalencia de desnutrición crónica en menores de 5 años es de 17,5%, 11 puntos porcentuales menos que hace 6 años (28,5%). Sin embargo, existen diferencias a nivel de las regiones que van de 2,9%, a 42,4%. La prevalencia de desnutrición crónica es ligeramente mayor en varones (18,5%) en comparación con la prevalencia en mujeres (16,5%).

A nivel local Cusco según OMS en el 2013 presenta el 25.1% de desnutrición crónica en menores de 5 años.

En el Puesto de salud de Huayopata, según las estadísticas y registros, la prevalencia de desnutrición crónica en niños menores de 36 meses es de 16.6 % (4 niños) en 2015 y 12,5 % (3 niños) en 2016.

## **1.2. Objetivo**

Describir la experiencia profesional de enfermería en la disminución de desnutrición crónica en menores de 36 meses en el Puesto de Salud de Huayopata 2015- 2016.

## **1.3 Justificación**

Cálculos recientes muestran del 2013 por OMS, Cusco presenta 25.1 % de niños y niñas con desnutrición crónica en menores de 5 años, El Puesto de salud de Huayopata según registros e historias clínicas en 2015 presenta 16.6 % y 12.5 % en 2016 de desnutrición crónica en niños y niñas menores de 36 meses, que fueron atribuibles al efecto de la malnutrición, la desnutrición conlleva a la reducción de la inmunidad humoral y celular, así como las barreras físicas tales como el moco protector en las vías respiratorias y la acidez gástrica.]

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.

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.

La desnutrición y la educación presentan una relación inversa, donde los hijos de las madres sin ningún nivel de educación tienen las mayores proporciones de desnutrición (50%), seguido por las madres con algún grado de primaria (36%), secundaria (16%) y por último los hijos de madres que tienen nivel de instrucción superior presentan un bajo nivel de desnutrición (5.3%).

Por todo lo descrito anteriormente y por los altos porcentajes de desnutrición crónica en el puesto de salud de Huayopata se realiza el presente trabajo de experiencia laboral, para intervenir en los factores que intervienen en el crecimiento y desarrollo inadecuado del niño, lo que se quiere lograr es educar específicamente en seguridad alimentaria y nutrición a las madres de los niños menores de 36 meses con el fin de aportar en el futuro mejores oportunidades de trabajo y desarrollo de la comunidad. También se podrán tomar medidas para la prevención de enfermedades infecciosas y disminuir la alta incidencia de desnutrición crónica.



## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes.

#### A Nivel Internacional.

CHEIGO V y otros, 2014. En su estudio "valoración del estado nutricional y factores que inciden en la desnutrición en niños de 2-5 años que asisten a los centros infantiles del buen vivir administrados por la fundación semillas de amor en bastión popular de Guayaquil- año 2014" en Ecuador, tuvo como objetivo identificar el estado nutricional y los factores que inciden en la desnutrición en niños de 2 a 5 años que asisten al Centro infantil buen vivir. El estudio fue no experimental, de tipo correlacional con enfoque cuantitativo. La unidad de observación fueron niños entre 2 y 5 años, de los cuales sólo se consideraron aptos 102. La población estuvo representada por los 102 padres de la unidad de observación y la muestra fue del 100% de esta población. Los resultados dictaminaron que el 54% presentó un estado nutricional normal, el 35% sobrepeso y el 11% desnutrición; el principal factor de riesgo de desnutrición en esta población se determinó que era el nivel de instrucción de la madre con el 82% de los desnutridos.

CORONADO ESCOBAR 2013. En su estudio "factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años" Guatemala durante los meses de julio 2012 a febrero 2013). Cuyo objetivo es Describir los factores que se asocian a la desnutrición en niños menores de 5 años en el puesto de salud del Valle del Palajunoj, Quetzaltenango, .El tipo de estudio es de tipo descriptivo, transversal y la muestra son madres de niños menores de 5 años

que cursan algún grado de desnutrición, que asisten a control al puesto de salud reforzado del Valle de Palajunoj Quetzaltenango, llegando a la siguiente conclusión: los factores causales asociados a la desnutrición identificados en el estudio son el analfabetismo, nivel cultural de las madres, estado civil, edad que la madre tenía al casarse o unirse, la variedad y forma de cocinar los alimentos así mismo el desconocimiento de cocinar dietas nutritivas, variadas, el ambiente familiar y social del niño. Lo que indica que no están preparadas para formar un hogar. También influye el estado económico, la mayoría se encuentra en un nivel regular, lo que hace muchas veces no llena los requisitos de Seguridad Alimentaria y Nutricional de los miembros de la familia y principalmente de los niños menores de 5 años.

#### **A Nivel Nacional.**

DELGADO SÁNCHEZ HÉCTOR DANIEL y otros en su estudio "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Morona Cocha I-4 Iquitos, 2015", que tuvo como objetivo 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, 2015. El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, Las conclusiones obtenidas son:

1. Se logró identificar que del 100.0% (123) madres con niños(as), el 20.3% (25) tienen menor edad y el 79.7% (98) tienen mayor edad, siendo la edad promedio de 25.98 años con una desviación estándar de 6.028 años. Asimismo, el 26.8% (33) de ellas presentan trabajo remunerado, mientras que el 73.2% (90)

no tienen trabajo remunerado. Con respecto al nivel educativo el 27.6% (34) tienen menor nivel educativo y el 72.4% (89) manifiestan tener mayor nivel educativo. Las madres sujetas de estudio con menor ingreso económico son el 52.8% (65) y con mayor ingreso el 47.2% (58), el ingreso promedio es de 659.71 con una desviación estándar de 419.38 nuevos soles. Presentan menor espacio intergenésico el 48.0% (59) de las madres, mientras que el 52.0% (64) tienen mayor espacio intergenésico.

2. En cuanto a riesgo de desnutrición se encontró que del 100.0% (123) niños (as), el 93.5% (115) presentan riesgo de desnutrición mientras que el 6.5% (8) no presentan riesgo de desnutrición.

3. Se logró determinar que existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables trabajo, ingresos económicos y espacio intergenésico; al mismo tiempo se logró determinar que no existe relación estadísticamente significativa entre el riesgo de desnutrición y las variables edad y nivel educativo.

**Revista Peruana de Epidemiología** (ISS 1609-7211) En el estudio realizado "Determinantes sociales de la desnutrición infantil crónica en el Perú." Setiembre 2014. El método del trabajo es en base a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. ENDES 2012. El objetivo del trabajo es la Identificación de los Determinantes sociales de la desnutrición crónica es a través de un análisis de regresión a nivel de Perú. **Resultado:** Se han identificado tres determinantes de riesgo y tres determinantes de protección a nivel nacional, los primeros serían los que más contribuirían en mantener o incrementar la prevalencia de desnutrición crónica en un niño menor de 5 años. Los determinantes que implicaron el incremento del riesgo de presentar desnutrición crónica en un menor de 5 años son la pobreza extrema (OR=4,0), antecedente de

bajo peso al nacer (OR=2,6) y ningún nivel educativo de la madre (OR=1,9). Los determinantes que involucran protección son el antecedente de parto en un establecimiento de salud (OR=0,4), ingerir hierro durante la gestación (OR=0,6) y haber tenido control prenatal completo en el 1er trimestre (OR=0,7)

**Conclusiones:** El presente modelo explicativo ha seleccionado determinantes que involucren la factibilidad de ser intervenidas a nivel del Ministerio de Salud y además la selección de determinantes a nivel de macro regiones para la aplicación de líneas de acción propias de cada realidad ya que los promedios nacionales ocultan grandes disparidades en el interior, es decir que la realidad nacional no necesariamente es la realidad particular de cada región.

#### **A nivel local.**

CRUZ, J. (2010) en el estudio "Factores influyentes en la desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años del puesto de salud de Compone, Anta. Cusco". Realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar los factores que influyen en la desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años, lo realizaron en la población del Distrito Compone cuya muestra fue de 151 madres y sus niños de 0 a 5 años de edad, la investigación se apoya en un estudio de carácter descriptivo correlacional de corte transversal con método no experimental. Se realizó una encuesta basal que incluyo variables socioeconómicas, nutricionales, ambientales y de Salud a las madres de familia, llegando a la conclusión: La prevalencia de desnutrición crónica en niños de 0 a 5 años fue de 17%; en cambio la desnutrición crónica severa alcanza a un 7.82%, indicadores alarmantes que de continuar así estos niños tendrán consecuencias negativas en su desarrollo social y humano

sostenible, otros factores que influyen sobre la magnitud de la desnutrición crónica es la salubridad medio ambiental y los servicios básicos de la vivienda, pues el uso del agua potable 38.1% (sin tratamiento) en la alimentación por su nivel de contaminación (principalmente parásitos) altera a la asimilación de los nutrientes del niño; además el factor que tuvo alta significación estadística fue la categoría ocupacional de la madre sobre la desnutrición crónica.

CRISTIAN M. (2014) "prevalencia de anemia y su relación con el estado nutricional en escolares y preescolares en el centro poblado de Marcaconga a 3763 msnm de altitud. La anemia y la desnutrición infantil es un problema de salud pública mundial y afecta sobre todo a países pobres y en vías de desarrollo y tiene como consecuencias graves una falta en el desarrollo cognitivo en los niños, y un retardo en el crecimiento pondoestatural por otro lado aumenta el riesgo de muerte y lo hacen propenso de contraer enfermedades infecciosas, inhibe su desarrollo cognitivo y afecta a su estado de salud de por vida en los niños. Estos dos problemas están presentes en nuestro país, sobre todo en las regiones más pobres y zonas de altura, con altas tasas de prevalencia que se mantienen por años a pesar de las múltiples estrategias realizadas por el estado. Metodología: estudio observacional, analítico de corte transversal, en escolares y preescolares en el Centro poblado de Marcaconga, siendo participes 378 niños. Se utilizaron variables antropométricas como peso, talla, IMC, para el diagnóstico del estado nutricional y se realizó la medición de hematocrito para el diagnóstico de anemia. Posteriormente se determinó la relación entre anemia y estado nutricional, para lo cual se utilizó la prueba del Chi-cuadrado, se consideró significación estadística cuando  $p < 0.05$ . Resultados: La prevalencia de anemia en preescolares fue de

41.28%, mientras en los escolares fue de 33.83%, el grupo etario que presento mayor porcentaje de anemia fue el de 5 a 6 años. A partir de la evaluación antropométrica se verifico que el 57% de los preescolares presentaron desnutrición crónica, 10 % desnutrición aguda y 2 % desnutrición global, en los escolares se encontró 43.40% de desnutrición crónica, según IMC/E en los escolares el 94.70% fue normal, 3.34% con sobrepeso, 1.48% de obesidad y 0.37% de delgadez. No se encontró diferencia significativa entre la anemia y el estado nutricional. Conclusiones: La anemia y desnutrición crónica siguen siendo un problema de salud pública en el Centro Poblado de Marcaconga, no se encontró asociación entre anemia y estado nutricional en esta población a 3763 msnm.

## **2.2. Marco Conceptual.**

### **2.2.1 Nutrición.**

Definición. El estado de nutrición es un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, tiene lugar en todas y cada una de las células del organismo, de las cuales resulta la composición corporal, la salud y la vida misma. La desnutrición es un estado patológico caracterizado por la falta de aporte adecuado de energía y/o de nutrientes acordes con las necesidades biológicas del organismo, que produce un estado catabólico, sistémico y potencialmente reversible.

### **2.2.2 Estado Nutricional.**

El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar mala nutrición. El estado nutricional es considerado uno de los principales componentes para alcanzar una salud óptima y garantizar una

buena calidad de vida, es el factor que más influye en el crecimiento y desarrollo del infante, por lo que al hacerse deficitaria se produce un retardo y detención del crecimiento y la maduración del niño.

### **2.2.3 Indicadores antropométricos.**

La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas, son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos y los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición.

### **2.2.4 Peso para la edad.**

Es un indicador del crecimiento de la masa corporal, detecta la desnutrición global, permite discriminar entre el niño adelgazado o de escasa estatura o casos combinados de adelgazamiento y retardo del crecimiento. Este indicador es útil para predecir el riesgo de morir en menores de cinco años, por lo cual es de suma utilidad en los programas de vigilancia nutricional en este grupo de edad. Evalúa la desnutrición aguda y crónica, sin diferenciar la una de la otra.

### **2.2.5 Talla para la edad.**

Es un indicador del crecimiento lineal y detecta la desnutrición crónica, al restringirse la alimentación, la velocidad del crecimiento, tanto el peso como la talla disminuyen, sin embargo, el peso puede

recuperarse rápidamente al reanudarse una adecuada alimentación, pero la talla es mucho más lenta de recuperar.

### **2.2.6 Peso para la talla**

Es un indicador de crecimiento actual, relaciona el peso que tiene el niño con su talla en un momento determinado, detecta la desnutrición aguda o el sobrepeso. La mayor parte de los individuos definen la presencia de obesidad de acuerdo con el peso corporal; el problema básico que implican estas medidas es que el peso guarda una relación estrecha con la talla.

### **2.2.7 Riesgo nutricional.**

Situación que compromete el estado nutricional de los niños, debido a diversos factores como la ingesta insuficiente de alimentos y la falta de una atención adecuada que le brinde la madre, entre otros; evidenciado por carnet de control de crecimiento y desarrollo. Se utilizarán los siguientes indicadores.

Durante el proceso de evaluación del estado nutricional es necesario determinar si un niño es normal o si presenta alguna alteración (desnutrición o sobre peso), estableciendo un punto de corte o nivel de diagnóstico. Se conoce como indicador a la relación entre el índice y su respectivo punto de corte.

### **2.2.8- Causas de la desnutrición:**

#### **a) Causas inmediatas**

- Alimentación insuficiente
- Atención inadecuada
- Enfermedades.



#### **b) Causas subyacentes**

- Alimentación insuficiente
- Atención inadecuada
- Enfermedades

#### **c) Causas subyacentes**

- Falta de acceso a alimentos
- Falta de atención sanitaria
- Agua y saneamientos insoldables

#### **d) Causas básicas**

- Pobreza
- Desigualdad
- Escasa educación de las madres

### **2.2.9- Tipos de desnutrición infantil.**

#### **2.2.9.1- Desnutrición crónica.**

Va en relación a la talla para la edad, este indicador nos muestra que existe carencia de nutrientes por un tiempo prolongado, también puede haber un retardo del crecimiento durante el periodo de gestación, si no se soluciona durante el embarazo y hasta antes de los 2 años, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante toda su vida, afectando su estado físico e intelectual, así mismo haciéndolo propenso a contraer enfermedades.

#### **2.2.9.2- Desnutrición aguda.**

- A. Desnutrición aguda moderada: un niño que tiene desnutrición aguda moderada pesa menos con relación a su talla también es

una referencia medir el perímetro del brazo. Estos niños requieren de una atención inmediata porque corren riesgo de empeorar.

- B. Desnutrición aguda grave o severa: en este caso el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo, tiene un alto grado de mortalidad. Estos niños requieren atención médica urgente.

### **2.2.9.3 Marasmo.**

Es una serie de desnutrición calórica y proteica, debe al infraconsumo de calorías con los alimentos. El niño tiene un peso corporal demasiado bajo, atrofia muscular, retraso de crecimiento, anorexia, ilio parcial, enfermedades relacionadas de evolución crónica y envejecimiento prematuro. El niño usa sus reservas de energía del tejido adiposo y de los músculos, con adelgazamiento, consumo de masa muscular y pérdida de tejido adiposo, y cuando progresa la enfermedad puede tener pérdida de la inmunidad. Como la disminución del aporte energético no puede compensar el requerimiento calórico, se utiliza grasa corporal como sustrato de energía con la consiguiente disminución del tejido celular subcutáneo. Cuando hay un déficit de aporte de proteínas como de energía, el fenómeno de adaptación eleva los niveles cortisol y glucagón y disminuye la insulina con los efectos orgánicos pertinentes. La disminución del aporte energético no puede compensar el requerimiento calórico. Los músculos son más afectados por la expoliación ya que proporcionan los aminoácidos esenciales para el mantenimiento de la síntesis proteico-visceral y así producir cantidades adecuadas de albumina sérica, que previenen la presencia de demás o infiltración de la grasa del hígado.

#### **2.2.9.4 Kwashiorkor.**

Afecta principalmente a los niños en el momento del destete y hasta cerca de los seis años de edad (edad escolar), en este momento se termina el efecto protector de la lactancia materna y el niño empieza a comer la dieta incompleta que le brindan los adultos. Puede haber adelgazamiento, pero también obesidad, hay cambios en el pelo, despigmentación, aparición de dermatosis, diarrea y anemia.

#### **2.2.9.5 Carencia de vitaminas y minerales.**

Este tipo de desnutrición se puede manifestar de diferentes formas: fatiga, reducción de la capacidad de aprendizaje o de inmunidad. Algunas de las vitaminas y minerales importantes son: vitamina a, hierro y acida fólico, yodo.

### **2.3 Definición de términos básicos**

#### **Nutrición.**

Es un conjunto de funciones armónicas y solidarias entre sí, tiene lugar en todas y cada una de las células del organismo, de las cuales resulta la composición corporal, la salud y la vida misma.

#### **Estado Nutricional.**

Es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar mala nutrición

#### **Indicadores antropométricos.**

Es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas, son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo.

### III. EXPERIENCIA LABORAL.

#### 3.1 **Recolección de Datos.**

Para la realización del presente trabajo académico se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de:

1. Historias clínicas.
2. Registro de atención diaria de CRED en servicio de enfermería.
3. Registro de seguimiento de menores de 5 años.
4. Consolidado anual de indicadores de evaluación anual 2015 y 2016 de los cuales se recabaron los datos coherentes al tema de trabajo.

#### 3.2 **Experiencia profesional.**

Como licenciada en enfermería he iniciado con SERUMS en octubre de 1994 en el Puesto de Salud de Pitumarca de nivel I-2.

**Ubicación.-** El P. S. de Pitumarca está ubicada en la, provincia de Canchis Dpto. del Cusco, a 3500 msnm aproximadamente, conformado por 12 comunidades, población asignada de 4,500 habitantes.

**Recursos humanos:** un médico cirujano, una Lic. En enfermería, una obstetra de condición SERUMS y dos técnicos en enfermería nombrados.

**Vías de comunicación.-** las vías de comunicación con que contaba el establecimiento de salud son: radio comunicación, motocicleta pequeña y un motocar. El personal de salud se movilizaba a las comunidades, en motocicleta de una a dos horas y a pie por camino de herradura de 3 a 8 horas por camino de

herradura, las comunidades lejanas están ubicados a más de 4,000 msnm cerca al nevado del Ausangate y el cerro de siete colores que hoy en día es la atracción de los turistas nacionales y extranjeros.

**La alimentación.-** La alimentación de la población generalmente es a base de carbohidratos como los tubérculos, con escasa frecuencia se consume productos de origen animal ,frutas y verduras, ya que los pobladores de la quebrada del rio Pitumarca producen: maíz, papa derivados(chuño, moraya), quinua, habas, arvejas, cebada trigo, crían animales mayores como ganado vacuno, ovino, porcino entre animales menores cuy, gallina pato: y en las comunidades altas producen papas nativas, y sus derivados(moraya. chuño),entre animales mayores: alpaca, llama, ovino caballos y muy escaso ganado vacuno por falta de forraje apropiado, entre animales menores muy poco cuy y gallinas por falta de alimentos. Como programa social se repartía los productos de PANFAR a niños menores de cinco años y gestantes.

**Responsabilidades asumidas:** como profesional de la salud cumplía con las funciones y responsabilidades en los programas de: CRED, PAI, EDA, IRA y Tuberculosis, en cada uno de estos programas se ha brindado el cuidado integral de enfermería en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística a la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida en las siguientes áreas:

- a) **Área asistencial:** Mediante la interacción enfermera – usuario, determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en forma intra y extramural y en los que sean necesarios.

- b) **Área administrativa:** se han desarrollado procesos dirigidos a: Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los programas dedicados a la atención de la salud en intra-extramural.
- c) **Área docente:** Dedicada a programar, organizar, desarrollar y supervisar actividades de educación y capacitación en salud dirigido a:
- o Agentes comunitarios de salud.
  - o Madres de familia y gestantes del programa PANFAR.
  - o La educación sanitaria a la persona, la familia y la comunidad.

El abastecimiento con material educativo (trípticos, rota folios) fueron suficientes.

**Limitaciones.** Por la inaccesibilidad geografía y por la falta de carreteras a sus comunidades el acceso era difícil por lo que los programas de CRED y PAI no se lograban coberturas optimas, en los programas de EDA e IRA se presentaba altas tasas de morbilidad-mortalidad en RN y niños menores de 5 años, los partos en un promedio de 90% eran domiciliarios.

Casos relevantes: En el programa de tuberculosis, se realizó la administración de tratamiento a un paciente con tuberculosis pulmonar BK positivo, quien presento RAFA a los medicamentos de primera línea en la primera fase de tratamiento, este caso tuvo que ser referido al hospital de Sicuani para su evaluación y tratamiento correspondiente por el medico consultor de tuberculosis.

En el programa de materno perinatal, se tuvo una muerte del Recién nacido de la comunidad de Ausangate ubicado a 4500 msnm, a ocho horas de caminata, en una cabaña alejada, en una gestante adolescente , quien no tuvo ningún control pre-

natal en el establecimiento de salud, dicha muerte fue notificado por un comunero después de 15 días de fallecimiento.

En 1996 a 1997 se laboró en el P.S. de Surimana de nivel I-1.

**Ubicación:** El P. S. de salud está ubicado en el poblado menor de Surimana, jurisdicción del distrito de Tungasuca, provincia de Canas, Dpto. de Cusco a una altitud de 3,500 msnm aproximadamente, con una población de 1,500 habitantes conformado por tres comunidades ubicados en diferentes altitudes.

**Recursos humanos:** Una Lic. En enfermería, una obstetra de condición de contratados por salud básica con 12 horas de labor y un técnico en enfermería de condición nombrado.

**Vías de comunicación:** El establecimiento de salud contaba con radio comunicación y una motocicleta, el acceso en carro a la localidad era una vez a la semana; para llegar a sus comunidades la personal salud se movilizaba por camino de herradura a pie de 2 a 4 horas.

**Responsabilidades asumidas:** como profesional de la salud se asumió la función de jefe del establecimiento y responsable de los programas de: CRED, PAI, EDA, IRA y TUBERCULOSIS, en cada uno de estos programas se ha brindado el cuidado integral de enfermería en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística a la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida en las siguientes áreas:

a.- **Área asistencial:** Mediante la interacción enfermera – usuario, determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en forma intra y extramural y en los que sean necesarios.

b.- **Área administrativa:** como jefe del establecimiento y responsable de los programas se han desarrollado procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los programas dedicados a la atención de la salud en intra-extramural.

c.- **Área docente:** Dedicada a programar, organizar, desarrollar y supervisar actividades de educación y capacitación en salud dirigido a:

- Agentes comunitarios de salud.
- Madres de familia y gestantes del programa PANFAR.
- La educación sanitaria a la persona, la familia y la comunidad en proyecciones comunitarias y visitas domiciliarias.

La implementación con material educativo (trípticos, rotafolios) fueron suficientes.

#### **Casos relevantes:**

En el programa de materno perinatal, en la comunidad de PAMPAHUASI a 4 horas del puesto de salud, a una altitud de 4,000 msnm, a las 16 horas ocurre un parto domiciliario, en una gestante multipara, añosa atendido por agente comunitario que termino con retención placentaria. Para acudir esta emergencia, tuve que movilizarme inmediatamente al domicilio de la paciente, donde al examen físico se evidencia poco sangrado vaginal, signos vitales estables, se le administra tratamiento de acuerdo a la guía práctica clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive y se procede al traslado inmediato, en camilla hasta la punta carretera, se demoró 3 horas, luego de la punta



carretera es llevado en movilidad particular al hospital de Sicuani para su atención correspondiente.

**Proyectos.-** En este puesto de salud se realizó un proyecto para la construcción del local de PACFO, el cual se ha construido con la participación de la comunidad y beneficiarios.

1999 a 2002 se laboró en el P. S. de Coporaque de nivel I-2.

**Ubicación:** El P. S. de salud está ubicado en el distrito de Coporaque, provincia de Espinar, Dpto. de Cusco a una altitud de 4,000 msnm, con una población total de 5,000 habitantes, conformado por 13 comunidades dispersos y lejanos.

**Recursos humanos:** Un médico cirujano, Una enfermería, una obstetra, un técnico en enfermería, un técnico de transportes en condición de contratados por salud básica con 12 horas de labor, y un técnico en enfermería de condición nombrado.

**Vías de comunicación:** El establecimiento de salud contaba con radio comunicación, una ambulancia y una motocicleta, el acceso a sus comunidades es por carro, motocicleta y a pie por caminos de herradura,

**Responsabilidades asumidas:** como profesional de la salud se asumió la función y responsabilidad de los programas de: CRED, PAI, EDA, IRA, en cada uno de estos programas se ha brindado el cuidado integral de enfermería en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística a la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida en las siguientes áreas:

a.- **Área asistencial:** Mediante la interacción enfermera – usuario, determinando e implementando los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento,

recuperación y rehabilitación de la salud en forma intra y extramural y en los que sean necesarios.

b.- **Área administrativa:** Aquí como responsable de los programas se han desarrollado procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los programas dedicados a la atención de la salud en intra-extramural.

c.- **Área docente:** Dedicada a programar, organizar, desarrollar y supervisar actividades de educación y capacitación en salud dirigido a:

- Agentes comunitarios de salud.
- Madres de familia y gestantes del programa PANFAR.
- La educación sanitaria a la persona, la familia y la comunidad.
- La implementación con material educativo (trípticos, rota folios) disponibles.

**Limitaciones.** Las distancias lejanas y comunidades dispersas son factores que limitan el logro de las coberturas óptimas en los programas de CRED, PAI, y en el programa IRA las temperaturas muy bajas en las diferentes estaciones del año son factores, que influyen en las altas tasas de incidencia por esta enfermedad. El saneamiento básico deficiente, consumo de agua entubada en el 100% de sus comunidades y las costumbres y hábitos de la población son factores que incrementan la presencia de enfermedades diarreicas y parasitarias en la población infantil.

2003 a 2005 se laboró en el C. S. de Kirigueti

**Ubicación:** El C. S. Está ubicado en la comunidad nativa de Kirigueti del distrito de Echarte, provincia de la Convención, Dpto. de Cusco a una altitud de 400 msnm, con una población

total de 5,500 habitantes, conformado por 4 comunidades nativas de diferentes etnias y dialectos cada uno Ashianicas y Machiguengas a su vez estas comunidades son dispersas y lejanas con difícil acceso por los ríos y bosques que presenta la selva baja.

**Recursos humanos:** Un médico cirujano, un Odontólogo, Una enfermería, una obstetra, un biólogo, un técnico en enfermería un técnico en transportes en condición de contratados por salud básica con 12 horas de labor, y dos técnicos sanitarios de la zona nombrados.

**Vías de comunicación:** El establecimiento de salud contaba con radio comunicación y una lancha. El acceso a sus comunidades es por vía fluvial y en casos de emergencia por vía aérea con el apoyo de Plus Petrol del gas de Camisea. El idioma predominante es el dialecto Machiguenga, Asháninca en el 90 % de la población y muy pocas personas hablan el castellano quienes colaboran en la traducción. El tiempo de desplazamiento a las comunidades dura un día de una comunidad a otra, con un día a dos días de atención dependiendo de la población, por lo que las salidas comunitarias son de 7 días a más.

**Responsabilidades asumidas:** como profesional de la salud se asumió la funciones y responsabilidad en los programas de: CRED, PAI, EDA, IRA, y METAXENICAS, en cada uno de estos programas se ha brindado el cuidado integral de enfermería en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística a la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida respetando sus costumbres hábitos de la población en las siguientes áreas:

**a.- Área asistencial:** Mediante la interacción enfermera – usuario, se han implementado los cuidados que aseguren el

proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en intra - extramural y en los que sean necesarios.

En el programa de Tuberculosis se administró tratamiento a 5 pacientes con tuberculosis pulmonar sensible de la comunidad de TANGOSHIARI que pertenecían a una sola familia por el hacinamiento en que Vivian.

En el programa de ITS VIH sida se captó a dos pacientes varones, los cuales fueron referidos a la ciudad de Lima para el tratamiento correspondiente, quienes llegaron a fallecer posteriormente. En este programa se trabajó en difusión de medidas de preventivas con la comunidad, e instituciones educativas.

En el programa de metaxenicas no se tuvo casos autóctonos de malaria, leishmania y otros transmitidos por vectores, pese a las condiciones precarias de la vivienda y protección inadecuada del individuo por las actividades de pesca y caza que realizan en horas donde el vector transmisor está presente. En el programa de Zoonosis se administró la vacuna antirrábica humana en la comunidad de Kochiri donde hubo varios casos de mordedura por murciélago.

En el programa de PAI los biológicos e insumos de inmunizaciones eran enviados de la ciudad de Lima por vía aérea, su conservaban era en refrigeradoras a panel solar con lo que se trabajó la vacunación regular y las diferentes campañas de vacunación alcanzando coberturas aceptables, no se tuvo reacciones de ESAVI.

**b.- Área administrativa:** Aquí como responsable de los programas se han desarrollado procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los programas dedicados a la atención de la salud en intra-extramural.

**c.- Área docente:** Dedicada a programar, organizar, desarrollar y supervisar actividades de educación y capacitación en salud dirigido a:

- Agentes comunitarios de salud.
- Madres de familia del programa PACFO.
- La educación sanitaria a la persona, la familia y la comunidad.

**Limitaciones.** El dialecto es el principal factor que limita al personal de salud con la población para ofrecer y brindar la atención integral con calidad y mejorar la salud de esta población vulnerable.

Por el acceso difícil y la falta de medios de comunicación del centro de salud hacia la comunidad y viceversa, hace que muchos casos de EDAS, IRAS, emergencias materno neonatales y otros no sean atendidos oportunamente y por ende las coberturas alcanzadas no son óptimas, por otro lado en la comunidad no toda las familias cuentan con movilidad propia, en algunas comunidades existen caminos de herradura que son cubiertos por la naturaleza propia de la zona y a la vez se corre el riesgo de sufrir accidentes de ofidismo.

En los programas de EDA, IRA las incidencias son altas en la población infantil por factores de agua no segura, desnutrición, nivel educativo de los padres, condición socio económico, falta de medios de difusión en su dialecto de las medidas de prevención y las costumbres y hábitos propias de la zona, la alimentación es base de yuca (masato), plátano, pescado y animales del bosque, la vestimenta que utilizan son livianos y

escasos por lo que cuando las temperaturas bajan los niños se resfrían en forma masiva.

**Casos relevantes:** El 18 de febrero del 2003 se atiende un parto institucional en una mañana muy lluviosa con el apoyo de dos técnicos sanitarios, produciéndose el periodo expulsivo a las 6.00 a m. inmediatamente después de parto aparece sangrado vaginal abundante con retención placentaria, inmediatamente se canaliza otra vía para la administración de soluciones (emasel) por dos vías, y se solicita apoyo a la empresa plus petrol de gas de Camiseta para el transporte, el paciente es trasladado por vía fluvial al campamento de Malvinas llegando a las 15 horas, en el campamento médico de Malvinas la paciente es evaluado por el médico, el resultado de hemoglobina fue de 3 gr/dl, por lo que se realizó transfusión sanguínea directa donado por su esposo, posteriormente es trasladado a la ciudad de Lima por vía aérea a una clínica llegando a las 18 horas para su intervención quirúrgica y, de esta manera se evitó la muerte materna.

2006 a 2013 se laboró en el P. S. de Kepashiato nivel I-2.

**Ubicación:** el puesto de salud está en el poblado del kepashiato jurisdicción del distrito de Echarate, provincia la Convención, Dpto. del Cusco, conformado por tres etnias (mestizos, Ashánincas y Machiguengas), con una población estimada de 6,000 habitantes y 20 comunidades. Ubicados en diferentes altitudes. El idioma que se habla es: castellano y quechua, en las comunidades nativas el dialecto Ashánincas y Machiguenga

**Recursos humanos:** Un médico SERUMS, un médico CAS, una enfermera, una obstetra, dos técnicos en enfermería, un

técnico en laboratorio de condición de contratados con 12 horas de labor.

**Vías de comunicación:** El establecimiento de salud contaba con radio comunicación, una ambulancia, una motocicleta. El acceso a sus comunidades es por carretera, caminos de herradura y vía aérea a las comunidades nativas por la inaccesibilidad geográfica y la distancia.

**Responsabilidades asumidas:** Se asumió la responsabilidad en las estrategias sanitarias de: articulado nutricional (CRED, PAI, EDA, IRA), tuberculosis y metaxenicias, en cada una de estas estrategias se ha brindado atención integral de enfermería en forma científica, tecnológica, sistemática y humanística a la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida respetando sus costumbres hábitos de la población en las siguientes áreas:

**a.- Área asistencial:** Mediante la interacción enfermera – usuario, se han implementado los cuidados que aseguren el proceso de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud en intra - extramural y en los que sean necesarios.

En el programa de metaxenicias en el 2006 y 2007 se tuvo un promedio de 80 casos de malaria autóctonos en las comunidades de Manatarushiato, Shima y Kepachiato siendo el más afectado la comunidad nativa de Shima con más casos; frente a estos casos se realizó activamente actividades de búsqueda de sintomáticos febriles, colaterales, trabajos de entomología, difusión de medidas de prevención en coordinación y apoyo de la comunidad. También se tuvo casos de leishmaniosis cutánea se realizó la administración del tratamiento y atención de enfermería correspondiente.

En inmunizaciones se ha realizado actividades regulares y campañas de vacunación contra rubiola y sarampión, hepatitis B según las normas vigentes por entonces.

**b.- Área administrativa:** Aquí como responsable de los programas se han desarrollado procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los programas dedicados a la atención de la salud.

**c.- Área docente:** Dedicada a programar, organizar, y desarrollar actividades de educación y capacitación en salud dirigido a:

- Agentes comunitarios de salud.
- Madres de familia de beneficiarios de PACFO.
- La educación sanitaria a la persona, la familia y la comunidad.

**Limitaciones:** la inaccesibilidad geográfica, comunidades dispersas y distantes, la falta de carreteras a las comunidades son factores que influyen en el logro de las coberturas óptimas y las tasas de morbilidad y mortalidad sean altas.

Kepashiato tiene dos comunidades nativas muy lejanas que limitan con Dpto. de Ayacucho, estas comunidades son atendidas por el grupo itinerante que se desplazaba cada 3 meses o más, y las coberturas de CRED, PAI y otros programas son deficientes, los partos en el 100% de las madres son domiciliarios.

2014 a 2015 se laboró en el centro de salud de Pavayoc, ubicado en la ciudad de Quillabamba con una población de 4,500 habitantes.



**Recursos humanos:** Un médico SERUMS, un médico CAS, dos enfermeras, dos obstetras, un biólogo, 5 técnicos en enfermería.

**Vías de comunicación:** las vías de comunicación con que cuenta el centro de salud de Pavayoc es a través de carreteras que llega a todas sus comunidades, cuenta con camioneta, un celular portátil.

**Responsabilidades asumidas:** como enfermera se asumió la responsabilidad en la estrategia sanitaria de metaxenicas y tuberculosis, en cada una de estas estrategias se ha brindado atención integral de enfermería en forma científica y humanística en la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida, en las siguientes áreas.

a.- **Área asistencial:** se ha implementado procesos de promoción y prevención de las enfermedades metaxenicas y tuberculosis.

En la estrategia sanitaria de tuberculosis se atendió en la administración de tratamientos a pacientes con tuberculosis pulmonar sensible y un caso de tuberculosis mono resistente a isoniazida

b.- **Área administrativa:** Aquí como responsable de los programas se han desarrollado procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los procesos dedicados a la atención de la salud.

c.- **Área docente:** Dedicada a programar, organizar, desarrollar actividades de educación y capacitación a:

- Agentes comunitarios de salud.
- Madres de niños menores de cinco años y gestantes.
- Juntas vecinales, CONEI de instituciones educativas.

**Casos relevantes.** En la estrategia de Metaxenicás se ha realizado Planificación, coordinación, organización y desarrollo de actividades Entomológicas de Índice Aedeco, tratamiento focal, recojo de criaderos de Dengue y nebulización colectiva para la prevención de dengue en la Ciudad de Quillabamba

2016 a 2017, labore en el P.S. de Huayopata de nivel I-2, Está ubicado en el distrito de Huayopata, provincia de la convención, Dpto. cuenta con una población de 700 habitantes conformado por 8 comunidades, altitud de 1440 msnm.

**Recursos humanos:** Un médico SERUMS, una enfermería, un técnico en enfermería.

**Vías de comunicación:** las vías de comunicación para llegar a las comunidades es por carretera.

**Responsabilidades:** en estrategia sanitaria de articulado nutricional, estrategia sanitaria de metaxenicás y tuberculosis, en cada uno de estas estrategias se ha brindado atención integral a la persona, familia y comunidad en todas las etapas de vida, en las siguientes áreas.

**a.- Área asistencial:** se ha implementado procesos de promoción y prevención en las estrategias de articulado nutricional, metaxenicás y tuberculosis.

En la estrategia sanitaria de metaxenicás se atendió en la administración de tratamientos a pacientes con bartonelosis, leishmaniosis cutánea.

**b.- Área administrativa;** se han desarrollado procesos dirigidos a:

- Planificar, organizar, dirigir, supervisar y evaluar el producto de los servicios de enfermería en todos los procesos dedicados a la atención de la salud.

**c.- Área docente:** programar, organizar, desarrollar actividades de educación y capacitación a:

- Agentes comunitarios de salud.
- Docentes de institución educativa
- Juntas vecinales de las comunidades
- Madres de niños menores de cinco años y gestantes.
- Integrantes de CONEI de instituciones educativas. .

### **3.3 Procesos realizados en el tema**

#### **3.3.1- Características del establecimiento.**

El puesto de salud de Huayopata, es un establecimiento de nivel 1-2, ubicado en el Distrito de Huayopata, está construido de material noble con, techo de calamina; cuenta con: área de admisión y triaje, consultorio de medicina, consultorio de niño sano, consultorio de salud sexual y reproductiva, cadena de frío, tóxico, farmacia y servicios higiénicos.

En el servicio de CRED se brinda atención integral a niños y niñas menores de 5 años de acuerdo a las normas de CRED , en la cual se ha llegado a diagnosticar niños con desnutrición crónica en menores de 36 meses, frente a este problema de salud pública se ha elaborado un plan de intervención.

#### **3.3.2- Actividades laborales desarrolladas en la actualidad.**

Frente al problema de desnutrición crónica en el poblado de Huayopata se han desarrollado diferentes actividades de intervención.

### **3.3.2.1. Coordinación de reuniones con autoridades locales.**

Presidente de la comunidad.

Presidente del comité de JASS.

Presidenta del comedor.

Director de la Institución Educativa primaria.

### **3.3.2.2- Reuniones multisectoriales.**

Actividad que se realiza con el propósito de informar sobre la problemática de la desnutrición crónica en el poblado de Huayopata, en el cual se da a conocer los casos de desnutrición crónica y factores que influyen y las consecuencias que produce en el menor de 36 meses.

### **3.3.2.3- Visita Domiciliaria.**

Actividad que implica el desplazamiento del personal de salud capacitado dirigida a la familia en su domicilio, con el fin de recoger información a través de instrumentos como la ficha familiar, la ficha de auto diagnóstico, entre otros, que permitan identificar necesidades de salud, factores de riesgo a nivel individual y familiar, elaborar el plan de atención integral familiar en forma conjunta con la familia para el desarrollo adecuado de las actividades de promoción, prevención, recuperación y/o rehabilitación de la familia, el seguimiento y monitoreo de los acuerdos y compromisos a la familia de la niña y el niño para verificar y fortalecer prácticas claves: Lactancia materna alimentación complementaria, suplementación con micronutrientes y hierro, las mismas en el marco de una relación asistencial continua e integral.

#### **3.3.2.3.1- Primera visita.**

Se realiza las siguientes actividades:

- **Aplicación de la Ficha Familiar** para la identificación de riesgos de cada miembro de la familia, como grupo e inclusive riesgos de la comunidad.
- **Verificación del cumplimiento de los paquetes de cuidados esenciales por etapa de vida niño**, con énfasis en objetivos estratégicos: Articulado nutricional: control de crecimiento y desarrollo con énfasis en los menores de 5 años, y otros programas estratégicos de acuerdo al riesgo.
- **Valoración de la Familia.**
- **Captación y programación de citas para el Establecimiento de Salud** en el marco del cumplimiento de los planes de atención integral individual y familiar cuando el caso lo requiere y de los objetivos estratégicos.
- **Consejerías en problemas priorizados de acuerdo a los riesgos detectados y en el marco de los objetivos.**

#### **3.3.2.3.2- Segunda visita:**

- Seguimiento a las citas programadas.
- Elaboración y acuerdos respecto al Plan de Atención Integral Familiar.
- Consejerías en problemas priorizados de acuerdo a los riesgos detectados en la primera visita y en el marco de los objetivos.

#### **3.3.2.3.3- Tercera visita:**

- Seguimiento a las citas programadas.
- Consejerías en problemas priorizados de acuerdo a los riesgos detectados en la segunda visita y en el marco de los objetivos estratégicos.

#### **3.3.2.3.4- Cuarta visita:**

- Seguimiento y/o entrega del plan anual.

### **3.3.3- Consejería.**

#### **3.3.3.1. Consejería con enfoque intercultural.**

La consejería es un proceso basado en el intercambio dialógico centrado en ayudar a otra persona a entender los factores determinantes de una situación y a involucrarse de modo emprendedor, libre y consciente para buscar una solución.

#### **3.3.3.2. Intercambio dialógico.**

Es una conversación informal y flexible en la cual se discute no solamente un tema específico, sino el trasfondo cultural sobre el cual se discute. Esto requiere algunas condiciones concretas como confianza, privacidad, tiempo y familiaridad. Dicho de otra manera, en el intercambio dialógico no sólo se intercambian ideas, sino que se busca el punto de equilibrio entre marcos de referencias culturales diferentes.

#### **3.3.3.3. Interculturalidad en salud.**

Interculturalidad en salud es la relación de respeto que se establece entre las personas y diversos contextos culturales y étnicos, respecto a la manera que cada uno tiene para entender el proceso de salud – enfermedad considerando sus conocimientos, creencias, interpretaciones y prácticas, así como sus formas de fundamentarlas.

Ello no implica privar a dichas poblaciones del derecho a acceder a la información y al conocimiento del desarrollo científico actual, así como a beneficiarse de dicha práctica, en especial si se trata de recuperar la salud o de salvar la vida. A la vez implica asegurar que tal relación intercultural se establezca sin discriminación, ni estableciendo relaciones de poder o coerción, de ninguna de las partes

#### **3.3.3.4. Consejería nutricional.**

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es, analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común.

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud del establecimiento deberá visitar periódicamente el hogar de la niña, el niño o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud y la higiene, así como el acompañamiento eficaz del padre. Las visitas domiciliarias deben ser consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes

#### **3.3.3.5. Situaciones para brindar consejería.**

La consejería nutricional se realiza durante la etapa del crecimiento y desarrollo normal de la niña o niño, durante el embarazo, durante la lactancia materna, en situaciones de riesgo nutricional o en procesos de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, entre otras).

### **3.3.4- Área de Promoción.**

- Sesiones educativas y demostrativas con agentes comunitarios, padres y madres de menores de 36 meses en cuidado infantil.
- Sesiones educativas y demostrativas en preparación de alimentos con las madres.

#### **3.4.1- Sesiones demostrativas de preparación de alimentos.**

Es una actividad educativa que fomenta la práctica de combinaciones nutritivas con alimentos locales especialmente para el niño a partir de los 6 meses de edad, las mujeres embarazadas y que dan de lactar a través de una metodología de "aprender haciendo".

##### **Importancia:**

- Promover el uso de los alimentos nutritivos de la localidad.
- Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales.
- Adoptar buenas prácticas de lavado de manos y manipulación de alimentos.
- Dar a conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada para prevenir la desnutrición y la anemia.

#### **3.4.2. Mensajes importantes:**

Consistencia – Cantidad – Frecuencia – Colores – Calidad-  
Alimento local.

- Prepare comidas espesas o segundos según la edad del niño.
- La niña y niño conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día. Las gestantes comerán 4 veces al día.
- Coma alimentos de origen animal ricos en hierro todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes.



- Acompañe sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro.
- Incluya menestras en sus preparaciones.

### **3.4.3- Preparación de material educativo de apoyo.**

#### **Carteles con las recetas de las preparaciones modelo.**

**Fantasia de Hígado 6 a 8 meses** 2 cucharadas de hígado de pollo.

½ papa mediana, 1 cucharada de zapallo, ½ cucharada de aceite

En cada una de ellas, indicar: Nombre de la preparación, para quién fue preparado, ingredientes con la cantidad en medidas caseras.

#### **. Picadito de sangrecita (9 - 11 meses)**

- 2 cucharadas de sangrecita
- 1/2 papa mediana
- 2 cucharadas de zapallo

#### **. Carne con frijoles (mayor de un año)**

- 2 cucharadas de carne
- 2 trozos pequeños de yuca
- 3 cucharadas de frijoles
- 4 rodajas de zanahoria

#### **. Frijoles reforzados (gestante o lactante)**

- 1 trozo mediano de pescado
- 4 cucharadas de frijoles
- 8 cucharadas de arroz
- 4 rodajas de zanahoria

### **3.4.4- Presentación de mensajes.**

#### **- Mensaje 1:**

Prepare comidas espesas o segundos

Según la edad de la niña y niño

**- Mensaje 2:**

El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día. La gestante comerá 4 veces al día.

**- Mensaje 3:**

Coma alimentos de origen animal ricos en hierro todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes.

**- Mensaje 4:**

Acompañe sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado,

Amarillo y hojas de color verde oscuro.

Mensaje 5:

**Incluya menestras en sus preparaciones**

### **3.4.5. Limitaciones para el Desempeño Profesional.**

Las limitaciones que he podido encontrar en mi experiencia profesional y a la vez utilizar estrategias en el área donde me he desempeñado y así promover comportamientos saludables prioritariamente para la conclusión.

De esta actividad las más importantes fueron y siguen siendo:

- Infraestructura inadecuada.
- Equipamiento deficiente(balanzas, equipos de antropometría)
- Creencias, hábitos y costumbres de la población.
- Presencia de sextas religiosas.
- Falta de material educativo.

### **3.4.6 Logros y aportes.**

En el presente trabajo menciono los siguientes logros:

- Como profesional he adquirido mayor conocimiento en lo que es desnutrición crónica.
- Mejore mis habilidades en la prevención de desnutrición crónica.
- Mejore en brindar una atención de calidad y con calidez.
- Profesionalmente se aportó a la buena imagen de la institución demostrando una atención humanitaria.

#### IV.- RESULTADOS.

CUADRO Nº 4.1

POBLACIÓN MENOR DE 36 MESES 2015 - 2016.

AÑO	< 1 AÑO	1 AÑO	2 AÑOS	TOTAL
2014	11	6	7	24
2015	4	14	6	24
2016	6	4	14	24

FUENTE: CENSO POBLACIONAL DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD 2016.

CUADRO Nº 4.2

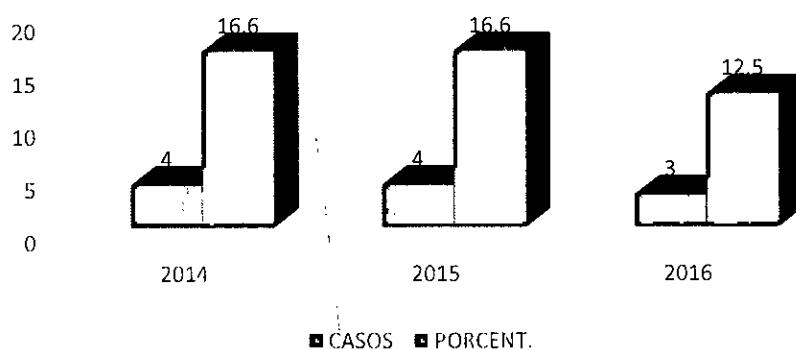
POBLACIÓN MENOR DE 36 MESES SEGÚN SEXO 2015 - 2016.

AÑOS	<1 AÑO		1 AÑO		2 AÑOS		TOTAL	
	M	F	M	F	M	F	M	F
2014	6	5	4	2	2	5	12	12
2015	3	1	6	8	4	2	13	11
2016	3	3	3	1	6	8	12	12

FUENTE: CENSO POBLACIONAL DEL PUESTO DE SALUD DE HUAYOPATA 2016.

### CUADRO Nº 4.3.

#### PORCENTAJE DE DESNUTRICION CRONICA EN MENORES DE 36 MESES PUESTO DE SALUD HUAYOPATA 2015-2016



FUENTE: EVALUACIÓN ANUAL DEL 2016.

En el cuadro se evidencia que la desnutrición crónica en 2015 es de 16.6 % y en el 2016 es de 12.5 %, en comparación de los dos últimos años se evidencia descenso, como resultado positivo de las actividades preventivo-promocionales.

**CUADRO Nº 4.4**  
**NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE**  
**36 MESES DE EDAD 2015 - 2016.**

ESCOLARIDAD	Nº DE CASOS	%
ANALFABETA	1	4.2 %
PRIMARIA	15	62.5 %
SECUNDARIA	7	29.1 %
SUPERIOR	1	4.2 %
TOTAL	24	100 %

FUENTE: BOLETA DE ENCUESTA.

Según el resultado de la encuesta el 62.5 % de las madres llegan a nivel primaria, 29.1 % con nivel secundaria, 4.2 % llegan a nivel superior y 4.2 % es analfabeta. El nivel educativo de las madres es un factor fundamental para la seguridad alimentaria del niño, por falta de educación superior desconocen alimentos de alto valor nutritivo que existen en la zona y preparan alimentos pobres en calidad y cantidad. También cabe mencionar que las mujeres de zonas rurales de la selva tienen pocas oportunidades de alcanzar niveles superiores de educación, debido a factores culturales, económicos, sociales y la distancia lejana y costosa para desplazarse hacia la ciudad y mejorar el nivel educativo.

CUADRO Nº 4.5

OCUPACIÓN DE LAS MADRES.

OCUPACIÓN	Nº DE CASOS	%
AMAS DE CASA	22	91.7 %
EMPLEADO	2	8.3 %
TOTAL	24	100 %

FUENTE: BOLETA DE ENCUESTA.

El 91.7% de las madres del poblado de Huayopata según la encuesta realizan labores de casa, lo cual indica que dependen económicamente del esposo o de algún familiar, por lo que no cuentan con ingresos económicos suficientes para adquirir los alimentos necesarios para una alimentación de calidad, el 8.3 % de las madres trabajan con ingreso económicos estables, las madres aparte de labores en casa también realizan otras actividades adicionales sobre todo agrícolas apoyando al esposo en recojo de coca, café, frutas y otros, lo cual hace que tengan poco tiempo para cuidado adecuado de sus hijos.

CUADRO Nº 4.6

OCUPACIÓN DE LOS PADRES.

OCUPACIÓN	Nº DE PADRES	%
EMPLEADO	3	12.5 %
AGRICULTOR	20	83.3 %
DESOCUPADO	1	4.2 %
TOTAL	24	100 %

FUENTE: BOLETA DE ENCUESTA.

El 83.3 % de los padres son agricultores, cultivan: café, achiote, coca, y frutas. Estos cultivos en los últimos años han sido afectados por: diferentes enfermedades, sequias, y otros factores ambientales, disminuyendo la cantidad y calidad de los productos que ocasiona precios bajos en los mercados, lo cual ha ocasionado ingresos económicos deficientes, poniendo en riesgo la alimentación adecuada del niño menor de 36 meses.



CUADRO Nº 4.7

ESTADO CIVIL DE LAS MADRES.

ESTADO CIVIL	Nº DE CAOS	%
CASADA	1	4.2 %
CONVIVIENTE	19	79.2 %
SOLTERA	4	16.6 %
DIVORCIADA	0	0.0 %
VIUDA	0	0.0 %
TOTAL	24	100 %

FUENTE: BOLETA DE ENCUESTA.

Según la encuesta el 79.2 % de las madres son convivientes, el 16.6 % de ellas son solteras y el 4.2 % son casadas. Esto afecta la seguridad alimentaria y nutrición de los niños, teniendo menos responsabilidades en la mantención por parte del padre o la madre en proveer los alimentos que el niño necesita para su crecimiento y desarrollo adecuado, lo cual constituye un factor de riesgo para el niño.

CUADRO Nº 4.8

EDAD DE LAS MADRES EN EL PRIMER PARTO.

EDAD	Nº DE CASOS	%
15-18	7	29.2 %
19-25	16	66.6 %
26-35	1	4.2 %
36 A MAS	0	0.0 %
TOTAL	24	100 %

FUENTE: BOLETA DE ENCUESTA.

La edad de las madres en el primer parto es de 15 a 18 años que representa el 29.2 %, y de 19 a 25 años llega a 66.6 %. Teniendo en cuenta la edad de madre podemos comprender que no están preparados para el cuidado por falta de: madures, responsabilidad e interés, desde su fecundación, durante la formación del feto, después del parto, durante la lactancia y durante la alimentación complementaria, lo cual es un factor de riesgo en la alimentación adecuada del niño menor de 36 meses.

CUADRO Nº 4.9

SITUACIÓN ECONÓMICA DE LAS FAMILIAS.

SITUACIÓN	Nº DE FAMILIAS	%
BUENA	3	12.5 %
REGULAR	10	41.7 %
MALA	11	45.8 %
TOTAL	24	100 %

FUENTE: BOLETA DE ENCUESTA.

Según la encuesta obtenida el ingreso económico de las familias es mala, lo cual es un riesgo para la alimentación adecuada del menor de 36 meses, por lo que no cubre la canasta familiar para obtener los alimentos primordiales.

CUADRO Nº 4.10

ES DIFÍCIL CONSEGUIR LA VARIEDAD DE ALIMENTOS PARA SU FAMILIA.

PREGUNTA	Nº DE CASOS	%
SI	15	62.5 %
NO	9	37.5 %
TOTAL	24	100 %

FUENTE: BOLETA DE ENCUESTA.

El 62.5 % de las madres entrevistadas consideran que no es difícil de conseguir la variedad de alimentos necesarios para alimentación adecuada del niño, puesto que, en los mercados locales, si pueden conseguir variedad de estos productos con alto valor nutritivo, pero ellas buscan los precios más accesibles al alcance de su presupuesto. También cabe resaltar que muchas veces las madres cocinan alimentos rápidos con mala calidad y cantidad de nutrientes, lo cual no ayuda al adecuado crecimiento y desarrollo del niño físico, mental, social y espiritualmente.

## V. CONCLUSIONES

- a. Labor de la Enfermera en el nivel primario, debidamente planificada, organizada, ejecutada, con seguimiento y monitoreo en prácticas claves sobre un acontecimiento de la salud alcanza con éxito los objetivos trazados.
- b. En la labor que desempeña la enfermera debe mantener su creatividad, disponibilidad, respeto y adecuación a su cultura para trabajar con aceptación en la comunidad, con la familia y el individuo para minimizar los riesgos negativos.
- c. La actividad de sesiones educativas y demostrativas en la preparación de alimentos con productos de la zona, de acuerdo a la edad del niño y conservando la consistencia y frecuencia de los alimentos en forma permanente con madres gestantes, lactantes y madres de niños menores de 36 meses, hace que cambien los malos hábitos y costumbres.
- d. La intervención educativa con lenguaje sencillo y en el idioma que más habla la población, es un método eficaz para adquirir conocimientos y practicar para la calidad de vida de los niños a futuro.

## VI. RECOMENDACIONES

- a. La actividad preventivo promocional de la salud, a futuro permite evitar problemas y mejorar la calidad de vida, por lo que en el primer nivel de atención todo el equipo de salud debe estar involucrado.
- b. La enfermera que se desempeña en el primer nivel de atención debe estar ampliamente capacitado y con un abordaje de conocimientos, que le permita responder ante cualquier escenario, con personas de diferente nivel cultural, condición socio económica, costumbres, hábitos y religión.
- c. Es importante orientar a las madres en forma permanente, en el cuidado adecuado del niño, para disminuir la desnutrición infantil y sus consecuencias, enseñando a utilizar recursos que se encuentra a su alcance.
- d. Sensibilizar a las madres en la importancia de asistir al control CRED periódicamente, ya que es un momento oportuno para que la madre aprenda los cuidados adecuados del niño y mantener buen estado nutricional, evitando así el riesgo de desnutrición.
- e. Incentivar a la población a participar en las diversas programas y actividades de nutrición que realizan los establecimientos de salud y municipios con la finalidad de reforzar los conocimientos con la constante practica

## VII. REFERENCIALES

1. Coronado Escobar Zulli 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).
2. Delgado Sánchez Héctor Daniel. "Factores maternos asociados al riesgo de desnutrición en niños de 6 a 36 meses en del Centro de Salud de Morocoha I-4 2015".
3. Escuela Nacional de salud Pública. "Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno Infantil"
4. Revista Peruana de Epidemiología, vol. 18, núm. 2, agosto, 2014, pp. 1-5
5. Sociedad Peruana de Epidemiología Lima, Perú  
Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203131877005>.
6. Revista ALAN Año 2011, Volumen 61 Número 4, Venezuela 1 de Febrero 2015.  
Disponible en: [www.alanrevista.org](http://www.alanrevista.org)
7. Judith Cahuapaza Condori. Revista de Bolivia. "Desnutrición en niños menores de 5 años". Disponible en: [http://indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/instituto\\_sucre/edicion1/byron\\_desnutricion.htm#Marco teórico](http://indexmedico.com/publicaciones/journals/revistas/bolivia/instituto_sucre/edicion1/byron_desnutricion.htm#Marco%20teórico).
8. Ministerio de Salud de Perú, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Dirección Ejecutiva de

Vigilancia Alimentaria y Nutricional. Resultados del Sistema de Información del Estado Nutricional 2010, 2011, 2012 y 2013 - SIEN. Disponible en: <http://www.ins.gob.pe/portal/jerarquia/5/306/sistema-de-informacion-del-estado-nutricional>.

9. UNICEF Noviembre 2013. "La desnutrición crónica infantil".
10. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. "Desnutrición crónica infantil y sus determinantes de riesgo" Lima Marzo 2010.
11. Revista Peruana de Epidemiología "Determinantes sociales de la desnutrición crónica infantil en el Perú"
12. Arlette Beltrán y Janice Seinfeld (2014) "Desnutrición Crónica Infantil en el Perú un problema persistente".
13. Dolores Zanabria Yépez Desnutrición y anemia infantil: problemas de salud pública en la Región Cusco.
14. Desnutrición infantil en México. Disponible en: [editar]<http://www.unicef.org/mexico/spanish/17047.htm> [http://www.unicef.org/republicadominicana/health\\_childhood\\_10172.htm](http://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm)