

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con diagnóstico médico sobrepeso y anemia atendido en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo del Consultorio Externo de un centro de salud de Iquitos, 2018.

Por:

Damaris Sánchez Ramírez

Asesor:

Mg. Delia Luz León Castro

Lima, 10 enero de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, DELIA LUZ LEÓN CASTRO, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con sobrepeso y anemia del Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un centro de salud de Iquitos, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada DAMARIS SANCHEZ RAMIREZ, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Cuidado Integral Infantil, ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los diez días del mes de enero de 2019.



Mg. Delia Luz León Castro

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con sobrepeso y anemia del Servicio
de Crecimiento y Desarrollo de un centro de salud de Iquitos, 2018

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título de segunda especialidad profesional de enfermería en
Cuidado Integral Infantil

JURADO CALIFICADOR


Dra. Lili Albertina Fernandez Molocho
Presidente


Mg. Maria Magdalena Diaz Orihuela
Secretario


Mg. Delia Luz León Castro
Asesor

Lima, 10 de enero de 2019

Índice

Índice de tablas	vii
Resumen	xi
Capítulo I.....	12
Proceso de Atención de Enfermería	12
Valoración.....	12
Datos generales.....	12
Resumen de motivo de ingreso.	12
Situación problemática.	12
Exámenes auxiliares.	13
Tratamiento médico.....	13
Valoración según patrones funcionales de salud.....	13
Diagnósticos de enfermería.....	17
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	17
Enunciado de los diagnósticos de enfermería	20
Planificación.....	21
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	21
Planes de cuidados.....	22
Ejecución.....	28
Evaluación.....	33
Capítulo II.....	36
Marco teórico.....	36
Antecedentes	36

Marco conceptual	38
Lactante.	38
Lactancia artificial.....	40
Estado nutricional del lactante.	42
Sobrepeso.	46
Relación de pareja/familia y el VIH/SIDA.	48
Modelo teórico	50
Capítulo III	52
Materiales y métodos.....	52
Tipo y diseño.....	52
Sujeto de estudio	52
Técnica de recolección de datos.....	52
Consideraciones éticas	52
Capitulo IV	53
Resultados, análisis y discusión	53
Resultados	53
Análisis.....	53
Discusión.....	54
Capítulo V	57
Conclusiones y recomendaciones	57
Conclusiones	57
Recomendaciones.....	57
Referencias	58

Apéndice..... 71

Índice de tablas

Tabla 1	13
Tamizaje de hemoglobina	13
Fuente: Historia Clínica	13
Tabla 2	14
Carnet de vacunas	14
Tabla 3	22
Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker	22
Tabla 4	23
Dx. Enfermería: CP. Anemia	23
Dx. Enfermería: Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95	25
Dx. Enfermería: Proceso familiares disfuncionales Relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja	26
Tabla 7	27
Dx. Enfermería: Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva	27
Tabla 8	28

SOAPIE 1: Dx. de Enfermería: Dolor agudo Relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker	28
Tabla 9	29
SOAPIE 2: Dx. de Enfermería CP. Anemia	29
Tabla 10	30
SOAPIE 3: Dx. de Enfermería Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95.....	30
Tabla 11	31
SOAPIE 4: Dx. de Enfermería Proceso familiares disfuncionales Relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja	31
Tabla 12	32
SOAPIE 5: Dx. de Enfermería Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva.....	32
Tabla 13	33
Evaluación del Dx. Enfermería: Dolor agudo Relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker	33
Tabla 14	33
Evaluación del Dx. Enfermería: CP. Anemia	33

Tabla 15	34
Evaluación del Dx. Enfermería: Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95.....	
	34
Tabla 16	34
Evaluación del Dx. Enfermería: Proceso familiares disfuncionales Relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja	
	34
Tabla 17	35
Evaluación del Dx. Enfermería: Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva.....	
	35
Tabla 18	53
Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería	
	53

Índice de anexos

Apéndice A	71
Fichas farmacológicas	71
Apéndice B	73
Ficha de valoración.....	73
Apéndice C	78
Consentimiento informado	78

Resumen

El proceso de atención de enfermería (PAE), es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de enfermería, el cual nos permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, siendo de vital importancia cuando se trabaja en el área de la salud. El objetivo de la presente investigación fue aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con diagnóstico de anemia y sobrepeso del servicio de CRED de un centro de salud de Iquitos, para brindarles los cuidados de enfermería oportunos y evitar posibles complicaciones. El estudio es de tipo observacional y descriptivo; el sujeto de estudio fue el lactante de 4 meses de edad; se utilizó la metodología del proceso de atención de enfermería basada en la taxonomía NANDA. Se utilizó como instrumento la Guía de Valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon, con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación y ejecución de las actividades programadas y, finalmente, se evaluaron los objetivos planteados. Se encontró que el 100% de los objetivos fueron alcanzados. Al finalizar el estudio se logró realizar el PAE cumpliendo las 5 etapas del mismo y se lograron ejecutar las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras clave. Sobrepeso/anemia, proceso de atención de enfermería.

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: J.A.F.S

Sexo: Masculino

Edad: 4 meses

Lugar de Procedencia: Iquitos-Punchana

Consultorio externo: Crecimiento y Desarrollo

Fecha de ingreso al servicio: 15 - 11-2017

Fecha de valoración: 15 -11-17

Hora: 9.30 am

Diagnóstico médico: Sobrepeso /anemia

Resumen de motivo de ingreso.

El lactante de sexo masculino de 4 meses de edad acude al consultorio externo Niño-Niña en brazo de su mamá para su evaluación de desarrollo, nutricional, administración de vacunas, micronutrientes, mama refiere que esta sanito.

Situación problemática.

El lactante de 4 meses en su 4to control CRED, de sexo masculino despierto, activo, piel pálida, en brazos de su madre, en ABEG, ABEN, ABEH. Al examen físico presenta cabeza normal, fontanelas de características normales, facies sin anomalías. En el mes de octubre pasó consulta médica con diagnóstico de faringitis recibiendo tratamiento por 5 días. La madre expresa preocupación por el incremento excesivo de peso de su niño expresando deseo

de mejorar la alimentación de su niño, así mismo se encuentra quejumbroso por el dolor después de la administración de la vacuna.

Exámenes auxiliares.

Tabla 1
Tamizaje de hemoglobina

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	10.3mg/dl	11-14 mg/dl

Fuente: Historia Clínica

Interpretación: Anemia leve.

Tratamiento médico.

Sulfato Ferroso (30ml) sol.25mg/ml.

20 gotas de sulfato ferroso cada 24 horas por 30 días

Valoración según patrones funcionales de salud.

Patrón percepción- control de la salud.

Antecedentes:

El primer contacto que se sostuvo con el niño y la familia fue a través de la visita domiciliaria, para realizar su control de recién nacido a las 48 horas, es de parto distócico por diagnóstico de la madre (VIH) en el 3º mes presento 1 episodio de faringitis.

Peso al nacer: 3, kg

Talla al nacer: 50 cm

Perímetro Cefálico: 34.5 cm

APGAR: 1': 9 puntos 5': 10 puntos

Hemoglobina al nacer: 20.4gr/dl

Vivienda de material rustico piso de tierra y techo de palma

Factores de riesgo:

Madre con (VIH)

Padre (VIH) rechaza el tratamiento

Anemia Leve (10.3 gr/dl)

Consumo de agua no segura en la familia

Solo cuenta con una visita domiciliaria

Lactancia con fórmula

Dx sobrepeso /anemia

Tabla 2
Carnet de vacunas

Edad	Fecha	Vacuna		Responsable
Recién Nacido	15/07/2017	BCG - HVB		H RL
02 meses	15/09/2017	1°Pentavalente Neumococo	1°IPV	1° Lic. pinchiz
04 meses	17/11/2017	2°pentavalente 2° Neumococo	2° IPV	Lic. López

Patrón relaciones – rol.

Tipo de familia Nuclear

Padres juntos

No existe una relación estrechamente fuerte de los padres por que el papá, no acepta la enfermedad (VIH) y rechaza el tratamiento exigiendo a la mamá a tener relaciones sexuales sin protección.

Tiene el apoyo de su familia, la madre refiere que en todo momento lo ayuda su mamá en la atención y cuidado del niño.

Se relaciona adecuadamente con otros niños de su edad.

La madre refiere que existen peleas dentro del hogar con su pareja.

Patrón valores y creencias.

Católico Religión: católica

La familia acude esporádicamente a la iglesia.

Patrón autopercepción-auto concepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Durante la atención se le observa al niño tranquilo en aparente buen estado de salud

Ansioso /irritable luego de ser administrado la vacuna.

Patrón descanso- sueño.

Alteración del sueño: de 13 horas diarias se ve afectada a no realizar las 2 siestas que normalmente lo hacía. Se ve alterado por producto de la vacuna.

Patrón perceptivo cognitivo

Nivel de conciencia despierto y activo

Evaluación de dolor según escala Wong-Baker. El peor dolor posible escala

Motricidad fina. El lactante de 4 meses toma los objetos con ambas manos, lleva los juguetes a la boca, dirige de manera segura su mano hacia el objeto y explora con las palmas.

Motricidad gruesa. Se apoya sobre los antebrazos y puede levantar la cabeza y la parte superior del tronco. Desaparece el reflejo de del cuello tónico cervical y él bebe adopta una postura simétrica

Lenguaje y comunicación. Realiza vocalizaciones y balbuceo, emitiendo sonidos e imitando gestos faciales manifiesta su alegría, enojó y frustración, distingue el tono de voz

Cognitiva. Explora con la mirada su entorno las personas y objetos desconocidos sigue atentamente con su mirada y observa objetos que se desplazan de arriba hacia abajo.

Ausencia, reflejo de moro.

En esta edad el reflejo de prensión de las manos o reflejo prensil aún está presente, suele desaparecer a los 6 meses.

Patrón actividad ejercicio.

Actividad respiratoria

Frecuencia respiratoria: 28 x´

Actividad circulatoria

Frecuencia cardiaca: 125 x´

Movilidad de miembros y fuerza muscular conservada

Patrón nutricional metabólico.

Boca: simétrica

P/E: Ganancia inadecuada de peso por encima +2DS

P/T: Ganancia inadecuada de peso talla por encima +2DS

T/E: Ganancia inadecuada de talla edad por encima -2DS

Al examen antropométrico se encuentra con 8.400kg ganando 1.200 gr al mes y una talla de 63 subiendo solo 1 cm por mes

Dx. Nutricional. Crecimiento inadecuado por ganancia excesiva de peso para su edad.

Temperatura 36.1°C

Piel: hidratada, tibia al tacto, ligeramente pálida

Mucosas. Hidratadas

Abdomen blando y depresible no doloroso

Hábitos alimenticios:

Alimentación artificial a base formula láctea en polvo

Patrón eliminación.

Deposiciones tres veces al día

Cólicos de gases constatados por alimentación con fórmula.

Micción normal

Patrón sexualidad reproducción.

Sexo masculino, órganos genitales normales.

Zona peri-anal e ingle enrojecida.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas.

Etiqueta diagnóstica: Interrupción de la lactancia materna (00105)

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Definición: interrupción en continuidad del aporte de leche directamente del pecho a un neonato o lactante, que puede comprometer el éxito de la lactancia y/o el estado nutricional del neonato /lactante.

Factor relacionado: Contraindicaciones para la lactancia materna.

Características definitorias: lactancia materna no exclusiva.

Enunciado de enfermería: Interrupción de la lactancia materna relacionada a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva.

CP. Anemia

Definición: se considera anemia cuando disminuye la concentración de hemoglobina en la sangre, aunque la de eritrocitos (glóbulo rojos o hematíes) sea normal o incluso elevada.

La hemoglobina una proteína rica en hierro, permite a los glóbulos transportar el oxígeno de los pulmones al resto del cuerpo.

Síntomas:

Uñas quebradizas

Color azul de la esclerótica de los ojos

Piel y mucosas pálidas

Dificultad para respirar tras una actividad

Enunciado: CP. Anemia

Etiqueta diagnóstica: Sobrepeso (00233)

Dominio: 2. Nutrición

Clase: 1. Ingestión

Definición: problema en el cual el individuo acumula un nivel de grasa anormal o excesivo para su edad y sexo.

Factor relacionado: lactancia artificial (fórmula en polvo) como la principal fuente de alimentación en niños menores de 5 meses de edad

Características definitorias: niño menor de 2 años peso en relación a la altura mayor al percentil 95.

Enunciado de enfermería: Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95.

Etiqueta diagnóstica: Procesos familiares disfuncionales (00063).

Dominio 7: rol relaciones

Clase: 2 relaciones familiares

Definición: Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas.

Características definitorias: negación ineficaz

Factores relacionados: estrategias de afrontamiento ineficaces.

Enunciado de enfermería: Proceso familiares disfuncionales relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja, economía deficiente.

Etiqueta diagnóstica: Dolor agudo (00132).

Dominio 12. Confort

Clase: 1. confort físico

Definición: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos, inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Características definitorias: Auto informe de intensidad del dolor usando escalas estandarizadas (Wong-Baker).

Factores relacionados: Agentes lesivos físicos, secundario a administración de vacuna

Enunciado de enfermería: Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico evidenciado por facies de dolor y, clasificación del dolor en un puntaje de 5 según la escala de Wong-Baker.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

1. Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva.
2. CP. Anemia
3. Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresión de deseo de mejorar el estado de inmunizaciones de su niño.
4. Sobrepeso relacionado a lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor del percentil 95.
5. Riesgo de compromiso de la dignidad humana Relacionado a comprensión insuficiente de la información de la enfermedad (VIH).
6. Dolor agudo relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker.
7. Riesgo de trastorno de la identidad personal relacionado a discriminación por enfermedad de la madre (VIH).
8. Riesgo de sufrimiento espiritual relacionado a enfermedad de la madre (VIH).
9. Proceso familiar disfuncionales relacionado antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja, economía deficiente.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

1. Dolor agudo relacionado a agente lesivo físico evidenciado por facies de dolor y, clasificación del dolor en un puntaje de 5 según la escala de Wong-Baker.
2. Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95.
3. CP. Anemia.
4. Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva.
5. Procesos familiares disfuncionales relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja, economía deficiente.

Planes de cuidados

Tabla 3

Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: El lactante presentará disminución del dolor después del tratamiento recibido.</p> <p>Resultados esperados: El lactante presentará disminución de dolor calificado en 2 según Wong-Baker. El lactante evidenciará facies de tranquilidad. El lactante dejará de llorar</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Valorar el nivel del dolor 2. Educar a la madre sobre los efectos adversos de la vacuna 3. Administrar 16 gotas de paracetamol cada 8 horas. 4. Educar a la madre sobre los efectos secundarios del paracetamol 5. Proporcionar a la madre de manera escrita la indicación médica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nos permite valorar de manera objetiva los cambios en la intensidad del dolor para poder actuar oportunamente (Goberna, 2017). 2. Permite quitar la ansiedad y preocupación de los padres y cómo actuar en el hogar ante las manifestaciones clínicas propias de la vacuna (Elda, 2017). 3. Para aliviar el dolor ya que es un analgésico antipirético que bloquea la generación del impulso doloroso a nivel periférico (Hammerman C., 2015). 4. Es importante informar porque todo medicamento tiene su reacción adversa y no sea impedimento para abandonar el tratamiento (Moreno, 2016). 5. Mejora el conocimiento sobre el uso del medicamento y modifica positivamente la conducta respecto al cumplimiento de la indicación prescrita (vidal, información de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento al tratamiento, 2011, págs. 1-2).

Tabla 4
Dx. Enfermería: CP. Anemia

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general: Revertir Anemia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Enseñar a la madre sobre el proceso de la enfermedad 2. Enseñar a la madre sobre el tratamiento a seguir 3. Administración de hierro 25mg cada 24 horas por 6 meses 4. Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos 5. Explicar los efectos adversos del medicamento 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La comunicación del profesional de enfermería establece una relación con el paciente y ayuda a mejorar su participación en el proceso de la enfermedad (Naranjo, 2014). 2. Para un correcto cumplimiento el paciente ha de estar motivado a seguir su tratamiento debe conocer el propósito del mismo para poder cumplir la dosis correcta y la eficacia del tratamiento. (Vidal, 2011) 3. La dosis es de suma importancia para su efectividad del tratamiento de anemia (NTS.134 MINSA 2017). 4. Para lograr que el medicamento no pierda su grado de eficacia ((SEMFYC)., 2016). 5. Es importante informar porque todo medicamento tiene su reacción adversa y no sea impedimento para abandonar el tratamiento (Velasquez, 2014).

-
- | | |
|--|---|
| 6. Realizar un plan de visita domiciliarias mientras dure el tratamiento | 6. Permite conocer las condiciones de vida de los mismos y evitar el abandono del tratamiento (Rosa Villanueva carrasco.2016). |
| 7. Realizar tamizaje de hemoglobina cada mes | 7. Importante realizarlo de manera mensual para evaluar el nivel de hemoglobina y efectividad del tratamiento (NTS.134 MINSA 2017). |
-

Tabla 5

Dx. Enfermería: Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>El lactante evidenciará ausencia de sobrepeso durante los 2 meses de atención y seguimiento nutricional.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>El lactante registrará ganancia adecuada de peso entre 600-700 grs/mes y talla entre 2.3 -2.7cm /mes según valores normales evaluados a través de percentiles y desviaciones estándar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educar a la madre sobre conducta e higiene alimentaria con el biberón 2. Ayudar a la madre a identificar las causas de sobrepeso 3. Colocar en un material visual la guía de alimentación del niño para su edad 4. Realizar Asesoría nutricional cada 15 días 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Para prevenir enfermedades intestinales (Fernandez,2008). 2. Nos permite evaluar la excesiva o incorrecta alimentación, metabolismo. demasiado lento del paciente (Anglo Americana 2016). 3. Tiene como objetivo mejorar los hábitos alimenticios del niño como hora, frecuencia cantidad de acuerdo a su edad para mantener el estado nutricional óptimo (Vidal 2011). 4. Nos permite identificar intolerancia alimentarias, transtornos de la conducta alimentaria y diversas enfermedades que requieran apoyo nutricional(García 2018).

Tabla 6

Dx. Enfermería: Proceso familiares disfuncionales Relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general: La familia del lactante presentará procesos familiares funcionales. Resultados esperados: El padre verbalizará la aceptación de la enfermedad después del proceso de atención y seguimiento. Los padres disminuirán los conflictos entre pareja.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Informar a la familia sobre el proceso de la enfermedad 2. Realizar terapia familiar 3. Realizar visitas domiciliarias con ayuda psicológica. 4. Ayudar al paciente/familia a clarificar los conceptos equivocados de la enfermedad. 5. Animar al paciente a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedo 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ayuda a mejorar su participación y a tomar decisiones informadas sobre la atención de la enfermedad (Nogales, 2013). 2. Para el crecimiento y desarrollo individual de la persona y familia y apoyarse mutuamente (Pereyra, 2015). 3. Permite conocer las condiciones de vida de los mismos y evitar el abandono del tratamiento (Villanueva, 2016). 4. Para mejorar la aceptación de la enfermedad y el tratamiento (López, 2008). 5. Ayuda a relajarse y sentirse seguro de sí mismo con una satisfacción individual (FUDEN, 2017).

Tabla 7

Dx. Enfermería: Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo General:</p> <p>El lactante evidenciará reemplazo de lactancia materna por lactancia artificial.</p> <p>Resultados Esperados:</p> <p>El lactante evidenciará lactancia artificial eficaz.</p> <p>La madre evidenciará conocimientos suficientes sobre los motivos de la interrupción de la lactancia materna.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Educar a madre sobre las dudas y sentimientos sobre la enfermedad e interrupción de la lactancia. 2. Enseñar el vínculo madre/hijo en la lactancia artificial 3. Explicar a la madre la diferencia en las deposiciones de la alimentación artificial 4. Enseñar la técnica correcta de lactancia con formula adaptada 5. Enseñar las técnicas de esterilización de los biberones 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mejora la interrelación enfermera- paciente, ayudado en proceso de recuperación de un determinado acontecimiento de salud (Coronado Iglesias 2011). 2. Promueve el establecimiento afectivo adecuado. Debe darse en el brazo de la madre facilitando el contacto físico madre – hijo (Elana Pearl Ben –Joseph 2015). 3. Por qué el niño presenta dificultades digestivas como gases, estreñimiento o episodios diarreicos (AizpuruaGaldeano 2015). 4. Darle el biberón como si se estaría dando el pecho, permitirá que el vínculo entre él bebe y la madre se fortalezca (Joseph-2015). 5. Consiste en desinfectar el biberón las veces que sea utilizada para evitar infecciones en el niño (Coronado -2011).

Ejecución

Tabla 8

SOAPIE 1: Dx. de Enfermería: Dolor agudo Relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker

Fecha/hora		Intervenciones
7.00 am	S	La madre refiere “está lloroso porque le duele la vacuna que le pusieron”.
	O	El lactante de 4 meses acude a consultorio en brazo de su mama se le observa irritable, quejumbroso, lloroso funciones vitales estables, examen físico: normal.
	A	Dolor agudo relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker.
	P	El lactante presenta disminución de dolor calificado en 2 según Wong –Baker. El lactante evidenciará facies de tranquilidad. El lactante dejará de llorar.
7.00	I	Se valora el nivel del dolor.
8.00		Se educa a la madre sobre los efectos adversos de la vacuna.
9.00		Se administra 16 gotas de Paracetamol cada 8 horas.v.o.
10.00-11.00		Educar a la madre sobre los efectos secundarios de paracetamol
12.00		Se proporciona a la familia de manera escrita la indicación médica.
1.00 pm	E	O.A. El paciente presenta disminución de dolor calificado en 2 según escala Wong –Baker, queda con facies de tranquilidad y sosiego, libre de llanto e irritabilidad.

Fuente: Propio autor

Tabla 9
 SOAPIE 2: Dx. de Enfermería CP. Anemia

Fecha/hora		Intervenciones
7.00AM	S	“Madre acude a consultorio con su niño para control CRED refiere que esta sanito”
	O	El lactante de 4 meses ingresa a consultorio en brazos de su mamá, se le observa en AREH, AREN, AREG.se le realiza el examen físico (céfalo caudal) sin alteración alguna. A la evaluación psicomotor desarrolla tareas de acuerdo a su edad, se realiza tamizaje de anemia con resultado de 10.3gr/dl.
	A	Cp. Anemia
	P	Revertir anemia
7.00	I	Se enseña a la madre sobre el proceso de la enfermedad. Se enseñar a la madre sobre el tratamiento a seguir.
8.00		Se enseña a la madre a almacenar correctamente los medicamentos.
9.00		Se administra hierro 25mg cada 24 horas por 6 meses.
10.00		Se explica a la madre los efectos adversos del medicamento
11.00		Se realiza plan de visita domiciliarias mientras dure el tratamiento.
12.00		Se realiza el tamizaje de hemoglobina de manera mensual.
1.00 pm	E	O.A. Lactante revirtió anemia al presentar hemoglobina de 11.3mg/dl después de los 6 meses de tratamiento.

Fuente: Propio autor

Tabla 10

SOAPIE 3: Dx. de Enfermería Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95

Fecha/hora		Intervenciones
7.00AM	S	“Madre acude a consultorio con su niño para control CRED refiere que esta sano y no toma leche materna”.
	O	El lactante de 4 meses ingresa a consultorio en brazos de su mamá se le observa en AREH, AREN, AREG. Se le realiza el examen físico (céfalocaudal) sin alteración alguna. Al examen antropométrico se encuentra de 8.400 kg, talla 63cm. A la evaluación nutricional se observa el incremento excesivo de peso de 1.200gr al mes y la talla de 1cm teniendo como resultado de P/E: Ganancia inadecuada de peso por encima de +2DS. P/T: Ganancia inadecuada de peso talla por encima de +2DS Siendo la alimentación del niño a base de fórmula.
	A	Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95.
	P	Lactante evidenciara ausencia de sobrepeso durante los 2 meses de atención y seguimiento nutricional.
7.00	I	Se educa a la madre sobre conducta e higiene alimentaria con el biberón.
8.00		Se ayuda a la madre a identificar las causas de sobrepeso.
9-10.00		Se coloca en un material visual la guía de alimentación del niño para su edad.
11-12.00		Se realiza asesoría nutricional cada 15 día
1.00pm	E	OA: El lactante registra ganancia adecuada de peso entre 600-700 grs/mes y talla entre 2.3 -2.7cm /mes según valores normales evaluados a través de percentiles y desviaciones estándares. El Paciente mejorará el estado nutricional después de la atención

Fuente: Propio autor

Tabla 11

SOAPIE 4: Dx. de Enfermería Proceso familiares disfuncionales Relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja

Fecha/hora		Intervenciones
7.00AM	S	“Madre acude a consultorio con su niño para control CRED, Mama refiere que esta sanito y no toma leche materna y tiene problema con su pareja por la enfermedad y el rechazo al tratamiento”.
	O	El lactante de 4 meses ingresa a consultorio en brazos de su mama se le observa en AREH, AREN, AREG.se le realiza el examen físico (céfalo caudal) sin alteración alguna. A la evaluación psicomotor desarrolla tareas de acuerdo a su edad. Durante la entrevista a la madre se le observa con facies de preocupación y angustia por las constantes peleas con su pareja por no querer recibir el tratamiento de (VIH) y tener relaciones sexuales sin protección.
	A	Proceso familiares disfuncionales relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja.
	P	Familia del lactante evidenciará procesos familiares funcionales
7.00	I	Se informa a la familia sobre el proceso de la enfermedad.
8.00		Se realiza terapia familiar en el hogar.
9.00		Se realiza visitas domiciliarias con ayuda psicológica.
10.00		Se ayuda al paciente/familia a clarificar los conceptos equivocados.
11-12.00		Se anima al paciente a manifestar sus sentimientos, percepciones y miedo.
1.00 pm	E	O.AFamilia del lactante evidencia procesos familiares funcionales, padre verbaliza aceptación de su enfermedad y disminuye el conflicto entre pareja después del proceso de atención y seguimiento.

Fuente: Propio autor

Tabla 12

SOAPIE 5: Dx. de Enfermería Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva

Fecha/hora		Intervenciones
7.00AM	S	“Madre acude a consultorio con su niño para control CRED, Mama refiere que esta sanito y no toma leche materna”.
	O	El lactante de 4 meses ingresa a consultorio en brazos de su mama se le observa en AREH, AREN, AREG.se le realiza el examen físico (céfalocaudal) sin alteración alguna.se observa durante la atención la alimentación del niño a base de formula utilizando biberón, madre preocupada por uso de biberón para la alimentación del niño.
	A	Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva
	P	Lactante evidenciará reemplazo de lactancia materna por lactancia artificial.
7.00	I	Se educa a la madre sobre las dudas y sentimientos sobre la enfermedad e interrupción de la lactancia.
8.00		
9.00		Se enseña el vínculo madre/hijo en la lactancia artificial.
10.00		Se explica a la madre la diferencia en las deposiciones de la alimentación artificial.
11.00		
12.00		Se enseña a la madre la técnica correcta de lactancia con formula adaptada.
		Se enseña a la madre las técnicas de esterilización de los biberones.
1.00pm	E	O.A. El lactante evidencia reemplazo de lactancia materna por lactancia artificial.

Fuente: Propio autor

Evaluación

Tabla 13

Evaluación del Dx. Enfermería: Dolor agudo Relacionado a agente lesivo evidenciado por facies de dolor, y clasificación de dolor en un puntaje de 5 según escala Wong-Baker

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo general: El lactante presentará disminución del dolor después del tratamiento recibido.</p> <p>Resultados esperados: El lactante presenta disminución de dolor calificado en 2 según Wong –Baker. El lactante evidenciara facies de tranquilidad El lactante dejará de llorar.</p>	<p>Objetivos alcanzados O.A. El paciente presenta disminución de dolor calificado en 2 según Wong –Baker, queda con facies de tranquilidad y sosiego, libre de llanto e irritabilidad.</p>

Tabla 14

Evaluación del Dx. Enfermería: CP. Anemia

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general. Revertir la anemia</p>	<p>Objetivo alcanzado: O.A. El lactante revirtió anemia al presentar hemoglobina de 11.3mg/dl después de los 6 meses de tratamiento.</p>

Tabla 15

Evaluación del Dx. Enfermería: Sobrepeso relacionado con lactancia artificial evidenciado por niño menor de 2 años con peso en relación a la altura mayor al percentil 95.

Diagnóstico 3	Evaluación
<p>Objetivo general: El lactante evidenciará ausencia de sobrepeso durante los 2 meses de atención y seguimiento nutricional</p> <p>Resultados esperados: El lactante registrará ganancia adecuada de peso entre 600-700 grs/mes y talla entre 2.3 -2.7cm /mes según valores normales evaluados a través de percentiles y desviaciones estándares.</p>	<p>Objetivo alcanzado O.A. El lactante evidencia ausencia de sobrepeso al registrar ganancia adecuada de peso entre 600-700 grs/mes y talla entre 2.3 -2.7cm /mes según valores normales evaluados a través de percentiles y desviaciones estándares.</p>

Tabla 16

Evaluación del Dx. Enfermería: Proceso familiares disfuncionales Relacionado a antecedentes familiares de resistencia al tratamiento, habilidades de resolución de problemas insuficientes evidenciado por enfermedades físicas, comunicación ineficaz con la pareja

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo general: La familia del lactante evidenciará procesos familiares funcionales.</p> <p>Resultados esperados: El padre verbalizara la aceptación de la enfermedad después del proceso de atención y seguimiento. Los padres disminuirán los conflictos entre pareja.</p>	<p>Objetivo alcanzado: O.A. La familia del lactante evidencia procesos familiares funcionales, padre verbaliza aceptación de su enfermedad y disminuye el conflicto entre pareja después del proceso de atención y seguimiento.</p>

Tabla 17

Evaluación del Dx. Enfermería: Interrupción de la lactancia materna relacionado a enfermedad de la madre (VIH) evidenciado por lactancia materna no exclusiva

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo general: El lactante evidenciará reemplazo de lactancia materna por lactancia artificial.</p>	<p>Objetivo alcanzado. O.A. El lactante evidencia reemplazo de lactancia materna por lactancia artificial.</p>
<p>Resultados Esperados: Lactante evidenciará lactancia artificial eficaz. La madre evidenciará conocimientos suficientes sobre los motivos de la interrupción de la lactancia materna.</p>	

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Hernández (2010) realizó una investigación titulada “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de cero a 14 años de tres unidades de medicina familiar (UMF)”, cuyo objetivo fue establecer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños de cero a 14 años. Utilizó un diseño de investigación prospectivo, la población estuvo constituida de 1614 niños de 0 a 14 años; los resultados se establecieron la prevalencia de sobrepeso y obesidad en todo el grupo fue de 45.5 % en los 1624 niños de 0 a 14 años (15.5 %, sobrepeso; 29.9 %, obesidad). Un total de 354 de 840 mujeres (42.1 %) y 385 de 784 hombres (49 %) tuvieron sobrepeso u obesidad ($p < 0.05$). En las mujeres, no se observó diferencia en cuanto a sobrepeso en relación con los hombres (15.7 frente a 15.4 %), pero sí en relación con la obesidad ad: 26.4 frente a 33.6 % ($p < 0.05$). Solo se observó una de las UMF con mayor prevalencia de obesidad, lo que probablemente se relacione con un sesgo de sobre registro por lo que concluyeron que se encontró prevalencia de sobre peso obesidad infantiles más altas reportadas a nivel nacional, hasta en 45 %. La obesidad fue dos a uno mayor al sobrepeso y casi 10 % mayor en hombres que en mujeres.

José (2010) realizó un estudio titulado “Prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 en el Perú 2007-2010”.el objetivo fue estimar la prevalencia de sobrepeso y obesidad en niños menores de 5 años en el Perú los años 2007 a 2010 y describir su distribución de acuerdo con ámbitos geográficos, niveles de pobreza, edad, educación, de la madre, lactancia materna exclusiva, sexo y peso al nacer. Realizó una encuesta continua (transversal repetida), por muestreo aleatorio multietapico; la muestra fue 3669 niños menores

de 5 años, de ellos 50.3 fueron niños. En Lima metropolitana residían 680; 763 en el resto de la costa; 719 en la sierra urbana, 699 en la sierra rural y 808 en la selva. La prevalencia de nacional de sobrepeso y obesidad es 6.9%, con la mayor prevalencia en Lima Metropolitana (10.1%) y con menor prevalencia en la selva (2.6%). Conclusiones: los factores asociados con sobrepeso y obesidad son procedencia Lima Metropolitana, el primer año de vida, el sexo masculino y el peso al nacer mayor a 2.5kg.

Costa (2010) realizó un estudio titulado “Factores clínicos epidemiológicos relacionados al tipo de anemia en niños de 6 meses a 5 años del caserío Nuevo Liberal Belén 2012”. El objetivo fue determinar la relación entre los factores clínicos epidemiológicos relacionados al tipo de anemia en niños de 6 meses a 5 años del Caserío Nuevo Liberal –Belén 2012. La muestra estaba conformada por 133 niños de 6 meses a 5 años, atendidos en el centro de salud (Minsa), diagnosticados con anemia, que cumplieron con los criterios de inclusión. los datos se recolectaron utilizando la ficha clínico epidemiológico, las mismas que fueron analizadas a través del paquete estadístico SPSS(20) para un entorno virtual Windows; se empleó la prueba estadística no paramétrica de libre distribución chi-cuadrada (χ^2), y un $\alpha < 0.05$ los resultados obtenidos de la investigación fueron: los factores clínicos epidemiológico relacionados con el tipo de anemia fueron infecciones recurrentes y estado nutricional, suspensión precoz de la lactancia, antecedentes de anemia materna la cual nos permite aceptar la hipótesis al asociar estos factores clínicos epidemiológicos con el tipo de anemia de niños de 6 meses a 5 años del caserío Nuevo Liberal - Belén 2012.

Marco conceptual

Lactante.

Periodo inicial de la vida extrauterina durante el cual bebe se alimenta con leche y se subdivide:

Lactante Menor: De los 28 días hasta los 12 meses.

Lactante mayor: De los 12 hasta los 24 meses (Montero, 2011).

Características del lactante de 4 meses.

A partir del cuarto mes de vida, el bebé empieza a desarrollar su sociabilidad. Esto quiere decir que, desde ese mismo momento, el pequeño ya no quiere estar solo. *Es* capaz de emitir sonidos, balbuceos y algunas sílabas como *pa* o *ma*. También ríe a carcajadas.

Y si eso ocurre, aunque sea por poco tiempo, el bebé llorará mucho y no parará hasta que vuelva a oír la voz de su madre. La buscará girando la cabeza y los ojos (Stoppa, 2016).

El desarrollo físico del bebé de cuatro meses.

A partir de este segundo trimestre de vida, el peso y el crecimiento en general se van ralentizando. Así, durante este tiempo, las ganancias diarias son en torno a 20 gramos y las semanales alrededor de 140 gramos. De esta manera, suele ganar alrededor de 2 kilos en este segundo trimestre. La longitud del bebé también aumenta más despacio, de manera que, en los 3 meses siguientes, crece unos 6,5 cm, frente a los 10,5 cm que crece en los 3 primeros. Al final de este mes, el peso y la talla promedio serán respectivamente de 6,100 kilogramos y 63 centímetros. Entre los 4-6 meses se desarrolla la visión del color. Ya reconoce los objetos y los busca. Observa las caras con mucha atención empezando a diferenciar los sonidos, La voz de mamá y la de papá (Becerril, 2016).

Reflejos. Ejerce un mayor control sobre su cabeza en posición erecta. Cuando está boca abajo, se apoya sobre las manos abiertas y, si está acostado de espaldas, dobla el cuello hacia delante para verse los pies, mientras trata de agarrárselos con las manos. Durante este mes, suelen empezar a darse la vuelta y prefieren estar sentados, porque ven con facilidad lo que hay alrededor (Carmen Ordoñez Legarda, 2014).

La Estimulación del bebé.

Su lenguaje empieza a desarrollarse con soplidos, balbuceos, gritos y risas. Intenta repetir en un intento de emularlo. Emplea diferentes expresiones faciales para comunicarse y cambia de expresión ante un sonido. Es el momento de estimularle con nuevos sonidos, y mostrarle objetos y nombrarlos. Los bebés de cuatro meses son más conscientes de lo que escuchan y ven a su alrededor. Su capacidad para moverse y expresarse va aumentando a pasos agigantados cada día (Carmen Ordoñez Legarda, 2014).

Sueño.

A los 4 meses, el bebé duerme de 8 a 10 horas seguidas durante la noche y, durante el día, realiza 3 o 4 siestas. Asimismo, disminuye el número de evacuaciones y, con ello, el número de pañales sucios que cambiar. Pueden aparecer los primeros dientes (Carmen Ordoñez Legarda, 2014).

Alimentación del lactante de 4 meses

La lactancia materna a demanda y en exclusiva es el alimento ideal para el bebé de 4 meses. Si toma leche de fórmula, puede alimentarse con 4 biberones diarios de entre 180 y 210 ml cada uno. A esta edad está desaconsejado introducir una alimentación complementaria. La leche materna o artificial es el único alimento que los bebés de 4 meses necesitan, salvo contraindicación pediátrica (Carmen Ordoñez Legarda, 2014).

Alimentación artificial (VIH-madre).

La lactancia materna a demanda y en exclusiva es el alimento ideal para el bebé de 4 meses. Si toma leche de fórmula, puede alimentarse con 4 biberones diarios de entre 180 y 210 ml cada uno. A esta edad está desaconsejado introducir una alimentación complementaria. La leche materna o artificial es el único alimento que los bebés de 4 meses necesitan, salvo contraindicación pediátrica. Sin embargo, las mujeres infectadas por el VIH pueden transmitir el virus a sus hijos durante el embarazo o el parto, y también a través de la leche materna.

Las pruebas existentes revelan que la administración de antirretrovíricos a la madre infectada por el VIH o al niño expuesto al virus puede reducir de forma significativa el riesgo de transmisión a través de la leche materna y también mejorar la salud de la madre.

La OMS recomienda actualmente que todas las personas infectadas por el VIH, incluidas las embarazadas y las madres que amamantan a sus niños, tomen medicamentos antirretrovíricos de por vida en cuanto sepan que han contraído la infección (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Lactancia artificial.

Cuando no es posible llevar a cabo la lactancia natural, se utilizarán las fórmulas artificiales. Gracias a los conocimientos sobre la composición de la leche materna, las necesidades nutricionales del lactante y el desarrollo tecnológico, podemos encontrar en el mercado una gran variedad de fórmulas que se adaptan a diferentes circunstancias del niño. Dada la importancia de una correcta alimentación en los albores de la vida, diferentes comités relacionados con la nutrición -American Academy of Pediatrics (AAP), European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPHAN) y el Comité Científico de Alimentación de la Comisión Europea-, han establecido una serie de recomendaciones sobre

la composición y calidad de las fórmulas lácteas, identificando dos tipos de fórmulas: i) la leche de inicio, indicada en la primera sub etapa de lactancia y ii) la leche de continuación, adecuada en la segunda sub etapa donde se alcanza una cierta madurez fisiológica en el lactante (Cabello, 2015).

Inmunización en casos especiales.

La vacunación es una de las intervenciones de salud pública más potentes en reducir mortalidad infantil y mortalidad en diferentes grupos etarios (aproximadamente reduce 3 millones de muertes); desde hace muchos años todos los países cuentan con Programas Ampliados de Inmunizaciones, pero estos están enfocados principalmente en niños. Existen falsas contraindicaciones basadas en el peso o la prematurez que aumentan las oportunidades perdidas en vacunación.

Tenemos los siguientes casos especiales.

Niños(as) nacidos de madres VIH +

Vacunación del personal de salud

Bajo peso

Discontinuidad en niños

Menores de 5 años

Discontinuidad en niños

Mayores de 5 años (Hernandez, 2018)

Indicaciones.

Se administra la BCG apenas nace el niño, solo se debe administrar la vacuna BCG, a lactantes positivos al VIH que estén asintomáticos y viven en zonas con endemividad alta de tuberculosis.

La vacuna con HVB en el recién nacido debe darse dentro de las primeras 24 horas de nacido y este debe tener un peso de 2000 gramos a más. Si la madre no fue estudiada durante el embarazo se procederá a estudiar la presencia de HVBAg en ella. Si el resultado es negativo, el recién nacido debe ser vacunado a los 2, 4, y 6 meses de vida. Si es positivo, se debe administrar al recién nacido de la vacuna contra HVB dentro de las 12 horas de vida y administrar gammaglobulina específica HVB lo más precozmente posible, dentro de los 7 días después del parto, en dosis de 50UI/kg vía intramuscular (NTS para la prevención).

La 3ra dosis de vacuna anti polio debe ser IPV: también está contraindicado la vacuna anti polio oral (APO).

SPR: se aplicará previa evaluación riesgo beneficio, considerando que la niña o niño se encuentre en estadio SIDA o con inmunodeficiencia severa (evaluar el Recuento linfocitario de CD4 >- 400). (Hernandez, 2018).

Estado nutricional del lactante.

La etapa de lactante corresponde al primer año de vida del niño y en función de sus necesidades nutricionales; se puede dividir en dos sub etapas: La primera va desde el momento del nacimiento hasta los 4 ó 5 meses de edad, en la cual se alimenta al bebé exclusivamente con leche de origen materno (lactación natural) o bien con una fórmula láctea (lactación artificial). La segunda abarca desde los 4 o 5 meses hasta el año de vida. Durante esta sub etapa, al lactante se le introducen progresivamente nuevos alimentos (alimentación complementaria). El introducir la alimentación complementaria alrededor de los 4 o 5 meses de vida del bebé, se debe a que las necesidades nutricionales y de agua del lactante varían y los sistemas digestivo y renal, presentan un mayor grado de madurez, aumentando así la capacidad de absorción intestinal y de excreción por parte del riñón.

Según las EFSA, las ingestas recomendadas durante la primera sub etapa de la lactancia (hasta los 4 ó 5 meses), se basan en el nivel medio de energía y nutrientes que contiene la leche materna, ya que será el único alimento que cubra los requerimientos energéticos y nutricionales del neonato durante sus primeros meses de vida. El lactante tiene unos requerimientos nutricionales superiores, debido a que hay que cubrir -de forma muy rápida- mayores necesidades fisiológicas -crecimiento, maduración y desarrollo del organismo (monst, 2011).

Energía: Como se ha comentado anteriormente, el lactante tiene una demanda energética superior (100-115 kcal/kg/día) a la del adulto (30-35 kca/kg/día). Para cubrir estas necesidades energéticas, la leche materna le aporta un alto contenido en grasa (38%), entre un 48% y 54% de carbohidratos, y un 8% de proteínas. La lactancia artificial debe mantener las mismas proporciones de nutrientes. Conforme el lactante va creciendo y evolucionando, se van introduciendo nuevos alimentos que complementan sus requerimientos nutricionales, siendo los requerimientos similares a los (45-60% de carbohidratos, 20-35% de lípidos y entre el 10% y 15% de proteínas (Pucar & Torres, 2017).

Proteínas: Las proteínas suponen entre el 10-12% de la ingesta de energía, proporcionando al niño el nitrógeno necesario para renovar y sintetizar los diferentes aminoácidos o proteínas de su organismo. Durante toda la etapa de la lactancia, los requerimientos de proteínas se aproximan a 1,5 g/kg de peso/día, teniendo en cuenta que la calidad de la proteína que se ingiere durante la primera sub etapa de lactancia materna es máxima y que durante la segunda sub etapas, se introducen proteínas de menor calidad procedentes de la alimentación complementaria. Aunque las necesidades de proteínas en el lactante son elevadas, si se sobrepasan los niveles requeridos, el niño podría sufrir problemas metabólicos que afectarían

al funcionamiento hepático y renal. Este tipo de problemas no se presentan en neonatos, ya que toman leche materna o de fórmula -siempre que esté bien preparado el biberón-. Sin embargo, en niños que ingieren leche de vaca u otros animales, se podrían presentar las disfunciones mencionadas anteriormente, ya que la leche de vaca contiene una proporción proteica cuatro veces superior a la materna. Además, la leche de la vaca contiene un 80% de caseína, frente al 20% que presenta la materna. También se observan diferencias en cuanto al perfil de otras proteínas como la seroalbúmina, lactoferrina e inmunoglobulina A, que alcanzan una concentración del 95% en leche materna y solo un 20% en la de vaca. Por esta razón, al preparar la leche de fórmula se reduce la cantidad y el tipo de proteína, para que sea lo más similar posible a la leche materna (Armando Sánchez-Jaeger, 2006).

Lípidos: Hasta los 4-5 meses de vida, el lactante requiere que entre el 50-55% del aporte energético sea de origen lipídico, descendiendo a partir de entonces hasta el 40%. La leche materna y la de fórmula contienen entre el 48-54% de grasa. Como ya se ha comentado anteriormente, el lactante presenta un déficit de lipasa pancreática y sales biliares, pero la lipasa presente en la saliva, intestino y la que contiene la propia leche, permite que el niño pueda hacer la digestión de la grasa de forma adecuada. Respecto al perfil lipídico, la leche materna contiene menor cantidad de ácidos grasos saturados y mayor de insaturados que la leche de vaca, sobre todo de ácido oleico (entre el 35-40% del total). Además, proporciona ácidos grasos esenciales -araquidónico, docosahexanoico y dihomo- γ -linolénico-, que no pueden ser sintetizados por el neonato. Estos ácidos grasos intervienen en la maduración del sistema nervioso y la retina. En este sentido, en las fórmulas infantiles se intenta adecuar el perfil lipídico al que presenta la leche materna (Licata, 2018).

Carbohidratos: En los cuatro primeros meses de vida el aporte de carbohidratos debe representar entre un 32-48% de la ingesta, aumentando paulatinamente hasta llegar al 55-60%. La leche materna aporta alrededor de un 38% de energía en forma de carbohidratos (mayoritariamente lactosa), frente al 27% que contiene la de vaca. Recordemos que el lactante exhibe un déficit de amilasa al nacer, teniendo en consecuencia una limitación para digerir almidones. En ese sentido, las formulas infantiles no deberían contener almidón, e incorporar lactosa como carbohidrato principal emulando así la leche materna. También pueden contener otros azúcares como glucosa y dextro maltosa, que se digiere en el intestino (Lawrence., 2005).

Vitaminas y minerales: Al igual que ocurre con otros nutrientes esenciales, el lactante requiere mayor cantidad de vitaminas y minerales por kg/día que el resto de su vida. La leche materna presenta diferencias importantes en micronutrientes con respecto a la de vaca. Por ejemplo, la absorción de hierro y calcio es del 75% y 70%, respectivamente cuando se ingiere leche materna, descendiendo hasta el 30% y 20% cuando provienen de leche de vaca. En este sentido, el lactante tendrá un mejor aporte de vitaminas y minerales cuando se alimenta con leche materna. Así, leche de fórmula contendrá mayores niveles de estos nutrientes en su composición (Lawrence, 2005).

Agua: Los requerimientos de agua en el neonato serán altos por diversas razones:

El lactante presenta mayor superficie corporal que peso.

La piel es más fina y por tanto la pérdida de líquido por sudoración será mayor.

El bebé no tiene desarrollada la capacidad de concentrar la orina, por ello necesita

Mayor cantidad de agua que una persona adulta para diluir las sustancias que excreta. El agua que necesita el niño procede mayoritariamente de la leche que ingiere.

Circunstancialmente puede necesitar un suplemento de agua para evitar una posible deshidratación a consecuencia de estar expuesto a altas temperaturas, sufrir fiebre y/o diarrea.

Sobrepeso.

Sobrepeso y la obesidad se definen como «una acumulación anormal o excesiva de grasa que supone un riesgo para la salud».

Resulta difícil encontrar una forma simple de medir el sobrepeso y la obesidad en niños y adolescentes porque su organismo sufre una serie de cambios fisiológicos a medida que van creciendo. Dependiendo de la edad, existen varios métodos para determinar qué es un peso corporal saludable (OMS 2017).

Patrones de crecimiento infantil de la OMS de 0 – 5 años.

Este sitio presenta los patrones internacionales de crecimiento infantil para los niños de hasta cinco años. Estos estándares fueron desarrollados utilizando los datos recolectados en el estudio multicéntrico sobre el patrón de crecimiento de la OMS.

También se presentan documentos sobre el desarrollo de las curvas, los logros en desarrollo psicomotor y herramientas para la puesta en práctica de los nuevos estándares (Sánchez 2010).

Causas.

No desayunar. Cuando los niños comen más alimento de lo que su cuerpo necesita para la actividad y. Si este patrón continúa con el tiempo, ellos desarrollan más adipocitos y pueden el crecimiento normales, las calorías adicionales se almacenan en los adipocitos para su uso posterior presentar obesidad (Ferrer, 2017).

El sedentarismo. Las actividades que implican "tiempo frente a una pantalla" como ver televisión, juegos, mensajes de texto y jugar en la computadora requieren muy poca energía. A

menudo toman el lugar de la actividad física saludable. Además, los niños tienden a anhelar los refrigerios poco saludables que ven en los anuncios de televisión (Moreno, 2015).

La genética. Las afecciones médicas y los trastornos emocionales también pueden aumentar el riesgo de obesidad para un niño. Los trastornos hormonales o la baja actividad tiroidea y ciertos medicamentos, como los esteroides o los anticonvulsivos, pueden aumentar el apetito de un niño. Con el tiempo, esto incrementa su riesgo de obesidad (Bellido, 2015)

Pruebas y exámenes.

El examen médico se llevará a cabo con el examen físico y hará preguntas acerca de la historia clínica, hábitos alimentarios y rutina del ejercicio de su hijo.

Se pueden hacer exámenes de sangre para buscar problemas tiroideos o endocrinos, los cuales podrían llevar al aumento de peso.

Los expertos en salud infantil recomiendan que a los niños se les hagan exámenes para la obesidad a la edad de 6 años. El índice de masa corporal (IMC) de su hijo se calcula usando la estatura y el peso (Barlow, 2012).

Complicaciones.

Un niño que tenga sobrepeso o que sea obeso es más propenso a tener sobrepeso u obesidad como adulto. Los niños obesos ahora están desarrollando problemas de salud que solían verse sólo en los adultos. Cuando estos problemas empiezan en la niñez, se vuelven con frecuencia más graves cuando el niño se convierte en un adulto.

Los niños con obesidad están en riesgo de presentar estos problemas de salud:

Glucosa (azúcar) alta en la sangre o diabetes

Presión arterial alta (hipertensión).

Colesterol y triglicéridos elevados en la sangre (dislipidemia o grasas elevadas en la sangre).

Ataques cardíacos debido a cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca congestiva y accidente cerebrovascular posteriormente en la vida.

Problemas óseos y articulares: más peso ejerce presión en los huesos y las articulaciones. Esto puede llevar a osteoartritis, una enfermedad que causa dolor y Rigidez articular (Raimann1, 2011).

Relación de pareja/familia y el VIH/SIDA.

El VIH/Sida sigue siendo hoy en día uno de los más graves problemas de salud pública del mundo, especialmente en los países de ingresos bajos o medios. La infección por VIH afecta las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función; produciendo un deterioro progresivo del sistema inmunitario de la persona. En el caso del Sida, es una etapa más avanzada de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH, (según la Organización Mundial de la Salud, OMS.2017).

De la misma manera como ocurre con otras enfermedades crónicas y/o mortales, en las personas afectadas por el virus del VIH-SIDA se da una serie de factores de diversa índole que toda intervención psicológica debe atender de manera inexcusable. Pero, además de los efectos psicológicos inherentes a una enfermedad caracterizada por su fuerte componente amenazante para la vida del individuo, nos encontramos también con los efectos negativos propios del estigma social y del rechazo que, lamentablemente, aún siguen persistiendo en nuestra sociedad frente a esta dolencia (Prieto f. , 2007).

Por tanto, la intervención psicológica debe contemplar y atender a un conjunto amplio y diverso de problemáticas, relacionadas directa o indirectamente con el virus del VIH-SIDA. Los problemas objeto de intervención abarcan tanto la atención de trastornos de la ansiedad y/o del estado del ánimo, que se pudieran dar tras el diagnóstico de la enfermedad; pasando por el acompañamiento a lo largo de todo el desarrollo de la enfermedad, o fallecimiento de la persona, si el pronóstico y evolución resultan negativos; así como el afrontamiento e integración en el mundo socio laboral, si la enfermedad así lo permite (Casaña, 2007).

Diagnóstico de la enfermedad.

Tras el diagnóstico de la enfermedad, el individuo y la familia comienzan un proceso de asimilación y afrontamiento psicológico que, dependiendo de los recursos personales y sociales, pueden derivar en problemas y/o trastornos más o menos agudos y graves: trastornos depresivos o de ansiedad, con ideas o no de suicidio, trastornos adaptativos, trastornos de identidad, síntomas de auto rechazo, culpabilidad, disminución de la autoestima, alteraciones en las relaciones sexo-afectivas, etc. También se pueden producir dificultades socio-laborales, debidas a los problemas de salud, tales como discriminación en el ámbito del trabajo, tendencia al aislamiento social (reduciendo así los contactos con la red social y familiar.) (Ibarguchi, 2007).

Conflicto emocional.

El conflicto emocional más común que le suele surgir a una persona que recibe un diagnóstico de VIH es la no aceptación de la enfermedad; ¿por qué me sucede esto a mí? Una vez superada, o al menos aceptada, esta primera fase, pueden aflorar sentimientos de ira contra uno mismo y contra los demás, culpa, vergüenza, tristeza y, posteriormente, un amplio abanico de miedos: miedo al rechazo, a no ser aceptado por el entorno personal, a no

encontrar una pareja, a infectar a otra persona, a no poder continuar con el ritmo de vida que llevábamos, a perder el trabajo, enfermar, morir, a no poder mantener la adhesión al tratamiento antirretroviral. Asimismo, puede surgir el estrés y la tensión ante los resultados médicos y la evolución de la enfermedad, e incluso también alegría mezclada con culpa al verte mejor que otros compañeros que también viven con VIH (Ibarguren, 2013).

Tratamiento.

La comunicación de pareja en torno al VIH, incentivando el intercambio de ideas sobre el uso de preservativo y la utilización del test de ELISA para VIH. De esta manera se podrá fortalecer uno de los factores protectores para la adquisición de VIH y SIDA y así mismo, la capacidad de adoptar medidas de autocuidado.

Comunicación de diagnóstico. Por diversos motivos, los padres y/o cuidadores se suelen mostrar muy reacios a comunicar el diagnóstico. En este sentido, la intervención se orientará a facilitar la comunicación en esa línea, apoyándoles y marcándoles pautas para ello.

Adherencia al tratamiento.

Terapia de pareja

Terapia familiar

Terapia individual (Llorente-Molina, 2012).

Modelo teórico

El estudio de Katheryn Bernand se realiza a partir de la evaluación de la salud a partir de teorías como piageth, Brunner la teoría general de sistemas entre otras, donde decidió estudiar a niños y adultos con discapacidad física y mental en los años 70 también estudio con prematuros, sanos con el fin de crear métodos de evaluación de crecimiento y desarrollo en estas poblaciones y de las relaciones materno infantiles, la investigación incluyo niños

gemelos, en nacimientos prematuros ,retraso mental, inmadurez bebes con VIH y problemas de desarrollo psicomotriz (Lopez D. , 2015).

El modelo de Bernad consiste en la evaluación de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño considerando al conjunto padres-hijo como un sistema interactivo.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El diseño de investigación estudio de caso, se realizó estudio observacional descriptivo. Se ha utilizado la metodología enfermera del proceso de atención de enfermería basada en la taxonomía NANDA. La valoración se realiza con la guía basada en de patrones funcionales de Margori Gordon (2011). Se enuncian los diagnósticos y se plantea el plan de cuidados, ejecutándose las intervenciones las que posteriormente serán evaluadas.

Sujeto de estudio

Lactante de 4 meses de edad de sexo masculino.

Técnica de recolección de datos

Se utilizó como instrumento la Guía de valoración por patrones funcionales de Marjori Gordon; con el que se realizó la valoración de forma detallada, luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería (NANDA), para luego realizar la planificación, se ejecutaron las actividades programadas y finalmente se evaluaron los objetivos planteados.

Consideraciones éticas

Durante todo el proceso de la investigación se han respetado las normas éticas de conducta, tanto por parte del investigador como por parte de los padres del sujeto en estudio. Se informó convenientemente sobre el estudio a los padres definiendo su participación como voluntaria y anónima con el máximo respeto a la confidencialidad en todo el proceso.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 18

Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Diagnóstico 1	1	20				
Diagnóstico 2	1	20				
Diagnóstico 3	1	20				
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5	1	20				
Total	5	100				

Fuente: Propio autor

Análisis

Al finalizar las intervenciones de enfermería, se observaron que los cinco diagnósticos de enfermería se lograron cumplir al 100 % de los cinco objetivos todos fueron alcanzados, ya que el paciente estuvo en continuo seguimiento a través del control de crecimiento y desarrollo y de las visitas domiciliarias planteadas en la intervención de enfermería.

Discusión

El primer diagnóstico fue alcanzado; por qué la madre del lactante recibió la información proporcionada esto significa que las intervenciones realizadas fueron efectivas para lograr los objetivos planteados. Agda (2011) menciona respecto al tratamiento del dolor de los niños incluidos, se detectó la no utilización de estrategias farmacológicas. Sin embargo, la literatura destaca la importancia de un abordaje multimodal del dolor. Este implica la combinación individualizada de; estrategias farmacológicas (analgésicos no opioides, opioides y fármacos coadyuvantes) y no farmacológicas (psicoterapia, respiración guiada, aroma terapia entre otras) y se enfatiza tanto su utilidad principalmente al disminuir el componente de ansiedad y miedo, cómo el hecho de ser muy aceptada por los niños y sus familias. Así mismo, en el estudio de Zunino (2016), sobre valoración del dolor y aplicaciones terapéuticas, menciona que solo nuestras intervenciones si no también hay que integrar nuestros aspectos emocionales, psicológicos socioculturales que acompañan a la vivencia e interpretación de la experiencia de la experiencia de enfermedad, dolor y sufrimiento de los cuidadores principales del niño.

El segundo diagnóstico fue el objetivo alcanzado por que el niño recibió el tratamiento de los 6 meses y logro revertir la anemia. Lo cual significa que las intervenciones de enfermería fueron efectivas para cumplir con los objetivos planteados el cual se podrá evidenciar durante el control de crecimiento y desarrollo del niño de manera mensual. Según la OMS Y OPS (2016), la anemia ferropénica dificulta el aprendizaje en el niño lo que limita su desarrollo normal para el futuro su desarrollo normal para el futuro, en ese sentido ha calificado la anemia como el problema de salud pública más importante del mundo, que afecta a cerca del 9% de infantes. En el Perú la cifra es crítica ,4 de cada 10 niños la padecen. Céspedes (2014) refiere que los conocimientos que tienen las madres para la prevención de anemia ferropénica

una mayoría relativa no conoce sobre esta enfermedad quien nos dice que el 40% de las madres presentan un conocimiento “medio” sobre la anemia ferropénica, 31% un conocimiento “bajo” y el 29% presentan un conocimiento alto (Cari, 2015).

El tercer diagnóstico fue el objetivo alcanzado se logró ganar adecuadamente el peso del niño de acuerdo a su edad. Lo cual significa que las intervenciones de enfermería fueron efectivos para cumplir con los objetivos planteados. En un estudio realizado por Flores (2016), en su investigación, determinó la prevalencia y los factores asociados al sobrepeso y obesidad en niños de 2- 5 años la prevalencia del sobrepeso fue 7,5% y la obesidad fue 4.6 %. El sobrepeso y la obesidad están asociadas a un desequilibrio nutricional (Chavez, 2018).

El cuarto diagnóstico fue objetivo alcanzado se logró en la familia procesos familiares funcionales. Lo cual significa que las intervenciones de enfermería fueron efectivos para cumplir los objetivos planteados. En el siguiente estudio de investigación en la identificación de las características de las familias fueron: familia de tipo nuclear simple conformada por ambos padres menos de 3 hijos; de núcleo integrado, en fase de independencia todo esto relacionándose con la edad de los pacientes. En cuanto a la funcionalidad familiar predominaron las familias disfuncionales, semi-relacionadas y caóticas es importante destacar que estos datos deben tomarse con cautela debido a que algunos casos por las características de los familiares no cumplían los criterios de inclusión (Vasquez, 2010).

El quinto diagnóstico fue objetivo alcanzado, se logró que el lactante se alimente mediante lactancia artificial. Lo cual significa que las intervenciones de enfermería fueron efectivas para cumplir los objetivos (Carrasco, 2007). La lactancia materna es influenciada por múltiples factores tanto biológicos, y sociales, culturales, económicos, etc. Su éxito va

depender de la motivación de la madre para amamantar a su hijo, la que relacionada con las actitudes y creencias de la mujer (Córdova, 2015).

Beatriz Stella López en el siguiente estudio de investigación “Desarrollo de fórmulas infantiles”. Cuando la lactancia materna no es posible, se recurren a otros alimentos que brinden los nutrientes necesarios a los bebés, como las fórmulas infantiles, con características nutricionales que cumplan con la reglamentación actual y permitan un adecuado crecimiento al lactante. Las fórmulas desarrolladas tienen un aporte de macro y micronutrientes con características sensoriales y microbiológicas bajo los criterios exigidos por la reglamentación internacional y nacional, de bajos costos, permitiendo un adecuado un adecuado crecimiento al lactante (Beatriz Stella López 2015).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

En el presente estudio de investigación se tuvo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería en un paciente con diagnóstico de sobrepeso y anemia se llega a las siguientes conclusiones.

Se logra aplicar el PAE al paciente lactante de 4 meses de edad cumpliendo las cinco etapas del mismo.

Se ejecutó la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico.

Se alcanzó los 5 objetivos planteados al 100% gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

Recomendaciones

A la UPG Ciencias de la Salud continuar promoviendo la investigación a través del Proceso de Atención de Enfermería

A los docentes seguir con sus enseñanzas de gran prestigio y dedicación para con el apoyo de la investigación realizada y con futuras investigaciones del mismo modo.

A los estudiantes de pregrado y posgrado, seguir poniendo en práctica el proceso de atención de enfermería para las intervenciones de casos en nuestro trabajo y actividades como profesionales.

Referencias

- (SEMFYC)., R. s. (2016). uso correcto de medicamentos. *cinfasalud*, 5-6.
- Aguayo, J. (2012). *Medidas Educativas Para la prevencion de la desnutricion en los niños menores de 5 Años atendidos en el dispensario medico parroquial y la guarderia dias felices de Canto Yaguachi*. Guayaquil: Universidad de Guayaquil.
- Albalate, M., & Alcazar, R. S. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrologia al dia*, 163-180.
- Albuerne, N. L. (2015). Método práctico para el diagnóstico de la anemia ferropénica en niños. *revista electronica de salud*.
doi:http://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/48/html_50
- Albuquerque, W., Nahás, M., & Abanto, J. (2007). valuación de la ansiedad materna en el tratamiento odonto-pediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana*, 22-24.
- Alcaraz, G. B., Cornejo, W., Figueroa, N., & Múnera, M. (2008). Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004. *Revista del Instituto Nacional de Salud*, 87-98.
- Arjimos, H. (2016). *Factores que influyen en la malnutricion de los niños /as de la escuela "Alfonso Moreno Mora" parroquia Tarqui periodo 2016*. Ecuador.
- Armando Sánchez-Jaeger, M. A. (2006). Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4° y 6° mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos. *tesis*, 29. doi:<https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-3/>

- baldeom, g. (2016). incidencia de anemia.
- Barlow, S. E. (2012). Cómo se diagnostican el sobrepeso y la obesidad. *revistas desalud*, 5-6.
doi:<https://www1.nichd.nih.gov/espanol/salud/temas/obesity/informacion/Pages/diagnostican.aspx>
- Barrios, S., & Paravic, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev Latino-am Enfermagem*, 136-141.
- Beilman, G., & Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. En F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugía* (Octava ed., págs. 79-97). Mexico: Interamericana.
- Birman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Black, M., & Creed, H. (2012). How to feed children? Healthy eating behaviors starting at childhood. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 373-378.
- Brown, K., Dewey, K., & Allen, L. (1998). Complementary feeding of young children in developing. *World Health Organization*.
- c.zunino. (2018). dolor en niños y adolescentes hospitalizados. *revista chilena de peditria*, 57.
doi:<http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/350>
- cabello, P. (2015). lactancia artificial. *birth matters*, 45-60.
- Cari, C. P. (2015). conocimientos y practica sobre la prevencion de anemia ferropenica en niños de 6-24 meses. *tesis*, 77.
doi:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4707/Cornejo_cc.pdf;jsessionid=056878C442DD289496D416A813F5EE45?sequence=1
- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.

- Casaña, s. (2007). efectos psicologicos de la persoan afectadas con vih. *revistas de salud*, 45.
doi:http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
- Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacologia en enfermeria*. Madrid: Elsevier.
- Chavez, M. I. (2018). Prevalencia de sobrepeso y obesidad y tipo de loncheras en niños preescolares. *tesis*, 37.
doi:http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/18009/Rojas_CML.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Colman, e. (2016). Diagnóstico, tratamiento y prevención de la anemia infantil. *revistas de salud*, 59. Obtenido de <https://www.vix.com/es/imj/familia/2009-03-26/2000/diagnostico-tratamiento-y-prevencion-de-la-anemia-infantil>
- Córdova, J. R. (2015). Factores asociados al abandono de la lactancia materna. *tesis*, 56.
doi:http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4723/Carhuas_cj.pdf
- costa, m. (2010). prevalencoia de anemia. 45-60.
- Cruz, C., & Estecha, A. (2005). *Shock septico*. Malaga.
- Doenges, M., & Moorhouse, M. M. (2008). *Planes de cuidado de enfermeria*. Mexico: McGraw Hill Interamericana.
- Doenges, M., Moorhoeuse, M., & Murr, A. . (2008). *Planes de cuidados de enfermeria*. Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana editores.
- Elda. (2017). reacciones de la vacuna. *bebe y mas*, 20-25.
- Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Obtenido de www.reeme.arizona.edu
- Estrella, J. d., Tornero, A., & Leon, M. (2005). Insuficiencia respiratoria. En *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 363-370).

- Eurilys. (2013). metaparadigmas. *articulos de enfermeria*, 2.
doi:<https://es.slideshare.net/Eurilys/teoria-de-kathryn-barnard-2>
- eurylis. (2013). metaparadigmas de enfermeria. *articulos de enfermeria*, 2.
doi:<https://es.slideshare.net/Eurilys/teoria-de-kathryn-barnard-2>
- Fernandez, J. (2009). Actitud terapeutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine*, 4368-4375.
- Ferrer, J. (2017). causas de la obesidad infantil. *clinicva obesistas*, 3.
doi:<https://www.clinicasobesitas.com/actualidad/obesidad-infantil/>
- Flores, S. (2006). Antropometría, estado nutricio y salud de los niños. Importancia de las mediciones comparables. *Medigrapic Artemisa*, 73-75.
- Flores, S., Martínez, G., Toussaint, G., Adell, A., & Copto, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. *Medigraphic*, 129-144.
- Fondo para el logro de los ODM . (2009). *Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables en Cub. Cuba*.
- Forrellat, M., Défaix, H., & Fernández, N. (2000). Metabolismo del hierro. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 149-160.
- Francisca, E. (2015). incidencia de sobre peso. 45-65.
- Frazaoo, A. (2008). Qué significa cuando los valores de hemoglobina están alterados? *articulos de salud saude*, 10. doi:<https://www.tuasaude.com/es/hemoglobina/>
- Frazoo, A. (2008). Qué significa cuando los valores de hemoglobina están alterados? *articulos de salud*, 10. doi:<https://www.tuasaude.com/es/hemoglobina/>

- Gaitán, D., Olivares, M., Arredondo, M., & Pizarro, F. (2006). Biodisponibilidad de hierro en humanos. *Revista chilena de nutrición*, 142-148.
- generico, a. e. (febrero de 2014). reaccion adversa a un medicamento. *reaccion adversa a un medicamento*, 16.
- goberna, m. (2017). tratamiento del dolor. *portales medicos*, 45-60.
- Gómez, J. (22 de Julio de 2013). *La importancia de la comunicación entre enfermería y el paciente oncológico terminal*. Obtenido de http://www.index-f.com/blog_oebe/?p=864
- Gomez, M., Gonzales, V., Olguin, G., & Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. *Enfermeria intensiva*, 74-82.
- Gómez-Guizado, G. (2012). ANEMIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE DOS A CINCO MESES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. *tesis*, 20-21.
doi:https://www.researchgate.net/publication/270007797_Anemia_y_estado_nutricional_en_lactantes_de_dos_a_cinco_meses_atendidos_en_establecimientos_del_Ministerio_de_Salud_del_Peru_2012
- Grandy, G., & Weisstaub, G. L. (2010). *Deficiencia de hierro y zinc en niños*. Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría.
- guerreiro, m. (2014). anemia en mnores de año. 45-60.
- Guia Infantil. (2015). *anemia infantil en niños pequeños*.
- guizado, G. g. (2012). ANEMIA Y ESTADO NUTRICIONAL EN LACTANTES DE DOS A CINCO MESES ATENDIDOS EN ESTABLECIMIENTOS DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERÚ. *tesi*, 20-21.

doi:https://www.researchgate.net/publication/270007797_Anemia_y_estado_nutricional_en_lactantes_de_dos_a_cinco_meses_atendidos_en_establecimientos_del_Ministerio_de_Salud_del_Peru_2012

Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 286-297.

Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.

Hernandez, A. (mayo de 2018). vacunacion en situaciones especiales. *vacunacion en situaciones especiales*, 30-32.

Hernandez, R. (2010). prevalencia de sobrepeso y obesidad. *prevalencia de sobrepeso y anemis*, 45-50.

Hogston, R., & Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la practica de enfermeria* (Tercera ed.). Mexico: Mc Hill Interamericana.

Ibarguchi, L. (2007). efectos psicologicos de las personas afectadaS con vih. *revistas de salud*, 56. doi:http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651

Ibarguren, D. K. (2013). Enfermedades asociadas. *articulo cienifico*, 98-99.

doi:https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/4_AF_VIH_2004/3_enfermedades_asociadas.pdf

infantil, c. (noviembre de 2016). remedios caseros para aliviar el dolor al bebe despues de la vacuna. *cuidado infantil*, 20-30.

Isla, G., Bernal, S., Pankow, V., Villalba, G., Arévalos, C., Medina, H., & de Arbo, L. (2013). Perfil nutricional por antropometría de niños/as menores de 5 años del sistema público de salud. *Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 42(3), 187-191. Recuperado el

16 de noviembre de 2018, de

<https://www.revistaspp.org/index.php/pediatria/article/view/84>

Jimenez, E. P. (2017). cuidados de enfermería en pacientes con anemia. 50.

doi:<https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cuidados-de-enfermeria-anemia/>

jose. (2010). sobrepeso y obesidad infantil. 45-60.

Kelley, W. (2002). *Medicina interna*. Buenos aires: Panamericana.

Kotcher, J., & Ness, E. (2009). *Instrumentacion quirurgica: teorías, técnicas y procedimiento*.

Barcelona: Panamericana.

Lawrence., R. A. (2005). COMPOSICIÓN QUÍMICA DE LA LECHE. *curso de medicina naturista*, 7.

doi:http://www.unizar.es/med_naturista/lactancia%203/Composicion%20eche%20materna,.pdf

Leiva, G., & Moreno, M. (2018). Rol educador de la enfermera en el proceso de vacunación – Centro Salud. José Quiñones –Chiclayo. *ACC CIETNA*, 98 -111.

Licata, M. (2018). La leche materna y sus propiedades nutricionales. *zonadiet.com*, 5.

doi:<https://www.zonadiet.com/nutricion/composicionleche-materna.htm>

Llorente-Molina, D. (2012). Actualidad en infecciones de transmisión sexual de etiología viral. *articulos científicos*, 59-60.

doi:<http://www.archivosdemedicina.com/medicina-de-familia/actualidad-en-infecciones-de-transmisin-sexual-de-etologa-viral.php?aid=961>

Lopez, D. (2015). Katherine Bernar. *revistas prezi*, 69. doi:<https://prezi.com/-z7wdmmbmj69/katherine-bernar-modelo-de-interaccion-padre-hijo>

- Lopez, M. (2012). Anemia infantil: definición, causas, síntomas y tratamiento. *revista y mas*, 9-10. doi:<https://www.bebesymas.com/otros/anemia-infantil-definicion-causas-sintomas-y-tratamiento>
- Madrigar, G. (2003). *Manual de Diagnóstico Y Terapéutica en Pediatría* (1 ed ed.). San Jose, Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Malgor, L., & Valsecia, M. (2005). *Farmacologi medica*. Buenos aires: Catedras.
- Maria Elena Urquiaga Alva, C. C. (abril de 2012). estado nutricional y rendimiento academico del escolar. *estado nutricional y rendimiento academico del escolar*, 3(1), 66. doi: <http://dx.doi.org/10.21895/in+cres.v3i1.101>
- Marin, e. (2016). trarmiento de la anemia. *revistas salud y bienestar*. doi:<https://www.webconsultas.com/salud-al-dia/anemia/tratamiento-de-la-anemia>
- Martell, M., Burgueño, M., Arbón, G., & Weinberger, M. 4. (2007). Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana . *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 209-216.
- Martin, E. (2017). *revistas de salud y bienestar*. 50. doi:<http://www.webcosultas.com/anemia/anemia-265>
- Martinez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Vertice.
- Martínez, L., Rodríguez, M., Agudelo, C., Vargas, N., & Peña, G. (2014). *La anemia como signo de malnutrición en niños de un programa de recuperación nutricional domiciliaria en Antioquia, Colombia*. Antioquia: Revista Universidad y Salud.
- MINSA. (2017). Norma tecnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años . 13.

- Moneo, L. (2016). Diagnóstico de la anemia infantil y posibles consecuencias. *revistas de salud y bienestar*, 10-15. Recuperado el <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/nutricion-infantil/diagnostico-de-la-anemia-infantil-y-posibles-consecuencias> de <https://www.webconsultas.com/bebes-y-ninos/nutricion-infantil/diagnostico-de-la-anemia-infantil-y-posibles-consecuencias>
- Month, t. (2011). estado nutricional del deuno a 6 meses y tipo de lactanci. *articulo de salud*. doi:www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2011_1/Art3_Vol11_N1.pdf
- Montero, I. (diciembre de 2011). enfermeria materno infantil. *portales medicos*, 40.
- Month, t. (mayo de 2011). estado nutricional del lactante de uno a 6 meses. *portales medicos*, 45-60.
- Montoya, S., & Múnera, E. (2014). Efecto de la intervención nutricional temprana en el resultado clínico de pacientes en riesgo nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 427-436. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112014000200027
- moreno, D. r. (2016). uso adecuado de los medicamentos. *scola galega de saude*, 15-20.
- Müller, A., & Geisser, P. (1984). Iron pharmacokinetics after administration of ferric-hydroxide-polymaltose complex in rats. *Arneim Forsch Drug Res*, 1560-1569.
- Muñoz, A., Garcia, C., & Lopez, J. (2008). Insuficiencia respiratoria aguda. 211-217.
- Naranjo, I. (2014). comunicacion con los pacientes. *comunicacion con los pacientes*, 30-40.
- Negre, A., & Fortes, I. (2005). Programa de educacion sanitaria; estrategia para disminuir la ansiedad que provoca la transicion del hospital a casa, en los padres de niños con cancer. *PSICOONCOLOGÍA*, 157-162.

- Nelly Zavaleta1, a. L.-R. (2015). Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: consecuencias a largo plazo. *tesis*.
doi:http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342017000400020
- Nocedo, N., & Díaz, J. (2015). Método práctico para el diagnóstico de la anemia ferropénica en niños. *revista electronica de salud*, 34.
- ojas, m. (2016). merced. 45-50.
- OMS. (2006). Obtenido de <http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>
- OMS. (2016). Obtenido de http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/
- OMS y UNICEF. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Singapur: Organización Mundial de la.
- oncologica, a. d. (2018). tramiento del dolor . *revista oncologica*, 20-30.
- Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., & Siekmann, J. (2007).
Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 660-667.
- Organizacion Mundial de la Salud. (febrero de 2018). alimentacion del niño pequeño. *alimentacion del niño pequeño*, 45-65.
- Pagana, K. (2008). *Guia de pruebas diagnosticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.
- pediatria, c. d. (2015). *pediamecum pediatrico*. *pediamecum pediatrico*, 20-30.
- Pérez, L., García, M., & González, M. (2011). Ferropenia en lactantes y niños pequeños. . *Rev. Nutrición Infantil*, 1-17.
- Potter, P. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Ediciones Harcourt, S.A.

- Prieto, F. (2007). EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIH-SIDA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN. *EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIH-SIDA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN*, http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651.
doi:http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
- Prieto, f. (2007). efectos psicologicos por las personas afectada con vih. *revistas de salud*, 76.
doi:http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
- Prieto, F. (s.f.). EFECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS PERSONAS AFECTADAS POR VIH-SIDA: LÍNEAS DE ACTUACIÓN. *infocoop*.
doi:http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651
- psicologia de pacientes VIH. (2016). *articulo VIH*, 45-60.
- Pucar, R., & Torres, D. (2017). tesis. *Lactancia materna y estado nutricional del lactante de tres a seis meses, Centro de Salud Chequen, Chepén*", 24.
doi:<http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8848?show=full>
- Raimann1, T. X. (2011). Obesidad y sus complicaciones. *revista medica clinica de los condes*, 4. doi:<http://www.elsevier.es/pt-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-obesidad-sus-complicaciones-S0716864011703893>
- Ramiro, M., Halabe, J., & Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.
- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clinica*. Santiago : Medichi.
- rmando Sánchez-Jaeger, M. A. (2006). Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos. *tesis*, 29. doi:<https://www.alanrevista.org/ediciones/2008/3/art-3/>
- Rodes, J., Carné, X., & Trilla, A. (2002). *Manual de terapeutica medica*. Madrid: Elsevier.

- rodriguez, a. t. (2016). estado nutricional y su relacion con la anemia.
- rojas, M. (s.f.). prevalencia de anemia . *pre*.
- Royo, L. (2018). Importancia de la visita domiciliaria en el medio rural. *Revista Compromiso y Cultura*.
- sanchez, l. (2018). que debebmos tener en cuenta despues que recibe la vacuna el bebe. *guia infantil.com*, 20-30.
- sanchez, s. s. (2010). sobrepeso y obesidad infantil. *portales medicos*, 45-60.
- sandra soto mayor, m. l. (junio de 2010). sobrepeso y obesidad infantil.necesidad de intervencion de enfermeria. 70.
- Sarduy, C., Pouza, I., Perez, R., & Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirurgica. *Archivo Medico de Camagüey*, XV(2), 235-247.
- Shoemaker. (2002). *Tratado de medicina critica y terapia intensiva*. Madrid: Panamericana.
- Silva, M., Retureta, E., & Panique, N. (2015). Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(1). Obtenido de <file:///C:/Users/Administrador/Downloads/110-192-2-PB.pdf>
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Enfermeria medico- quirurgica* (Novena ed., Vol. II). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.
- Stoppar, M. (abril de 2016). madres primerizas. *guia infantil*, 45-60.
- Stoppar, M. (abril de 2016). madres primerizas. *guia infantil*, 45-60.
- Stoppar, M. (abril de 2016). Madres primerizas. *guia infantil*, 45-60.
- stoppar, M. (abril de 2016). padres primerizos. *guia infantil*, 45-60.

- Torres, L. (2016). *Lactancia materna exclusiva como Factor de Riesgo asociado a Anemia en Lactantes de 06 meses atendidos en el Hospital Nacional PNP "LNS" durante el periodo Enero 2014- Diciembre del 2016*. Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Valeggia, C., Faulkner, K., & Ellison, T. (2002). Crecimiento en lactantes de una comunidad toba de Formosa. *Arch.argent.pediatr*, 103-109.
- vasquez, l. s. (2010). perfil de las familias de pacientes con vih. *articulo original*, 67.
doi:<http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf103c.pdf>
- Vidal, A. (2011). informacion de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento. *informacion de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento*, 268-269.
- vidal, M. a. (2011). informacion de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento al tratamiento. *informacion de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento al tratamiento*, 30-40.
- vidal, M. a. (2011). informacion de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento. *informacion de medicamentos al paciente y mejora del cumplimiento del tratamiento*, 268-269.
- Villamediana, R. (2018). DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN LA CLÍNICA. *clinica universidad de navarra*. doi:<https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anemia>
- WHO. (2001). Iron Deficiency Anaemia: Assessment Prevention, and Control. *Geneva*.
- Witter, B. (2000). *Tratado den enfermeria practica*. Mexico: Interamericana.
- Zunino. (2016). dolor rn niños y adolescentes hospitalizados. *revista chilena de pediatria*, 57.
doi:<http://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/350>

Apéndice

Apéndice A

Fichas farmacológicas

Nombre genérico: Paracetamol

Nombre comercial: Panadol

Clasificación: Analgésico y Antipirético

Indicaciones: Tratamiento del dolor ligero/moderado o fiebre (cefaleas mialgias dolor de espalda dolor dental, dismenorrea, molestias asociadas a los resfriados o gripe, etc.)

Mecanismo de acción: Se desconoce el mecanismo exacto de la acción del paracetamol aunque se sabe que actúa a nivel central. Se cree que el paracetamol aumenta el umbral al dolor inhibiendo las ciclooxigenasas en el sistema nervioso central, enzimas que participan en la síntesis de las prostaglandinas

Dosis

Indicado para bebés. Dosis máxima diaria de 75 mg/kg.

Presentación

Solución Gotas 100 mg = 1ml = 25 Gota

Jarabe 120 mg/5 ml

Jarabe 150 mg/5 ml

Nombre genérico: Sulfato Ferroso

Nombre comercial: Iberol, ferrofolic, ferronemia

Clasificación: Antianemico

Indicaciones: Tratamiento de Anemia por deficiencia de hierro, carencia latente de hierro en niños y adolescentes en periodos de fuerte crecimiento, prevención de la anemia durante la gestación.

Mecanismo de acción: Mecanismo de acción: El hierro es un componente esencial en la formación fisiológica de hemoglobina de la que son necesarias cantidades adecuadas para la eritropoyesis efectiva y la capacidad resultante de transportar oxígeno de la sangre. El hierro tiene una función similar en la producción de mioglobina. El hierro también sirve como cofactor de varias enzimas esenciales. Cuando se toma por vía oral en alimentos o como suplemento el hierro pasa a través de las células mucosas en estado ferroso y se une a la proteína transferrina. En esta forma el hierro es transportado en la proteína transferrina. En esta forma el hierro es transportado en el organismo a la médula ósea para la producción de glóbulos rojos

Dosis.

Prematuros 2-4mg/kg/día de hierro elemental

Dosis Máxima 15mg de hierro elemental en 24 horas

Niños 3-6 mg/kg/día

Recién Nacido Terminado 1-2mg de hierro elemental por día

Presentación.

Sulfato Ferroso de 300mg tableta (equivalente a 60mg de hierro elemental)

Sulfato Ferroso de 125mg frasco gotero (equivalente a 25mg de hierro elemental)

Apéndice B

Ficha de valoración

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

DATOS GENERALES
Nombre: ...José Alonso Fachin Sánchez..... Fecha y hora de nacimiento: 15.../...7.../.....17.....:..... Edad: ...4meses....días Sexo: M (x) F () Fecha y hora de ingreso al servicio: ...15.../...11.../2017. Telf.: Procedencia: Consultorio(x) Peso 8.400kg Talla...63 Diagnostico: ...Sobrepeso y anemia.
VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES

I.PATRON:PERCEPCION COTROL DE LA SALUD	II.PATRON ACTIVIDAD.ACIVIDAD EJERCICIO
Antecedentes Madre: - DM HIV HEPATITIS Otro. Madre con VHI POSITIVO - Alergias: No (X) Si especificar:..... - Medicamentos que consume: No(x) Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:..... - N° de gestación...1..... - Control prenatal: No Si (si) N° ...7 - Grupo S. y factor:.....O - Complicación gestacional: RPM Eclampsia Otro..... Padre: - DM HEPATITIS Otro: ...VHI(x)..... - Alergias: No Si especificar:.....	Actividad Respiratoria: Respiración: Regular (x) Irregular () () FR: <u>28</u> Disnea () Tiraje () Aleteo nasal () Tos eficaz: Si () No () Características de secreciones _____ Ruidos respiratorios: CPD () CPI () ACP () Claros (x) Roncus () Sibilantes () Crepitantes () Otros: _____ Oxigenoterapia: Si () No () Modalidad: _____ Saturación de O ₂ : _____ Actividad circulatoria: Pulso: Regular () Irregular () FC / pulso periférico: <u>80</u> Llenado capilar: < 2'' () > 2'' () Edema: Si () No: (x) + () ++ () +++ () Perfusión tisular (renal): Hematuria () Oliguria () Anuria () Perfusión tisular (cerebral): Parálisis () Anomalías del habla () Dificultad en la deglución ()

- Medicamentos que consume: No Si especificar:..... - Consumo de sustancias toxicas: No Si especificar:.....		Comentarios: _____ Capacidad de autocuidado: 0 = Independiente () 1 = Ayuda de otros () 2 = Ayuda del personal () 3 = Dependiente (x)		
Parto: - Intrahospitalario (x) Extra hospitalario () - Tipo: Vaginal espontaneo () Vaginal instrumental () Cesárea(x) - Presentación: Cefálico (x) Podálico () - L. Amniótico: Claro Meconial Contacto precoz: No Si(x)		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> III.PATRON:AUTO PERCEPCION AUTOCONCEPTO </div>		
NIÑO Apgar:...8 ...ptos EG capurro (38s) - Sufrimiento fetal: No (x) Si () - Profilaxis: umbilical (si) CREDE (x) vit. K (x) - Estado de higiene: Buena (si) Regular () Mala ()		Reactividad: Activo (x) Hipo activo () Hiperactivo () Estado emocional: Tranquilo () Ansioso (x) Irritable (x) Negativo () Indiferente () Temeroso () Comentarios: _____ por administración de vacuna _____		
Cuidados de su persona: Corporal: _____ bueno _____ Vestimenta: _____ bueno y limpio _____		Alimentación: _____ Aceptación en la familia y comunidad: Si (x) No () Motivo: _____		
EDAD	VACUNA	FECHA		
RN	HVB BCG	15-7-17		
2MESES 4MESES	APO PENTAVALENTE ROTAVIRUS NEUMOCOC	5-9-17(1) 15- 11-17(2)		
6MESES	APO PENTAVALENTE	-		
7MESES 8MESES	INFLUENZA 1 INFLUENZA 2	-		
12 MESES	SPR NEUMOCOCO	-		
CRED				
FECHA	EDAD	CONTROL	PESO	TALLA
15-8-17	1MES	1º	4600	54
15-9-17	2MESES	2º	5700	57
10-10-17	3 MESES	3º	7.200	62
15-11-17	4 MESES	4º	8.400	63

IV. PATRÓN: NUTRICIONAL METABÓLICO	V. PATRÓN: PERCEPTIVO COGNITIVO
<p>Piel: Temperatura: _____ 36.8 _____ Coloración: Rosada () Pálida (x) otros: _____ Hidratación: Seca () Turgente (x) Lesiones: Si () No (x) Edema: Si () No (x) Especificar zona: _____</p>	<p>Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta (X) Despierto () Somnoliento () Confuso () Irritable (x) Estupor () Coma () Comentarios: _____</p>
<p>Comentarios: _____</p>	<p>Pupilas: Isocóricas () Anisocóricas () Reactivas (x)</p>
<p>Cabello: Normal (x) rojizo () amarillo () ralo () Quebradizo () Peso: 8.450 Pérdida de peso desde el ingreso: Si () No (x) Cuanto perdió: _____ Apetito: Normal (x) Anorexia () Bulimia () Dificultad para deglutir: Si () No () especificar: _____</p>	<p>No Reactivas () Foto reactivas (X) Mióticas () Midriáticas () Tamaño: 3-4.5 mm () < 3 mm () > 4.5 mm () Foto Reactivas: Si () No () Comentarios: _____</p>
<p>Alimentación: NPO () LME () L. Mixta () Fórmula (x) A. Complementaria () Dieta () Tipo de fórmula/dieta en polvo _____</p>	<p>Evaluación del dolor: Según Wong - Baker</p>  <p>0 sin dolor 1 duele un poquito 2 duele un poco más 3 duele aún más 4 duele mucho 5 el peor dolor posible</p>
<p>Modo de alimentación: LMD () Gotero () Bb. () SNG () SOG () SGT () SY () Gastroclisis () Otros: lactancia materna indirecta. Lactancia artificial _____</p>	<p>ESCALA 5</p>
<p>Náuseas: () Vómitos () cantidad: _____ Características: _____</p>	
<p>Abdomen: B/D (x) Distendido () Timpánico () Doloroso ()</p>	

Comentarios adicionales: _____	
--------------------------------	--

<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">VI.PATRON DE ELIMINACION</div> <p>INTESTINALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - N° de deposiciones: 3 -veces al día - Color: amarillo <p>VESICALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia: 3 veces al día - Color : claro - Cantidad: 100cc <p>SANGRE HEMOGLOBINA 10.3</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">VIII.PATRON DESCANSO SUEÑO</div> <p>Sueño: N° de horas de Sueño: 10 _____</p> <p>Alteraciones en el Sueño: Si (x) No ()</p> <p>Especifique: _____ por la vacuna administrada _____</p> <p>— Motivo: _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">X.PATRON VALORES CREENCIAS</div> <p>Religión: ____ Bautizado en su Religión: Si (X) No ()</p> <p>Restricción Religiosa: _____</p> <p>Religión de los Padres: Católico (X) Evangélico () Adventista ()</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">VII.PATRON SEXUALIDAD REPRODUCCION</div> <ul style="list-style-type: none"> - Órganos Genitales: normal - Prepucio retráctil - Testículos descendidos normales simétricos - Zona perianal: enrojecida <p>Comentario adicional:</p> <p>Se identifica con su sexo.</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">IX.PATRON RELACION -ROL</div> <p>Compañía de los padres: Si (X) No ()</p> <p>Recibe Visitas: Si (X) No ()</p> <p>Comentarios:</p> <p>Padres separados () (no)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; text-align: center;">XI.PATRON ADAPTACION-AFRONTAMIENTO/TOLERANCIA AL ESTRES</div> <ul style="list-style-type: none"> - Estado emocional del niño: Tranquilo <p>Estado emocional de los padres: constantes peleas por no aceptar la enfermedad.</p>
--	---

Otros: _____ Observaciones: _____	
--------------------------------------	--

Apéndice C

Consentimiento informado

PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICADO A LACTANTE CON
 DIAGNÓSTICO DESNUTRICIÓN AGUDA DE UN CENTRO DE ATENCIÓN
 PRIMARIA DE IQUITOS, 2018.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,,
 con DNI N°, me comprometo a participar dentro de la
 muestra que será evaluado en el presente estudio , bajo mi consentimiento y sin haber sido
 obligado o coaccionado.

Consiento que la investigadora pueda tomar información necesaria acerca de los datos del
 carnet de vacunación y del registro de seguimiento de mi menor hijo(a) , así también las
 mismas serán usadas en presentaciones y/o publicaciones .

Declaro que el investigador me ha explicado en forma clara el propósito del estudio , como se
 desarrollará y los procedimientos a seguir. Y dejo constancia que he tenido la oportunidad de
 realizar todas las preguntas que considere necesarias antes de aceptar mi participación.

.....

.....

Firma del participante

Firma de Investigador

DNI :

DNI:

Código