

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud**



*Una Institución Adventista*

Informe del proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con anemia leve del  
Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño (a) de una institución prestadora de  
servicios de salud de Iquitos, 2018

**Por:**

Annie Shirley Ampuero Zagaceta

**Asesor:**

Mg. Nira Cutipa Gonzales

Lima, 09 de enero de 2019

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, NIRA HERMINIA CUTIPA GONZALES, 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: ***“Informe del proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con anemia leve del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño (a) de una institución prestadora de servicios de salud de Iquitos, 2018”*** constituye la memoria que presenta la licenciada ANNIE SHIRLEY AMPUERO ZAGACETA, 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 nueve días del mes de enero de 2019.



---

Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Informe del proceso de atención de enfermería aplicado a lactante con anemia leve del  
Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño (a) de una institución prestadora de  
servicios de salud de Iquitos, 2018


## TRABAJO ACADÉMICO

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

### JURADO CALIFICADOR

  
Dra. Lili Albertina Fernandez Molocho

Presidente

  
Mg. Neal Henry Reyes Gastañadui

Secretario

  
Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Asesor

Lima, 09 de enero de 2019

## Índice

Símbolos usados .....	ix
Resumen .....	x
Capítulo I.....	11
Proceso de Atención de Enfermería .....	11
Valoración .....	11
Datos generales.....	11
Resumen de motivo de ingreso. ....	11
Situación problemática. ....	11
Exámenes auxiliares. ....	11
Tratamiento médico.....	12
Valoración según patrones funcionales de salud.....	12
Diagnósticos de enfermería.....	16
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	16
Planificación.....	18
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	18
Planes de cuidados.....	20
Ejecución.....	27
Evaluación.....	31
Capítulo II.....	33
Marco teórico.....	33
Antecedentes .....	33
Marco conceptual .....	35

Crecimiento.....	35
Anemia.....	37
Modelo teórico.....	40
Modelo de Virginia Henderson.....	40
Capítulo III.....	41
Materiales y Métodos.....	41
Tipo y diseño.....	41
Sujeto de estudio.....	41
Técnica de recolección de Datos.....	41
Consideraciones Éticas.....	41
Capitulo IV.....	42
Resultados, análisis y discusión.....	42
Resultados.....	42
Análisis y discusión.....	42
Capítulo V.....	45
Conclusiones y recomendaciones.....	45
Conclusiones.....	45
Recomendaciones.....	45
Bibliografía.....	46
Apéndice.....	53

## Índice de tablas

Tabla 1 .....	11
Tamizaje de hemoglobina .....	12
Fuente: Historia Clínica .....	12
Tabla 2 .....	13
Carnet de vacunas .....	13
Tabla 3 .....	20
Dx. Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por inapetencia, ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas. ....	20
Tabla 4 .....	22
Dx. Enfermería: CP. Anemia .....	22
Tabla 5 .....	24
Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición .....	24
Tabla 6 .....	26
Dx. Enfermería: Ansiedad relacionada a un factor estresante (salud de su hija) evidenciado por angustia. ....	26
Tabla 7 .....	27
SOAPIE 1: Dx. de Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por inapetencia, ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas .....	27
Tabla 8 .....	28

SOAPIE 2: Dx. de Enfermería CP. Anemia .....	28
Tabla 9 .....	29
SOAPIE 3: Dx. de Enfermería Disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición.....	29
Tabla 10 .....	30
SOAPIE 4: Dx. de Enfermería Ansiedad relacionada a un factor estresante (salud de su hija) evidenciado por angustia. ....	30
Tabla 11 .....	31
Evaluación del Dx. Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado a la ingesta diaria insuficiente evidenciado por inapetencia, ingesta inferior a las necesidades diarias recomendadas.....	31
Tabla 12 .....	31
Evaluación del Dx. Enfermería: CP. Anemia .....	31
Tabla 13 .....	32
Evaluación del Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición.....	32
Tabla 14 .....	32
Evaluación del Dx. Enfermería: Ansiedad relacionada a un factor estresante (salud de su hija) evidenciado por angustia. ....	32
Tabla 15 .....	37
Índice nutricional de la ganancia de peso y talla.....	37
Tabla 16 .....	42
Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería .....	42

## Índice de anexos

Apéndice A.....	53
Guía de valoración .....	53
Apéndice B.....	57
Fichas farmacológicas.....	57



## **Símbolos usados**

PAE: proceso de atención de enfermería

AREG: aparente regular estado general

AREH: aparente regular estado de hidratación

AREh: aparente regular estado de higiene

CRED: crecimiento y desarrollo

OA: objetivos alcanzados

OPA: objetivos parcialmente alcanzados

ONA: objetivos no alcanzados.

P/E: peso para la Edad.

P/T: peso para la Talla.

T/E: talla para la Edad.

T°: temperatura

FC: frecuencia cardiaca

FR: frecuencia respiratoria

UI: unidades Internacionales

## **Resumen**

Según la OMS (2015) la anemia representa el más extendido problema de salud y nutrición pública en el mundo. Se estima que más de 2 000 millones de personas (30 % de la población mundial) registran algún grado de anemia. Si bien es cierto los niveles de anemia son mayores en los países, regiones y grupos poblacionales con mayor nivel de pobreza, afecta a casi todos los países y todos los grupos poblacionales, incluidos los no pobres. La principal causa de anemia es el déficit en el consumo de hierro, elemento principal para la formación de hemoglobina, lo que puede ser exacerbado por las enfermedades infecciosas. El presente estudio de investigación tuvo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería a lactante con anemia leve del Consultorio de Crecimiento y Desarrollo del Niño (a) de una institución prestadora de servicios de salud de Iquitos, la metodología fue de tipo observacional descriptivo y el diseño de investigación fue el estudio de caso; el sujeto de estudio fue un lactante de 11 meses. La valoración fue realizada con la guía basada en patrones funcionales de Margory Gordon. Se enunció diagnósticos y se planteó un plan de cuidados con intervenciones que fueron ejecutadas y evaluadas. Se observó que, de cinco diagnósticos de enfermería propuestos, el 50% fueron objetivos parcialmente alcanzados y 50% fueron objetivos alcanzados. Al finalizar se logró aplicar el PAE al paciente cumpliendo las cinco etapas del mismo, se alcanzó ejecutar la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados por diagnóstico y se logró alcanzar los objetivos propuestos en su gran mayoría, gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

**Palabras clave:** Enfermería, lactante, anemia.

## Capítulo I

### Proceso de Atención de Enfermería

#### Valoración

##### Datos generales.

Nombre: I.C.A

Sexo: femenino

Fecha de Nacimiento: 24 de agosto del 2017

Edad: 11 meses

Servicio: Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano

Fecha de valoración: 25 de julio del 2018

##### Resumen de motivo de ingreso.

Lactante de 11 meses de edad de sexo femenino, acude a cita de control de crecimiento y desarrollo de niño sano para la evaluación nutricional y de desarrollo, administración de multimicronutrientes e inmunizaciones.

##### Situación problemática.

A la valoración, lactante se encuentra despierta, tranquila. Cabeza normocefales, tórax simétrico, abdomen blando depresible no doloroso a la palpación; genitales normales, extremidades simétricas. Madre refiere que su hija no tiene mucho apetito y no come muy bien.

##### Funciones Vitales

T°: 36.5°      FC: 80x´      FR: 20x´

##### Exámenes auxiliares.

Tabla 1

*Tamizaje de hemoglobina*

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	10.6mg/dl	11-14 mg/dl

*Fuente: Historia Clínica*

**Interpretación:** Anemia leve.

**Tratamiento médico.**

Sulfato ferroso 180 ml (15 mg de Fe/5ml) 1 ½ cucharadita de jarabe media hora antes del almuerzo por 6 meses

Retinol 100.000 UI (Vitamina A) dosis única menor de año

Multimicronutrientes: 6<sup>ta</sup> caja con 30 sobrecitos, uno por día

**Valoración según patrones funcionales de salud.**

***Patrón percepción- control de la salud.***

Antecedentes:

Madre:

Nº de Gestación: 01

Control Pre natal: Si

Grupo y factor: Rh +

Complicación Gestacional: ninguna

Niño:

Alergias: Ninguna

Factor de Riesgo: infraestructura de la casa, entorno

Nivel económico: medio

Consumo de agua tratada

Tabla 2  
Carnet de vacunas

Edad	Vacuna	Fecha
RN	BCG	25/08/17
	HVB	
2 meses	IPV	27/10/17
	PENTAVALENTE	
4 meses	ROTAVIRUS	28/12/17
	NEUMOCOCO	
6 meses	APO	24/02/18
	PENTAVALENTE	
7 meses		24/04/18
8 meses	INFLUENZA	24/05/18

N° de controles: 11

***Patrón relaciones – rol.***

Fuente de Apoyo: ambos padres

Estado Civil de los padres: convivientes

Problemas Familiares: no se evidencia

Tipo de Familia: funcional

Comentario Adicional: madre se muestra ansiosa por la situación actual de su hija e interés por mejorar y aprender sobre una adecuada alimentación.

***Patrón valores y creencias.***

Restricciones religiosas: no

Religión de los padres: católicos

***Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.***

Estado emocional del niño: tranquila, activa, alegre.

***Patrón descanso- sueño.***

Horas de sueño: 9 horas

***Patrón perceptivo cognitivo***

Niño despierto, activo

Funcionalidad de los sentidos: buena

No presenta anomalías

Dolor: no

Desarrollo psicomotriz:

Área motora: empezando a caminar

Área lenguaje: dice papá, mamá, dame y teta

Área coordinación: normal

Área social: normal

***Patrón actividad ejercicio.***

Actividad Respiratoria:

FR: 20 x'

Respiración: normal

Ruidos Respiratorios: normales en ambos campos pulmonares (ACP)

Actividad Circulatoria:

FC: 80 x'

Actividad ejercicio/ capacidad de autocuidado

Niña camina sola, con pobre equilibrio y piernas separadas.

Tiene movilidad de miembros

Fuerza muscular conservadas

Capacidad de autocuidado: totalmente dependiente.

***Patrón nutricional metabólico.***

Peso: 8,00 kg,

Talla: 69 cm

PC: 39.8 cm

Temperatura: 36.5

P/T normal

P/E ganancia inadecuada de peso

T/E: ganancia inadecuada de talla

Piel:

Piel y mucosas hidratadas.

Color: ligeramente pálidas.

Integridad: intacta

Boca:

Cavidad bucal: limpia e íntegra

Dificultad para deglutir: no

Dentadura: presenta dientes (4) en buen estado

Paladar: normal

Malformaciones: no

Abdomen:

Cambio de peso durante los últimos días: sí

Apetito: disminuido

Abdomen: blando/depresible

Ruidos Hidroaéreos: presentes

Nº habitual de comidas: 3 veces al día

Tipo de dieta: de la misma olla familiar

Otros

Cabellos y uñas intactas

Hemoglobina: 10,6 mg/dl

Escleras: pálidas

***Patrón eliminación.***

Intestinales:

Nº de deposiciones: 3 veces al día

Color: amarillo

Consistencia: pastosa

Cantidad: regular

Vesicales:

Frecuencia: espontaneo

Color: amarillo claro

Cantidad: regular

***Patrón sexualidad reproducción.***

Órganos Genitales: limpios e íntegros

Zona perianal: normal

Estado de higiene: buena

**Diagnósticos de enfermería**

**Análisis de las etiquetas diagnósticas.**

Etiqueta diagnostica: desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002)



Dominio: 2 nutrición

Clase: 1 ingestión

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

Características definitorias: inapetencia, disminución en la ración diaria de alimentos

Factor relacionado: cantidad de alimentos ingeridos insuficientes

Enunciado de enfermería: desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades relacionado cantidad de alimentos ingeridos insuficientes evidenciado por inapetencia, disminución en la ración diaria de alimentos.

CP: Anemia

Definición: “La anemia en lactantes es la variación de la cifra normal de hemoglobina (Hb) en relación con varios factores, siendo los principales la edad gestacional, el peso al nacimiento y edad cronológica” (Madrigar, 2003).

Signos y síntomas: Piel pálida, Hb: 10.6

Enunciado: CP. anemia

Etiqueta diagnóstica: disposición para mejorar la nutrición (00163)

Dominio: 2 nutrición

Clase: 1- ingestión

Definición: “patrón de consumo de nutrientes, que puede ser reforzado”. (NANDA, 2015).

Característica definitoria: expresa deseo de mejorar la nutrición

Enunciado de enfermería: disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición

Etiqueta diagnóstica: Ansiedad (00146)

Dominio: 9 Afrontamiento/tolerancia al estrés

Clase: 2 Respuesta de afrontamiento

Definición: “sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico 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 la amenaza”. (NANDA, 2015)

Característica definitoria: angustia

Factores relacionados: dificultad en la nutrición de su hijo lactante.

Enunciado de enfermería: ansiedad de la madre relacionado dificultad en la nutrición de su hijo lactante evidenciado por angustia.

de pulso

## **Planificación**

### **Priorización de los diagnósticos enfermería.**

1. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado cantidad de alimentos ingeridos insuficientes evidenciado por inapetencia, disminución en la ración diaria de alimentos.
2. CP. Anemia

3. Disposición para mejorar la nutrición evidenciado por deseo de mejorar nutricional.
4. Ansiedad de la madre relacionado dificultad en la nutrición de su hijo lactante evidenciado por angustia.

## Planes de cuidados

Tabla 3

*Dx. Enfermería: Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado cantidad de alimentos ingeridos insuficientes evidenciado por inapetencia, disminución en la ración diaria de alimentos.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>Lactante evidenciara equilibrio nutricional con ingesta acorde a necesidades metabólicas durante el periodo de tratamiento y seguimiento.</p> <p>Objetivos esperados:</p> <p>Lactante ingerirá una dieta nutritiva ajustada a su edad.</p> <p>Lactante mostrará ganancia de peso progresivamente.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Realizar antropometría cada quincena.</li> <li>2. Comprobar la capacidad de masticar, deglutir, la presencia de barreras mecánicas; o trastornos como intolerancia a la lactosa.</li> <li>3. Obtener información de los padres sobre los hábitos de alimentación, determinando los alimentos y bebidas que consumen normalmente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Horario de comidas</li> <li>Bebidas que tomas durante come</li> <li>Numero de frutas que consume en el día</li> <li>Numero de cucharas que come</li> </ul> </li> <li>4. Determinar si el lactante se alimenta de leche materna o biberón y el patrón</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Es fundamental realizar vigilancia de la situación nutricional de niños y niñas menores de cinco años para realizar intervenciones oportunas ante casos de malnutrición (Isla, y otros, 2013).</li> <li>2. Estos factores pueden afectar a la ingestión o el deseo de comer o la digestión de los nutrientes, y la selección dietética específica (Doenges, Moorhouse, &amp; Murr, 2008).</li> <li>3. Los hábitos son conductas que adaptamos a nuestra vida que dependiendo del entorno también se modifican, serán adquiridos por parte de un miembro de su familia o de su grupo social (Hernández, Rodríguez, &amp; Vargas, 2012).</li> <li>4. Los lactantes se alimentan fundamentalmente de leche, sin embargo cuando entran a su segundo semestre de</li> </ol>

---

habitual de tomas mediante un periodo de 24 horas

5. Concientizar a la madre sobre la importancia de una alimentación balanceada.

6. Establecer un plan nutricional que cubra las necesidades dietéticas.

Racionar la comida en 6 veces al día  
Aumentar la ingesta de alimentos de origen animal una vez por día  
Aumentar la ingesta de frutas agradables a su paladar

7. Realizar visitas domiciliarias

vida se inicia la Diversificación Alimentaria (DA), que da inicio a la alimentación complementaria, introduciendo alimentos distintos a la leche materna o fórmula (Lázaro & Marín, 2010).

5. Después de los primeros seis meses de vida, la lactancia materna ya no cubre las necesidades de energía ni la de ciertos minerales como hierro y zinc, ni de vitaminas como la A, por lo que es necesario ofrecer alimentos complementarios apropiados para cubrir los requerimientos de esa edad (Brown, Dewey, & Allen, 2003).

6. El principal factor exógeno que contribuye al normal crecimiento y desarrollo del niño es la alimentación. Por ello, cobra importancia el ofrecer al niño una dieta equilibrada y variada que contenga todos los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo (Hospital Materno infantil Barcelona, 2014).

7. Las visitas domiciliarias refuerzan las sesiones educativas que se realizan en el consultorio y evalúan su cumplimiento. (MINSa, 2017)

---

Tabla 4  
Dx. Enfermería: CP. Anemia

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p>Objetivo general:</p> <p>Revertir anemia</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Educar a la madre acerca de la enfermedad.</li> <li>2. Educar sobre la administración de Sulfato ferroso 180 ml (15 mg de Fe/5ml) 1 ½ cucharadita de jarabe media hora antes del almuerzo según prescripción medica.</li> <li>3. Informar a la madre sobre los alimentos ricos en hierro.</li> <li>4. Realizar tamizaje de hemoglobina cada mes.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La madre y la familia del lactante deben conocer la enfermedad y enfrentarse a los cambios resultantes de la enfermedad y del tratamiento (Potter, 2002).</li> <li>2. El hierro por vía oral es el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes debido a que es altamente efectivo, seguro y de bajo costo. Una parte del hierro contenido en el sulfato ferroso (SF), forma sales insolubles con los fitatos, los tanatos y los fosfatos que están presentes en los alimentos; éstos son excretados en las heces y por tanto no están disponibles para su absorción (Müller &amp; Geisser, 2001).</li> <li>3. En la Alimentación complementaria se brindar una porción de carne roja, pescado, pollo o huevo, hígado de res o de pollo, que son fuentes ricas en hierro (Flores, Martínez, Toussaint, Adell, &amp; Copto, 2006).</li> <li>4. Es muy importante la vigilancia de la deficiencia de hierro. A nivel mundial, el método más común de tamizaje consiste en determinar la prevalencia de la anemia mediante la medición de los niveles de</li> </ol>

- 
5. Comprometer a la madre a cumplir con el tratamiento.
- hemoglobina en la sangre o de hematocrito (WHO, 2001).
5. Para que la madre se sienta comprometida a cumplir con las indicaciones del tratamiento, la enfermera necesita explicar la acción y el objetivo de la medicación, los efectos secundarios, las técnicas correctas de administración y también las consecuencias de no brindarlo (Potter, 2002).
-

Tabla 5

*Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general: Madre manifestará disposición para mejorar la nutrición del lactante. Resultados esperados Madre evidencia deseo de corregir la alimentación de su hija.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mantener relación terapéutica enfermera-familia</li> <li>2. Evaluar factores de riesgo que perjudican la gestión de la salud del lactante.</li> <li>3. Realizar una interconsulta con el área de nutrición.</li> <li>4. Realizar visita domiciliaria para su el cumplimiento de las sesiones educativas brindadas.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dentro de la relación enfermera-paciente la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad (Gómez, 2013).</li> <li>2. Diversos factores como los políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales y biológicos pueden favorecer o dañar la salud de las personas, pero si el entorno en el hogar es saludable se habrá adelantado en la conquista de espacios que permitan el desarrollo y promoción de la salud en la casa (Barrios &amp; Paravic, 2006).</li> <li>3. La identificación de algún riesgo nutricional que este susceptible a sufrir complicaciones de su enfermedad o de su tratamiento debe ser realizada por un profesional de nutrición (Montoya &amp; Múnera, 2014).</li> <li>4. La atención domiciliaria es el tipo de asistencia o cuidados que se presta en el domicilio a aquellas personas y a su familia que, debido a su estado de salud necesitan apoyos. Consiste en buscar una mejor adaptación del individuo a su medio social por medio de una relación personal entre el individuo y el profesional, donde la visita domiciliaria es el medio más</li> </ol>



---

adecuado de interacción y acercamiento tanto con el individuo y su familia, como con el entorno e instituciones (Royo, 2018).

---

Tabla 6

*Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre relacionado dificultad en la nutrición de su hijo lactante evidenciado por angustia.*

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
Objetivo general: Madre evidenciará ausencia de ansiedad después de la consulta.	1. Mantener una buena relación entre la enfermera- madre.	1. Dentro de la relación enfermera-cuidador la comunicación es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad (Gómez, 2013).
Resultados esperados: Madre expresa sentirse más tranquila después de recibir las intervenciones planificadas.	2. Favorecer la expresión de inquietudes y preocupaciones de la madre respecto a su hijo.  3. Responder de forma clara y sencilla las preguntas de la madre.	2. Un estilo de comunicaciones amistoso, informal y cálido ayuda a establecer la confianza. Entre enfermera y paciente, favoreciendo a la expresión de preocupaciones y dudas (Potter, 2002).  3. Actualmente, uno de los grandes desafíos que enfrenta la enfermera es satisfacer las necesidades de enseñanza en salud a través de una buena comunicación al responder todas las preguntas y dudas sobre la enfermedad (Leiva & Moreno, 2018).

## Ejecución

Tabla 7

*SOAPIE 1: Dx. de Enfermería: desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades relacionado cantidad de alimentos ingeridos insuficientes evidenciado por inapetencia, disminución en la ración diaria de alimentos.*

Fecha/hora		Intervenciones
25/07/18 8:00 am	S	Lactante acude al control de crecimiento y desarrollo en brazos de su madre. Madre refiere: “mi niña no quiere comer siento que está perdiendo peso y no crece”
	O	Lactante de 11 meses de sexo femenino en AREG, AREH, AREN, con un peso de 8 kg y una talla de 69 cm, se le observa tranquila y reflejos presentes. Al examen físico se encuentra: cabeza: normocéfalo, ojos: foto reactivas, boca: sin lesiones, cuello: cilíndrico, tórax: simétrico, abdomen: blando y depresible, genitales sin alteración, miembros superiores e inferiores simétricos y móviles.
	A	Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades relacionado cantidad de alimentos ingeridos insuficientes evidenciado por inapetencia, disminución en la ración diaria de alimentos.
	P	Lactante evidenciará equilibrio nutricional con ingesta acorde a necesidades metabólicas durante el periodo de tratamiento y seguimiento
	I	Se realiza antropometría cada quincena.  Se comprueba la capacidad de masticar, deglutir, la presencia de barreras mecánicas; o trastornos como intolerancia a la lactosa.  Se obtiene información de los padres sobre los hábitos de alimentación, determinando los alimentos y bebidas que consumen normalmente.  Se determina si el lactante se alimenta de leche materna o biberón y el patrón habitual de tomas mediante un periodo de 24 horas.  Se establece un plan nutricional que cubra las necesidades dietéticas.
	E	OPA: lactante evidencia parcial equilibrio nutricional al aumentar progresivamente la ingesta de alimentos balanceados y subir de peso.

Fuente: Propio autor

Tabla 8  
 SOAPIE 2: Dx. de Enfermería CP. Anemia

Fecha/hora	Intervenciones	
25/07/18 8:00 am	S	Lactante acude al control de crecimiento y desarrollo en brazos de su madre.” Madre refiere mi niña no me recibe los micronutrientes”
	O	Lactante de 11 meses de sexo femenino, con un peso de 8.00 kg y una talla de 69 cm. Color de piel: ligeramente pálida. Hemoglobina: 10.6 mg/dl.
	A	CP. Anemia
	P	Revertir anemia
	I	Se educa a la madre acerca de la enfermedad.  Se educa sobre la administración de Sulfato ferroso 180 ml (15 mg de Fe/5ml) 1 ½ cucharadita de jarabe media hora antes del almuerzo.  Se concientiza a la madre sobre la importancia de una alimentación balanceada.  Se informa a la madre sobre los alimentos ricos en hierro.  Se realiza tamizaje de hemoglobina cada mes.
	E	Comprometer a la madre a cumplir con el tratamiento. OPA: Lactante revirtió parcialmente la anemia, aumentado progresivamente el nivel de hemoglobina.

Fuente: Propio autor

Tabla 9  
 SOAPIE 3: Dx. de Enfermería, disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición

Fecha/hora		Intervenciones
25/07/18 8:00 am	S	Lactante acude al control de crecimiento y desarrollo en brazos de su madre. Madre refiere “mi niña no quiere comer siento que está perdiendo peso y no crece”
	O	Madre muestra interés por mejorar y aprender sobre una adecuada alimentación.
	A	Disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición
	P	Madre manifestará disposición para mejorar la nutrición del lactante.
	I	Se mantiene una buena relación enfermera- familia  Se evalúa factores de riesgo que perjudican la gestión de la salud del lactante.  Se realiza una interconsulta con el área de nutrición.  Se realiza visita domiciliaria
	E	OA: Madre manifiesta disposición para mejorar la nutrición del lactante al verbalizar deseo de corregir alimentación de su hija.

Fuente: Propio autor

Tabla 10

*SOAPIE 4: Dx. de Enfermería, ansiedad de la madre relacionado dificultad en la nutrición de su hijo lactante evidenciado por angustia.*

Fecha/hora	Intervenciones	
25/07/18 8:00 am	S	Lactante acude al control de crecimiento y desarrollo en brazos de su madre. Madre refiere “mi niña no quiere comer siento que está perdiendo peso y no crece”
	O	Madre se muestra ansiosa por la situación actual de su hija
	A	Ansiedad relacionada a un factor estresante (salud de su hija) evidenciado por angustia.
	P	Madre evidenciara ausencia de ansiedad después de la consulta.
	I	Se mantiene una buena relación entre la enfermera- madre.  Se favorece a que la madre manifieste sus inquietudes y preocupaciones.  Se responde de forma clara y sencilla las preguntas de la madre.
	E	OA: Madre evidencia ausencia de ansiedad después de despejar sus dudas acerca de la situación actual de su hija.

Fuente: Propio autor

## Evaluación

Tabla 11

*Evaluación del Dx. Enfermería: desequilibrio nutricional, ingesta inferior a las necesidades relacionado cantidad de alimentos ingeridos insuficientes evidenciado por inapetencia, disminución en la ración diaria de alimentos.*

Diagnóstico 1	Evaluación
<p>Objetivo general: Lactante evidenciara equilibrio nutricional con ingesta acorde a necesidades metabólicas durante el periodo de tratamiento y seguimiento</p>	<p>OPA: Lactante evidencia parcial equilibrio nutricional al aumentar progresivamente la ingesta de alimentos balanceados y subir de peso.</p>
<p>Resultados esperados: Lactante mostrará ganancia progresiva de peso. Lactante ingerirá una dieta nutritivamente ajustada a su edad.</p>	

Tabla 12

*Evaluación del Dx. Enfermería: CP. Anemia*

Diagnóstico 2	Evaluación
<p>Objetivo general Lactante revirtió parcialmente la anemia, aumentado progresivamente el nivel de hemoglobina.</p>	<p>OPA: Lactante revirtió parcialmente la anemia, aumentado progresivamente el nivel de hemoglobina.</p>

Tabla 13

*Evaluación del Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la nutrición evidenciado por expresa deseo de mejorar la nutrición*

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo general	OA: Madre manifiesta disposición progresivamente para mejorar la nutrición del lactante al verbalizar deseo de corregir alimentación de su hija.
Madre manifestará disposición para mejorar la nutrición del lactante.	
Resultados esperados	
Madre evidencia deseo de corregir la alimentación de su hija.	

Tabla 14

*Evaluación del Dx. Enfermería: Ansiedad de la madre relacionado dificultad en la nutrición de su hijo lactante evidenciado por angustia.*

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo general:	OA: Madre evidencia ausencia de ansiedad después de despejar sus dudas acerca de la situación actual de su hija.
Madre evidenciara ausencia de ansiedad después de la consulta.	
Resultados esperados	
Madre evidencia sentirse más tranquila después de recibir las intervenciones planificadas.	



## Capítulo II

### Marco teórico

#### Antecedentes

Valeggia, Faulkner y Ellison (2002) llevaron a cabo una investigación cuyo objetivo fue comparar el crecimiento de lactantes de una población toba con estándares de crecimiento nacionales e internacionales. Población y métodos. Se utilizaron los registros de peso del Centro de Salud Namqom, Formosa, tomados mensualmente entre los años 1994 y 1998. Se trabajó sobre un total de 4.210 mediciones en 884 niños (474 niñas y 410 niños) alimentados con leche materna, de 0 a 24 meses de edad. Se calcularon los puntajes Z para peso-edad usando dos bases de datos de la OMS para niños amantados y la curva estándar actual para niños argentinos. Resultados. Hasta los 11 meses de edad, la media del peso en esta población está por encima de las dos curvas de referencia, presentando un pico alrededor de los 4 meses y decayendo luego hasta revertir la tendencia en el segundo año de vida. La proporción de lactantes desnutridos llega a un pico a los 15 meses, decayendo hacia los 24 meses.

Conclusiones. El crecimiento de los niños estudiados fue muy bueno durante el primer año de vida, pero se produce un retardo durante el segundo año. La desnutrición infantil aparece alrededor de los 7 meses de edad. Estos resultados señalan la necesidad de apoyo a los patrones tradicionales de lactancia materna y de estudios más detallados acerca de los factores bioculturales que llevan a la desnutrición en el destete. Palabras clave: peso, crecimiento, lactantes, tobas, lactancia materna.

Martínez, Rodríguez, Agudelo, Vargas, y Peña (2014) realizaron una investigación en América Latina y el Caribe cuyo objetivo fue identificar la anemia como signo de malnutrición en niños del programa de recuperación nutricional domiciliaria del Hospital San

Juan de Dios de Santa Rosa de Osos, Antioquia. Materiales y métodos: fue un estudio descriptivo transversal, que incluyó 33 niños (0-10 años) del programa excluyendo pacientes anémicos por otra causa. Se realizaron hemoleucogramas analizando valores de hemoglobina, hematocrito, presencia de anemia y su clasificación. El MUAC Mid-Upper Arm Circumference se empleó para valorar el estado nutricional de la población. Otras medidas antropométricas utilizadas fueron el peso en kilogramos y talla en centímetros e IMC (Índice de Masa Corporal). Se realizó una base de datos en el programa SPSS versión 19.0 para el análisis de las variables cuantitativas con nivel de razón, promedios, desviaciones estándar (DE) y variables cualitativas en porcentajes. La investigación contó con el aval ético de la institución. Resultados: el 51% de los pacientes incluidos en el estudio fueron de sexo femenino, la edad promedio fue 3.5 años, el 97% correspondieron a estratos socioeconómicos 1- 2 y cuatro de cada cinco pacientes pertenecían al régimen contributivo. El 8.6% padecían desnutrición global y el 23% bajo peso. Se encontró la hemoglobina con promedio de 12.3 g/dL y el hematocrito 37.3%. En los niños con anemia, en más de la tercera parte, se evidenció microcitosis e hipocromía. Conclusión: Los valores antropométricos se relacionan con valores límites de la hemoglobina y la presencia de anemia microcítica hipocrómica.

Alcaraz, Cornejo, Figueroa, y Múnera (2008) realizaron una investigación cuyo objetivo fue evaluar el estado nutricional de los niños en el área urbana de Turbo por indicadores antropométricos y alimentarios, e identificar los factores sociodemográficos, ambientales, alimentarios y de salud asociados con el riesgo de desnutrición. Materiales y métodos. Estudio descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 606 niños. Se hizo una selección aleatoria proporcional y polietápica de los barrios y manzanas del área urbana de Turbo. Se realizó evaluación antropométrica y aplicación de un cuestionario sobre aspectos

socioeconómicos y antecedentes nutricionales a la madre. Resultados. Utilizando un punto de corte de  $-2$  unidades Z, las prevalencias de desnutrición global (insuficiencia ponderal), crónica y aguda fueron 11,1% (IC95% 8,5-13,6), 11,7% (IC95% 9,1-14,4) y 2,8% (IC95% 1,4-4,2), respectivamente. Tomando como punto de corte  $-1$  unidades Z, las prevalencias aumentaron a 41,7% (IC95% 37,7-45,8), 36,9% (IC95% 33,0-40,9) y 24,6% (IC95% 21,1-28,1), respectivamente. En el análisis bivariado se encontraron los mayores riesgos de desnutrición global, aguda y crónica para el sexo masculino; de desnutrición global y crónica, para mayores de un año; de desnutrición crónica, para niños que pertenecían a hogares de más de cinco miembros, hijos de mujeres con bajo nivel educativo, que recibieron lactancia materna por más de un año y que tenían más hermanos. Conclusiones. La clasificación del estado nutricional utilizando indicadores antropométricos mostró que el riesgo de desnutrición en la población infantil del área urbana de Turbo estuvo por encima de los promedios nacionales. El estado nutricional está asociado con múltiples factores. De ahí, la importancia de abordarlos intersectorialmente para crear proyectos que den una respuesta integral a esta problemática.

## **Marco conceptual**

### **Crecimiento.**

Tiene como propósito medir el aumento de masa celular, tisular y corporal desde la gestación hasta el término de la pubertad, expresada como crecimiento físico para conocer efectos sobre la salud. De las medidas antropométricas, el peso, masa corporal y la talla, destacan como las más frecuentes, seguidas de otras como los perímetros cefálicos, del brazo, torácico y, más recientemente, la circunferencia de cintura (Flores, 2006).

Las desviaciones en el crecimiento temprano, ya sea por el bajo peso, retardo del crecimiento o por sobrepeso y obesidad, pueden minar la salud de los niños comprometiendo su bienestar. En muchas familias existen ambas condiciones, por lo que se plantean desafíos a las políticas y directrices nacionales de nutrición. Aunque el papel de la familia es bien conocido, muchas de las intervenciones nutricionales se centran casi exclusivamente en la dieta, presentando escasa atención a los comportamientos de interacción entre los cuidadores y los niños, actividades que caracterizan a las primeras experiencias de alimentación. Los hábitos establecidos tempranamente en la vida suelen persistir con el paso del tiempo, esto hace a los primeros años de vida un tiempo ideal para ayudar a las familias a establecer hábitos saludables de alimentación y evitar tanto la desnutrición como el sobrepeso (Black & Creed, 2012).

Según el MINSA (2017) divide el crecimiento en adecuado e inadecuado.

***Crecimiento adecuado.***

Condición en la que la niña o niño evidencia ganancia de peso e incremento de longitud o talla de acuerdo a los rangos de normalidad esperados para su edad ( $\pm 2$  DE alrededor de la mediana). La tendencia de la curva es paralela a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente.

***Crecimiento inadecuado.***

Condición en la niña o niño que evidencia la no ganancia (aplanamiento de la curva de crecimiento), o ganancia mínima de longitud o talla, y en el caso del peso incluye pérdida o ganancia mínima o excesiva. Cada niño o niña tiene su propia velocidad de crecimiento, el que se espera sea ascendente y se mantenga alrededor de la mediana. Cuando la tendencia de crecimiento cambia de carril, es necesario interpretar su significado, pues puede ser un

indicador de crecimiento inadecuado o riesgo de crecimiento aun cuando los indicadores P/T o T/E se encuentra dentro de los puntos de corte de normalidad (+/- 2DE)

La OMS (2006) determinó el patrón de índice nutrición de la ganancia de peso y talla.

Tabla 15

*Índice nutricional de la ganancia de peso y talla*

Edad	Incremento de cm por mes/año	Ganancia en gramos por días	Ganancia en gramos por mes
0-3 meses	4 cm / mes	40	1000 - 1200
4-6 meses	2 cm / mes	30	800 – 900
7- 12 meses	1 cm / mes	25	700 - 800
1 – 2 años	10 a 12 cm/ año	15	400-450
2 – 5 años	5 a 7 cm /año	10	2 a 3.5 kg/año

### **Anemia**

#### ***Definición.***

La OMS (2016) define a la anemia como una disminución del recuento de glóbulos rojos con respecto a los valores normales para la edad. Esta patología es producto de una inadecuada producción o un aumento de la destrucción de hematíes

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), exceptuando la etapa de recién nacido, la anemia es la presencia de valores de hemoglobina (Hb) inferiores a los 11 g/dl para edades entre seis meses y cinco años, y la consecuencia fundamental del descenso de la hemoglobina es la disminución de la capacidad del transporte de oxígeno a los tejidos, no obstante, es necesario que la misma descienda por debajo de 80 a 90g/l para que se manifieste

clínicamente, constituyendo como signo cardinal la palidez cutáneo mucosa (Silva, Retureta, y Panique, 2015).

### ***Signos y síntomas.***

Entre las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad figuran: cansancio, fatiga, palidez de piel y mucosas, falta de apetito, crecimiento deficiente y disminución de las defensas a las infecciones, entre otras. La anemia ligera es la que más predomina, pero debido a que ningún síntoma parece grave o pone en peligro la vida, existe la tendencia a ignorar esta afección, la cual no debe ser menospreciada (Sosa, Suárez, Núñez, González, y Salas, 2012).

### ***Metabolismo del hierro.***

El hierro es un elemento esencial para la vida, puesto que participa prácticamente en todos los procesos de oxidación-reducción. Puede ser hallado formando parte esencial de las enzimas del ciclo de Krebs, en la respiración celular y como transportador de electrones en los citocromos. Está presente en numerosas enzimas involucradas en el mantenimiento de la integridad celular, tales como las catalasas, peroxidases y oxigenasas (Forrellat, Défaix, & Fernández, 2000).

Según Torres (2016) el hierro es un elemento químico muy importante para la vida, es necesario para múltiples procesos en los organismos, tanto intra como extracelular. Nosotros los seres humanos disponemos del hierro en 3 compartimientos:

Compartimiento funcional: es el hierro que está en la hemoglobina, 40 mioglobina, en algunas proteínas y como cofactores en reacciones químicas en el cuerpo humano. Este es alrededor del 60 al 80% del hierro corporal total.

Compartimiento transporte: el hierro está asociado a la transferrina, oscila entre el 0 a 8% del hierro corporal total.

Compartimiento de reserva: constituye el hierro de depósito, ferritina y hemosiderina, aproximadamente es el 20% de hierro corporal.

### ***Absorción del hierro.***

El hierro es absorbido a nivel de intestino delgado proximal (duodeno). El enterocito regula la absorción de Fe según las necesidades del organismo: altos niveles corporales de Fe bloquean su absorción y bajos niveles la incrementan. La dieta contiene dos tipos de Fe según su forma química. El Fe no hemínico (inorgánico) proveniente de alimentos vegetales, sales minerales y también en carnes. El hierro hemínico derivado de carnes y sangre, cada uno con transportadores específicos (Grandy y Weisstaub, 2010).

La absorción del hierro en el organismo está en estrecha relación con el balance de este a nivel corporal, de acuerdo al déficit que se tenga el hierro se absorberá. No obstante, esto dependerá del tipo de hierro ingerido en la dieta y las necesidades del organismo (Torres, 2016).

Gaitán, Olivares, Arredondo, y Pizarro (2006) mencionan que existen factores que aumentan o disminuyen su absorción.

Factores que aumentan la absorción: PH ácido, vitamina c, aumento de eritropoyesis, disminución de hierro, Anemia ferropénica, hipoxia, aminoácidos, azúcares, carne, pescado, etc.

Factores que disminuyen la absorción: hipoclorhidria, leche de vaca, oxalatos, fibra, fosfato, fitatos, sobrecarga de hierro, inflamación, etc.

### ***Transporte del hierro.***

El hierro oxidado, férrico (+3), se asocia a la proteína transferrina la cual tiene 2 sitios de anclaje para este elemento, esta se encargará de su distribución a nivel corporal hacia los sitios

en donde sea precisado. Luego del transporte, queda depositado intracelularmente asociado a ferritina y hemosiderina, principalmente en el sistema monocito-macrófago del bazo, hígado y médula. (Pérez, García, y González, 2011)

## **Modelo teórico**

### **Modelo de Virginia Henderson**

El ser humano es un ser biopsicosocial con necesidades que trata de cubrir de forma independiente según sus hábitos, cultura, etc. El ser humano cuenta con 14 necesidades básicas: respirar, comer y beber, evacuar, moverse y mantener la postura, dormir y descansar, vestirse y desnudarse, mantener la temperatura corporal, mantenerse limpio, evitar los peligros, comunicarse, ofrecer culto, trabajar, jugar y aprender. Las funciones de enfermería en el modelo de Virginia Henderson son atender a la persona sana o enferma en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a la salud, a su restablecimiento, o a evitarle sufrimientos en la hora de la muerte, actividades que él realizaría si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

Para realizar este trabajo se tomó este modelo, ya que enfatiza las necesidades del ser humano y a las funciones de enfermería en referente a estas necesidades. La enfermera debe incentivar al paciente, o en este caso al cuidador, a poder realizar esas 14 necesidades por sí solo, pudiendo así satisfacer sus necesidades.



## **Capítulo III**

### **Materiales y Métodos**

#### **Tipo y diseño**

En el diseño de investigación estudio de caso, se realizó estudio observacional descriptivo. Se ha utilizado la metodología enfermera del proceso de atención de enfermería basada en la taxonomía NANDA. La valoración se realiza con la guía basada en de patrones funcionales de Margori Gordon. 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 11 meses de edad del servicio de control y crecimiento del niño sano.

#### **Técnica de recolección de Datos**

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

#### **Consideraciones Éticas**

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

## Capítulo IV

### Resultados, análisis y discusión

#### Resultados

Tabla 16

*Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería*

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	Fi	%	fi	%
Diagnóstico 1			1	25		
Diagnóstico 2			1	25		
Diagnóstico 3	1	25				
Diagnóstico 4	1	25				
Total	2	50	2	50		

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 50% fueron objetivos parcialmente alcanzados y 50% fueron objetivos alcanzados.

#### Análisis y discusión

El primer diagnóstico fue parcialmente alcanzado porque el lactante presenta parcial equilibrio nutricional, al evidenciar aumento de apetito e ingesta de alimentos; pudiendo así subir progresivamente en peso y talla. Esto significa que el plan inicial de intervenciones fue eficaz para la evolución del paciente. Añadiendo a esto Martínez, Rodríguez, Agudelo, Vargas, y Peña (2014) mencionan que la alimentación y la nutrición son procesos influenciados por aspectos biológicos, ambientales y socioculturales que contribuyen a un

desarrollo y crecimiento óptimos; sin embargo, es necesario considerar factores de tipo social y familiar, que ejercen una fuerte influencia en los hábitos alimentarios, los cuales se han ido modificando por factores que alteran la dinámica familiar tales como la menor dedicación, falta de tiempo para cocinar, la pérdida de autoridad en cuanto a la cantidad y calidad de los alimentos que consumen los niños y el factor económico que limita la adquisición de productos para una dieta adecuada. Si intervenimos a tiempo en la nutrición de los niños y niñas, los costos económicos que los países enfrentan serán mucho menores que hacerse cargo de las enfermedades derivadas de una mala nutrición (Aguayo, 2012).

El segundo diagnóstico fue parcialmente alcanzado porque el lactante revirtió parcialmente la anemia, esto se vio reflejado por el aumento de hemoglobina en el tamizaje de anemia realizado después de un mes del tratamiento, sin embargo, aún no se logra observar que la hemoglobina este dentro de los valores normales. Esto significa que el plan inicial de intervenciones fue eficaz para la evolución del paciente, pero los resultados finales se observaran más adelante. Apoyando a esto las Naciones Unidas (2009) menciona que la anemia puede comprometer el adecuado crecimiento y desarrollo en niñas y niños, ocasiona trastornos cognitivos y limita su capacidad de aprendizaje. Es un riesgo reconocido para la salud reproductiva, asociada a la mortalidad materna y perinatal cuando coexiste con hemorragias antes y después del parto, al parto prematuro y al bajo peso al nacer. Se estima que uno de cada dos niños/ niñas de hasta dos años tienen anemia por deficiencia de hierro, lo que puede afectar adversamente y de manera irreversible el desarrollo sicomotor e intelectual de las niñas y niños.

El tercer diagnóstico fue alcanzado debido a que la madre manifestó disposición para mejorar la alimentación de su hija. Esto significa que el plan inicial de intervenciones fue

eficaz para la evolución del paciente. Según la OMS y UNICEF (2003) las madres y sus bebés forman una unidad biológica y social inseparable; la salud y la nutrición de un grupo no puede separarse de la salud y la nutrición del otro. Es por esto que la alimentación complementaria adecuada depende de una información precisa y de un apoyo competente de la familia, la comunidad y el sistema de atención sanitaria. Con frecuencia, el conocimiento inadecuado de los alimentos y de las prácticas apropiadas de alimentación es un factor determinante de malnutrición, más importante que la falta de alimentos. Además, es necesario diversificar los enfoques para velar por que el acceso a los alimentos correspondientes a las necesidades energéticas y de nutrientes del crecimiento de los niños, por ejemplo, haciendo uso de técnicas caseras y comunitarias para aumentar la densidad de nutrientes, la biodisponibilidad y el contenido de micronutrientes de los alimentos locales.

Por último, el cuarto diagnóstico fue alcanzado porque la madre evidencio disminuir los niveles de ansiedad después de recibir las intervenciones de enfermería. Esto significa que el plan inicial de intervenciones fue eficaz para la evolución del paciente. Apoyando a esto Albuquerque, Nahás, y Abanto (2007) definen la ansiedad como una respuesta a situaciones en las cuales la fuente de amenaza para el individuo no está bien definida; es ambigua o no está objetivamente presente. De igual forma Negre y Fortes (2005) hacen énfasis en que los profesionales tienen la obligación de brindar información completa y detallada sobre las curas que los padres han de proporcionar a sus hijos, esto les ayudará a adquirir conocimientos, actitudes y habilidades que de forma indirecta les permitirá hacer frente a la enfermedad y controlar la situación, disminuyendo su ansiedad.

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### Conclusiones

Se logró aplicar el PAE al paciente lactante de 11 meses de edad cumpliendo las cinco etapas del mismo.

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

Se logró alcanzar los objetivos propuestos en su gran mayoría, gracias a los cuidados de enfermería ejecutados.

#### Recomendaciones

Al centro de salud, seguir apoyando a los profesionales de enfermería para que puedan continuar aplicando la metodología del PAE a los pacientes que se atienden en el consultorio de CRED.

A la Universidad Peruana Unión, continuar enseñando la metodología del PAE en el pre grado y pos grado de la escuela de enfermería, para que sea una herramienta de rutina para todos sus egresados.

Y por último se recomienda a los estudiantes de posgrado, continuar con sus estudios sobre el PAE para que todo lo aprendido sea plasmado en sus actividades diarias.

## Bibliografía

- Aguayo, J. (2012). *Medidas educativas para la prevención de la desnutrición en los niños menores de 5 Años atendidos en el dispensario médico parroquial y la guardería Días Felices de Canto Yaguachi* (tesis de maestría). Universidad de Guayaquil. Ecuador
- Albalate, M., Alcázar, R., y De Sequera, P. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrología al Día*, 6(1), 163-180.
- Albuquerque, W., Nahás, M., y Abanto, J. (2007). Valuación de la ansiedad materna en el tratamiento odonto-pediátrico utilizando la escala de Corah. *Revista Estomatológica Herediana*, 17(1), 22-24.
- Alcaraz, G. Bernal, C., Cornejo, W., Figueroa, N. y Múnera, M. (2008). Estado nutricional y condiciones de vida de los niños menores de cinco años del área urbana del municipio de Turbo, Antioquia, Colombia, 2004. *Revista del Instituto Nacional de Salud*, 28(1), 87-98.
- Barrios, S., y Paravic, T. (2006). Promoción de la salud y un entorno laboral saludable. *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(1) 136-141.
- Beilman, G., y Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. En F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugía* (8) 79-97. Mexico: Interamericana.
- Birman, A., y Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* 2(9).

- Black, M., y Creed, H. (2012). How to feed children? Healthy eating behaviors starting at childhood. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 29(3), 373-378.
- Brown, K., Dewey, K., y Allen, L. (2003). Complementary feeding of young children in developing. *Food and nutrition bulletin* 24 (1), 5-28.
- Carrasco, M., y De Paz, J. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Castell, S., y Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería (2da edición)*. Madrid: Elsevier.
- Cruz, C., y Estecha, A. (2005). *Shock séptico*. Hospital Virgen de la Victoria. Malaga.
- Doenges, M., Moorhouse, M., y Murr, A. (2008). *Planes de cuidado de enfermería*. Mexico: Mc Graw Hill Interamericana.
- Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Recuperado de [www.reeme.arizona.edu](http://www.reeme.arizona.edu)
- Estrella, J., Tornero, A., y Leon, M. (2005). Insuficiencia respiratoria en *Tratado de geriatría para residentes*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Madrid
- Fernandez, J. (2009). Actitud terapeutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine: Programa de Formación Medica Continuada Acreditado*, 9(68), 4368-4375.
- Flores, S. (2006). Antropometría, estado nutricio y salud de los niños. Importancia de las mediciones comparables. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(2) 73-75.
- Flores, S., Martínez, G., Toussaint, G., Adell, A., y Copto, A. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 63(3), 129-144.

- Forrellat, M., Défaix, H., y Fernández, N. (2000). Metabolismo del hierro. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 16(3), 149-160.
- Gaitán, D., Olivares, M., Arredondo, M., y Pizarro, F. (2006). Biodisponibilidad de hierro en humanos. *Revista chilena de nutrición*, 33(2) 142-148.
- Gómez, J. (2013). *La importancia de la comunicación entre enfermería y el paciente oncológico terminal*. Recuperado de [http://www.index-f.com/blog\\_oebe/?p=864](http://www.index-f.com/blog_oebe/?p=864)
- Gomez, M., Gonzales, V., Olguin, G., y Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. *Enfermeria intensiva*, 21(2), 74-82.
- Grandy, G., y Weisstaub, G. L. (2010). Deficiencia de hierro y zinc en niños. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 49(1).
- Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 27(4), 286-297.
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Hernández, C., Rodríguez, N., y Vargas, Á. (2012). Los hábitos de estudio y motivación para el aprendizaje de los alumnos en tres carreras de ingeniería en un tecnológico federal de la ciudad de México. *Revista de la educación superior*, 41(163), 67-87.
- Hogston, R., y Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la práctica de enfermería* (3ra edición). Mexico: Mc Hill Interamericana.
- Hospital Materno Infantil Barcelona. (2014). *Guia Metabolica*. Barcelona.



- Isla, G., Bernal, S., Pankow, V., Villalba, G., Arévalos, C., Medina, H., y De Arbo, L. (2013). Perfil nutricional por antropometría de niños/as menores de 5 años del sistema público de salud. *Sociedad Paraguaya de Pediatría*, 42(3), 187-191.
- Kelley, W. (2002). *Medicina interna*. Buenos aires: Panamericana.
- Kotcher, J., y Ness, E. (2009). *Instrumentacion quirúrgica: teorías, técnicas y procedimiento (4ta edición)*. Barcelona: Panamericana.
- Lázaro, A., y Marín, J. (2010). *Alimentación del lactante sano*. Asociación Española de Pediatría. España.
- Leiva, G., y Moreno, M. (2015). Rol educador de la enfermera en el proceso de vacunación, C.S. José Quiñones, Chiclayo, 2013 –Chiclayo (tesis de licenciatura). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Chiclayo.
- Madrigar, G. (2003). *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría* (1ra edición). Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica.
- Malgor, L., y Valsecia, M. (2005). *Farmacología médica*. Buenos aires: Catedras.
- Martell, M., Burgueño, M., Arbón, G., y Weinberger, M. 4. (2007). Crecimiento y desarrollo en niños de riesgo biológico y social en una zona urbana. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 78(3), 209-216.
- Martinez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos* (2da edición). Madrid: Vertice.
- Martínez, L., Rodríguez, M., Agudelo, C., Vargas, N., y Peña, G. (2014 ). La anemia como signo de malnutrición en niños de un programa de recuperación nutricional domiciliaria en Antioquia, Colombia. *Revista Universidad y Salud*, 16(1), 105-113.

- MINSA. (2017). Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de 5 años. 13.
- Montoya, S., y Múnera, E. (2014). Efecto de la intervención nutricional temprana en el resultado clínico de pacientes en riesgo nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 29(2), 427-436.
- Müller, A., y Geisser, P. (2001). Iron pharmacokinetics after administration of ferric-hydroxide-polymaltose complex in rats. *Arzneimittel-Forschung*, 34(11), 1560-1569.
- Muñoz, A., Garcia, C., y Lopez, J. (2008). *Insuficiencia respiratoria aguda*. 211-217.
- Naciones Unidas. (2009). *Apoyo a la lucha contra la anemia en grupos vulnerables en Cuba*. Cuba.
- Negre, A., y Fortes, I. (2005). Programa de educación sanitaria: estrategia para disminuir la ansiedad que provoca la transición del hospital a casa, en los padres de niños con cancer. *Psicooncología*, 2(1), 157-162.
- OMS. (2006). Recuperado de <http://www.redsaludcce.gob.pe/Modernidad/archivos/dais/ppan/normast/CRED.pdf>
- OMS. (2016). Recuperado de [http://www.who.int/features/2013/peru\\_breastfeeding/es/](http://www.who.int/features/2013/peru_breastfeeding/es/)
- OMS y UNICEF. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Singapur: Organización Mundial de la Salud.
- Onis, M., Onyango, A., Borghi, E., Siyam, A., Nishida, C., y Siekmann, J. (2015). Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization*, 63(12), 660-667.

- Pagana, K. (2008). *Guía de pruebas diagnósticas y de laboratorio*. España: Elsevier.
- Pérez, L., García, M., & González, M. (2011). Ferropenia en lactantes y niños pequeños. .  
*Rev. Nutrición Infantil*, 1-17.
- Potter, P. (2002). *Fundamentos de enfermería*. Madrid: Elsevier.
- Ramiro, M., Halabe, J., y Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.
- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clínica*. Santiago: Medichi.
- Rodes, J., Carné, X., y Trilla, A. (2002). *Manual de terapéutica médica*. Madrid: Masson.
- Royo, L. (2018). Importancia de la visita domiciliaria en el medio rural. *Revista Compromiso y Cultura*.
- Sarduy, C., Pouza, I., Perez, R., y Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirúrgica.  
*Archivo Médico de Camagüey*, 15(2), 235-247.
- Shoemaker. (2002). *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Silva, M., Retureta, E., y Panique, N. (2015). Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años. *Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta*, 40(1). Obtenido de  
<http://www.revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/110>
- Smeltzer, S., y Bare, B. (2002). *Enfermería médico- quirúrgica* (9na edición). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.

- Sosa, M., Suárez, D., Núñez, A., González, Y., y Salas, S. (2012). Caracterización de lactantes menores de un año con anemia ferropénica. *MediSan*, 16(8) 1255-1261.
- Torres, L. (2016). *Lactancia materna exclusiva como Factor de Riesgo asociado a Anemia en Lactantes de 06 meses atendidos en el Hospital Nacional PNP "LNS" durante el periodo Enero 2014- Diciembre del 2016* (tesis de licenciatura). Universidad Ricardo Palma. Lima.
- Valeggia, C., Faulkner, K., y Ellison, T. (2002). Crecimiento en lactantes de una comunidad toba de Formosa. *Arch.argent.pediatr*, 100(2), 103-109.
- World Health Organization. (2001). Iron Deficiency Anaemia: Assessment Prevention, and Control. *Geneva*.
- Witter, B. (2000). *Tratado de enfermería practica*. Mexico: Interamericana.

## Apéndice

## Apéndice A

## Guía de valoración

<b>DATOS GENERALES</b>		<b>DNI 90373111</b>
<b>H.CL 2296</b>		
<b>NOMBRES: Iris Cahuaza Angulo</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO: 24 de Agosto del 2017</b>
<b>EDAD: 11 Meses</b>		
<b>SEXO: Femenino</b>	<b>FECHA DE COTROL DE CREDE: 25 de julio del 2018</b>	<b>N°</b>
<b>DE CONTROL: 11 control</b>		
<b>DIRECCION: Jr. Calvo de Araujo N° 2625</b>		
<b>PESO: 8.00 Kg</b>	<b>TALLA: 69 cm</b>	<b>TEMPERATURA: 36.5 °C</b>
<b>MOTIVO DE LA CONSULTA: Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano.</b>		
<b>NOMBRE DE LA MADRE: Iris Angulo Reátegui</b>		
<b>VALORACION SEGUN PATRONES FUNCIONALES</b>		
<b>PATRON PERCEPCION CONTROL DE LA SALUD</b>		<b>PATRON VALORES – CREENCIAS</b>
<b>ANTECEDENTES:</b> <b>Madre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HTA: No</li> <li>- Alergias: NO</li> <li>- Medicamentos que consume: Ninguno</li> <li>- Consumo de sustancias toxicas: No</li> <li>- N° de Gestación: 01</li> <li>- Control Pre natal: Si</li> <li>- Grupo y factor: Rh +</li> <li>- Complicación Gestacional; Ninguna</li> </ul> <b>Padre:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedades: Ninguno</li> <li>- Alergias: No</li> <li>- Medicamentos que consume: Ninguno</li> <li>- Consumo de sustancias toxica: No</li> </ul> <b>Parto:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Institucional (Intrahospitalario)</li> <li>- Tipo: normal</li> <li>- Presentación: cefálico</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restricciones Religiosas: No</li> <li>- Religión De los Padres: Católicos</li> </ul>

<p><b>Niño:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Apgar: 8 - 9</li> <li>- Sufrimiento Fetal: No</li> <li>- Peso al Nacer: 3340 kg</li> <li>- Talla al Nacer: 47.5 cm</li> <li>- PC al Nacer: 33.4 cm</li> <li>- PT al Nacer: 33.6 cm</li> <li>- Alergias: Ninguna</li> <li>- Factor de Riego: Ninguna</li> <li>- Suplementos: Sulfato ferroso 30 ml Retinol 100.000 UI ( Vitamina A) Multimicronutrientes: sobrecitos</li> <li>- Vacunas:</li> </ul> <table border="1" data-bbox="110 905 654 1465"> <thead> <tr> <th>EDAD</th> <th>VACUNA</th> <th>FECHA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RN</td> <td>BCG HVB</td> <td>25/08/17</td> </tr> <tr> <td>2 meses</td> <td>IPV PENTAVALENTE</td> <td>27/10/17</td> </tr> <tr> <td>4 meses</td> <td>ROTAVIRUS NEUMOCOCO</td> <td>28/12/17</td> </tr> <tr> <td>6 meses</td> <td>APO PENTAVALENTE</td> <td>24/02/18</td> </tr> <tr> <td>7 meses</td> <td></td> <td>24/04/18</td> </tr> <tr> <td>8 meses</td> <td>INFLUENZA</td> <td>24/05/18</td> </tr> </tbody> </table> <p>Nº DE controles: 11</p>	EDAD	VACUNA	FECHA	RN	BCG HVB	25/08/17	2 meses	IPV PENTAVALENTE	27/10/17	4 meses	ROTAVIRUS NEUMOCOCO	28/12/17	6 meses	APO PENTAVALENTE	24/02/18	7 meses		24/04/18	8 meses	INFLUENZA	24/05/18	
EDAD	VACUNA	FECHA																				
RN	BCG HVB	25/08/17																				
2 meses	IPV PENTAVALENTE	27/10/17																				
4 meses	ROTAVIRUS NEUMOCOCO	28/12/17																				
6 meses	APO PENTAVALENTE	24/02/18																				
7 meses		24/04/18																				
8 meses	INFLUENZA	24/05/18																				
<p><b>PATRON NUTRICIONAL – METABOLICO</b></p>	<p><b>PATRON AUTOPERCEPCION – AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS</b></p>																					
<p><b>Peso:</b> 8,00 kg,      <b>Talla:</b> 69 cm PC: 39.8 cm      Temperatura: 36.5 <b>Piel:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estado Emocional del Niño: feliz</li> <li>- Estado Emocional de los Padres: tranquila</li> </ul>																					

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Piel y Mucosas hidratadas.</li> <li>- Color: Ligeramente pálidas.</li> <li>- Integridad: Intacta</li> <li><b>Boca:</b></li> <li>- Cavidad Bucal: Limpia e integra</li> <li>- Dificultad para deglutir: No</li> <li>- Dentadura: presenta dientes (4) en buen estado</li> <li>- Paladar: Normal</li> <li>- Malformaciones: No</li> <li><b>Abdomen:</b></li> <li>- Cambio de peso durante los últimos días: Si</li> <li>- Apetito: Disminuido:</li> <li>- Abdomen: Blando/depresible</li> <li>- Ruidos Hidroaereos: Presentes</li> <li>- N° habitual de comidas: 3 veces al día</li> <li>- Tipo de dieta: de la misa olla familiar</li> <li><b>Otros</b></li> <li>- Cabellos y Uñas intactas</li> <li>- Hemoglobina: 10,6 mg/dl</li> </ul>	
<b>PATRON DE ELIMINACION</b>	<b>PATRON DE DESCANSO – SUENO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Intestinales:</b></li> <li>- N° de deposiciones: 3 veces al dia</li> <li>- Color: Amarillo</li> <li>- Consistencia: lisa</li> <li>- Cantidad : regular</li> <li><b>Vesicales:</b></li> <li>- Color: amarillo claro</li> <li>- Cantidad: regular</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Horas de Sueño: 9 horas</li> </ul>
<b>PATRON DE SEXUALIDAD – REPRODUCCION</b>	<b>PATRON PERCEPTIVO – COGNITIVO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organos Genitales: Limpia e Integras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niño despierto, activo</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Zona perianal: Normal</li> <li>- Estado de higiene: Buena</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Funcionalidad de los sentidos: Buena</li> <li>- No presenta anomalías</li> <li>- Dolor: No</li> <li>- Desarrollo Psicomotriz: <ul style="list-style-type: none"> <li>Área motora: empezando a caminar</li> <li>Área Lenguaje: dice Papa, Mama, dame y teta</li> <li>Área coordinación: Normal</li> <li>Área Social: Normal</li> </ul> </li> </ul>
<b>PATRON RELACIONES – ROL</b>	<b>PATRON DE ACTIVIDAD – EJERCICIO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fuente de Apoyo: Ambos Padres</li> <li>- Estado Civil de los padres: Convivientes</li> <li>- Problemas Familiares: No se evidencia</li> <li>- Tipo de Familia: Funcional</li> </ul> <p><b>Comentario Adicional:</b> madre presenta interés por mejorar y aprender sobre una adecuada alimentación.</p>	<p><b>Actividad Respiratoria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración: Normal</li> <li>- Fosas nasales: Permeables</li> <li>- Se cansa fácilmente: No</li> <li>- Ruidos Respiratorios: Normales en Ambos Campos Pulmonares (ACP)</li> </ul> <p><b>Actividad Circulatoria:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Niña camina sola, con pobre equilibrio y piernas separadas.</li> <li>- Tiene movilidad de miembros</li> <li>- Fuerza muscular conservadas</li> <li>- Capacidad de autocuidado: totalmente dependiente.</li> </ul>



## Apéndice B

### Fichas farmacológicas

#### Micronutrientes

Una estrategia utilizada y recomendada por la Organización Mundial de la Salud, UNICEF y el Programa Mundial de Alimentos, para prevenir la anemia, es complementar la alimentación de las gestantes y de los infantes con suplementos de multimicronutrientes, una mezcla de vitaminas A, vitamina C, ácido fólico y minerales (Hierro, Zinc).

Las deficiencias nutricionales afectan el crecimiento y el desarrollo infantil. Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES), en nuestro país, aproximadamente uno de cada tres niñas y niños entre 6 meses y cinco años de edad, tiene anemia, siendo este problema más común entre los menores que viven en las zonas rurales.

Diversos estudios demuestran una fuerte asociación entre niños con anemia y una mayor frecuencia y duración de enfermedades, así como también menor desarrollo mental, motor y socio emocional.

#### Retinol 10000 UI

El RETINOL, es absorbido en un 90% y sólo se encuentra en productos de origen animal, mientras que los CAROTENOIDEOS deben ser convertidos a la forma activa para ser utilizados por el organismo, se encuentran en productos de origen animal y vegetal, son los que dan el color amarillo, naranja o verde oscuro a las frutas y verduras

Los suplementos de vitamina A para prevenir la avitaminosis se administran por vía oral. Los suplementos de vitamina A en cápsulas nunca deben ser administrados por inyección.

Sulfato ferroso

Mecanismo de acción

Es esencial para el transporte de oxígeno (Hb) así como para la transferencia de energía en el organismo.

Indicación

Prevención y tratamiento de las anemias ferropénicas, como las de tipo hipocrómico y las post hemorrágicas, y de los estados carenciales de hierro.

En niños administrar según peso