

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado al paciente con desnutrición crónica, anemia del

Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un centro de salud de la ciudad de Iquitos, 2018

Por:

Jessy Carolina Souza Flores

Asesor:

Mg. Delia León Castro

Lima, 10 de 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 al paciente con desnutrición crónica, anemia del Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un centro de salud de la ciudad de Iquitos, 2018”* constituye la memoria que presentan la licenciada JESSY CAROLINA SOUZA FLORES, 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 al paciente con desnutrición crónica, anemia
del Servicio de Crecimiento y Desarrollo de un centro de salud de la ciudad de Iquitos,

2018

TRABAJO ACADÉMICO

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

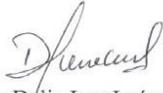
JURADO CALIFICADOR


Dra. Lili Albertina Fernandez Molocho

Presidente


Mg. Maria Magdalena Diaz Orihuela

Secretario


Mg. Delia Luz León Castro

Asesor

Lima, 10 enero del 2019

Índice

Índice	iv
Índice de tablas	vii
Índice de anexos	x
Símbolos usados	xi
Resumen	xii
Capítulo I	13
Proceso de Atención de Enfermería	13
Valoración	13
Datos generales.....	13
Resumen de motivo de ingreso.	13
Situación problemática.	13
Exámenes auxiliares.	14
Tratamiento médico.....	14
Valoración según patrones funcionales de salud.....	14
Hallazgos significativos por patrones funcionales.	18
Diagnósticos de enfermería.....	19
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	19
Enunciado de los diagnósticos de enfermería	22
Planificación.....	22
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	22
Planes de cuidados.....	24
Ejecución.....	37

Evaluación.....	42
Capítulo II.....	45
Marco teórico.....	45
Antecedentes	45
Marco conceptual	46
Desnutrición.	46
Anemia.	52
Modelo teórico	59
Capítulo III	61
Materiales y Métodos	61
Tipo y diseño.....	61
Sujeto de estudio	62
Técnica de recolección de Datos.....	62
Consideraciones Éticas.....	62
Capitulo IV	64
Resultados, análisis y discusión	64
Resultados	64
Análisis y discusión	64
Capítulo V	69
Conclusiones y recomendaciones	69
Conclusiones	69
Recomendaciones.....	69
Bibliografía.....	70

Apéndice..... 79

Índice de tablas

Tabla 1	14
Carnet de vacunas	14
Tabla 2	24
Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.....	24
Tabla 3	27
Dx. Enfermería: C.P: Anemia	27
Tabla 4	31
Dx. Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a nutrición inadecuada.	31
Tabla 5	33
Dx. Enfermería: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango	33
Tabla 6	35
Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por referencia “Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada	35
Tabla 7	37
SOAPIE del Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos	37
Tabla 8	38

SOAPIE del Dx. Enfermería: C.P: Anemia	38
Tabla 9	39
SOAPIE del Dx. Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a nutrición inadecuada.....	39
Tabla 10	40
SOAPIE del Dx. Enfermería: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango.....	40
Tabla 11	41
SOAPIE del Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por referencia “Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.....	41
Tabla 12	42
Evaluación del Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos fisicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.....	42
Tabla 13	42
Evaluación del Dx. Enfermería: CP: Anemia	42
Tabla 14	43
Evaluación del Dx. Enfermería: Riesgo de Retraso en el desarrollo relacionado a nutrición inadecuada	43
Tabla 15	43
Evaluación del Dx. Enfermería: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades	

corporales r/a Ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango.	43
Tabla 16	44
Evaluación del Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre r/a estatus económico evidenciado por que la madre refiere:” Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.	44
Tabla 17	64
Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería.	64

Índice de anexos

Apéndice A	79
Guía de valoración.....	79
Apéndice B	87
Fichas farmacológicas	87
Apéndice C	92
Otros	92

Símbolos usados

PAE: proceso de atención de enfermería

DCI: desnutrición crónica infantil

AMEG: aparente mal estado general

AMEH: aparente mal estado de hidratación

AMEh: aparente mal estado de higiene

ACP: ambos campos pulmonares

Resumen

El objetivo de la presente investigación fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería al paciente con diagnóstico de desnutrición crónica, anemia del servicio de CRED de un centro de salud de la ciudad de Iquitos donde la tarea diaria es identificar los casos de niños y de madres embarazadas o lactantes que sufren desnutrición. Este paso es vital para garantizar el buen desarrollo físico y mental de los menores. Un niño sufre desnutrición si presenta alguna de estas tres características: pesa poco para su altura, es más pequeño de lo que le corresponde para su edad o pesa menos de lo que debería para su edad. El diseño de investigación fue el estudio de caso, el sujeto de estudio fue el lactante de 7 meses de edad, 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. Se encontró que del 100 % de los objetivos propuestos solo el 20% del objetivo fue alcanzados, mientras que el 20% del objetivo fue no alcanzado y el 60% de los objetivos fue parcialmente alcanzado. Al finalizarse aplicó el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo, se logran ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras clave: Desnutrición crónica, Anemia, Dolor, Retraso del desarrollo, Ansiedad, y NANDA

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: C.C.D.S

Sexo: Femenino

Edad: 7 meses

Fecha de valoración: 16/11/17

Referencia: su madre

Resumen de motivo de ingreso.

Lactante de 7 meses de edad, ingresa al servicio de consultorio crecimiento y desarrollo en brazos de la madre para la evaluación nutricional y desarrollo, se entrega de multimicronutrientes y administración de vacunas.

Situación problemática.

Lactante mayor de 7 meses de edad, de sexo femenino ingresa al consultorio externo de CRED, a la valoración se encuentra lloroso e irritable con piel y mucosas pálidas, con mala higiene corporal, pañal cargado, uñas y ropa sucias, a la entrevista la madre refiere “Mi bebe nació prematuro y bajo peso al nacer”, “no tiene ganas de comer”, “Tratare de mejorar la alimentación de mi niña, mi niña esta pálida, mi esposo trabaja mototaxista, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada”.

Funciones Vitales

PA: 90/50

FC: 128 x minuto

FR: 38x minuto

T°: 36.8°c

Sat de O₂: 98%

Exámenes auxiliares.

Anemia Moderada.

Tratamiento médico.

Sulfato ferroso 12 gotas c/24 VO

Multimicronutrientes 1gr diario VO

Retinol de 100.000 U.I

Valoración según patrones funcionales de salud.

Patrón percepción- control de la salud.

Antecedentes

Tipo de parto : Eutócico

Edad Gestacional: 35 ss

Peso al Nacer : 2310kg

PC al nacer: 31cm (Normocéfalo)

PT al nacer: 30cm (Normal)

Talla al nacer: 45.6cm (Normal)

Recién nacido Prematuro con bajo peso al nacer

Apgar: 1° 8 5° 9 (Normal)

Tabla 1
Carnet de vacunas

Edad	Vacuna	Fecha
RN:	HvB BCG	Cumple
2meses:	IPV Pentavalente Rotavirus Neumococo	Cumple

4 meses:	IPV Pentavalente Rotavirus Neumococo	Cumple
6 meses:	APO Pentavalente	No Cumple
7 meses:	Influenza	No cumple
8 meses	Influenza	
12 meses	SPR Neumococo	
15 meses	AMA	
18 meses	DPT SPR	
4 años	APO DPT APO	

Vacunas incompletas.

Estado de Higiene: mal estado de higiene

Patrón relaciones – rol.

La madre refiere “mi esposo trabaja como mototaxista, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Patrón valores y creencias.

Católico

Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Estado Emocional: lloroso e irritable Patrón descanso- sueño

Patrón perceptivo cognitivo.

Dolor post vacuna

Evaluación del dolor: Según Wong - Baker



Interpretación: 5 puntos

Desarrollo psicomotriz:

Área motora: Paciente no logra sentarse por 30 segundos (Mantener el dorso recto)

Área lenguaje: Escucha selectivamente las palabras familiares (Normal)

Área coordinación: Se observa que intenta agarrar la pastilla, coge dos cubos uno en cada mano (Normal)

Área social: Coopera en los juegos (Normal)

Patrón actividad ejercicio.

Actividad respiratoria

FR: 38 x min

Murmullo vesicular

Actividad circulatoria

FC: 128x min

Actividad ejercicio capacidad de autocuidado

No se mantiene sentado

Capacidad de autocuidado: dependiente

Patrón nutricional metabólico.

Peso: 5.600 Kg

Talla: 61.4cm

Apetito: Disminuido

Sed: Normal

Piel:

Temperatura: 36.9°C

Mucosas Semi hidratadas

Color: Ligeramente pálida

Integridad: Piel de zona perineal enrojecida

Boca:

Cavidad Bucal: Sin lesiones

Dentadura: 2 dientes primarios incisivos

Abdomen:

Cambio de peso durante los últimos días

Apetito: Disminuido

Abdomen: Blando depresible a la palpación

Ruidos Hidroaéreos: Normales

Nº habitual de comidas: 2 veces al día en el desayuno solo toma su leche materna, a veces consume mazamorra de plátano con un pan. En la hora del almuerzo recibe 5 cucharadas más leche materna, a veces consume ensaladas y frutas.

Tipo de Dieta: Blanda

Tamizaje de Hb: 10.4 g/dl

Patrón eliminación.

Intestinales:

Nº de deposiciones: 1 vez al día

Color: amarillento

Consistencia: espesa

Cantidad: poca cantidad

Vesicales:

Frecuencia: espontanea

Color: transparentes

Cantidad: regular

Patrón sexualidad reproducción.

Genitales acordes a su edad en regular estado de higiene

Hallazgos significativos por patrones funcionales.

Patrón perceptivo-cognitivo.

Observación: Dolor post vacuna

Evaluación del dolor: Según Wong - Baker



Interpretación: 5 puntos

Patrón nutricional-metabólico.

Peso: 5.600

Talla: 61.4cm

T/E: Desnutrición Crónica

P/T: Desnutrición Aguda

P/E: Bajo Peso

Tc: 36.9°C

Piel y mucosas:

Secas y pálidas.

Apetito: “no tiene ganas de comer”

Tamizaje de Hb: 10.4 g/dl

Patrón autopercepción-autoconcepto tolerancia a la situación y al estrés.

Estado Emocional: observa lloroso e irritable.

Madre refiere preocupación por el desarrollo de su hija.

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas.

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales

Código: 00002

Dominio: 2 Nutrición

Clase: 1 Ingestión

Página: 163

Definición: “Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas”. (NANDA, 2015)

Factor relacionado: Ingesta diaria insuficiente

Características definitorias: Peso corporal inferior en 20% o más respecto al rango del peso ideal. Palidez de piel y mucosas.

Enunciado de enfermería: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango.

Etiqueta diagnóstica: CP: Anemia

Definición: Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo.

Signos y síntomas: Pérdida de apetito, piel y mucosas pálidas. Con tamizajes de

Hemoglobina: 10.4 g/dl.

Enunciado: C.P: Anemia

Etiqueta diagnostica: Riesgo de retraso en el desarrollo

Código: 00112

Dominio: 13 Crecimiento / Desarrollo

Clase: 2 Desarrollo

Página: 452

Definición: “Vulnerable a sufrir un retraso del 25%o más en las áreas de la conducta social o autorreguladora, cognitiva, del lenguaje o de las habilidades motoras gruesas o finas, que puede comprometer la salud”. (NANDA, 2015)

Factor de riesgo: prematuridad, disminución de ingesta de alimentos.

Enunciado de enfermería: Riesgo de Retraso en el desarrollo relacionado a prematuridad y disminución de ingesta de alimentos.

Etiqueta diagnostica: Dolor agudo

Código: 00133

Dominio: 12 confort

Clase: 1 Confort físico

Página: 441

Definición: “Es una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial, o descrita en tales términos (International Association for study

of pain), inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible”. (NANDA, 2015)

Factor relacionado: Agentes lesivos físicos secundario a administración de vacunas.

Características definitorias: Según Wong – Baker: 5 puntos.

Enunciado de enfermería: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad

Código: 00146

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés.

Clase: 2 Respuestas de afrontamiento

Página: 331

Definición: “Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el Origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar amenaza”. (NANDA, 2015)

Características definitorias: Preocupación: La madre refiere “mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Factor relacionado: Estatus económico

Enunciado de enfermería: Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por preocupación: la madre refiere “mi esposo trabaja motocarreando, hay veces

que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.

Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a Ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango.

C.P: Anemia

Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a prematuridad.

Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por preocupación: la madre refiere “mi esposo trabaja como mototaxista, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

1. Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.
2. Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango.
3. C.P: Anemia
4. Riesgo de Retraso en el desarrollo relacionado a prematuridad y disminución de ingesta de alimentos.
5. Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por

preocupación: la madre refiere “mi esposo trabaja mototaxista, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Planes de cuidados.

Tabla 2

Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>Lactante evidenciará disminución del dolor durante las 6 primeras horas post vacuna.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>Lactante evidencia dolor en 2 puntos según escala de Wong – Baker.</p> <p>Lactante evidencia facies de alivio después del analgésico administrado.</p>	<p>1 Valorar la intensidad del dolor con la escala Wong - Baker</p> <p>2 Controlar signos vitales FR, FC, PA,T°C</p> <p>3 Administrar paracetamol 12 gotas C/6 h VO</p>	<p>1. Esta escala nos permite acceder al estado subjetivo del paciente con dos propósitos, el primero es obtener la máxima información sobre las distintas dimensiones de la percepción del dolor (intensidad, localización, duración, frecuencia); y valorar sus cogniciones y reacciones emocionales ante la experiencia dolorosa. Es aplicada en niños y puntuación se determina como 0:no dolor; 1: dolor leve; 3: dolor moderado; 4: dolor intenso; 5: dolor insoportable (Hofstadt, 2004)</p> <p>2. Se controla los signos vitales en un paciente con dolor por que expresan de manera inmediata los cambios funcionales que suceden en el organismo, según la intensidad del dolor en ocasiones se puede reflejar en otros signos vitales como el aumento de la presión arterial y la frecuencia cardiaca y respiratoria,también podemos decir que los signos vitales son indicadores que reflejan el estado fisiológico de los órganos fundamentales (cerebro, corazón, pulmones) (Torres, 2016).</p> <p>3. La administración medicamentosa es un procedimiento mediante el cual se proporciona un</p>

-
- medicamento a un paciente. la cual debe realizar el personal salud calificado donde debe garantizar en todo momento la seguridad del paciente. El objetivo principal es conseguir mejorar el estado de salud de una persona, por lo que la enfermera debe evaluar la recuperación de la salud tras la administración, y por supuesto las consecuencias que esta tiene sobre el individuo o comunidad, el mecanismo de acción del paracetamol es que es analgésico y antipirético que inhibe la síntesis de prostaglandinas en el SNC y bloquea la generación del impulso doloroso al nivel periférico. Actúa sobre el centro hipotalámico regulador de la temperatura. (del Arco, 2011)
- 4 Verificar el área donde fue colocada la vacuna si hay algún signo de peligro de infección.
- 5 Educar a la madre sobre los efectos adversos de la vacuna pentavalente.
4. La inspección sirve para verificar la seguridad de la técnica aplicada, para identificar los signos de peligros, como del aspecto, color, forma y movimiento del cuerpo y de superficie externa o algún signo de infección. generalmente por una condición inflamatoria de la piel y es un evento adverso (Suárez, 2002).
5. La orientación a la madre es una actividad que consiste en transmitir determinados conocimientos y comportamiento durante las reacciones pos vacúnales con el fin de garantizar la continuidad de las vacunas y aliviar la ansiedad de la madre durante los efectos que puedan producir las vacunas. La vacuna de la pentavalente es un biológico que
-

-
- presentan las reacciones de rubor, edema, induración e hipersensibilidad en el sitio de aplicación tres días después de la vacunación. las prácticas clínicas administrar vacunas debe tener conocimientos e información reciente sobre indicaciones, riesgos, contraindicaciones y reacciones adversas de éstas, para educar a la población y no se generen conceptos erróneos sobre supuestos acontecimientos adversos relacionados a la vacuna (Martínez, 2011).
- 6 Evaluar características del dolor
6. La evaluación del dolor es para identificar, como va avanzando los procesos de mejora de alguna molestia generada en nuestro cuerpo. Las características del dolor en el niño es saber su forma de iniciarse, intensidad, evolución, lo que dura, la posible etiología y las consecuencias que se aprecian o que puedan desencadenarse (Serrano, 2002).
-

Tabla 3
Dx. Enfermería: C.P: Anemia

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general: Revertir anemia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="588 381 1102 495">1. Realizar el tamizaje de hemoglobina según norma técnica actualizada. <li data-bbox="588 885 1102 1047">2. Educar a la madre sobre los efectos colaterales de los medicamentos y que acciones se debe realizar en casa. 	<ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="1123 381 1858 876">1. El tamizaje de hemoglobina se utiliza principalmente para detectar si una persona tiene anemia, o una enfermedad común que aparece cuando la cantidad de glóbulos rojos es demasiado baja. Por que solicitar la hemoglobina a un lactante con la finalidad de realizar análisis de hemoglobina se utiliza principalmente para detectar si una persona tiene anemia, Luego de realizado el tamizaje, si se determina que el niño tiene anemia, es necesario acudir a una consulta médica, donde le indicarán suplementación de hierro y controles al primer, tercer y sexto mes. (Barrantes ,2014) <li data-bbox="1123 885 1858 1380">2. La información de medicamentos al paciente tiene como objetivo, mejorar los conocimientos generales sobre el uso de los medicamentos y modificar positivamente su conducta respecto al cumplimiento de la terapia prescrita por el médico y/o personal de salud. cumplimiento de la prescripción, se utiliza para expresar la medida en que el comportamiento del paciente coincide con el consejo del médico prescriptor, se podría decir que es una medida de la adaptación de un paciente al programa terapéutico. Con una buena comunicación se consigue aumentar el

-
- | | |
|--|---|
| 3. Administrar
Multimicronutrientes en polvo
1 gr/ 1 vez al día VO | conocimiento de los pacientes sobre los medicamentos y su uso y favorecer la motivación y la adhesión del paciente al tratamiento prescrito. La comunicación paciente-profesional de la salud ha de ser en ambas direcciones y privada. Se ha de establecer un clima de confianza mutua. El paciente ha de poder consultar sus dudas y expresar sus preocupaciones respecto a la enfermedad y al tratamiento. (Vidal, 2015) |
| 4. Administrar sulfato ferroso de 30 ml 12 gotas/ 1 una vez al día VO | 3. Los suplementos de micronutrientes en polvo son paquetes monodosis de hierro y otras vitaminas y minerales en forma de polvos que se puedan espaciar sobre cualquier alimento semisólido listo para consumir elaborado en el hogar o en cualquier otro lugar de consume. El producto en polvo se utiliza para aumentar el contenido de micronutrientes de la dieta del lactante sin cambiar su régimen alimenticio habitual. (Organización mundial de la Salud, 2017) |
| 5. Administrar retinol 100 000 UI | 4. El sulfato ferrosol es un compuesto químico de fórmula $FeSO_4$. se encuentra casi en forma de sal hepta-hidratada, de color azul-verdoso. se puede usar para tratar la anemia ferropénica. Entre sus efectos colaterales ocasiona estreñimiento y coloración de las heces, (Ministerio de la Salud, 2017) |
| | 5. La vitamina A es un micronutriente importante en |
-

 D.U VO

6. Educar a la madre sobre alimentación ricos en hierro(Higado de pollo,huevo ,pescado,sangrecita,bazo,etc)

nuestro organismo, se encuentra de forma activa en alimentos de origen animal, y en forma de provitamina en alimentos de origen vegetal. Esta tiene un papel fundamental como antioxidante, aunque también interviene en la formación de los componentes visuales, en el crecimiento y desarrollo del esqueleto, además del desarrollo de las células del esmalte dental. (Ministerio de la Salud, 2017)

6. Para el mantenimiento de las funciones orgánicas, el crecimiento y desarrollo del niño es fundamental y es necesario consumir los alimentos ricos en hierro de origen animal :sangresita,hígado,bazo,pescado o carnes rojas: en mujeres gestantes : 5 cucharadas de estos alimentos ricos en hierro en su comida diaria,en niños partir de los 6 meses de edad ,agregar 2 cucharadas de estos alimentos ricos en hierro e su comida diaria, para la calidad y alimentación saludable.Sricos en vitamina c en las comidas.
Reducir el consumo de inhibidores de la absorción de hierro: mates,te,café con las comidas.
Consumir productos lácteos (leche,yogurt,queso) alejados de las comidas principales.se recomienda el consumo de facilitadores de la absorción de hierro- alimentos.Si el organismo no recibe las suficientes sustancias nutritivas, se producen
-

-
- | | |
|--|--|
| 7. Se realiza visitas domiciliarias y seguimiento para su adherencia del hierro. | problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición; La satisfacción de las necesidades de energía y nutrientes, a través de la ingestión de una alimentación sana, adecuada en cantidad y calidad, garantiza la utilización de los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos o grasas, vitaminas y minerales) que intervienen en los procesos de crecimiento y desarrollo, así como en la reparación de los tejidos.(Pequelia, 2010) |
| | 7. Son actividades desarrollada por el personal de salud y/o personal capacitado con el objetivo de seguimiento a la familia del niño (a), para realizar un cuidado integral para verifivcar y fortalecer practicas saludables e indentificar factores de riesgo. (Ministerio de Salud, 2017) |
-

Tabla 4

Dx. Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a prematuridad y disminución de ingesta de alimentos.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general: Lactante disminuirá Riesgo de retraso en el desarrollo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar educación sobre importancia de la atención temprana. 2. Enseñar a la madre como realizar atención temprana en su casa. 3. Realizar interconsulta con el médico para su evaluación. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La importancia de la atención temprana es una manera de potenciar el desarrollo motor, cognitivo, social y emocional de nuestros hijos/as y presentarle retos y actividades adecuadas que fortalezcan su auto-estima, iniciativa y aprendizaje. . (Tubio & Fernandez, 2012). 2. Consejos de estimulación temprana de los niños para los padres en casa: Respetar el tiempo de respuesta de tu hijo/a. Elige un momento tranquilo para jugar con él. Evitar jugar cuando notes que el niño está cansado y sobrecargarlo de tareas y de estímulos. Elegir objetos agradables al tacto, al oído, al paladar, y que sean, claro, seguros. Los juegos deben ir acompañados por canciones, palabras y sonrisas. de cariño y dulzura, también. Enseñar libros de tela, de plástico, con olores y distintas texturas. 3. Ante cualquier duda que se le presente por un diagnóstico se realiza la interconsulta para obtener una segunda opinión médica. La interconsulta está concebido como un apoyo a los pacientes y/o médicos tratantes, ya que es un mecanismo que permite que especialistas de primer nivel aplicar conocimiento médico más avanzado, confirmen o revisen el diagnóstico inicial, ofreciendo las recomendaciones terapéuticas que consideren apropiadas. (Bacca,2011)

-
- | | |
|--|---|
| 4. Realizar seguimiento a la madre de la asistencia del niño a terapia física. | 4. El niño acude a su terapia física por que tiene gran cantidad de beneficios para aquellos que se encuentran en proceso de recuperación de una lesión o enfermedad. Se logran mejores desarrollos de los niños cuando reciben algún tratamiento de fisioterapia a temprana edad, este favorece a mejorar el tono muscular y corregir los problemas físicos que pudieran estar presentes. (Arroyo, 2012) |
|--|---|
-

Tabla 5

Dx. Enfermería: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>Lactante mantendrá adecuado equilibrio nutricional progresivamente.</p> <p>Resultados esperados:</p> <p>Lactante evidenciará aumento progresivo de peso y de talla después de su primer mes de atención.</p>	<p>1. Realizar control crecimiento y desarrollo.</p> <p>2. Realizar medidas antropométricas de peso y talla.</p> <p>3. Educar a la madre sobre alimentación complementaria de acuerdo al grupo de edad.</p>	<p>1. El control crecimiento y desarrollo es el conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de salud de enfermería, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones y trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Individual, integral, oportuno, periódico y secuencial. (Ministerio de la Salud, 2017)</p> <p>2. Las medidas antropométricas se utilizan para medir y realizar la valoración del peso, talla y Perímetro cefálico, y otras circunferencias que sean necesarios, para poder detectar algún tipo de riesgo y poder prevenirlos. (Carmenate, 2014)</p> <p>3. La consejería nutricional sirve para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el periodo de gestación y para prevenir alteraciones tempranas. Con la finalidad de disminuir las desnutrición</p>

4. Realizar visitas domiciliarias

crónica infantil aconsejería sobre el USO adecuado de los multimcronutrientes es muy importante para poder promover un adecuado crecimiento y desarrollo del niño y la niña. (Pérez, 2015)

4. Las visitas domiciliarias se realizan con la finalidad de desarrollar acciones de capacitación,acompañamiento y seguimiento a la familia del niño(a)para realizar de manera conjunta el cuidado esencial,así como verificar y fortalecer practicas clave como la LME, AC, (Caldas, 2014)
-

Tabla 6

Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por referencia “Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general: Madre referirá sentirse más tranquila después de ver la mejoría de su bebe. Resultados esperados: Madre verbalizara palabras de alivio.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Brindar apoyo psicológico a la mama. 2. Mantener en todo momento la empatía durante el desarrollo de la actividad. 3. Brindar cuidados espirituales: Rezar con la madre, fomentar la confianza en Dios. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La ansiedad es una sensación que consiste en un estado de tensión física o psicológica, que ocurre ante los inconvenientes de la vida diaria y ante temores reales o imaginarios, que cuando adquiere proporciones exageradas y afecta de manera negativa la vida, recibe el nombre de ansiedad. (Glynn, 2015) 2. La relación enfermera paciente, constituye un valor en la práctica clínica; es a través de esta reciprocidad que se logra la prevención y restauración de la salud, incluida la rehabilitación. Esta práctica se realiza mucho mejor cuando se unen el arte y la ciencia de la medicina para brindar una atención de calidad. Para actuar con confianza tenemos que comportarnos como pensamos, como sentimos, como lo hacemos, es decir, tal como somos realmente. (Alcorta, 2005). 3. La Enfermería en los cuidados espirituales tiene una gran labor, ayudar al paciente a

identificar los valores y creencias que dan sentido al ser humano, especialmente al enfermo que se encuentra en el momento más vulnerable. Así, podrá favorecer el afrontamiento del dolor o del sufrimiento identificando las emociones. Pero la falta de tiempo y de entrenamiento en la relación de ayuda impide dar los cuidados espirituales que se requieren. (Suarez, 2016)

Ejecución

Tabla 7

SOAPIE del Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.

Fecha/hora		Intervenciones
8:00 am	S	Lactante menor de 7 meses de edad, Ingresa al servicio de consultorio crecimiento y desarrollo en brazos de su mama, refiere “A mi niño le administraron su vacuna y por eso esta lloroso e irritable.”
	O	Se observa lloroso e irritable, ceño fruncido.
	A	Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.
	P	Paciente disminuirá el dolor según Wong – Baker: 2 puntos.
8:15 am	I	Se valora la intensidad del dolor con la escala Wong - Baker
8:25 am		Se realiza control de signos vitales con énfasis: T°, FC
8:30 am		Se administra paracetamol 12 gotas C/6 h VO Se realiza reevaluación del dolor
8:45 am	E	OA: Lactante disminuyó dolor según escala de Wong Baker 2 puntos

Fuente: Propio autor

Tabla 8
 SOAPIE del Dx. Enfermería: C.P: Anemia

Fecha/hora		Intervenciones
8:00am	S	Madre refiere "Mi niña esta pálida"
	O	Paciente lactante mayor de 7 meses de edad, Ingresa al servicio de consultorio crecimiento y desarrollo en brazos de su mama, lloroso e irritable al examen físico se observa con piel y mucosas pálidas, con hemoglobina de: 10.4 g/gl.
	A	CP: Anemia
	P	Revertir la Anemia
	I	Se Realiza el tamizaje de hemoglobina mensualmente según norma técnica actualizada.
8:15 am		Se realiza sesión demostrativa de preparación multimicronutrientes. Se administra sulfato ferroso en jarabe, vitamina A de 1000.00 U. I Se realizar sesiones educativas a la familia con alimentos ricos en hierro. Se realizara visitas domiciliarias y seguimiento para su adherencia de hierro.
8:45 am	E	Objetivo no alcanzado: Lactante continua con anemia Hb: 10.8 g/gl.

Fuente: Propio autor

Tabla 9
SOAPIE del Dx. Enfermería: Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a nutrición inadecuada.

Fecha/hora		Intervenciones
8: 00 am	S	Madre refiere ¿“Señorita mi niña logrará sentarse”?
	O	Paciente lactante mayor de 7 meses de edad, Ingresa al servicio de consultorio crecimiento y desarrollo en brazos de su mama, al momento de la evaluación del desarrollo A través del instrumento TPED (Test peruano de evaluación del desarrollo del niño, La paciente no logra mantener el dorso recto (control de cabeza y tronco sentado), llevándole a una interconsulta con el medico de turno llegando al diagnóstico D/C retazo de motricidad gruesa, dándole una hoja de referencia al hospital regional de Loreto, para su respectiva evaluación por el especialista y luego pasara por terapia física y rehabilitación de dicho nosocomio.
	A	Riesgo de retraso en el desarrollo relacionado a nutrición inadecuada.
	P	Paciente disminuirá retraso en el desarrollo
8:15 am	I	Se brinda atención temprana al niño.
8:20 am		Se realiza interconsultas a medicina
8:30 am		Se realiza siguiente a la madre para verificar si asiste a su terapia física de su niño.
8:40 am		Se asegura la atención de su terapia física a través de una atención especializada.
8:45 am	E	Objetivo parcialmente alcanzado: Lactante disminuyó riesgo de retraso en el desarrollo parcialmete al mejorar la nutrición.

Fuente: Propio autor

Tabla 10

SOAPIE del Dx. Enfermería: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango

Fecha/hora	Intervenciones	
8:00 am	S	Madre refiere “mi hijita no quiere comer” “ está muy flaquita”.
	O	Paciente lactante mayor de 7 meses de edad, Ingresa al servicio de consultorio crecimiento y desarrollo en brazos de su mama, la evaluación antropométrica se encuentra con un peso de 5.600 kg, talla de 61.4 cm; Pc de 40.5cm
	A	Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales relacionado a Ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango. Código (00002).
	P	Lactante mantendrá adecuado equilibrio nutricional progresivamente.
	I	Se realiza control crecimiento y desarrollo
8:15 am		Se realiza medidas antropométricas de peso y talla
8:20 am		Se educa a la madre sobre alimentación complementaria de acuerdo al grupo de edad
8:30 am		Se educa a la madre sobre el uso correcto de los
8:40 am		Multimicronutrientes Controles CRED
8:43 am		Se realiza visitas domiciliarias Se indica citas al mes.
8:45 am	E	Objetivo parcialmente alcanzado: Lactante evidencia parcial equilibrio nutricional al incrementar la ingesta de alimentos y aumentar progresivamente el peso. .

Fuente: Propio autor

Tabla 11

SOAPIE del Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por referencia “Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Fecha/hora	Intervenciones
8:00 am	<p>S Madre refiere “Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.</p> <p>O Paciente lactante mayor de 7 meses de edad, Ingresa al servicio de consultorio crecimiento y desarrollo en brazos de su mama, lactante lloroso e irritable al examen físico se observa: cabeza: normocefalo, Cara: normal, cuello: móviles y simétricos, miembros superiores e inferiores: móviles y simétricos, tórax anterior y posterior en ACP: normales y simétricos, Abdomen B/D a la palpación, Genitales: normales.</p> <p>A Ansiedad de la madre relacionado a estatus económico evidenciado por que la madre refiere “Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada” y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.(00146)</p> <p>P Madre referirá sentirse más tranquila después de ver la mejoría de su bebe.</p> <p>I Se brinda apoyo psicológico la mama. Se mantiene en todo momento la empatía durante el desarrollo de la actividad. Se brinda cuidados espirituales: Rezar con la madre y fomentar la confianza en Dios.</p>
8:45 am	<p>E Objetivo Parcialmente alcanzado Madre refirió sentirse un poco mas tranquila después de ver la mejoría de su bebe</p>

Evaluación

Tabla 12

Evaluación del Dx. Enfermería: Dolor agudo relacionado a agentes lesivos físicos evidenciado por Wong – Baker: 5 puntos.

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo general: Lactante disminuirá el dolor durante las 6 primeras horas post vacunal.	Objetivo alcanzado: Lactante disminuyó dolor durante las 6 primeras horas post vacunal.
Resultados esperados: Lactante evidenciara dolor en 2 puntos según escala de Wong – Baker. Lactante evidenciara facies de alivio después del analgésico administrado.	

Tabla 13

Evaluación del Dx. Enfermería: CP: Anemia

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo general: Revertir la anemia	Objetivo no alcanzado: Lactante continua con anemia Hb: 10.4

Tabla 14

Evaluación del Dx. Enfermería: Riesgo de Retraso en el desarrollo relacionado a nutrición inadecuada

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo general: Lactante disminuirá riesgo de retraso en el desarrollo.	Objetivo parcialmente alcanzado: Lactante disminuyó riesgo de retraso en el desarrollo parcialmente.

Tabla 15 Evaluación del Dx. Enfermería: Desequilibrio Nutricional: Inferior a las necesidades corporales r/a Ingesta diaria insuficiente evidenciado por peso y talla inferior al rango.

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo general: Lactante mantendrá adecuado equilibrio nutricional progresivamente Resultados esperados: Lactante evidenciará aumento progresivo de peso y de talla después de su primer mes de atención.	Objetivo parcialmente alcanzado: Lactante evidencia parcial equilibrio nutricional al incrementar la ingesta de alimentos y aumentar progresivamente el peso.

Tabla 16

Evaluación del Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre r/a estatus económico evidenciado por que la madre refiere: " Mi esposo trabaja motocarreando, hay veces que hace su feria y a veces no hace nada" y pregunta si su bebe recuperara su peso y talla, si lograra sentarse, se le observa preocupada.

Diagnóstico 4	Evaluación
<p>Objetivo general: Madre referirá sentirse más tranquila después de ver la mejoría de su bebe. Resultados esperados: Madre referirá sentirse más tranquila después de ver la mejoría de su bebe.</p>	<p>Objetivo Parcialmente alcanzado Madre refirió sentirse un poco más tranquila después de ver la mejoría de su bebe</p>

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Furiguiele (2016) escribió en su investigación “Desnutrición en el servicio de pediatría de un hospital universitario del estado Carabobo. Octubre 2015-marzo 2016” tuvo como Objetivo Analizar la desnutrición en el servicio de Pediatría del Hospital Universitario, Materiales y métodos: estudio prospectivo, descriptivo, de campo, diseño no experimental y de corte transversal en pacientes ingresados en la emergencia pediátrica del Hospital Universitario Dr. Ángel Larralde del Estado Carabobo. Se realizó una entrevista a los padres con las variables de estudio; seguidamente se realizó la evaluación antropométrica cuyos. Resultados: de 580 pacientes, 61 resultaron desnutridos. Se registró una edad promedio de $4,69 \pm 0,47$ años, predominaron los lactantes con 42,62% masculinos 55,74%, el estrato socioeconómico (pobreza relativa) con 68,85%. El motivo de ingreso más común fueron las patologías respiratorias. La desnutrición predominante fue la moderada 63,93% en su mayoría del estrato Conclusiones: la desnutrición infantil ha sido ampliamente estudiada a nivel mundial, sin embargo continua siendo una de las principales causas de mortalidad infantil y por ende un problema de salud pública, y Venezuela no escapa de esta realidad, lo cual se explica no solo porque predominan los estratos socioeconómicos , sino que además la inflación y escasez de alimentos ha dificultado el acceso de la población venezolana a una dieta balanceada , siendo la población infantil los más afectados, predisponiéndolos a enfermedades infecciosas y estancias hospitalarias prolongadas.

López (2016), desarrollo una nota de prensa titulada “Situación actual desnutrición infantil a nivel distrital de Loreto”, en el diario la región con el objetivo de conocer y poder mejorar

estrategias para la disminución de esta enfermedad en nuestra región. Siete de los nueve distritos que participan en este proyecto tienen niveles de desnutrición crónica infantil por encima del promedio regional, que es 23,2 por ciento. El promedio nacional es 13,5 por ciento. El distrito de Mazán es el que tiene el mayor índice de desnutrición crónica infantil después de Torres Causana, con 38,6 por ciento. Le siguen, Alto Nanay, con 36,3 por ciento; Napo, con 35,6 por ciento; Las Amazonas, con 33,8 por ciento; Barranca, con 23,3 por ciento; e Indiana, con 22,5 por ciento. Los distritos de Mazán e Indiana han tenido importantes avances en la reducción de la desnutrición crónica infantil a través de programas de estas dos municipalidades distritales, acciones que han sido tomadas como modelo para los otros distritos de esta zona. Los datos del SIEN al primer trimestre de 2016 no incluyen información sobre desnutrición infantil en los distritos de Teniente Manuel Clavero y de Urarinas. Las conclusiones fueron que la región Loreto es la afectada en lo que concierne a esta enfermedad atacando a nuestros niños menores de tres, donde la alimentación es la mayor debilidad más aun en zonas de mayor pobreza falta de consumo de alimentos ricos en hierro, donde debemos de trabajar mucho con este grupo poblacional para poder mejorar la salud de estos niños más vulnerables. Los gobiernos locales deben buscar muchas estrategias para mejorar y llegar hasta el última casa y poder mejorar, se deben buscar aliados como a los agentes comunitarios para realizar seguimientos mas exhaustivos, para poder brindar orientación y concientizar a nuestras madres el consumo de los alimentos ricos en hierro.

Marco conceptual

Desnutrición.

Según Ramos (2010), menciona que la desnutrición es aquella condición patológica inespecífica, sistémica y reversible en potencia que resulta de la deficiente utilización de los

nutrimentos por las células del organismo, se acompaña de variadas manifestaciones clínicas relacionadas con diversos factores ecológicos, y además reviste diferentes grados de intensidad. Incluye bajo peso para la edad, baja talla para la edad (raquitismo), delgadez extrema para la edad. Generalmente asociada a una carencia de energía (o de proteínas y energía), aunque también puede estar relacionada a carencia de vitaminas y minerales (carencia de micronutrientes).

Troya (2012), menciona que el estado nutricional se considera a dos etapas o períodos: el período pre patogénico y el período patogénico, en el primero se utilizan indicadores socioeconómicos, de disponibilidad, de consumo y utilización Biológica para evaluar el estado nutricional. Una vez roto el equilibrio de la clásica triada agente, huésped, y medio ambiente se presenta la desnutrición, se mide su magnitud a través de indicadores directos: antropométricos, bioquímicos y mediante evaluación de signos clínicos. Utilizándose más los antropométricos: peso, talla. Circunferencia braquial y pliegues cutáneos. El peso y la talla por si no tienen significado, a menos que se le relacione a la edad o entre ellos. Cuando se establecen entre ellos hablamos de índices, los más usados son: Peso para la edad $P (E)$, la talla para la edad $T (E)$, y el peso para la talla $P (T)$

Indicadores antropométricos.

Peso para la talla: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición. El déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

Talla para la edad: Esta tabla mide el crecimiento lineal de su hijo con relación a la edad y su tendencia en el tiempo, siendo este crecimiento lineal una respuesta a una dieta adecuada y así mismo a un buen estado nutricional. El crecimiento en talla es más lento que el peso, las

deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

Peso para la edad: Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. (Troya ,2012).

Clasificación de la desnutrición: De acuerdo a los indicadores antropométricos o tipos (Peso, Talla, Edad).(UNICEF,2011)

Desnutrición aguda (Peso y Talla)

Según UNICEF (2011) menciona que un niño que sufre desnutrición crónica presenta un retraso en su crecimiento. Se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención.

Desnutrición Crónica (Talla/Edad).

FAO (2014) menciona que es el retardo de la talla del niño con el estándar recomendado para su edad. Indica una carencia de los nutrientes necesarios durante un tiempo prolongado, por lo que aumenta el riesgo de que contraiga enfermedades y afecta al desarrollo físico e intelectual del niño. La desnutrición crónica, siendo un problema de mayor magnitud en cuanto al número de niños afectados, es a veces invisible y recibe menor atención. El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuando el niño aún está en el útero de su

madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto su vida.

Desnutrición Global o Crónica reagudizada (Peso/Edad)

FAO (2013) menciona que este tipo de desnutrición se determina al comparar el peso del niño con el esperado para su edad y sexo. El peso para la edad es considerada como un indicador general de la desnutrición, pues no diferencia la desnutrición crónica, que se debería a factores estructurales de la sociedad, de la aguda, que corresponde a pérdida de peso reciente. Se considera severa para niños con 3 o más desviaciones estándar por debajo de la media y total para niños con dos o más desviaciones estándar por debajo de la media. Por falta de alimento provocando deficiencia en su desarrollo. Deficiencias nutricionales más frecuentes:

Anemia (por deficiencia de hierro o de ácido fólico)

Hipersensibilidad (falta de ácidos grasos esenciales en la piel, las mucosas, las vías respiratorias y el intestino)

Retraso en el crecimiento.

Los signos físicos que acompañan a la desnutrición son:

Déficit del peso y de la estatura que se espera para la edad

Atrofia muscular (se observa un desarrollo inadecuado de los músculos)

Retardo en la pubertad

Los signos psicológicos que siempre encontramos en la desnutrición son:

Alteración en el desarrollo del lenguaje

Alteración en el desarrollo motor

Alteración en el desarrollo del comportamiento (irritabilidad, indiferencia u hostilidad).

También se encuentra cambios en los exámenes sanguíneos y otros hallazgos que indican la cronicidad de la desnutrición y que, en muchos casos, son muy llamativos: La piel estará seca, áspera y descamándose. Generalmente se observan fisuras en los párpados, labios y en los pliegues de codos y rodillas.

El cabello es seco, quebradizo, de color rojizo (o pajizo) y se desprende fácilmente. Es muy frecuente observar que el cabello del niño tiene varios colores (negruzco en la punta, rojizo en el medio y claro o amarillento en la base de éste), igualmente las uñas son muy delgadas y frágiles. La falta de vitamina A conduce a úlcera en la córnea y puede llevar a la ceguera. Los niños, paradójicamente, tienen anorexia; crecimiento del hígado (hepatomegalia) y alteración en el ritmo de las deposiciones fecales. La frecuencia cardíaca está acelerada (taquicardia) y son frecuentes las continuas infecciones respiratorias. Por otra parte, presentan raquitismo, osteoporosis, escorbuto, debilidad muscular, anemia por falta de hierro o vitamina B12, anemia por falta de ácido fólico, anemia por falta de vitamina C o anemia por infecciones.

Las condiciones de salud que ocasiona la desnutrición por una inadecuada absorción o utilización de los nutrientes pueden ser las enfermedades renales crónicas, cardiopulmonares, digestivas, pancreáticas o hepáticas, el cáncer, los errores del metabolismo, etc. Es muy frecuente que los niños desnutridos tengan infecciones repetidamente; de hecho, es la principal causa de mortalidad en ellos. La desnutrición infantil, es consecuencia de la poca ingesta de alimentos en la infancia. Durante la niñez es la etapa en la que más se necesitan de nutrientes para poder desarrollarse en forma adecuada. Esta situación se ve agravada por infecciones oportunistas que pueden producir entre otras cosas: diarrea y deshidratación (FAO,2013)

Clases de Desnutrición.

Kwashiorkor o síndrome pluricarencial.

Es un Trastorno dietético grave observado en niños entre los 10 meses y los tres años, que se debe a una malnutrición severa que incluye una carencia de nutrientes vitales básicos y un déficit importante de proteínas. Debido a que los anticuerpos están formados por proteínas, los niños con una ingesta proteica muy baja son más susceptibles a padecer infecciones y los niños con kwashiorkor no tienen energías para jugar o corretear. Tanto el desarrollo físico como el mental están muy afectados, y aquellos que sobreviven sufren de modo inevitable secuelas de por vida. Estas complicaciones a largo plazo son más graves en aquellos que padecen la enfermedad antes de los dos años de edad (Susana, 2002).

Marasmo

Enfermedad Grave decaimiento somático y funcional del organismo provocado por una grave deficiencia de proteínas y de calorías. Es causado por un abandono prematuro del pecho de la madre como fuente de alimento y por las infecciones intestinales, generalmente gastroenteritis, se producen cuando el niño es alimentado con biberón en malas condiciones higiénicas. Troya (2012)

Raquitismo.

El raquitismo se produce cuando falta en el organismo la vitamina D, necesaria para fijar en el esqueleto el calcio y el fósforo que contienen algunos alimentos. Esta enfermedad es conocida desde tiempos antiguos, aunque se le consideró como un trastorno del crecimiento de los huesos. Al descubrirse la vitamina D se le consideró como enfermedad carencial en la mayoría de los casos. El Origen del raquitismo puede estar en un aporte insuficiente de vitamina D en la dieta o en una escasez de radiaciones ultravioletas solares. El raquitismo

puede conducir a deformidad esquelética, como la incurvación de la columna vertebral o de las piernas. Factores que influyen en la desnutrición puede originarse por una alimentación inadecuada en la cual no se consumen las tres comidas básicas al día, dietas pobres en energía, baja ingesta de alimentos fuente de proteína como lácteos, carnes, leguminosas y, en general, por malos hábitos alimentarios (Luna Caicedo & Vargas Triana, 2008).

Anemia.

Según Yarin (2015), refiere que la anemia es una alteración de la composición sanguínea entendida como la condición clínica determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina.

Según la Guía para el diagnóstico de Anemia define a la anemia como la baja concentración de hemoglobina en la sangre. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido los rangos de referencia normales dependiente de la edad y el sexo, los cuales se mencionan a continuación:

Edad	Normal (g/dl)	Anemia (g/dl)
Nacido a término a 2 meses	13.5 – 18.5	< 13.5
De 2 a 5 meses	9.5 – 13.5	< 9.5

Una técnica simple y confiable para la detección fotométrica de hemoglobina es el uso del sistema HemoCue®. Es usada ampliamente para la detección de anemia en varios países incluido el Perú, desde el año 1996 fue acogida como método básico para la medición de hemoglobina. (Ministerio de salud, 2013)

Según la OMS se clasifican en niños de 6 a 59 meses:

Anemia leve: hemoglobina mayor de 10.0-10.9 g/dl.

Anemia moderada: hemoglobina entre 7- 9.9 g/dl.

Anemia severa: hemoglobina menor de 7 g/dl.

Consideraciones Específicas según edad y condición fisiológica.

Se describirá a continuación las características según edad y necesidades de hierro que puedan presentar los lactantes menores de un año.

La gestante necesita 27 mg/día de hierro para cubrir las necesidades básicas para ella y su bebe, actualmente el tipo de alimentación del país no llega a cubrir dichas necesidades. Por ello la administración profiláctica con hierro es vital en este grupo de población, a pesar que la norma menciona que la gestante debe recibir desde la semana 14 hasta 42 días después del parto para reponer las pérdidas sanguíneas durante el nacimiento.

Asimismo, el feto adquiere el 80% de las reservas de hierro durante el tercer trimestre del embarazo, es por ello que los recién nacidos con bajo peso o la prematuridad contribuye a que el menor tenga mucho más riesgo a padecer anemia.

Pinzamiento del cordón (2-3 minutos) debería ser tardío y el apego hacia la madre debe ser precoz, ya que el recién nacido nacería con reservas que le durarían hasta los 4 a 6 meses de vida.

Un recién nacido debe tener como alimento único la lactancia materna exclusiva ya que aunque esta cuenta cantidades bajas de hierro (aproximadamente de 0.3-0.4mg/L) cuenta con una biodisponibilidad del 50%.

Hasta los primeros 6 meses de vida el requerimiento de hierro será de (0.27 mg/día) estas serán bien cubiertas por las reservas que contrajo desde la vida intrauterina, mientras que a partir de los 7 meses las necesidades variarían a 11mg/día hasta los 12 meses.

En los casos de los prematuros, debe iniciarse la suplementación a partir de los 30 días de nacido. (Sosa & Suarez, 2012)

Podemos concluir que las necesidades de hierro por edades son:

0-6 meses	7 – 12 meses
0.27 mg/día	11 mg/día

Signos y síntomas.

Las manifestaciones son las propias de la anemia. Dado que en la deficiencia de hierro de origen nutricional la anemia es habitualmente de carácter leve, los síntomas son poco evidentes existe palidez de piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones no hematológicas debidas al mal funcionamiento de enzimas dependientes del hierro, irritable, poco interesado en el medio e inapetente, en especial frente a los alimentos sólidos. En los lactantes anémicos se han observado una reducción de los coeficientes de desarrollo motor y mental, que no es recuperable con la terapia con hierro, aun más en estos niños existe una disminución leve del coeficiente intelectual a los 5 a 6 años, de edad a pesar de la recuperación de la anemia, persistiendo incluso algún grado de déficit en la edad escolar (Hernández Gonzales, 2012).

Causas.

La deficiencia de hierro puede deberse: una dieta inadecuada (donde hay que tener en cuenta la mayor incidencia de deficiencia de hierro en niños de 1 a 3 años), hemorragias, un aumento de las necesidades (entre 1 y 3 años, en la adolescencia por el crecimiento rápido y en el embarazo, principalmente en el tercer trimestre), entre otros trastornos de absorción. La cantidad de hierro en el organismo refleja un balance entre las demandas fisiológicas y la cantidad ingerida. Hay determinados períodos de la vida en los que este balance es negativo y el organismo debe recurrir al hierro de depósito para poder mantener una eritropoyesis adecuada. Por lo tanto, durante dichas etapas una dieta con insuficiente cantidad o baja

biodisponibilidad de hierro agrava el riesgo de desarrollar una anemia ferropénica,(Blesa, 2012)

Consecuencias de la anemia por déficit de hierro

Dentro de las complicaciones que puede generar la anemia es:

Disminuye el desarrollo mental, físico y de comportamiento en niños pequeños.

Disminuye el rendimiento y productividad laboral.

Disminuye la capacidad de aprender y los logros educativos de los escolares

Aumenta el riesgo de infecciones. Lo más grave es que hay evidencia que el déficit psicomotor no es corregible, si la anemia ferropénica ocurre en los primeros dos años de vida.

(Manual & Tomas, 2003)

Tratamiento.

El esquema de tratamiento en menores de tres años según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por Deficiencia de Hierro en Niñas, Niños y Adolescentes en Establecimientos de Salud de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud MINSA (2015).

Se administra Sulfato Ferroso en gotas ó Hierro Polimaltosado en gotas a dosis de 3mg/kg/día. A partir de los 6 meses (hasta que el niño o la niña comience a consumir alimentos).

Asimismo la guía menciona el esquema de tratamiento con Multimicronutrientes (Chispitas) y hierro para niñas y niños de 6 a 35 meses con anemia de grado leve y moderado.

Retraso del desarrollo Infantil.

Desarrollo Infantil

La primera infancia es el período que se extiende desde la vida intrauterina hasta los seis

años de edad, dando lugar al desarrollo infantil que se define como el proceso a través del cual niños y niñas incrementan sus competencias integrales para la vida, incluye el desarrollo de las áreas de cognición, motor, lenguaje y socioemocional (Ministerio de desarrollo social, 2016), todas ellas son interdependientes y determinadas por una interacción entre la herencia genética y el estado biológico, en los primeros años de vida se produce en todas las áreas un rápido crecimiento y desarrollo, que provee de una sólida base para las habilidades de aprendizaje posteriores. (Baker y López, 2014)

Según OMS (2013), menciona que el desarrollo infantil es un proceso dinámico por el cual los niños progresan desde un estado de dependencia de todos sus cuidadores en todas sus áreas de funcionamiento, Durante la lactancia, hacia una creciente independencia en la segunda infancia (edad escolar), la adolescencia y la adultez. En ese proceso adquieren habilidades en varios ámbitos relacionados: sensorial-motor, cognitivo, comunicacional y socio-emocional. El desarrollo en cada ámbito está marcado por una serie de hitos o pasos y típicamente implica el dominio de habilidades sencillas antes de que se puedan aprender habilidades más complejas. Cabe reconocer que los niños pueden tener un papel activo en el desarrollo de sus propias habilidades y que su desarrollo también se ve influido por la interacción con el ambiente.

La Academia Americana de Pediatría define como problemas del desarrollo psicomotor a todos aquellos cuadros crónicos y de inicio precoz que tienen en común la dificultad en la adquisición de habilidades motoras, de lenguaje, sociales o cognitivas que provocan un impacto significativo en el progreso del desarrollo de un niño.(Avaria, 2013)

Se presenta cuando existe fracaso en el logro de las conductas esperadas para una determinada edad. Si bien algunos problemas del desarrollo pueden ser transitorios, los

retrasos en la edad temprana pueden estar asociados a posteriores discapacidades, tales como retardo mental, parálisis cerebral, autismo, alteraciones del lenguaje y problemas del aprendizaje. (Lejarraga, 2004)

Evaluación del desarrollo psicomotor.

El desarrollo de un individuo está determinado por factores genéticos y ambientales, siendo la nutrición un componente fundamental. El aporte adecuado de nutrientes permite un crecimiento armónico que refleja fielmente el potencial genético. En cambio, la alimentación insuficiente puede comprometer el ritmo de crecimiento. La menor expresión del potencial genético puede ser permanente si ocurre en etapas tempranas y por períodos prolongados. (Bungster, 2009)

En nuestro país se realizan evaluaciones seriadas y estandarizadas del desarrollo psicomotor (DSM) en lactantes y preescolares, con el propósito de pesquisar e intervenir precozmente trastornos del desarrollo.

Estas pruebas son:

E.E.D.P. (Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor, de Soledad Rodríguez y cols., 1974, para niños de 0 a 2 años) que mide el rendimiento del niño frente a situaciones que requieren de un determinado grado de desarrollo psicomotor. Esta escala considera cuatro áreas de desarrollo: Motora (M), Lenguaje (L), Social (S) y Coordinación (C), que dependiendo del mes, se encuentran separadas o combinadas. Estas áreas están representadas a través de preguntas, a contar del primer mes de vida y hasta el mes 24, sin embargo y en vista de que hay meses en que el desarrollo se mantiene, hay varios meses que no aparecen en las opciones. (EEDP: Escala de evaluación del Desarrollo Psicomotor de 0-24 meses, 1979)

TEPSI (Test de Desarrollo Psicomotor, de Haeussler y Marchant, 1985, para el niño

preescolar de dos a cinco años), que es un instrumento que mide de manera gruesa el rendimiento en cuanto a desarrollo psicomotor en relación a una norma, y determina si el niño presenta un rendimiento normal o si está bajo lo esperado. Consta de 3 subtest, los cuales representarían mediciones de 3 grandes áreas dentro del desarrollo psicomotor del niño: la coordinación (psicomotricidad fina), el lenguaje y la motricidad gruesa. El subtest de coordinación consta de 16 ítems, el subtest de lenguaje consta de 24 ítems y el subtest de motricidad de 12 ítems. Para cada subtest y para el puntaje total se han establecido

Estimulación temprana.

La estimulación temprana ayuda a fortalecer el cuerpo y a desarrollar las emociones y la inteligencia, se deben integrar las actividades al juego diario, se debe además estimular a las madres y cuidadoras a abrazarle, felicitarle, sonreírle, hablarle lo cual contribuirá al desarrollo pleno. Áreas que se debe estimular son las del desarrollo Motor Grueso: son los grandes movimientos del cuerpo, piernas y brazos. Motor fino: son los movimientos finos y precisos de las manos y dedos. Lenguaje: es la capacidad de comunicarse y hablar. Socio-afectivo: es la capacidad de relacionarse con los demás y expresar sentimientos y emociones.(UNICEF, 2011)

La estimulación oportuna se debe procurar con los siguientes acápites Adaptado del (UNICEF, 2011)

Desarrolla las actividades en un ambiente tranquilo y seguro.

Siempre premia o festeja los resultados obtenidos.

No fuerces su respuesta si no quiere hacer las actividades.

Participen ambos padres o aquellas personas encargadas del cuidado diario en la estimulación.

Las actividades deben realizarse diariamente o por lo menos tres veces a la semana.

Repite las series de ejercicios por lo menos cinco veces. Acompaña las actividades con música, canciones, rimas y juegos.

El momento ideal para estimularles es cuando están despiertos y tranquilos.

Deja pasar 30 minutos después de alimentarle.

Aprovecha las actividades diarias como la alimentación, el baño, el juego, el vestirle.

Diseña tus propios instrumentos para los ejercicios, no necesitas gastar para estimularle.

Modelo teórico

La investigación contempló el modelo de enfermería del Rol Maternal, los datos obtenidos permiten comprender, describir, explicar y predecir la experiencia del cuidado de Enfermería Materno desde la perspectiva de un cuidado complejo como lo es la madre y su hijo. Debido a que “los modelos de enfermería se aplican para facilitar la práctica de enfermería en la investigación, educación, administración y práctica clínica. Los modelos conceptuales son una base del ejercicio de la Enfermería y contienen en sí mismos los postulados y valores que forman los cimientos teóricos en que se apoya el concepto de los cuidados. Estos postulados constituyen el cómo y el porqué de la profesión de Enfermería”.(Guía para organizaciones de base, 2010)

La relación padre-madre es definida por Ramona Mercer como la percepción de la relación conyugal que incluye valores, objetivos acuerdos intencionales y reales entre los dos padres. Es por esto que la relación padre y madre es un factor de importancia a la hora de hablar de la adaptación del rol materno, ya que la pareja en el momento del embarazo, parto y desarrollo del niño, constituye un soporte, un apoyo fundamental, que solidifica los lazos afectivos entre

la triada madre- padre- hijo. (Rodríguez,2008)

La adopción del rol maternal es uno de los fenómenos más bellos que experimenta la mujer, sin embargo, sin el apoyo necesario de la pareja, de la familia, de los servicios de salud, no se logra con efectividad, lo que da como resultado la incompetencia en el cuidado del hijo. Por tanto, surge la idea describir el nivel de adopción del rol maternal y su relación con el estado nutricional del niño en el primer año de vida, basado en la teoría de enfermería de Ramona Mercer. Dicho estudio se llevó acabo con la mama de nuestro sujeto de estudio. La investigación fue estudio de caso, buscó establecer si existe una relación entre la adopción del rol materno y el estado nutricional del niño

Capítulo III

Materiales y Métodos

Tipo y diseño

El diseño de investigación estudio de caso, se realizó estudio observacional descriptivo. Según (Otzen, 2014.) Los estudios observacionales (EO) corresponden a diseños de investigación cuyo objetivo es “la observación y registro” de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos. Las mediciones, se pueden realizar a lo largo del tiempo (estudio longitudinal), ya sea de forma prospectiva o retrospectiva; o de forma única (estudio transversal). Por otra parte, los EO pueden ser descriptivos, cuando lo que se pretende es “describir y registrar” lo observado, como el comportamiento de una o más variables en un grupo de sujetos en un periodo de tiempo; ó analíticos, que son aquellos que permiten “comparar grupos de sujetos” sin que exista un proceso de asignación de los individuos en estudio a una intervención determinada, siendo por ende el investigador un mero observador y descriptor de lo que ocurre. Como todo tipo de diseños, tienen fortalezas y debilidades. Se pueden utilizar para informar resultados en los ámbitos del tratamiento y la prevención, la etiología, daño o morbilidad; el diagnóstico, y el pronóstico e historia natural; escenarios en los que los EO otorgan distintos niveles de evidencia, según el diseño en particular y el ámbito del que se trate 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 2010, Se enuncian los diagnósticos y se plantea el plan de cuidados, ejecutándose las intervenciones las que posteriormente serán evaluadas

Sujeto de estudio

Lactante menor de 7 meses con diagnóstico de desnutrición crónica, anemia del servicio de CRED de un centro de salud de la ciudad de Iquitos.

Técnica de recolección de Datos

Se utilizó la guía de evaluación de Marjori Gordon con el que se realizó la valoración por patrones funcionales 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

Con el propósito de garantizar el procedimiento de la investigación se realiza acorde a los principios éticos primordialmente el respeto por la persona humana, se elaboró un consentimiento informado que se entregó a la mama del sujeto de estudio participante al inicio del proceso, el cual constata la decisión autónoma de formar parte del estudio y resolver el instrumento otorgado, ésta incluye información necesaria en cuanto a los fines de la investigación, teniendo los colaboradores la libertad de aceptar o no formar parte de la investigación o abandonarla cuando éste lo desee, asimismo, se le explicó la importancia de salvaguardar su integridad y dignidad, así como la confidencialidad, voluntariedad y anonimato de su identidad.

El estudio no representa ningún riesgo para la salud del sujeto, ya que su participación de la mama consiste en observar algunos procedimientos, obteniéndose previamente el Consentimiento informado por escrito. Tal como lo marca la Ley General de salud en su Título V, Capítulo único, Artículo 100, Fracciones I a la VII. Y de acuerdo a las consideraciones éticas establecidas por el acuerdo de la carta de Helsinki que prevalece a nivel

nacional e internacional. La absoluta confidencialidad será norma invariable en esta investigación.

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 17

Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería.

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Diagnóstico 1						
Diagnóstico 2					1	20
Diagnóstico 3	1	20	1	20		
Diagnóstico 4			1	20		
Diagnóstico 5			1	20		
Total	1	20	3	60	1	20

Fuente: Propio autor

Al finalizar el estudio según la ejecución de las intervenciones de enfermería se observaron que de cinco diagnósticos de enfermería propuestos se lograron cumplir de la siguiente manera: el 60% de los objetivos fueron parcialmente alcanzados, el 20 % fueron alcanzados y no alcanzados.

Análisis y discusión

El primer diagnóstico el objetivo alcanzado dando un valor del 20%, donde se evidencia que el paciente se ve que disminuyó el dolor durante las 6 primeras horas post vacunal. Esto significa que el plan inicial fue adecuado. Según Dagnino (1994), el dolor se define como una

experiencia sensitiva y emocional desagradable asociada a una lesión de una zona del cuerpo. El dolor es una de las causas más frecuentes de sufrimiento en los niños que padecen alguna enfermedad, aunque esta sea leve. Una vez valoradas las necesidades de cada paciente, utilizando los medios adaptados a su edad, se seleccionará el analgésico a utilizar de acuerdo con la intensidad de dolor y las circunstancias individuales del niño. La adopción de otras medidas complementarias puede reducir la necesidad de medicamentos, favorecer su eficacia y disminuir el riesgo de reacciones adversas. Por ejemplo, si el niño es muy pequeño, el uso de analgésicos deberá ir acompañado de otras medidas que permitan aumentar su bienestar y disminuir su sufrimiento: contacto con los padres, alimentación adecuada, instauración de juegos, etc. También es importante fomentar la confianza del paciente en el personal sanitario, lo cual mejora su cooperación. En cualquier situación clínica el dolor debe ser prevenido, o al menos detectado, lo antes posible; ya que es más difícil establecer el tratamiento para un dolor intenso, y especialmente si el niño es muy pequeño, (Andaluz, 2002)

El Segundo diagnóstico el objetivo no alcanzado teniendo un valor del 20%, donde se evidencia que el paciente continuo con anemia Hb 10.4d/dl. Esto significa que el tratamiento de la anemia tiene una duración de 6 meses consecutivos, la cual es un tratamiento de mediano plazo. Según Yarin (2015), refiere que la anemia es una alteración de la composición sanguínea entendida como la condición clínica determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina. La descripción de un aspecto del crecimiento cerebral permite comprender, el significado que puede tener la deficiencia de hierro en el desarrollo psicobiológico del niño. Los períodos de máximo desarrollo y actividad metabólica hacen que algunas regiones y procesos del cerebro, sean más vulnerables a la deficiencia de sustratos que soporten ese metabolismo. Uno de estos sustratos, es el hierro.

Entonces los efectos en el cerebro que conciernen a la función de hierro como un co-factor necesario o componente estructural de enzimas y moléculas requeridas para el desarrollo y la función exitosa del sistema nervioso, incluyen particularmente la conducción del impulso nervioso.(Kretchmer N, 2009)

El tercer diagnóstico el objetivo fue parcialmente alcanzado teniendo un valor del 20% , donde se evidencia que el paciente disminuyó riesgo de retraso en el desarrollo parcialmente. Esto significa que el plan de cuidados es adecuado teniendo en cuenta que estos tipos de terapia y rehabilitación es de mediano plazo.según la OMS - UNICEF (2013) en su libro de desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad : refiere que los niños que experimentan una variación en el logro de los pasos esperados para su edad real o ajustada, esto se mide por evoluciones validadas del desarrollo puede ser leve, moderado o grave, esto es causado por complicaciones en el parto, falta de estímulo, desnutrición problemas crónicas de salud y otros problemas orgánicos,situaciones psicológicas y familiarizares y otros factores ambientales. La detección temprana de retrasos del desarrollo se puede realizar através de visitas domiciliarias y en los servicios de desarrollo del niño en la primera infancia. Así mismo en niño en estudio presenta riesgo de retraso tiene dificultad para desarrollar sus habilidades y detrás donde fue evaluado através del TPED (Test peruano de evaluación del desarrollo del niño)que es un instrumento que permite medir un perfil general del desarrollo psicomotor del niño, presentando retrasos funcionales y orgánicos.actualmente se está realizando un seguimiento oportuno al niño, donde hay un enfoque de buen trato la relación al paciente se basa en el respeto y valoración de la dignidad de la persona.

El cuarto diagnóstico el objetivo fue parcialmente alcanzado teniendo un valor del 20%, donde se evidencia que el paciente presenta aumento progresivo de peso y talla. Según la

Asociación de la nutrición y crecimiento del niño (2013), refiere que la nutrición humana es el aporte y aprovechamiento de los nutrientes que el niño y la niña se manifiesta por el crecimiento y desarrollo. según la OMS (2017), refiere que la alimentación complementaria inicia a los 6 meses con las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores, si no se brinda alimentación adecuada el crecimiento del niño se verá afectado, para ello se debe educar madre sobre los principios básicos sobre una alimentación adecuada. se deberá orientar a la madre que la lactancia materna es continuada después de cumplir sus seis meses, ofrecer alimentos ricos en hierro, darle de comer de acuerdo a su grupo de edad, aumentar gradualmente la consistencia y variedad de los alimentos enriquecidos con vitaminas y minerales. También necesitan recibir opción alimentaria más apropiada en niños prematuros, bajo peso al nacer, madres adolescentes, lactantes y niños más pequeños malnutridos. Asimismo, la suplementación con hierro y micronutrientes es una estrategia de intervención que consiste en la indicación y entrega de los micronutrientes con la finalidad de prevenir la anemia. El sujeto de estudio tiene ingesta diaria insuficiente diaria de alimentos lo cual conlleva a una inadecuada alimentación donde se evidencia por la palidez de mucosas, y peso corporal inadecuada.

El quinto diagnóstico el objetivo fue parcialmente alcanzado teniendo un valor del 20% , donde se evidencia que la madre referirá sentirse más tranquila después de ver la mejoría de su bebe. Esto significa que el tratamiento de un problema psicológico es progresiva a mediano plazo. Según Gispert (2006), define el trastorno de ansiedad es como una condición de duda, inseguridad que dificulta la capacidad de adaptación del individuo a la vida cotidiana. El Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) es mucho más de lo que una persona normal con ansiedad experimenta en su vida diaria. Son preocupación y tensión crónicas aun cuando nada

parece provocarlas. Kimbrel (2007), establece que el trastorno de la ansiedad en un momento dado lo experimentan las personas, ya sea en sensación de aprensión o tensión en relación a situaciones estresantes. No hay nada malo en este tipo de ansiedad se trata de una reacción normal al estrés, que suele ayudar; en lugar de perjudicar al funcionamiento cotidiano. Sin embargo, algunas personas experimentan ansiedad en situaciones en las que no hay un motivo para sentir este tipo de angustia y para que este problema se dé sin ninguna justificación se le considera problema psicológico.

Cuando las situaciones exigen un esfuerzo, un afrontamiento y un nivel de adaptación por parte del individuo se produce un estado de tensión o estrés (Beare/Myers, 1985). El estímulo para la demanda anterior es un factor estresante y representa un cambio que a menudo supone la pérdida de algo valioso para el individuo. El estrés como respuesta es un proceso que resulta de cualquier estímulo físico o psicológico que perturba el estado adaptativo (Andrews, & Roy, 1986). La forma como la persona percibe el estrés determina su capacidad para tolerarlo, afrontarlo y sobrevivir a él, lo cual se conoce como respuesta al estrés y requiere una serie de adaptaciones, tanto de la mente como del cuerpo. El grado en que una situación estresante afecta a un individuo, depende de la naturaleza del factor estresante, su percepción, el número de factores estresantes simultáneos, la duración de la exposición a los mismos y las experiencias con un factor estresante comparable, la edad y la capacidad de apoyo de la gente (Byrne y Thompson, 1978).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se logra aplicar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo.

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

Se logra alcanzar los objetivos propuestos en su mayoría parcialmente alcanzados y alcanzados gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

Recomendaciones

A la Universidad Peruana Unión, continuar utilizando el PAE como trabajo académico para las especialidades.

A los establecimientos de salud, apoyar a los servicios de crecimiento y desarrollo en la atención de niños con riesgos nutricionales.

A los profesionales de enfermería que laboran en el servicio de CRED, continuar capacitándose para mejorar las atenciones brindadas a los niños que acuden al consultorio.

Bibliografía

- (FAO), O. d. (1 de enero de 2014). *FAO*. Obtenido de <http://www.fao.org/docs/eims/upload/5068/viceropol.pdf>
- Andaluz, E. B. (2002). Tratamiento del dolor en pediatría. *Util ización de Medicamentos*, págs. 1-6.
- Armero P, M. C.-M. (2004). Bases genéticas del dolor. España: Revista de la Sociedad Española del Dolor.
- Arroyo, S. (2012). *Salud estilos de vida saludable*. Obtenido de Salud estilos de vida saludable: <https://www.salud180.com/salud-z/los-beneficios-de-la-terapia-fisica>
- Auxiliadora, L. E. (2011). Manual de guias de administracion de medicamentos. *Manual de guias de administracion de medicamentos*.
- Baker, W. . (s.f.). *Internet*. Obtenido de : <http://wongbakerfaces.org/personaldownload/> : <http://wongbakerfaces.org/personaldownload/>
- Baque, Y. A., & Batallas Chele, J. E. (2013). *Desequilibrio nutricional relacionado con factores socioeconómico y biológico manifestado por el índice de masa corporal en pre-escolares. Escuela “José Pedro Varela” la libertad 2012-2013*. La Libertad: La Libertad: Universidad Estatal Península de Santa Elena.
- BarrantesA, A. (2014). Tamisaje de Anemia por deficinecia de hierro en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad de costa rica:2012-2014. *CCSS. Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud. Barrantes, A. Tamizaje Anemia.*, 1.
- Bungster, H. (5 de Abril de 2009). *Influencia de la nutricion en el crecimiento y desarrollo*.

Obtenido de

<http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/manualped/infnutrcrdess.html>

Caldas, R. (2014). *Manual de visitas de domiciliarias*. Lima - Peru.

Carlos Saldaña, R. E. (2009). Monografía: La familia como sistema de apoyo hacia la venida de un integrante más. En *Monografía: La familia como sistema de apoyo hacia la venida de un integrante más*. (págs. 20-21). Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Cornejo, C. (2015). *Conocimientos y practicas sobre prevencion de la anemia Ferropennicaen madres de niños de 6 a 24 mesesde un centro de salud*. Lima: Universidad nacional de san marcos .

Dagnino, j. (1994). *Definiciones y clasificaciones del dolor*. Chile: Boletín, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Dianderas, C. F. (2015). *Relación del estado nutricional y anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro de Salud Materno infantil Miguel Grau 2012*. Lima - Peru: Univrsidad Peruana Union.

Doctors,Bacca. (5 de octubre de 2011). *Un servicio adicional totalmente gratuito para los asegurados de río uruguay seguros y sus familiares*. Obtenido de <https://es-la.facebook.com/notes/r%C3%ADo-uruguay-seguros/qu%C3%A9-es-interconsulta/210010349064240/>

Edgerton VR, G. G. (2002). La anemia por deficinecia de Hierro y su efecto sobre la productividad de los trabajadoras y de los patrones de actividad. Br Med.

- Fernández, B. (2014). Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud. En *Manejo del dolor pediátrico en el centro de salud* (págs. 37-43). Revista Pediatría Atención Primaria.
- Fiorela, R. G. (2017). *Nivel de conocimiento sobre la prevención de la anemia infantil en madres que acuden al consultorio de crecimiento y desarrollo del centro de salud sesquicentenario callao - 2017*. Lima - peru: Universidad cesar vallejo.
- Gilda G, S. (2007). *Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro*. Colombia: Cali Mar.
- Grandez, N. B. (2011). *Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellin, provincia Antonio Raimondi, Ancash, 2011*. Lima - Peru: Universidad Peruana Union.
- Grandez, N. B. (2011). *Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellin, provincia Antonio Raimondi, Ancash, 2011*. Lima: Universidad Peruana Union .
- Guía para organizaciones de base. . (2010). En *Componente Comunitario de la Estrategia AIEPI* (págs. 19-23). Bogotá Colombia.
- Hernandez Gonzales, E. (2012). *Anemia Teoria en Definicion de Anemia en el Niño*. Venezuela.
- INEI. (3 de Marzo de 2017). *Instituto Nacional de Estadística e Informática*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística e Informática:

<https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/desnutricion-cronica-afecto-al-131-de-menores-de-cinco-anos-disminuyendo-en-13-puntos-porcentuales-en-el-ultimo-ano-9599/>

Jbert RosichA, V. L. (5 de Abril de 2005). *Signos de alarma en el Desarrollo Spicomotor.*

Obtenido de http://www.aepap.org/avalpap/signos_alarma_spicootor.pdf

KJ ANAND, P. D. (2010). Neuroanatomía, Neurofisiología y Neuroquímica del Dolor, el Estrés y la Analgesia en Recién Nacidos y Niños. *Clín. Ped. NA.*

KLENKE, M. I. (2017). *Factores que influyen en la implementación del Plan Nacional Para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la Prevención de la Anemia, en Huancavelica durante los años 2014 – 2016 . LIMA - PERU: PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ .*

Kretchmer N, B. J. (2009). *The role of nutricion in the developmet of normal cognition.* *clin Nutr.*

Lejarraga H. (2004). *Enfoque peditrico del desarrollo y sus problemas.Desarrollo en su contexto .* Buenos Aires: Paidos.

López, E. R. (2014). *FACTORES DETERMTNANTES Y PRESENCIA DE ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO, EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE MADRES O CUIDADOR QUE PARTICIPANEN EL PROGRAMAALLY MICUY DEL DISTRITO DE CATAK, RECUAY. ANCASH, PERÚ, 2011 .* Ñana - Lima: Universisdad peruana Union..

Lopez, G. (2016). Desnutrición infantil a nivel distrital. *Diario la region , 1.*

- Luna Caicedo, O. L., & Vargas Triana, A. I. (2008). *LA MALNUTRICIÓN INFANTIL EN NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 5 AÑOS DE EDAD DE LOS BARRIOS LA CITA, EL PITE, DON BOSCO Y LAS BRISAS EN LA LOCALIDAD DE USAQUEN*. BOGOTÁ, : LICENCIAURA EN EDUCACIÓN PREESCOLAR.
- Mariana, R. (2017). OMS: El 44% de niños tiene anemia en el Perú. *Peru 21*, 1. Obtenido de <https://peru21.pe/economia/oms-44-ninos-anemia-peru-380301>
- Marriner A, R. M. (2007). *Modelos y Teorías en Enfermería (6.a ed.)*. Barcelona: Mosly. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005
- Mdla, A. (1 de Abril de 2013). *Pedriatria del desarrollo y comportamiento*. Obtenido de <http://reviostapeditria,clvol2num1/14.htm>
- Medicine Uchicago. (2017). *Biblioteca de salud del adulto*. Obtenido de <http://healthlibrary.uchospitals.edu/Spanish/DiseasesConditions/Adult/NonTraumatic/85,P03963>
- Medina Ruiz, J. P. (2016). *NIVEL DEL DESARROLLO PSICOMOTOR EN NIÑOS DE 2 A 5 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD "AMAKELLA" – SAN MARTÍN DE PORRES*. Lima - Peru: UNIVERSIDAD PRIVADA ARZOBISPO LOAYZA.
- Ministerio de la Salud. (2017). *Norma tecnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Lima: Minsa.
- Olivares Rodriguez ME, C. C. (2008). Evaluación psicológica del dolor. *Clínica y Salud*. En *Evaluación psicológica del dolor. Clínica y Salud*. (pág. 19(3)).

- OMS/OPS/INCAP. (2012). *Lámina Educativa “Las 5 Claves para Mantener los Alimentos Seguros*. Secretaría de Salud.
- OROSCO ALBA, Y. M. (2017). “*HÁBITOS ALIMENTARIOS EN FAMILIAS CON NIÑOS EN DESNUTRICION CRONICA DEL DISTRITO DE CHURUBAMBA – HUÁNUCO 2016*”. Huanuco - Peru: UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
- Otros., Y. R. (2015). *ANEMIA EN LA POBLACIÓN INFANTIL DEL PERÚ: ASPECTOS CLAVE PARA SU AFRONTE*. Lima: INSTITUTO NACIONAL DE SALUD.
- Pacco, M. E. (2015). *Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud “Miguel Grau”, Lima, 2014*. Lima - Peru: Universidad Peruana Union.
- Paniagua, G. Y. (2010). *Evaluación nutricional en una población preescolar de un Puesto de Salud*. LIMA: Universidad de Huanuco.
- Pequelia, D. (01 de octubre de 2010). *Alimentacion del niño Virtaminas y minerales fundamentales para el crecimiento*. Obtenido de <http://pequelia.republica.com/ninos/vitaminas-y-minerales-fundamentales-en-el-crecimiento.html>
- Pérez, L. M. (2015). *MANEJO DEL DOLOR INFANTIL POR EL PROFESIONAL DE ENFERMERIA*. España: Universidad de Valladolid.
- Pérez, Y. S. (2015). *ESTADO DE LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL BRINDADA A NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS EN UN MUNICIPIO DE SANCTI SPIRITUS*. cuba: Revista Cubana de Alimentación y Nutrición.

- Picon, J. y. (2013). *Higiene y Autocuidado*. Obtenido de [https://prezi.com/5wuuz--v7726/higiene-y-autocuidado-personal/\(&\)\(6\)](https://prezi.com/5wuuz--v7726/higiene-y-autocuidado-personal/(&)(6)).
- QAEC. (2015). Inspecciones de seguridad laboral. *Asociacion española para la calidad*, 1.
- Reyes-Ticas, J. A. (2010). TRASTORNOS DE ANSIEDAD GUIA PRACTICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO. En J. L. Gutiérrez, *Catedrático de Psiquiatría de la Universidad Complutense, Vice-Presidente de la Federación Mundial de Sociedades de Psiquiatría Biológica* (págs. 35-37).
- Ríos, R. N. (2014). “*EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL EN MENORES DE 5 AÑOS - INTERNADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO. – IQUITOS, 2014*”. Iquitos- Peru: UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA.
- Rodríguez, E. S. (2015). *Nivel de conocimientos y actitudes sobre alimentación saludable relacionados con la anemia en gestantes que asisten al programa de psicoprofilaxis Baby Hope de la Clínica Good Hope, Lima, 2014*. Lima - Peru: Univrsidad peruana union.
- Salud, O. M. (2013). *El Desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad*. Ginebra: Unicef. Recuperado el Martes de Noviembre de 2017
- Suarez, A. (2016). Importancia de los padres en la preparación espiritual y moral del adolescente. *MÁS ALLÁ DE LA ENSEÑANZA*, 1. Obtenido de <https://noticias.adventistas.org/es/columna/adolfo-suarez/importancia-de-los-padres-en-la-preparacion-espiritual-y-moral-del-adolescente/>

- Susana, O. M. (2002). *“Prácticas y representaciones sobre desnutrición infantil de causa primaria en familias pobres urbanas del Gran La Plata.* La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Torres Rodriguez, V. e. (2016). *VARIACIONES DE LOS SIGNOS VITALES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS, QUE ASISTEN A LAS CLÍNICAS DE ODONTOPEDIATRÍA Y DE EXODONCIA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA.* Guatemala: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA.
- TROYA, E. K. (2012). *LA DESNUTRICION CRONICA Y SU RELACION CON EL DESARROLLO DE LA GASTROENTERITIS EN NIÑOS (AS) MENORES DE 5 AÑOS QUE ASISTEN AL HOSPITAL BABA DEL CANTON BABA DURANTE EL PRIMER SEMESTRE DEL 2012.* BABAHOYO: UNIVERSIDAD TÉCNICA DE BABAHOYO.
- Tubio, A. P., & Fernandez, S. M. (2012). Atencion temprana.La mejor prevencion. *Familia y salud*, 1. Obtenido de <http://www.familiaysalud.es/podemos-prevenir/eventos-del-desarrollo/deteccion-precoz/atencion-temprana-la-mejor-prevencion>
- Tutaya, A. (Marzo de 2001). Dolor en Pediatría. *Paediatrica*, 4(2), 27-40. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de <http://cuidadospaliativos.org/uploads/2010/05/Dolor%20en%20pediatr%C3%ADa.pdf>
- Tutaya, A. (2002). Dolor en pediatría. En *Dolor en pediatría* (págs. 4(2): 27-40.). *Paediatrica*.
- Wisbaum, W. (2011). *La desnutricion inafntil Causas, consecuencias y estrategias* . Madrid: UNICEF España.

Zúñiga., A. L. (2013). Valoración Integral del Dolor en el Paciente Pediátrico. *Foro de Investigación y Tratamiento del Dolor para la Comunidad Médica*, 1-6.

Apéndice

Apéndice A

Guía de valoración

Nombre:	Fecha y hora de nacimiento: .../.../.....
HCL.....DNI..... Edad: días Sexo: M() F() Lugar de Nacimiento.....Telf:.....	
Tipo de parto: Distócico () Eutócico () EG:..... Apgar al 15..... PC.....cm PT.....cm Peso al nacerkg Talla al	

VALORACIÓN POR PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

<div style="border: 1px solid black; background-color: #c8e6c9; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>PATRON PERCEPCION- CONTROL DE LA SALUD</p> </div> <p>Antecedentes:</p> <p>Madre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - HTA () - Alergias: Si() No() - Medicamentos que consume especifique:..... -Consumo de sustancias tóxicas: Si() No() - N° de Gestación:..... <p>Padre:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfermedades: Si() No() - Alergias: Si() No() - Medicamentos que consume especifique:..... - Consumo de sustancias tóxicas :Si() No() 	<p>Desarrollo psicomotriz:</p> <p>Área motora: Normal () Riesgo () Deficiente ()</p> <p>Área lenguaje: Normal () Riesgo () Deficiente ()</p> <p>Área: coordinación: Normal () Riesgo () Deficiente ()</p> <p>Área social: Normal () Riesgo () Deficiente ()</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #c8e6c9; padding: 10px; margin-top: 20px; text-align: center;"> <p>PATRON VALORES-CREENCIAS</p> </div>
---	---

<p>Antecedentes de Enfermedades y/o Quirúrgicas:</p> <p>SOB/Asma () Neumonía () EDA () TBC () VIH () Otros: _____</p>	<p>Religión: _____</p> <p>Religión de los Padres: Católico () Evangélico ()) Adventista () Otros: _____</p>
<p>Alergias y Otras Reacciones: Polvo () Medicamentos () Alimentos () Otros: _____</p>	<p style="text-align: center;">PATRON AUTOPERCEPCION- AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</p> <p>Reactividad: Activo () Hipo activo () Hiperactivo ()</p>
<p>Estado de Higiene: Bueno () Regular ()) Malo ()</p> <p>Factores de Riesgo:</p> <p>Bajo Peso al Nacer: _____ Prematuro Si () No ()</p> <p>Control de Crecimiento y Desarrollo: Completo () Incompleto ()</p> <p>Tamizaje de Hb: _____</p> <p>Administración de MMN/ Dosis: _____</p> <p>Profilaxis de Antiparasitaria: _____</p>	<p>Estado Emocional: Tranquilo () Ansioso ()) Irritable () Negativo () Indiferente () Temeroso () Intranquilo () Agresivo ()</p> <p>Llanto Persistente: Si () No ()</p> <p>Observaciones: _____</p> <p>Reacción del acompañante frente a la atención</p>

Vacunas Completas: Si () No ()			de Enfermería:	
Enfermedad Actual :			Ansiedad ()	Indiferencia ()
ED	VACUNA	FEC	Rechazo ()	
AD		HA	Observaciones:	
RN:	HvB BCG		_____	
2me ses:	IPV Pentavalente Rotavirus Neumococo		<div style="border: 1px solid black; background-color: #d4edda; padding: 10px; text-align: center;"> PATRON DESCANSO-SUEÑO </div>	
4 meses:	IPV Pentavalente Rotavirus Neumococo		Sueño: N° de horas de Sueño: _____	
6me ses:	APO Pentavalente		Alteraciones en el Sueño: Si () No () Especifique: _____	
7me ses:	Influenza Influenza		_____ Motivo: _____	
8me ses			_____	
12m eses	SPR Neumococo		<div style="border: 1px solid black; background-color: #d4edda; padding: 10px; text-align: center;"> PATRON ACTIVIDAD-EJERCICIO </div>	

15 meses	AMA	
18 meses	DPT SPR APO	
4 años	DPT APO	

N° de controles:

PATRON RELACIONES-ROL

Se relaciona con el entorno: Si () No ()

Cuidado: Padres () Familiares ()
Otros ()

Comentarios:

Relaciones Familiares: Buena () Mala ()
Conflictos ()

Disposición Positiva para el Cuidado del

Actividad Respiratoria: Respiración:FR:

Tiraje () Aleteo nasal ()
Apnea ()

Tos: Si () No ()

Observación: _____

Secreciones: Si () No ()

Características: _____

Ruidos Respiratorios: CPD () CPI ()

ACP ()

Claros () Roncantes () Sibilantes ()

Crepitantes ()

Otros:

Enuresis: Si () No ()

Comentarios:

Actividad Circulatoria:

Niño camina:

Solo () Con pobre equilibrio () Piernas

<p>Niño: Si () No ()</p> <p>Familia Nuclear: Si () No () Familia Ampliada Si () No ()</p> <p>Padres Separados: Si () No ()</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #d4edda; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>PATRON PERCEPTIVO-COGNITIVO</p> </div> <p>Nivel de Conciencia: Orientado () Alerta () Despierto () Somnoliento () Irritable ()</p> <p>Comentarios: _____</p> <hr/> <p>Alteración Sensorial: Visuales () Auditivas () Lenguaje ()</p> <p>Otros: _____ Especifique: _____</p> <p>Comentarios: _____</p> <hr/> <p>Presenta anomalías: Si () No ()</p>	<p>separadas()</p> <p>Movilidad de miembros: Conservada () Disminuida ()</p> <p>Fuerza muscular conservada: Si() NO ()</p> <p>Capacidad de autocuidado: Independiente () Dependiente ()</p> <div style="border: 1px solid black; background-color: #d4edda; padding: 10px; text-align: center; margin: 10px 0;"> <p>PATRÓN ELIMINACIÓN</p> </div> <p>Intestinal:</p> <p>Nº Deposiciones/Día _____</p> <p>Características: _____</p> <p>Color: _____ Consistencia: _____</p> <p>Vesical:</p> <p>Micción Espontánea: Si () No ()</p> <p>Frecuencia: _____</p> <p>Cantidad: _____</p>
---	--

Observación: _____

Evaluación del dolor: Según Wong -

Baker



**PATRÓN NUTRICIONAL-
METABÓLICO**

Peso: _____ Talla: _____

Piel: Normal () Fría () Tibia

() Caliente ()

Observaciones:

Coloración: Normal () Cianótica ()

Ictérica () Rosada () Pálida ()

Observación:

Características:

**PATRÓN SEXUALIDAD-
REPRODUCCIÓN**

Higiene de órganos

genitales: _____

Secreciones Anormales en Genitales: Si ()

No ()

Especifique:

Otras Molestias:

Observaciones:

Problemas de Identidad:

Testículos No Palpables: Si () No ()

<p>Termorregulación: Temperatura:</p> <hr/> <p>Hipertermia () Normotermia ()</p> <p>Hipotermia ()</p> <p>Hidratación: Hidratado ()</p> <p>Deshidratado ()</p> <p>Observación:</p> <hr/> <p>—</p> <p>Fontanelas: Normotensa () Abombada ()</p> <p>) Deprimida ()</p> <p>Cabello: Normal () Rojizo ()</p> <p>Amarillo ()</p> <p>Ralo () Quebradizo ()</p> <p>)</p> <p>Mucosas Orales: Intacta () Lesiones</p> <p>()</p> <p>Observaciones:</p> <hr/> <p>Malformación Oral: Si () No ()</p> <p>Especificar:</p> <hr/>	<p>Fimosis Si () No ()</p> <p>Testículos Descendidos: Si () No ()</p> <p>Masas Escrotales Si () No ()</p> <p>Zona perianal:</p> <hr/> <p>Observaciones:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Nombre de la Enfermera:</p> <p>Firma: _____</p> <p>CEP: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
---	---

<p>Apetito: Normal () Disminuido ()</p> <p>Dificultad para Deglutir: Si () No ()</p> <p>Especificar: _____</p> <p>_____</p> <p>Alimentación: LME () LM () AC ()</p> <p>Fraccionada: Si () No ()</p> <p>Abdomen: B/D () Distendido ()</p> <p>)Timpánico () Doloroso ()</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p>	
--	--

Apéndice B

Fichas farmacológicas

Vitamina A

Nombre generico : Retinol, vitamina A.

Nombre comercial: Auxina A Masiva, Biominol

Clasificación: Vitaminas

Indicaciones: Las vitaminas son unos compuestos necesarios, en pequeñas cantidades, para el mantenimiento de la actividad biológica normal

Mecanismo de acción: La vitamina A es una vitamina liposoluble. Participa en los procesos de crecimiento y desarrollo óseo. Es esencial para el mantenimiento de la estructura y funcionamiento de las membranas de todas las células del organismo, para la visión, huesos y órganos reproductores.

Sulfato ferroso

Nombre generico: Sulfato ferroso

Nombre comercial: Ferraton (furanato ferroso)

Clasificación: Antianemicos.

Indicaciones: Es el tratamiento de elección para casos de anemia hipocrómica y como profiláctico en niños prematuros, niños en época de crecimiento, niños con dietas especiales, embarazo, etc. Estimula la producción de hemoglobina.

Mecanismo de acción: El hierro, ion metálico inorgánico, es un componente esencial del organismo, necesario para la formación de hemoglobina y para la realización de procesos oxidativos en los tejidos. El cuerpo humano contiene alrededor de 4.0 g de hierro; de ellos, 65

a 70% está en la hemoglobina. En general, el hierro de la dieta es suficiente para cubrir las necesidades cotidianas, que son alrededor de 1.0 mg en el adulto y en la mujer no menstruante; de 2.0 mg en la mujer menstruante, y de 3.0 mg o más durante el embarazo. La deficiencia de hierro es consecuencia de un aporte insuficiente que no satisface las necesidades (desarrollo, crecimiento, embarazo) o de pérdidas anormales (hemorragia sostenida o repetida). Los preparados de hierro sirven sólo para tratar las anemias por deficiencia de este elemento. Con la administración oral de preparados de hierro, la concentración normal de hemoglobina se recupera en 10 semanas y, a veces, es necesario un tratamiento de tres a seis meses para reponer los depósitos. El sulfato ferroso, que contiene 20% de hierro elemental, se absorbe en forma irregular e incompleta en el tubo digestivo; sin embargo, la absorción mejora de manera considerable en individuos deficientes. Su absorción disminuye cuando se toma con los alimentos. En el plasma se une en cantidad importante a las proteínas plasmáticas, la hemoglobina y, en menor proporción, a mioglobina, ferritina, hemosiderina, transferrina y enzimas. Su eliminación se lleva a cabo por diversas vías: piel, uñas, cabello, orina, heces y menstruación.

Multimicronutrientes.

Nombre generico : Multimicronutrientes.

Nombre comercial: Nutromix, Chispitas

Clasificación: Multivitamínicos

Indicaciones: Los multivitamínicos son mezclas de 2 vitaminas y 3 minerales, esta indicado para la suplementación de los micronutrientes para prevenir la anemia y la desnutrición crónica del niño.

Mecanismo de acción: son vitaminas liposolubles. Participa en los procesos de crecimiento y desarrollo óseo.

Sulfato de zinc

Nombre generico : Sulzinc

Nombre comercial: Sulfato de zinc

Clasificación: Sulfatos.

Indicaciones: Coadyuvante en el manejo de la diarrea persistente y de la diarrea aguda.

Tratamiento y prevención de los estados de deficiencia comprobada de zinc en situaciones de riesgo.

Mecanismo de acción:Efectos biológicos del zinc: El zinc es importante en cada una de las etapas de la división celular ya que es necesario para la incorporación de algunos aminoácidos al RNA, para la formación de las polimerasas del DNA y el RNA, de muchas otras enzimas y para estabilizar las moléculas de los ácidos nucleicos. Participa en una gran cantidad de procesos metabólicos, como la síntesis o desintegración de lípidos, proteínas, carbohidratos y ácidos nucleicos.

El zinc tiene un papel muy importante en la resistencia a las infecciones; su deficiencia compromete múltiples aspectos del sistema inmune, desde la integridad de la piel como barrera, hasta la regulación genética en el interior de los linfocitos. Es un elemento crucial para el normal desarrollo de las células mediadoras de la inmunidad no específica como los neutrófilos y las células asesinas naturales. La deficiencia de zinc también afecta la inmunidad adquirida por comprometer ciertas funciones de los linfocitos T, como activación, y producción de citoquinas, además también compromete la función de los macrófagos por lo

cual se afecta la capacidad la producción de citoquinas y la fagocitosis.

Farmacocinetica: Absorción e inicio de acción: La biodisponibilidad dietaria del zinc varía ampliamente entre las diferentes fuentes, pero se encuentra alrededor del 20-30%. La absorción de zinc en el tracto gastrointestinal es incompleta y esa reducción se presenta con algunos constituyentes de la dieta, tales como la papa. Los fitatos presentes en muchos vegetales inhiben su absorción y lo hacen menos biodisponible. La absorción del zinc tiene lugar en el intestino delgado. Para que esta absorción ocurra adecuadamente, es necesaria la presencia de una sustancia facilitadora, la cual es secretada por el páncreas. El zinc se une a ella y se transporta a través del borde en cepillo de las células epiteliales; las cuales tienen unos receptores a nivel de la membrana basolateral, donde se localiza el zinc absorbido. La leche materna contiene también la sustancia facilitadora de la absorción del zinc. La albúmina plasmática interactúa con estos receptores y fija el zinc a estos sitios de unión. La cantidad de albúmina libre de metal disponible determina la cantidad de zinc removido de las células intestinales. El zinc y el cobre compiten por los mismos sitios de unión en la albúmina plasmática.

Distribución: El zinc está distribuido ampliamente en el cuerpo con altas concentraciones encontradas en músculo, huesos, piel, ojos y fluidos prostáticos. El 50% se encuentra depositado en los huesos. Las concentraciones más altas de zinc se encuentran en la próstata, los espermatozoides y el tracto uveal. Otros tejidos con importantes concentraciones de zinc son: El pelo, las uñas, el hueso, el hígado, el riñón, el músculo y la piel. El tejido adiposo es muy pobre en zinc. No existe en el organismo un depósito del zinc, ni una proteína fijadora equivalente a la hemoglobina o a la ferritina como en el caso del hierro, a la cual el zinc está ligado en forma prioritaria. No obstante, el zinc está ampliamente distribuido.

La Cp normal oscila alrededor de 90 $\mu\text{g/dL}$, por debajo de 60 $\mu\text{g/dl}$, se considera que existe deficiencia. Se encuentra unido en el plasma en 60% en forma lábil a la albúmina, y en 40% está firmemente unido a las globulinas.

El zinc forma parte de la actividad catalítica de más de 300 enzimas del organismo: La deshidrogenasa láctica, la anhidrasa carbónica, las fosfatasas alcalinas, las polimerasas del DNA y del RNA. Así mismo el zinc es determinante de la estructura enzimática y de sus funciones reguladoras y catabólicas.

Excreción: Es principalmente excretado en heces y la regulación de las pérdidas fecales es importante en la homeostasis de zinc. Se pierden pequeñas cantidades en la orina y el sudor.

Apéndice C

Otros

Otros

Instrumentos de medición de la intensidad del dolor

Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale

