

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Una Institución Adventista

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante mayor con desnutrición crónica del servicio de crecimiento y desarrollo de un centro de atención primaria de Iquitos, 2018

Por:

Lizy Luz Rengifo Garcia

Asesor:

Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Lima, 09 de enero de 2019

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, MARÍA TERESA CABANILLAS CHAVEZ, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo de investigación titulado: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante mayor con desnutrición crónica del servicio de crecimiento y desarrollo de un centro de atención primaria de Iquitos, 2018”* constituye la memoria que presenta la licenciada LIZY LUZ RENGIFO GARCIA, 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.



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Proceso de atención de enfermería aplicado a lactante mayor con desnutrición crónica del servicio de crecimiento y desarrollo de un centro de atención primaria 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. Kennedy Teofila Lozano Huari

Secretario


Dra. María Teresa Cabanillas Chavez
Asesor

Lima, 09 de enero de 2019

Índice

Índice de tablas	vi
Índice de anexos	ix
Símbolos usados	x
Resumen	xi
Capítulo I.....	12
Proceso de Atención de Enfermería	12
Valoración.....	12
Datos generales.....	12
Resumen de motivo de ingreso.	12
Situación problemática.	12
Exámenes auxiliares.	13
Tratamiento médico.....	13
Valoración según patrones funcionales de salud.....	13
Diagnósticos de enfermería.....	18
Análisis de las etiquetas diagnósticas.....	18
Enunciado de los diagnósticos de enfermería	20
Planificación.....	21
Priorización de los diagnósticos enfermería.....	21
Planes de cuidados.....	23
Ejecución.....	36
Evaluación.....	41
Capítulo II.....	44

Marco teórico.....	44
Antecedentes	44
Marco conceptual	45
Desnutrición infantil.....	45
Modelo teórico	52
Capítulo III	53
Materiales y métodos.....	53
Tipo y diseño.....	53
Sujeto de estudio	53
Técnica de recolección de datos.....	53
Consideraciones éticas	53
Capítulo IV	54
Resultados, análisis y discusión	54
Resultados	54
Análisis y discusión de diagnósticos.....	54
Capítulo V	58
Conclusiones y recomendaciones.....	58
Conclusiones	58
Recomendaciones.....	58
Referencias	59
Apéndice.....	72

Índice de tablas

Tabla 1:.....	13
Hemograma.....	13
Tabla 2.....	14
Carnet de vacunas.....	14
Tabla 3.....	23
Dx. Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a perdida activa del volumen de líquidos evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca..	27
Tabla 4.....	27
Dx. Enfermería: Diarrea relacionado a infección evidenciado por perdida de heces liquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos.....	23
Tabla 5.....	30
Dx. Enfermería: Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición.....	30
Tabla 6.....	33
Dx. Enfermería: Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas (ESNI).....	33
Tabla 7.....	34
Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación y la gestión de la enfermedad.....	34
Tabla 8.....	36

SOAPIE del Dx. Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca.	37
Tabla 9	37
SOAPIE del Dx. Enfermería: Diarrea relacionada a infección evidenciado por pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos.	36
Tabla 10	38
SOAPIE del Dx. Enfermería: Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición.	38
Tabla 11	39
SOAPIE del Dx. Enfermería: Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas ESNI.....	39
Tabla 12	40
SOAPIE del Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación y la gestión de la enfermedad.....	40
Tabla 13	41
Evaluación del Dx. Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca	41
Tabla 14	41

Evaluación del Dx. Enfermería: Diarrea relacionada a infección evidenciado por pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos.	41
Tabla 15	42
Evaluación del Dx. Enfermería: Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición	42
Tabla 16	42
Evaluación del Dx. Enfermería: Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas ESNI.....	42
Tabla 17	43
Evaluación del Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación y la gestión de la enfermedad.....	43
Tabla 18	54
Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería	54

Índice de anexos

Apéndice A: Guía de valoración	72
Apéndice B: Fichas farmacológicas	76
Apéndice E: Otros	82

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

NANDA:

SOAPIE:

OA: objetivos alcanzados

OPA: objetivos parcialmente alcanzados

ONA: objetivos no alcanzados.

INEI: instituto nacional de estadística e informática

P/E: Peso para la Edad.

P/T: Peso para la Talla.

T/E: Talla para la Edad

Resumen

La desnutrición infantil es la peor cara de la pobreza extrema que afecta a varias regiones del planeta y de nuestro país. Se entiende por desnutrición a la falta de alimentos o la insuficiente cantidad de calorías, nutrientes, vitaminas y minerales necesarios para mantener un estado de salud y talla acorde a la edad. Según las estadísticas de la Organización Mundial de Salud entre 3 y 5 millones de niños menores de 5 años mueren por año en el mundo por causas asociadas a la desnutrición. El objetivo de esta investigación fue aplicar el Proceso de Atención de Enfermería a un lactante de 18 meses de edad con desnutrición crónica o talla baja del servicio de CRED de un centro de atención primaria de Iquitos. Fue un estudio de tipo descriptivo analítico, el método fue el proceso de atención de enfermería, el sujeto de estudio fue un lactante de 18 meses, la técnica utilizada fue la entrevista y el instrumento fue la guía de valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Luego se elaboraron los diagnósticos de enfermería con la ayuda del NANDA, se planificaron las intervenciones y fueron ejecutadas y evaluadas según los objetivos planteados. Se encontró que el 80% de los objetivos fueron alcanzados y el 20% fueron parcialmente alcanzados. Al finalizar la investigación se logra realizar el PAE cumpliendo las cinco etapas del mismo y se ejecutan la mayoría de las actividades propuestas en el plan de cuidados.

Palabras claves: Caso clínico, desnutrición crónica, proceso de atención de enfermería, NANDA

Capítulo I

Proceso de Atención de Enfermería

Valoración

Datos generales.

Nombre: C.F.A

Sexo : Masculino

Edad : 18 meses

Servicio: Crecimiento y Desarrollo

Fecha de valoración: 15-11-2017

Hora : 9:30 am

Diagnóstico médico: EDAS

Resumen de motivo de ingreso.

El lactante mayor de 18 meses ingresa al consultorio de CRED, en brazo de su mamá, para el control nutricional, de desarrollo y vacunas pendientes.

Situación problemática.

El lactante de sexo masculino en AREN, AREH, AREH se encuentra irritable, cabeza normocefalo, tórax simétrico, abdomen distendido con ruidos hidroaéreos aumentado, genitales normales con eritema de pañal, extremidades simétricas; a la madre se le observa distraída, aparentemente está con bajo peso y regular higiene. La madre refiere “Mi hijo siempre está con diarrea y casi no quiere comer, presenta catéter periférico para tratamiento ambulatorio por su diarrea y vómito”, “Mi marido viaja lejos y yo sola me quedo con mi hijo, a veces, me siento un poco agotada porque tengo que hacer sola mis cosas”.

Funciones vitales

T°: 36.8

FC: 115x´

FR: 26x´

PA: 90/60

SatO2: 98%

Exámenes auxiliares.

Tabla 1:
Hemograma

	Valores obtenidos	Valores normales
Hemoglobina	11.8mg/dl	>11.5 mg/dl
Hematocrito	35.4%	>33%

Fuente: Historia clínica

Interpretación: Normal

Tratamiento médico.

Bránula vía

Ceftriaxona 225 mg EV c/12hrs

Dimenhidrinato 15 mg EV c/8hrs

Control de BALANCE HIDRICO ESTRICTO (BHE)

Solución salina 250 ml pasar en 15 minutos, luego 250 ml en 1 hora.

Reevaluación después del tratamiento.

Betametasona aplicar mañana y noche

Valoración según patrones funcionales de salud.***Patrón percepción- control de la salud.***

Antecedentes:

Peso al nacer: 2.8 kg

Talla al nacer: 48 cm

PC al nacer: 34.5 cm

Alergia a comidas enlatadas

Economía deficiente

Consumo de agua insalubre

Suplementos vitamínicos: Multimicronutrientes 1 caja 31/10/17 (2da caja)

Tabla 2
Carnet de vacunas

Edad	Vacuna	Fecha
Recién nacido	BCG	14/05/16
	HVB	
	IPV	
2 meses:	Pentavalente	15/08/16
	Neumococo	
	Rotavirus	
	IPV	14/12/16
4 meses:	Pentavalente	14/10/16
	Neumococo	14/10/16
	Rotavirus	14/10/16
6 meses:	APO	17/10/17
	Pentavalente	14/12/16
7 meses:	Influenza	17/10/17
8 meses		
12 meses	3ra Neumococo	23/09/17
	1ra SPR	23/09/17
15 meses	AMA	PENDIENTE
18 meses	2da SPR	15/11/17
	1Ref DPT	15/11/17

4 años

Lactante mayor con controles regulares

Patrón relaciones – rol.

Fuentes de apoyo: madre y padre

Estado civil de los padres: conviviente

Problemas familiares: no refiere

Tipo de familia: nuclear

Estado emocional de los padres: preocupados por la salud de su hija.

Patrón valores y creencias.

Restricciones religiosas: ninguno

Religión de los Padres: Cruzista.

Patrón autopercepción-autoconcepto/ tolerancia afrontamiento al estrés.

Estado emocional del niño: temeroso, irritable

Patrón descanso- sueño.

Horas de sueño: 11 Horas

No presenta problemas para dormir

Duerme con los padres en la misma cama

Patrón perceptivo cognitivo.

Nivel de conciencia: despierto, colaborador

Funcionabilidad de los sentidos: buena

Desarrollo psicomotriz:

Área motora: normal

Área lenguaje: normal

Área: coordinación: normal

Área social: normal

Patrón actividad ejercicio.

Actividad Respiratoria:

Fosas nasales: permeable, poca congestión nasal

Se cansa con facilidad

Ruidos respiratorios: normales

FR: 26 x´

Sat de O₂: 98%

Actividad circulatoria:

FC: 113

Vía: catéter periférico recibe tratamiento ambulatorio según diagnóstico médico (EDA)

Ejercicio capacidad de autocuidado

Camina sólo: sí

Movilidad de miembros y fuerza muscular: conservada

Capacidad de autocuidado: dependiente

Patrón nutricional metabólico.

Peso: 9.75 kg

Talla: 76.5 cm

T°: 36.8 °C.

Interpretación:

P/E: Normal, T/E: Talla Baja, (DS <-2 a -3) P/T: Normal

Piel:

Piel pálida y mucosas semiseca

Boca:

Cavidad bucal: íntegra

Dificultad para deglutir: no

Dentadura: Completo cariado (incisivos centrales inferiores, incisivos laterales inferiores, primeros molares superiores)

Hidratación: semiseco

Paladar: normal

Malformaciones: no

Abdomen:

Cambio de peso durante los últimos días debido a enfermedad diarreica.

Cuánto perdió: 200 gramos en relación al peso anterior

Apetito: disminuido

Nauseas presentes

Abdomen: blando distendido

Ruidos hidroaéreos: presentes/aumentados

Nº habitual de comidas: 03 veces al día (5 cucharadas en cada comida).

Tipo de dieta: completa (desayuno come huevo frito y su te, en el almuerzo toma sopa y come poco su segundo, que consiste pollo con su papa, y a veces come frutas 2 veces a la semana).

Otros:

Cabellos y uñas: regular higiene

Hemoglobina: 11.8 mg/dl

Hematocrito: 35.4 %

Patrón de eliminación.

Intestinales:

Nº de deposiciones: 4 veces al día

Consistencia: líquidas

Cantidad: 100 cc

Vesicales:

Frecuencia: 2 veces al día

Color: amarillo pardo

Cantidad: 150 cc

Patrón sexualidad reproducción.

Órganos Genitales: normales

Testículos: descendidos

Zona perianal: eritema de pañal

Diagnósticos de enfermería

Análisis de las etiquetas diagnósticas.

Etiqueta diagnóstica: diarrea (00013)

Dominio: 03 Eliminación e intercambio

Clase: 02 Función gastrointestinal

Definición: “Eliminación de heces líquidas, no formadas” (NANDA, 2015).

Características definitorias: Pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas, ruidos intestinales hiperactivos.

Factor relacionado: infección

Enunciado de enfermería: diarrea relacionado a infección evidenciado por perdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos.

Etiqueta diagnóstica: riesgo de crecimiento desproporcionado (0113)

Dominio: 13 Crecimiento y Desarrollo

Clase: 01 Crecimiento

Definición: “Vulnerable a un crecimiento por encima del percentil / por debajo del percentil 3 para la edad, cruzando percentiles de dos fuentes distintas, que puede comprometer la salud” (NANDA, 2015).

Factor de riesgo: Económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición.

Enunciado de enfermería: Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición.

Etiqueta diagnóstica: déficit de volumen de líquidos (00027)

Dominio: 2 nutrición

Clase: 5 Hidratación

Definición: “Disminución del volumen de líquidos intravascular, intersticial, y/o intracelular. Se refiere a la deshidratación, pérdida solo de agua, sin cambios en el sodio” (NANDA, 2015).

Característica definitoria: Membranas mucosas semisecas y piel semiseca.

Factor relacionado: Pérdida activa del volumen de líquidos

Enunciado de enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a diarrea secundario a proceso infeccioso evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca.

Etiqueta diagnóstica: Disposición para mejorar la gestión de la salud (00162)

Dominio: 01 Promoción de la salud.

Clase: 02 Gestión de la salud

Definición: “Patrón de la regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado” (NANDA, 2015).

Características definitorias: madre expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/ vacunación y gestión de la salud.

Enunciado de enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por madre expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/ vacunación y gestión de la salud.

Etiqueta diagnóstica: Incumplimiento (00079)

Dominio: 1 Promoción de la salud

Clase: 02 Gestión de la salud

Definición: “Conducta de una persona que no coincide con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre el paciente y el profesional de la salud. Falta de adherencia total o parcial que pueden provocar resultados clínicos ineficaces” (NANDA, 2015).

Características definitorias: Faltar a citas (ESNI)

Factor relacionado: Motivación insuficiente

Enunciado de enfermería: Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas (ESNI).

Enunciado de los diagnósticos de enfermería

Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas (ESNI).

Diarrea relacionada a infección evidenciado por pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos.

Disposición para mejorar la nutrición.

Conocimientos deficientes relacionado a información errónea secundario a ganancia inadecuada de peso, talla baja evidenciado por peso con ganancia mínimo, numero de comidas al día 3 y según tabla de valoración nutricional antropométrica

Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación y la gestión de la enfermedad.

Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador, malnutrición.

Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado a la falta de experiencias con los cuidados, aparentemente desnutrida (bajo peso).

Descuido personal relacionado a dificultad para el aprendizaje evidenciado regular higiene de la madre.

Déficit de volumen de líquidos relacionado a diarrea secundario a proceso infeccioso evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca.

Planificación

Priorización de los diagnósticos enfermería.

1. Diarrea relacionada a infección evidenciado por pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos.
2. Déficit de volumen de líquidos relacionado a diarrea secundario a proceso infeccioso evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca.

3. Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición.
4. Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas (ESNI).
5. Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por madre expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/ vacunación y gestión de la salud

Planes de cuidados.

Tabla 3

Dx. Enfermería: Diarrea relacionado a infección evidenciado por perdida de heces liquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo general:</i></p> <p>El lactante mayor evidenciará ausencia de diarrea.</p>	<p>1. Observar y registrar la frecuencia, las características y la cantidad de las heces (peso).</p> <p>2. Administrar Ceftriaxona 225 mg EV C/12hrs</p>	<p>1. Ayuda a diferenciar la enfermedad individual y valorar la gravedad del episodio (Doengens, M., Moorhouse, M., Murr, A., 2008).</p> <p>2. La ceftriaxona es clasificada como cefalosporina de tercera generación y usualmente se usa en pacientes pediátricos con infecciones graves (Bustos R., 2001) .</p>
<p><i>Resultados esperados</i></p> <p>El lactante mayor evidenciará reducción de la frecuencia de la defecación y recuperación de su consistencia normal.</p>	<p>3. Cambiar el pañal rápidamente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando presenta deposiciones. - Cuando micciona. <p>4. Administrar corticoides, protector cutáneo cicatrizante (betametasona). Según indicación médica.</p>	<p>3. Tener mucho tiempo húmedo, ocasiona inflamación de la piel (dermatitis irritativa por uso de pañal) (Ballona, 2003).</p> <p>4. La aplicación de corticoides tópicos de baja o moderada potencia reduce o elimina la inflamación. La absorción percutánea de los corticoides de aplicación tópica en la zona del pañal En muchos casos, la asociación de un corticoide suave con un antifúngico tópico es de gran utilidad (Pozo, 2016).</p>
<p>Lactante mayor presentará ruidos Hidroaéreos normales.</p>		

-
- | | |
|---|--|
| 5. Identificar los alimentos y líquidos que causan diarrea. | 5. Las causas pueden ser agrupadas en infecciosas (virales, bacterianas, parasitarias) y no infecciosas (intoxicaciones alimentarias, fármacos, etc.) (Acuña, 2015). |
| 6. Verificar la temperatura, FC, estado de conciencia y leucocitosis. | 6. La regulación de la temperatura corporal figura entre las funciones más importantes del organismo. La temperatura corporal es un parámetro vital, tan esencial como la frecuencia respiratoria, el ritmo cardíaco o la presión sanguínea (Quast & Kimberger, 2013). |
| 7. Brindar educación sobre medidas de prevención. <ul style="list-style-type: none">- Desinfección, manejo y conservación del agua.- Cocinar bien los alimentos, sobre todo pescados.- Lavar frutas y verduras con agua y jabón; utilizar agua segura.- Lavarse las manos antes de la preparación e ingesta de alimentos, después de ir al baño, cambiar pañales o manejo de basura. | 7. Para elevar el nivel de la salud Y el mejoramiento. (Vargas, Villegas, & Sanchez, 2003). |
-

-
- | | |
|--|---|
| 8. Fijar bien el catéter periférico para evitar infección y múltiples punciones. | 8. Estudios afirman que las técnicas asépticas de inserción, las valoraciones continuas de la vía canalizada resultan muy positivos en la prevención y tratamiento de la flebitis en paciente que están sometidos a la terapia intravenosa (Chumillas, Natividad, & Sanchez, 2002). |
| 9. Realizar Balance Hídrico ESTRICTO | 9. El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos y de las perdidas en un periodo de tiempo lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente (Aguilera, Carrión, Flores, & Clara, 2010). |
| 10. Enseñar el lavado de manos | 10. Según la OMS “la prevención de las infecciones es una parte fundamental del fortalecimiento de los sistemas de salud. La higiene de las manos es la base de todas las intervenciones, ya sea al insertar un dispositivo médico invasivo, manipular una herida quirúrgica, o al realizar una inyección”.
Las manos actúan como vectores de transmisión de patógenos. La higiene de las manos es lo más importante para el autocuidado, que tanto una persona común como el trabajador en salud, pueden hacer para |
-

prevenir una infección que podría causar daño y hasta derivar en la muerte (Naranjo, 2014).

Tabla 4

Dx. Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a diarrea secundario a proceso infeccioso evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo general</i></p> <p>El lactante mayor recuperará el volumen de líquidos durante el tratamiento.</p>	<p>1. Canalizar y mantener vía venosa permeable.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Adm. Ceftriaxona 225mg C/12h. - Adm. Dimenhidrinato 15 mg C/8h. - Perfundir solución salina 250 en 15 minutos y luego 250 ml en una 1 hora. 	<p>1. Su utilización es imprescindible en la práctica de enfermería actual, y su uso se ha generalizado. Su utilización está indicada para la administración de medicación y otros, etc (Liboreiro, 2015).</p>
<p><i>Resultados esperados</i></p> <p>El lactante mayor evidenciará membranas y mucosas hidratadas.</p>	<p>2. Monitorizar fluidoterapia y reposición del volumen.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Perfundir solución salina 250 en 15 minutos y luego 250 ml en una 1 hora - Reevaluación después del tratamiento. <p>3. Administrar líquidos/electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Solución salina 250 en 15 minutos y luego 250 ml en una 1 hora - Reevaluación después del tratamiento <p>4. Valorar el estado hidratación: Piel, mucosas T°, pérdidas por evacuación (diarrea)</p>	<p>2. El empleo de soluciones intravenosas implica riesgos importantes por lo que se requiere una continua evaluación de la situación hemodinámica del enfermo valorando especialmente la aparición de signos de sobre aporte de agua o electrolitos. (Muñoz & Montalvan, 2012). Según Dr. F. Sanz Fernández, la Fluidoterapia permite restaurar y mantener el volumen, el pH, la osmolaridad y la composición iónica del medio interno.</p> <p>3. Los líquidos y electrólitos se encuentran en el organismo en un estado de equilibrio dinámico que son esenciales para conservar la vida (Bocangel & Salazar, 2003).</p> <p>4. La deshidratación es una de las causas más comunes de consulta en el servicio de</p>

urgencias de pediatría, a consecuencia de alguna otra patología El manejo inadecuado o la omisión de éste puede conducir a los pacientes a complicaciones totalmente prevenibles como shock hipovolémico, falla renal, alteraciones del estado de conciencia e incluso la muerte (Carranza & Gómez, 2016).

- | | |
|---|---|
| 5. Favorecer la ingesta del suero de rehidratación oral. | 5. Las soluciones de rehidratación oral (SRO) y la terapia de rehidratación oral (TRO) propuestas por el Fondo de las naciones unidas para la Infancia (UNICEF) y la organización Mundial de la salud (OMS) a finales de los años 70, han permitido manejar con eficacia la diarrea aguda (Mercedes, Tomat, & Perez, 2009). |
| 6. Animar a la madre a que ayude al lactante con las comidas según corresponda. | 6. Una plena recuperación es esencial que el niño siga recibiendo una alimentación adicional después de que cese la diarrea. Esto le ayudará a recuperar la energía y la alimentación que ha perdido como consecuencia de la enfermedad (UNICEF). |
| 7. Vigilar si el niño continuó con diarrea. | 7. Es necesario evaluar cuidadosa e integralmente al paciente y realizar Es importante observar si hay sangre en las heces en todos los pacientes. La diarrea infecciosa |
-

-
- aguda suele ser de evolución limitada y se resuelve en el momento que el paciente solicita atención médica (Aranjo, 2011).
8. Administrar Dimenhidrinato 15 mg EV C/8 horas según indicación médica.
8. El dimenhidrinato es un fármaco antihistamínico, anticolinérgico, antivertiginoso y antiemético activo por vía oral y parenteral se utiliza sobre todo como antiemético para prevenir y tratar las náuseas y vómitos (Pare, 2009).
9. Realizar balance hídrico estricto.
9. El balance hídrico es el resultado de comparar el volumen y composición tanto de los líquidos recibidos y de las perdidas en un periodo de tiempo lo que permite actuar sobre las diferencias encontradas y posibilita mantener el equilibrio del medio interno del paciente (Aguilera, Carrión, Flores, & Clara, 2010).
10. Pesar al niño todos los días.
10. El peso es una variable muy usada para indicar tanto la normalidad como el deterioro y evaluar la rehabilitación nutricional de los niños (Izarru).
-

Tabla 5

Dx. Enfermería: Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo general:</i> El lactante mayor disminuirá riesgo de crecimiento desproporcionado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Realizar seguimiento para medición de la talla. 2. Realizar monitorización del estado nutricional. 3. Educar cómo prevenir las infecciones. <ul style="list-style-type: none"> - Desinfección, manejo y conservación del agua. - Cocer bien los alimentos, sobre todo pescados. - Lavar frutas y verduras con agua y jabón; utilizar agua segura. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. La talla constituye un indicador muy útil del estado de salud de un niño, es importante evaluar su velocidad de crecimiento, parámetro más sensible ya que permite detectar cambios en el canal de crecimiento que habitualmente preceden a los cambios en la talla absoluta (Cassorla, Gaete, & Roman, 2000). 2. La valoración nutricional se basa en la exploración u observación de cambios clínicos relacionados con ingesta dietética inadecuada, escasa o excesiva, que pueden detectarse en piel, pelo y uñas; en la boca, en la mucosa, lengua (Ravasco, Anderson, & Mardones, 2010). 3. La desnutrición debilita el sistema inmunológico, y deja a los niños y niñas en situación de mayor riesgo de sufrir brotes de enfermedad más frecuentes, graves y prolongados (UNICEF, 2013).

-
- Lavarse las manos antes de la preparación e ingesta de alimentos, después de ir al baño, cambiar pañales o manejo de basura.
4. Enseñar a la madre sobre la alimentación del lactante de 18 meses.
 - Consistencia
 - Cantidad
 - Frecuencia
 5. Brindar educación a los padres sobre la importancia de estimulación temprana y asistencia a controles.
 6. Realiza control de hemoglobina y Hematocrito.
 - Mensual
 - Cada 3 meses
 - Cada 6 meses
4. El propósito educativo es complementar la lactancia, aportando los nutrimentos propios de su cultura que el niño necesita para mantener el crecimiento y evitar problemas nutricios como desmedro y deficiencia de hierro y anemia (Flores & Martinez, 2006).
 5. La estimulación temprana permite desarrollar al máximo sus capacidades cognitivas, físicas, emocionales, y sociales, y evitar estados no deseados en su desarrollo (Rodriguez, 2010).
 6. La prueba de la hemoglobina se hace para saber si hay una concentración baja o alta de glóbulos rojos en sangre. Se puede hacer como parte de una revisión médica o porque el niño no se encuentra bien (Hirs, 2017). El indicador más utilizado para evaluar la deficiencia de hierro es la hemoglobina. No obstante, debemos tener presente que la deficiencia de hierro no es la única causa de anemia (Pita, Gisella; Basabe, Beatriz, 2007). El hematocrito (Hto), como
-

indicador de anemia en individuos y poblaciones, experimenta variaciones en función de factores mesológicos y genéticos (Bejeran, Dipierri, & Alfaro, 2003).

Tabla 6

Dx. Enfermería: Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas (ESNI)

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo general</i></p> <p>Madre del lactante mayor cumplirá con las citas programadas.</p>	<p>1. Negociar con el responsable del lactante para asistir a su cita programadas.</p>	<p>1. Es el paso fundamental durante la consejería nutricional, si queremos acercarnos a conseguir un cambio de comportamiento. Es un proceso que involucra varios puntos para los cuales nos ayudarán las tarjetas de control (MINSA, 2017).</p>
<p><i>Resultados esperados</i></p> <p>El lactante mayor asistirá a sus citas de vacunación en compañía de su mamá.</p>	<p>2. Orientar sobre la importancia de vacunación según calendario de vacunación.</p> <p>3. Realizar la aplicación de la vacuna contra la fiebre amarilla.</p> <p>4. Educar a la madre sobre la importancia del lavado de manos.</p>	<p>2. La vacunación se ha convertido en uno de los mayores logros en la reducción de la mortalidad infantil (Ingrassia, 2018).</p> <p>3. La vacunación es la medida preventiva más importante contra la fiebre amarilla. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de recuerdo. Ya no es necesaria la administración de dosis de refuerzo (Asociación española de pediatría, 2018).</p> <p>4. Las manos son la principal vía de transmisión de gérmenes durante la atención sanitaria. La higiene de las manos es, la medida más importante para evitar la transmisión de gérmenes perjudiciales y evitar las infecciones asociadas a la atención sanitaria (OMS, 2012).</p>

Tabla 7

Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por madre expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/ vacunación y gestión de la salud

Objetivos	Intervenciones	Fundamento científico
<p><i>Objetivo general:</i></p> <p>La madre del lactante mayor manifestará disposición para mejorar la calidad de salud del lactante.</p> <p><i>Resultados esperados:</i></p> <p>La madre expresará deseo de mejorar el estado de inmunizaciones.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analizar la situación sanitaria 2. Identificar los riesgos: <ul style="list-style-type: none"> - Diarrea - Anemia - Falta de vacunas - Insalubridad de la vivienda - Desnutrición. - Hábitos de alimentación 3. Fomentar la participación de las familias en actividades de vacunación de enfermedades prevenibles por vacuna. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Facilita la toma de decisiones en beneficio del mantenimiento y la restauración de la salud de la población (MINSALUD, 2012). 2. La diarrea aguda constituye la primera causa de mortalidad en niños menores de cinco años en países en vías de desarrollo y es una de las principales causas de malnutrición (Fuentes, Rodríguez, & Salazar, 2008). La anemia se considera un factor de riesgo para la madre y para el niño, y puede incrementar la mortalidad infantil, la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y el bajo peso al nacer (Velasquez, Rodríguez, & Gonzáles, 2016). Si bien siempre ha existido el legítimo temor de los riesgos inherentes a las inmunizaciones, como las reacciones adversas, en la actualidad gran parte del rechazo proviene de desinformación disponible en los medios de comunicación social y en comunidades (Salmeron, 2017). 3. Las vacunas constituyen una de las medidas sanitarias que mayor beneficio, previenen

-
- | | |
|--|--|
| 4. Enseñar de los cuidados de nutrición y actividad física necesarios durante los primeros años de vida. | enfermedades que antes causaban grandes epidemias, muertes y secuelas (Minerd, 2006). |
| 5. Facilitar el tiempo a los padres para que realicen preguntas y discutan sus preocupaciones. | 4. En los primeros años de vida, una atención oportuna y pertinente tiene efectos de gran impacto para los hijos. Pero también estas experiencias educativas deben involucrar otros factores como la salud, el cuidado y la buena nutrición, como complementos fundamentales para alcanzar un adecuado desarrollo infantil (MNEDUCACION, 2009). |
| 6. Propiciar visitas domiciliarias | 5. La comunicación es el intercambio de información entre dos o más personas. Esto nos da un espacio para percibir que problemas enfrentan los padres. La comunicación puede ser positiva, negativa, efectiva o inefectiva (LA PATRIA, 2013).

6. Las visitas domiciliarias sirven para desarrollar acciones de captación, acompañamiento y seguimiento a la familia de la niña y el niño, para realizar de manera conjunta el cuidado esencial; fortalecer la adherencia de hierro, consumo de micronutrientes, etc. y así mismo identifican los signos de peligros y las acciones a tomar (MINSa, 2017). |
-

Ejecución

Tabla 8

SOAPIE del Dx. Enfermería: Diarrea relacionada a infección evidenciado por pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos

Fecha/hora	Intervenciones	
7:30 am	S	La madre acude al consultorio de CRED, refiere: “Mi hijo siempre está con diarrea y no casi quiere comer, hace 2 semanas que estuvo hospitalizado por su diarrea y vómito”. La madre se le observa distraída aparentemente esta con bajo peso y regular higiene.
	O	Lactante mayor de 18 meses ingresa al consultorio de CRED, en brazos de la madre despierto, decaído, presenta ojos hundidos, mucosa deshidratada, piel semiseco, con antropometría peso: 9750 kg, talla 76.5cm pc: 67cm, T° 36.8. Según la evaluación nutricional se tiene como resultado: : P/E: Normal, T/E: Talla Baja, P/T: Normal, aparentemente está con bajo peso y regular higiene.
	A	Diarrea relacionada a infección evidenciado por pérdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos.
	P	Lactante mayor evidenciará ausencia de diarrea .
	I	Observar y registrar la frecuencia, las características y la cantidad de las heces (peso diario). Balance hídrico estricto Administrar Ceftriaxona 225 mg EV c/12hrs Cambiar el pañal rápidamente. Administrar corticoides, protector cutáneo cicatrizante (betametasona). Monitoreo de la dieta que recibe el niño Identificar los alimentos y líquidos que causan diarrea. Verificar la temperatura, FC, estado de conciencia y leucocitosis. Brindar educación sobre medidas de prevención. Fijar bien el catéter periférico para evitar infección y múltiples punciones.
	E	OA , Lactante mayor evidencia ausencia de diarrea disminuyendo el número de deposiciones líquidas.

Fuente: Propio autor

Tabla 9

SOAPIE del Dx. Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a diarrea secundario a proceso infeccioso evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca

Fecha/hora	Intervenciones	
7:30 am	S	La madre acude al consultorio de CRED, refiere: “Mi hijo siempre está con diarrea y no casi quiere comer, hace 2 semanas que estuvo hospitalizado por su diarrea y vómito”. A la madre se le observa distraída, aparentemente está con bajo peso y regular higiene.
	O	El lactante, mayor de 18 meses, ingresa al consultorio de CRED, en brazos de la madre despierto, decaído; presenta ojos hundidos, mucosa deshidratada, piel semiseco, con antropometría peso: 9750 kg, talla 76.5cm pc: 67cm, T° 36.8. Según evaluación nutricional se tiene como resultado: : P/E: Normal, T/E: Talla Baja, P/T: Normal, aparentemente esta con bajo peso y regular higiene.
	A	Déficit de volumen de líquidos relacionado a pérdida activa del volumen de líquidos evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca.
	P	El lactante mayor recuperará el volumen de líquidos durante el tratamiento.
	I	Canalizar y mantener vía venosa permeable. Administración de líquidos/electrolitos. Realizar balance hídrico estricto. Valorar el estado hidratación: Piel, mucosas T°, pérdidas por evacuación (diarrea) Favorecer la ingesta del suero de rehidratación oral. Animar a la madre a que ayude al lactante con las comidas según corresponda. Vigilar si el niño continúa con diarrea. Administrar dimenhidrinato 15 mg EV c/8 horas según indicación médica.
	E	OA , el lactante mayor recuperó el volumen de líquidos durante el tratamiento presentado piel y mucosas hidratadas.

Fuente: Propio autor

Tabla 10

SOAPIE del Dx. Enfermería: Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición

Fecha/hora	Intervenciones	
7:30 am	S	La madre acude al consultorio de CRED; refiere: “Quiero saber cómo está mi niño, estuvo con diarrea, no quiere comer y se cansa cuando camina”.
	O	El lactante mayor de 18 meses, ingresa al consultorio de CRED, en brazos de la madre despierto, decaído. Presenta ojos hundidos, mucosa deshidratada, piel semiseca, con antropometría peso: 8 kg, talla 73cm pc: 67cm, T° 36.7. Según evaluación nutricional se tiene como resultado: : P/E: Normal, T/E: Talla Baja, P/T: Normal.
	A	Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición.
	P	El lactante mayor disminuirá riesgo de crecimiento desproporcionado.
	I	Manejo de la talla. Monitorización nutricional Educar como prevenir las infecciones. Enseñar a la madre sobre la alimentación del lactante de 18 meses. Brindar educación a los padres sobre la importancia de estimulación temprana y asistencia a controles.
	E	OPA , el lactante mayor disminuye progresivamente riesgo de crecimiento desproporcionado al mejorar los hábitos de alimentación por parte del cuidador.

Tabla 11
SOAPIE del Dx. Enfermería: Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas ESNI

Fecha/hora	Intervenciones
7:30 am	<p data-bbox="509 380 1421 520">S La madre acude al consultorio de CRED. Refiere: “Quiero saber cómo está mi niño, estuvo con diarrea, también, sí, le falta vacuna”.</p> <p data-bbox="509 541 1421 682">O El lactante mayor de 18 meses acude al consultorio de CRED, se observa en AREG, afebril, se verifica el carnet de vacunación, faltando recibir la vacuna contra la fiebre amarilla.</p> <p data-bbox="509 703 1421 793">A Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas ESNI.</p> <p data-bbox="509 814 1421 846">P La madre del lactante mayor cumplirá con las citas programadas.</p> <p data-bbox="509 867 1421 1123">I Negociar con el responsable del lactante para asistir a su cita programadas. Realizar visitas domiciliarias. Orientar sobre la importancia de vacunación según calendario de vacunación. Se aplicará la vacuna contra la fiebre amarilla. Educar a la madre sobre la importancia del lavado de manos.</p> <p data-bbox="509 1249 1421 1339">E OA, Madre del lactante mayor cumple con las citas programadas asistiendo al consultorio de ESNI.</p>

Tabla 12

SOAPIE del Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por madre expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/ vacunación y gestión de la salud

Fecha/hora		Intervenciones
7:30	S	La madre acude al consultorio de CRED. Refiere: “Quiero saber cómo está mi niño, estuvo con diarrea, también, sí, le falta vacuna”.
	O	El lactante mayor de 18 meses acude al consultorio de CRED, se observa en AREG, afebril, se verifica carnet de vacunación, faltando recibir la vacuna contra la fiebre amarilla.
	A	Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/vacunación y la gestión de la enfermedad.
	P	La madre del lactante mayor manifestara disposición para mejorar la calidad de salud del lactante.
8:00-8:30	I	Analizar la situación sanitaria. Identificar los riesgos mediante las visitas domiciliarias. Fomentar la participación de las familias en actividades de vacunación de enfermedades prevenibles por vacuna. Enseñar de los cuidados de nutrición y actividad física necesarios durante los primeros años de vida. Facilitar el tiempo a los padres para que realicen preguntas y discutan sus preocupaciones.
8:40	E	OA , Madre del lactante mayor manifestó disposición para mejorar la calidad de salud del lactante expresando deseo de mejorar el estado de inmunizaciones y la gestión de la enfermedad.

Evaluación

Tabla 13

Evaluación del Dx. Enfermería: Diarrea relacionada a infección evidenciado por perdida de heces líquidas >3 en 24 horas y ruidos intestinales hiperactivos

Diagnóstico 2	Evaluación
Objetivo: El lactante mayor evidenciará ausencia de diarrea.	OA, El lactante mayor evidencia ausencia o disminución de diarrea
RE	disminuyendo el número de deposiciones
El lactante mayor evidenciará reducción de la frecuencia de la defecación y recuperación de su consistencia normal.	líquidas.
El lactante mayor presentará ruidos Hidroaéreos normales.	

Tabla 14

Evaluación del Dx. Enfermería: Déficit de volumen de líquidos relacionado a diarrea secundario a proceso infeccioso evidenciado por membranas mucosas semisecas y piel semiseca

Diagnóstico 1	Evaluación
Objetivo: El lactante mayor recuperará el volumen de líquidos durante el tratamiento.	OA, El lactante mayor recuperó el volumen de líquidos durante el tratamiento
R.E	presentado piel y mucosas hidratadas.
El lactante mayor evidenciará membranas y mucosas hidratadas.	

Tabla 15

Evaluación del Dx. Enfermería: Riesgo de crecimiento desproporcionado relacionado a económicamente desfavorecidos, hábitos de alimentación incorrectos por parte del cuidador y malnutrición

Diagnóstico 3	Evaluación
Objetivo: el lactante mayor disminuirá riesgo de crecimiento desproporcionado.	OPA, El lactante mayor disminuye progresivamente riesgo de crecimiento desproporcionado al mejorar los hábitos de alimentación por parte del cuidador.

Tabla 16

Evaluación del Dx. Enfermería: Incumplimiento relacionado a motivación insuficiente evidenciado por faltar a citas ESNI

Diagnóstico 4	Evaluación
Objetivo: La madre del lactante mayor cumplirá con las citas programadas R.E. El lactante mayor asistirá a sus citas de vacunación en compañía de su mamá.	OA, La madre del lactante mayor cumple con las citas programadas asistiendo al consultorio de ESNI.

Tabla 17

Evaluación del Dx. Enfermería: Disposición para mejorar la gestión de la salud evidenciado por madre expresa deseo de mejorar el estado de inmunización/ vacunación y gestión de la salud

Diagnóstico 5	Evaluación
<p>Objetivo: La madre del lactante mayor manifestara disposición para mejorar la calidad de salud del lactante.</p> <p>RE</p> <p>La madre evidenciará el cumplimiento para la administración de la vacuna, con la presentación del carnet de vacuna.</p>	<p>OA, La madre del lactante mayor manifestó disposición para mejorar la calidad de salud del lactante expresando deseo de mejorar el estado de inmunizaciones y la gestión de la enfermedad.</p>

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

Columbia & Ricalde (2017) realizaron un reporte de caso: “aplicación del Proceso de atención de enfermería a familia con niños menores de 12 años con Desnutrición Crónica, retraso en el crecimiento desarrollo y retardo mental severo”, informa sobre la intervención de enfermería a una familia moderadamente disfuncional, de la zona de Huaycán, tiene como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería basado en el cuidado de enfermería a través de la prevención y promoción de la salud. Es un estudio descriptivo analítico. Para determinar las características de la familia se aplicó los instrumentos para la recolección de datos: entrevista a la familia usando la ficha familiar del MINSA, elaboración del Genograma, Ecomapa y Apgar Familiar. Se priorizaron los diagnósticos de enfermería para su intervención. La familia estuvo conformada por 7 integrantes de los cuales 4 de ellos son niños menores de 12 años con resultados de P/E, T/E, P/T de desnutrición crónica y signos de Kwashirkor. En la aplicación del proceso de enfermería se brindaron 16 sesiones educativas con una metodología participativa a través de consejerías personalizadas, talleres demostrativos, terapias de rehabilitación, desviación positiva, referencia hospitalaria para tratamiento específico (odontología, oftalmología y nutrición). **Resultados:** Todos los integrantes menores de 12 años presentaron un retraso en el crecimiento y desarrollo lo cual incluye, bajo rendimiento, retraimiento social, peso y talla inadecuado para su edad, retraso en el área motora, coordinación, lenguaje y área social. Al finalizar, la intervención de enfermería se llega a las siguientes conclusiones: la familia evidencia mejora en el conocimiento y práctica sobre, alimentación balanceada, medidas preventivas de higiene corporal e higiene

del hogar, estimulación temprana; y a nivel individual el niño de 12 años de edad con retardo mental severo, hemiplejia y epilepsia mejora movimiento, flexión y extensión de miembro superior izquierdo y miembros inferiores, disminuye convulsiones y presenta mejoría del área de lenguaje.

Pindo & Motoche (2015) dan a conocer en su estudio sobre Riesgo de desnutrición relacionado con la presentación de procesos infecciosos en niños menores de 5 años atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes pasaje 2013. Tuvo como objetivo general determinar el riesgo de desnutrición con la presentación de procesos infecciosos en los niños menores de 5 años atendidos en el S.C.S Nuevos Horizontes. Pasaje 2013. Metodología: el estudio de tipo descriptivo, consta de tres fases la primera de levantamiento de una línea de base sobre la caracterización de desnutrición en niños ingresados por procesos infecciosos, la segunda fase sobre el diseño e implementación de un programa educativo basado en la prevención de desnutrición con enfoque problematizado y transformado de la realidad. La tercera fase de evaluación, en la que se valorará los conocimientos adquiridos sobre prevención de desnutrición, actitudes traducidas en la práctica. Resultados: en la investigación dieron paso para implementar un proceso educativo con enfoque de educación popular para lograr cambios en las actitudes y prácticas del auto cuidado de la salud para prevenir y controlar la desnutrición en niños con procesos infecciosos.

Marco conceptual

Desnutrición infantil.

Concepto.

La desnutrición es el resultado del consumo insuficiente de alimentos y de la aparición repetida de enfermedades infecciosas. La desnutrición puede ser crónica, aguda y desnutrición

según peso para la edad. La desnutrición implica tener un peso corporal menor a lo normal para la edad, tener una estatura inferior a la que corresponde a la edad (retraso en el crecimiento) (UNICEF, 2006).

Fisiopatología.

La desnutrición asociada a la enfermedad es una situación desencadenada por diferentes situaciones clínicas que determinan:

Una ingesta de alimentos insuficiente.

Una digestión y absorción alterada.

Un aumento de las necesidades energéticas y proteicas.

Un aumento de las pérdidas por una situación catabólica.

La principal causa de desnutrición es el aporte energético-proteico insuficiente por diferentes factores: anorexia, náuseas, vómitos, alteraciones del gusto, dificultades para comer o tragar, dietas restrictivas, problemas en la obtención o preparación de la comida. La fisiopatología de la desnutrición está muy ligada a los cambios metabólicos de las situaciones de ayuno y estrés metabólico (Burgos, 2013).

La desnutrición se desarrolla gradualmente a lo largo del tiempo. Este proceso permite ajustes metabólicos y de los compartimientos biológicos, que resultan de una disminución de la necesidad de nutrientes y en un equilibrio nutricional compatible con una disponibilidad más baja de nutrientes por las células (Sevilla, 2011).

Causas.

El marco conceptual de las causas de la malnutrición difundido por UNICEF plantea tres grandes grupos:

Causas inmediatas, las relacionadas con la ingesta inadecuada de alimentos y micronutrientes y las enfermedades de tipos infeccioso.

Causas subyacentes, relacionadas con la inseguridad alimentaria en el hogar, que tiene que ver con la poca disponibilidad de alimentos, la falta de acceso a ellos y su uso inadecuado, patrones de inadecuada información.

Causas básicas, relacionadas con las estructuras políticas, económicas e ideológicas en la sociedad que regulan el acceso a los recursos, la educación y las oportunidades y que finalmente determinan la pobreza de las familias (Gutierrez W. , 2011).

Clasificación Clínica de la Desnutrición

La suma de signos específicos puede encuadrar la desnutrición de la siguiente manera (Marquez & Caltenco, 2012):

Kwashiorkor o energético proteica (desnutrición con edema modificando el peso del niño): La etiología más frecuentemente descrita es por la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son alimentados con leche materna prolongadamente. Las manifestaciones clínicas son con una apariencia edematosa, el tejido muscular es disminuido, pueden acompañarse de esteatosis hepática y hepatomegalia, lesiones húmedas de la piel (dermatosis incremento del tercer espacio. Las complicaciones más asociadas son infecciones del aparato respiratorio y digestivo.

Marasmática o energético-calórica (desnutrición seca): Los pacientes que la presentan se encuentran más «adaptados» a la deprivación de nutrientes. La apariencia clínica es más bien de emaciación con disminución de todos los pliegues, de la masa muscular y tejido adiposo; la talla y los segmentos corporales se verán comprometidos. La piel es seca, plegadiza. El comportamiento de estos pacientes es con irritación y llanto persistente, pueden

presentar retraso marcado en el desarrollo. Las complicaciones más frecuentes son las infecciones respiratorias, del tracto gastrointestinal, así como la deficiencia específica de vitaminas (Kelsey seybold clinic, 2018).

Kwashiorkor-Marasmática o mixta: Es la combinación de ambas entidades clínicas, esto es, cuando un paciente presenta desnutrición de tipo Marasmática que puede agudizarse por algún proceso patológico (infecciones por ejemplo) que ocasionará incremento del cortisol de tal magnitud que la movilización de proteínas sea insuficiente, las reservas musculares se agoten y la síntesis proteica se interrumpa en el hígado ocasionando hepatomegalia, aunado a una hipoalbumemia que disminuya la presión oncótica desencadenando el edema. Estos niños presentarán ambas manifestaciones (Marquez & Caltenco, 2012).

Signos y síntomas

El signo más obvio de una carencia de calorías es la pérdida de grasa corporal (tejido adiposo). Si la inanición se prolonga durante más tiempo, los adultos pueden perder hasta la mitad del peso de su cuerpo, y los niños incluso más. Los huesos se marcan en la piel, y esta se vuelve fina, seca, poco elástica, pálida y fría. Finalmente, se pierde la grasa facial y, en consecuencia, las mejillas y los ojos parecen hundidos. El cabello se reseca, se vuelve ralo y cae con facilidad. Otros síntomas son cansancio, frío permanente, diarrea, inapetencia, irritabilidad y apatía. Las personas afectadas se sienten débiles y son incapaces de realizar sus actividades habituales (Morley, 2008).

Tratamiento de la desnutrición.

El tratamiento en la desnutrición leve y moderada está enfocado en aportar calorías y proteínas, a 150 Kcal por Kg de peso y 3 gramos de proteínas por Kg de peso, mas la reposición de todas las vitaminas y por lo menos asegurarse del aporte de calcio, zinc, selenio,

cobre, yodo y potasio. Tomar como referencia los alimentos y suplementar con micronutrientes hasta recuperación del niño por un tiempo prudente (Sevilla, 2011).

Diagnóstico

En niños, peso y altura es medido y comparado con los gráficos que muestran la altura promedio esperado y peso para un niño de esa edad. Algunos niños son persistentemente más pequeños para la edad y pueden ser genéticamente así.

Los niños que muestran un crecimiento más lento también pueden ser desnutridos (John & Morley, 2018).

Prevención de la desnutrición infantil.

Tratar la patología social que da origen a la desnutrición es la base primordial de los centros de prevención, de nada sirve alimentar a un niño si luego se reintegra al ambiente desfavorable al que pertenece. Se debe potenciar la familia y su entorno como base de un correcto desarrollo físico e intelectual en el niño, además de administrarle un aporte adecuado de nutrientes. Se desarrollan estrategias de prevención y promoción de salud a través de diferentes programas y servicios (Rodríguez & Novaldo, 2010).

Según UNICEF se agrupan en cuatro grandes categorías:

Acciones de prevención.

Aporte de vitaminas y minerales esenciales: hierro, ácido fólico, vitamina A, zinc y yodo.

Lactancia durante las primeras horas de vida

Lactancia exclusiva durante los 6 primeros meses de vida

Fomento de una alimentación complementaria adecuada a partir de los 6 meses y continuación de la lactancia.

Peso de los recién nacidos.

Medición de peso y altura, y detección de casos de desnutrición aguda.

Promoción del consumo de sal yodada.

Cambios en el entorno socio-cultural.

Educación preventiva y activa sobre embarazos no deseados

Protección a los derechos de la mujer y niñas

Fomento del uso de alimentos locales, hábitos de alimentación saludables y sensibilización a la comunidad sobre la necesidad de hacer controles de crecimiento.

Promoción de hábitos de higiene, como el lavado de manos, para reducir el riesgo de diarrea y otras enfermedades.

Creación de instalaciones adecuadas de agua y saneamiento, y formación para su mantenimiento.

Acciones para lograr una atención sanitaria adecuada y formación de personal sanitario y comunitario.

Acciones para lograr una educación de calidad para todos que capacite para prevenir y abordar las consecuencias de la desnutrición (UNICEF, 2006).

Otras medidas preventivas

Consumir alimentos nutritivos de la producción de la zona donde vive (UNICEF, 2011).

Promoción y educación en prácticas saludables. Consejería en lactancia materna y alimentación complementaria. Sesiones demostrativas Lavado de manos.

Vacunas y CRED

Suplementación con micronutrientes: Vit A, hierro y zinc

Tratamiento de enfermedades prevalentes en niños: diarreas agudas, disentería y neumonía (UNICEF, 2013).

Cuidados de Enfermería.

La realización valoración de enfermería, y el establecimiento de las primeras acciones de un correcto “Plan de Cuidados” puedan ser motivo de atención nutricional.

Sensibilización ante el mismo

La concienciación sobre la importancia de la malnutrición

Realizar medidas antropométricas

Realizar la evaluación del estado nutricional

Establecer una relación de confianza y respeto

Determinar la ingesta y los hábitos del paciente

Facilitar la identificación de las conductas que se desean cambiar

Proporcionar información, acerca de las necesidades de la modificación de la dieta

Proporcionar material informativo atractivo como guía

Comentar los gustos y aversiones de alimentos del paciente

Determinar el conocimiento de la madre sobre los cuatro grupos de alimentos básicos para su niño

Administración de vacunas

Administración de suplemento vitamínico con los multimicronutrientes

Valorando signos vitales

Realizando lavado de manos vigoroso, antes de la manipulación.

Manteniendo en todo momento la empatía.

Brindando apoyo emocional a la madre

Estableciendo comunicación fluida con la madre para obtener datos más específicos familiares.

Implicando a los miembros de la familia en el proceso de cuidado.

Valorando el grado de conocimiento de los padres sobre el vínculo afectivo que deben tener con la niña.

Realizar visitas domiciliarias con fin de brindar confianza y seguridad a la familia del menor (Morales, 2008).

Modelo teórico

Kathryn E. Barnard “Modelo de Interacción Padre-Hijo”. Esta teoría procede de la psicología y del desarrollo humano y se centra en la interacción madre-niño con el entorno. Esta teoría se basa en los datos empíricos acumulados a través de escalas desarrolladas para cuantificar la alimentación, la enseñanza y el entorno. Resalta la importancia de la interacción madre-hijo y el entorno durante los tres primeros años de vida, permitiendo el desarrollo de definiciones conceptuales y operativas. Un interés central de la obra de Barnard fue la elaboración de instrumentos de valoración para determinar la salud, el crecimiento y desarrollo del niño, considerando al conjunto padres- hijo como un sistema interactivo (Cisnero, 2005).

Esta teoría resalta la importancia que tiene sobre el trabajo de investigación aplicado a un lactante con Dx. Med. EDA, y con la patología de desnutrición crónica, atendido en el consultorio de CRED, de donde parte la valoración de los cuidados brindados a los padres o cuidadores de los hijos sobre la crianza, educación, alimentación, etc. Se brindó una serie de cuidados para así contribuir a lograr una mejor adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, para finalmente alcanzar los objetivos trazados.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo y diseño

El diseño de investigación, estudio de caso, se realizó a través de un 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 Margory Gordon. Se enuncian los diagnósticos y se plantea el plan de cuidados, ejecutándose las intervenciones las que posteriormente serán evaluadas.

Sujeto de estudio

El lactante mayor de 18 meses del Centro de Atención Primaria

Técnica de recolección de datos

Se utilizó la guía de evaluación de Margory 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

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

Capítulo IV

Resultados, análisis y discusión

Resultados

Tabla 18

Cumplimiento de los objetivos relacionado a los diagnósticos de enfermería

	Objetivo alcanzado		Objetivo parcialmente alcanzado		Objetivo no alcanzado	
	fi	%	fi	%	fi	%
Diagnóstico 1	1	20				
Diagnóstico 2	1	20				
Diagnóstico 3			1	20		
Diagnóstico 4	1	20				
Diagnóstico 5	1	20				
Total	4	80	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 80% fueron objetivos alcanzados y 20% fueron objetivos parcialmente alcanzados.

Análisis y discusión de diagnósticos

El primer diagnóstico fue alcanzado un 20%; porque el lactante mayor recupera el volumen de líquidos durante el tratamiento. Esto significa que las intervenciones que se realizaron fueron efectivas para lograr cumplir con los objetivos planteados. Quintana, Peña y Santana, (2001) refieren que la valoración del grado de deshidratación tiene interés básico de cara al tratamiento, siendo la rehidratación oral el tratamiento de elección en los niños con diarreas con deshidratación leve a moderada y como suplemento en los que no están deshidratados. De

igual manera González y Ganado, (2017) mencionan que la rehidratación rápida oral en unas 4 horas o cuando cesen los vómitos para evitar la deshidratación. Cada vez que el niño defeca o vomita está perdiendo líquido que es preciso reponerlo bebiendo, son muy útiles los sueros de rehidratación que vienen preparados. Sin embargo en muchas ocasiones la terapia de rehidratación oral es abandonada por diversos motivos (negativa del niño a tomarla por su sabor, desconfianza por parte de los padres o del personal sanitario) pasando a la vía intravenosa. (Alvarez, Manrique, Fernández y Pou, 2000).

El segundo diagnóstico fue alcanzado en un 20%; porque el lactante mayor evidencia ausencia de deposiciones líquidas. Esto significa que las acciones iniciales brindadas fueron eficaces para los resultados esperados. Añadiendo a esto Suárez, Kirchschräger Y Perdomo, (2000) mencionan que es preciso recordar que la función principal del aparato digestivo es la digestión y absorción de nutrientes, e incluso cuando existen lesiones inflamatorias, la alimentación oral, la digestión intraluminal y la absorción intestinal son generalmente bien toleradas. La mayoría de los casos de gastroenteritis en niños son autolimitados y solo necesitan tratamiento de soporte. La terapia antibiótica se restringe a algunos patógenos bacterianos. La selección del antibiótico se basa en el diagnóstico clínico del patógeno probable antes que en el diagnóstico definitivo por cultivo. La toma de la conducta de dar antibiótico a un niño con diarrea aguda cuando consulta a urgencias es variable entre los médicos lo que representa un vacío en el conocimiento y lleva en muchas oportunidades al uso diseminado de antibacterianos permitiendo un incremento significativo en la resistencia de patógenos entéricos en los últimos años. (Briceño, G; Vera, J; y Vélez, S, 2010). Gonzales y Villalán, (1996). Menciona que el empleo de antimicrobianos en las enfermedades diarreicas agudas (EDA) ha sido un tema siempre polémico, puesto que se han indicado

innecesariamente en muchas ocasiones. Actualmente, se conoce que estas enfermedades curan generalmente con rehidratación oral y alimentación mantenida, pues si bien esos medicamentos son útiles e indispensables en algunos casos.

El tercer diagnóstico fue parcialmente alcanzado con un 20%; porque el lactante mayor disminuye progresivamente riesgo de crecimiento desproporcionado al mejorar los hábitos de alimentación por parte del cuidador. Esto significa que las intervenciones realizadas seguirán manteniéndose ya que es un proceso en crecimiento, hasta lograr por completo el objetivo propuesto. La influencia de la madre es bastante fuerte en esa etapa, porque es ella quien decide los alimentos que compra y prepara de acuerdo con su capacidad económica, la disponibilidad de tiempo y los conocimientos y preferencias que tenga para la selección de alimentos (Restrepo & Maya, 2005).

El cuarto diagnóstico también fue alcanzado el objetivo con el 20%; teniendo en cuenta que la madre del lactante mayor cumple con las citas programadas asistiendo al consultorio de ESNI. Quiere decir que las intervenciones han sido eficaces para este diagnóstico. American Academy of Pediatrics (AAP) cree que las vacunas son la manera más segura y económica de prevenir las enfermedades, las discapacidades y la muerte. Los autores del estudio explican que retrasar o espaciar las vacunas pone a los niños y a otras personas vulnerables de la población en riesgo de contraer enfermedades que se pueden prevenir mediante la vacunación, con resultados potencialmente graves (Errol & Alden, 2015).

Y por último, el quinto diagnóstico se logra alcanzar el objetivo porque la madre del lactante mayor manifestó disposición para mejorar la calidad de salud del lactante expresando deseo de mejorar el estado de inmunizaciones y la gestión de la enfermedad. Logrando que las intervenciones hayan sido efectivas. Para promover salud, lo fundamental es la participación

activa de las personas en la modificación de las condiciones de vida; lo que conduce al incremento de la cultura de la salud y al desarrollo humano que significa: adquisición de conocimientos, vida prolongada, saludable, acceso a los recursos necesarios y entrenamiento personal para asumir consciente y responsablemente esa participación; los resultados de este proceso pueden ser más eficientes si se inicia desde las edades más tempranas y se mantiene de forma sistemática a lo largo de su permanencia en el sistema educacional y de toda la vida. Con la educación para la salud se trata de que las personas obtengan un sentido de responsabilidad de su propia salud, adquieran habilidades para analizar y solucionar sus problemas y clasificar sus valores relacionados con el tema (Mendez, 2008).

Capítulo V

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

Se logra aplicar el PAE al paciente lactante mayor de 18 meses de edad, cumpliendo las cinco etapas del mismo.

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

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

Recomendaciones

Al Centro de Atención Primaria, seguir apoyando en los trabajos enmarcados en el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), que sirva para mejorar el trabajo de los profesionales de enfermería, para dar una atención de calidad a los usuarios.

A la Universidad Peruana Unión que siga utilizando esta metodología para estudios de pre y post grado con la finalidad que el trabajo de enfermería (PAE) sea una pauta en el desarrollo de nuestras actividades diarias y sea reconocido ante todo los demás profesionales. También se realicen estudios respecto a actividades realizadas durante la atención del niño, abordándolo también de forma cualitativa.

Y por último, se recomienda a los estudiantes de pres y post grado a realizar este tipo de estudio en otros campos de atención de la enfermería.

Referencias

- Acuña, R. (2015). Aiarrea aguda. *Revista médica Clínica las condes*, 26. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015001327>
- Aguilera, F., Carrión, F., Flores, & Clara. (2010). *Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería*. Obtenido de https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/procedimientos/procedimientos_2012/c3_balance_equilibrios.pdf
- Albalate, M., & Alcazar, R. S. (2009). Alteraciones del sodio y del agua. *Nefrología al día*, 163-180.
- Alvarez, Manrique, Fernández y Pou. (2000). Manual de Rehidratación Oral. *Sociedad Española de Urgencias de Pediatría*. Obtenido de <http://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403301777533>
- Aranjo, H. (2011). *Enfermedad Diarreica Aguda*. Colombia. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de <http://santamargarita.gov.co/intranet/pdf/Otros/guiaeda2011.pdf>
- Asociación española de pediatría. (Octubre de 2018). *Manual de vacunas en línea AEP*. Obtenido de <https://vacunasaep.org/printpdf/documentos/manual/cap-24>
- Ballona, R. (2003). Dermatitis del área de pañal. *Dermatología peruana*, 13(12), 95-100. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v13_n2/dermatitis.htm

- Beilman, G., & Dunn, D. (2007). Infecciones quirúrgicas. En F. Charles, D. Andersen, T. Billiar, D. Dunn, & J. Hunter, *Manual de cirugía* (Octava ed., págs. 79-97). Mexico: Interamericana.
- Bejerran, F., Dipierri, E., & Alfaro, L. (2003). Valores del hematocrito y prevalencia de anemia en escolares jujeños. *63*(4). Obtenido de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802003000400003
- Birman, A., & Snyder, S. (2013). *Fundamentos de enfermería* (Novena ed., Vol. II). Madrid: Pearson Educacion.
- Bocangel, D., & Salazar, J. (2003). Aporte parenteral de líquidos y electrolíticos. *Revista de la sociedad de bolivariana de pediatría*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752003000200017
- Briceño, G; Vera, J; y Vélez, S. (2010). MANEJO DE DIARREA AGUDA DE ORIGEN BACTERIANO: ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. *Rev.Medica.Sanitas*. Obtenido de <http://www.unisanitas.edu.co/Revista/19/diRREAMERGED.pdf>
- Burgos, R. (2013). Desnutrición y Enfermedad. *Grupo Aula Médica*, *6*(1). Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/3092/309228933002.pdf>
- Bustos R., B. L. (2001). Pseudolitiasis biliar inducida por ceftriaxona. *Revista chilena de pediatría*, *70*(1), 40-44. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000100007>

- Cabezudo, D., & Carrascosa, L. (Abril de 2006). Talla Baja Idiopatica: definicion y tratamiento. *Anales de Pediatría*, 64(4), 360-364. Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403306700807>
- Carranza, C., & Gómez, J. (2016). Rehidratación en el paciente pediátrico. *Revista Med*, 24(2), 35. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v24n2/v24n2a04.pdf>
- Carrasco, M. P. (2000). *Tratado de emergencias médicas*. Madrid: Aran.
- Cassorla, F., Gaete, X., & Roman, R. (Mayo de 2000). Talla baja en pediatría. 71(3). Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de *Revista Chilena de Pediatría*
- Castell, S., & Hernandez, M. (2007). *Farmacología en enfermería*. Madrid: Elsevier.
- CENFEM. (5 de Julio de 2016). *Desnutricion Infantil*. Obtenido de Centro de Estudios en Negocios,:
http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/8201/CENFEM_numero_05_Julio_2016.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chumillas, A., Natividad, S., & Sanchez, M. (2002). Plan de cuidados para la prevencion de flebitis por insercion de cateter periferico. *Revista de Enfermería-Albacete*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <https://previa.uclm.es/ab/enfermeria/revista/numero%2015/numero15/flebitis.htm>
- Cisnero, F. (2005). *Teorias y Modelos de Enfermería*. Obtenido de <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

Cruz, C., & Estechea, A. (2005). *Shock septico*. Malaga.

Cuidado, E. (9 de Junio de 2012). *Bases historicas y teoricas de la enfermería*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2018, de Teorias de enfermería:

<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html>

Doengens, M., Moorhouse, M., Murr, A. (2008). *Planes de cuidados de enfermeria* (Septima edicion ed.). Mexico DF: McGraw-Hill Interamericana Editores S.A.

Doenges, M., & Moorhouse, M. M. (2008). *Planes de cuidado de enfermeria*. Mexico: McGraw Hill Interamericana.

Dominguez, A. (Agosto de 2014). *Crecimiento y talla baja*. Obtenido de

<http://portal.scptfe.com/wp-content/uploads/2013/12/2014-2-3.c.pdf>

Elveny, J. (7 de Septiembre de 2013). CUIDADO DE ENFERMERIA A PADRES PARA FORTALECER EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO DE SUS HIJOS. *Revista Cuidarte*. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/cuid/v4n1/v4n1a17.pdf>

Errol, R., & Alden, M. (2015). American Academy of Pediatrics. *el regreso a la escuela 2015*.

Obtenido de https://www.healthychildren.org/Spanish/tips-tools/e-magazine/Documents/HCD_June%202015_Spanish_Final.pdf

Estrada, E. (2006). *Falla respiratoria aguda*. Obtenido de www.reeme.arizona.edu

Estrella, J. d., Tornero, A., & Leon, M. (2005). Insuficiencia respiratoria. En *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 363-370).

Fernandez, J. (2009). Actitud terapeutica en la insuficiencia respiratoria. *Medicine*, 4368-4375.

- Flores, S., & Martínez, G. (2006). Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. bases técnicas. *Revista Medigraphic*, 63(2), 129-144. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8567>
- Fuentes, Z., Rodríguez, O., & Salazar, M. (2008). Factores de riesgo de las enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años. *I2(2)*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552008000200004
- Gomez, M., Gonzales, V., Olguin, G., & Rodriguez, H. (2010). Manejo de secreciones pulmonares en el paciente critico. *Enfermería intensiva*, 74-82.
- Gutierrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Medica Peruana*, 286-297.
- Gutierrez, W. (Abril de 2011). La desnutrición en la niñez en el Perú: factores condicionantes y tendencias. *28(2)*. Recuperado el 25 de Noviembre de 2018, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342011000200040
- Herdman, H. (2013). *NANDA internacional, diagnosticos enfermeros 2012-2014*. Barcelona: Elsevier.
- Hernandez, M. (2008). *Dietoterapia*. ciudad la habana: Ciencias Medicas. Obtenido de https://www.paho.org/cub/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=mnt&alias=893-temas-de-nutricion-dietoterapia-la-habana-2008&Itemid=226
- Hirs, L. (2017). *Analisis de sangre: hemoglobina*. Obtenido de <https://kidshealth.org/es/parents/blood-test-hemoglobin-esp.html>

Hogston, R., & Marjoram, B. (2008). *Fundamentos de la practica de enfermeria* (Tercera ed.).

Mexico: Mc Hill Interamericana.

INEI. (2009). *Encuesta demográfica y de salud familiar - INEI. Perú, 2007 2008*. Lima.

Recuperado el 18 de Julio de 2018, de

<https://dhsprogram.com/pubs/pdf/fr234/fr234.pdf>

INFANTIL, D. (s.f.). Obtenido de

https://desnutricioninfantilweb.wordpress.com/tipos_de_desnutricion_infantil/

Ingrassia, V. (20 de Agosto de 2018). La importancia de vacunar para evitar enfermedades

pasadas. *Infobae*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de

<https://www.infobae.com/salud/2018/04/20/la-importancia-de-vacunar-para-evitar-enfermedades-pasadas/>

Izarru, L. (s.f.). *Sociedad anticancerosa de venezuela*. Obtenido de

<http://www.laloncherademihijo.org/docentes/importancia-peso-talla.asp>

John, E., & Morley, M. (2018). Desnutricion. *manual MSD*. Obtenido de

<https://www.msdmanuals.com/es/hogar/trastornos-nutricionales/desnutrici%C3%B3n/desnutrici%C3%B3n>

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

Kelsey seybold clinic. (19 de Febrero de 2018). Obtenido de

<http://kelseyseyboldse3.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=001604>

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

Barcelona: Panamericana.

- LA PATRIA. (16 de Marzo de 2013). Periodico de circulacion nacional. *La comunicacion es el intercambio de informacion entre dos o mas personas*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <http://lapatriaenlinea.com/?t=la-comunicacion-es-el-intercambio-de-informacion-entre-dos-o-mas-personas¬a=137921>
- Liboreiro, D. (2015). Canalizacion venosa periferica (fundamentos y tecnicas de colocacion). Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <http://www.sosenfermero.com/noticias-de-salud/cuidados/canalizacion-venosa-periferica-fundamentos-y-tecnica-de-colocacion/>
- Lopez, J. (24 de Setiembre de 2011). Talla Baja Idiopatica y Hormona de Crecimiento. *Evidencias en Pediatría*, 7(3). Recuperado el 27 de Noviembre de 2018, de http://archivos.evidenciasenpediatria.es/DetalleArticulo/_LLP3k9qgzIh7aNQBiadwmcncptECh2OcpRs5nt4MwCjA4mZa_hqQy5f-rQPym1xbLpxz9MCuGgVIUOh0qKhhA
- Malgor, L., & Valsecia, M. (2005). *Farmacologi medica*. Buenos aires: Catedras.
- Marquez, H., & Caltenco, M. (2012). Clasificacion y evaluacion de la desnutricion en el paciente pediatrico. *Medigraphic- el Residente*, 7(2), 59-69. Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de <http://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2012/rr122d.pdf>
- Martinez, F. (2011). *TCAE en la unidad de cuidados intensivos*. Madrid: Vertice.
- Mendez, R. (24 de Septiembre de 2008). Promoción de la salud. Fundamentos científicos, morales y jurídicos. *GESTIOPOLIS*. Obtenido de

<https://www.gestiopolis.com/promocion-de-la-salud-fundamentos-cientificos-morales-y-juridicos/>

Mercedes, R., Tomat, M., & Perez, D. (2009). Terapia de rehidratacion oral. *Revista cientifica de america latina-archivos venezolanos de puericultura y pediatria*, 72(4), 146-153.

Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de

<http://www.redalyc.org/pdf/3679/367936951008.pdf>

Minerd. (2006). *Importancia de la Vacuna*. Santo Domingo. Obtenido de

<http://www.educando.edu.do/articulos/familia/importancia-de-las-vacunas/>

MINSA. (2017). *Norma Tecnica de Salud del Control de Crecimiento y Desarrollo del Niño Niña Menor de Cinco Años*. Lima. Recuperado el 22 de Noviembre de 2018

MINSA. (2017). *Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años*. Lima.

MINSALUD. (2012). *La importancia de los analisis de situacion de salud*. Boletin Informativo, Colombia.

MINSALUD. (22 de Febrero de 2016). *ABECE de la atencion integral a la desnutricion aguda*. Recuperado el 18 de Julio de 2018, de

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/abc-desnutricion-aguda.pdf>

MNEDUCACION. (Febrero de 2009). Por una educacion inicial incluyente y para toda la vida. *Altablero*(49). Obtenido de <https://www.mineducacion.gov.co/1621/article-192210.html>

- Morales, A. (Septiembre de 2008). IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LA ENFERMERÍA DE URGENCIAS, EN LA DESNUTRICIÓN HOSPITALARIA. Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/septiembre/pagina5.html>
- Morley, J. (2008). *Desnutrición*. Recuperado el 21 de Noviembre de 2018, de <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-nutricionales/desnutr%C3%B3n/desnutr%C3%B3n>
- Muñoz, A., Garcia, C., & Lopez, J. (2008). Insuficiencia respiratoria aguda. 211-217.
- Muñoz, M., & Montalvan, L. (2012). Fluido terapia Intravenosa en urgencias y emergencias. Obtenido de <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/fluido.pdf>
- Naranjo, Y. (Diciembre de 2014). Importancia de la higiene de manos en la atención sanitaria. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2014000600001
- Navarro, Y., & Castro, M. (Junio de 2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. *Enfermería Global*. Recuperado el 27 de Noviembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- NutriEsSalud. (2017). suplemento nutricional pediátrico. *Suplemento de micronutrientes*.
- OMS. (Junio de 2012). *Organización Mundial de la Salud*.

Pagana, K. (2008). *Guia de pruebas diagnosticas y de laboratorio*. Madrid: Elsevier.

Pare, A. (12 de Noviembre de 2009). *VADEMECUM*. Obtenido de

<http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/d035.htm>

Perez, S. (Diciembre de 2015). Recuperado el 18 de Julio de 2018, de

<http://unpensamientoparareflexionar.blogspot.com/2015/12/la-desnutricion-infantil.html>

Pita, Gisella; Basabe, Beatriz. (2007). *LA ANEMIA*. Unicef. Obtenido de

http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/hematologia/anemia_para_profesionales_de_la_salud_aps_2009.pdf

Pozo, R. (2016). Dermatitis del pañal trastornorelacionado. *pediatr Integral*, 2. Recuperado el

15 de Noviembre de 2018, de [ohttps://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/01/n3-151-158_TomasPozo.pdf](https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2016/xx03/01/n3-151-158_TomasPozo.pdf)

Quast, S., & Kimberger, O. (2013). *La Importancia de la temeperatura corporal - Central*

Fisiopatologia y metodos de medicion. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de <https://www.draeger.com/Library/Content/t-core-bk-9101301-es-1604-1.pdf>

Ramiro, M., Halabe, J., & Lifsbitz. (2002). *El internista*. Mexico: McGrawHill.

Ravasco, P., Anderson, H., & Mardones, F. (2010). Metodos de valoracion del estado

nutricional. *Nutrición Hospitalaria*, 25(3). Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000900009

Restrepo, S., & Maya, M. (2005). *Boletín de Antropología Universidad de Antioquia*, 19(36).

Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/557/55703606.pdf>

- Rivera, F. (2009). *Bases de la medicina clinica*. Santiago : Medichi.
- Rodes, J., Carné, X., & Trilla, A. (2002). *Manual de terapeutica medica*. Madrid: Elsevier.
- Rodríguez, A., & Novaldo, J. y. (Octubre de 2010). Implicaciones de la desnutrición en atención primaria. *Nutricion Hospitalaria*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-16112010000900010&script=sci_arttext&tlng=en
- Rodriguez, N. (2010). Guía de estimulación temprana. Lima. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018
- Salmeron, J. (2017). oposicion a las vacunas en chile / analisis de un caso reciente. *Revista chilena de derecho*, 44(2). Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-34372017000200563
- Sarduy, C., Pouza, I., Perez, R., & Gonzales, L. (2011). Sepsis intrabdominal postquirurgica. *Archivo Medico de Camagüey*, XV(2), 235-247.
- Sevilla, R. (2011). MANEJO INTEGRAL “CLAPSEN” DE LA DESNUTRICIÓN INFANTIL. *Revista Médico-Científica "Luz y Vida"*, 2(1), 87-93. Recuperado el 27 de Noviembre de 2018, de <http://www.redalyc.org/pdf/3250/325028222020.pdf>
- Shoemaker. (2002). *Tratado de medicina critica y terapia intensiva*. Madrid: Panamericana.
- Smeltzer, S., & Bare, B. (2002). *Enfermeria medico- quirurgica* (Novena ed., Vol. II). Mexico: McGraw- Hill Interamericana.

UNICEF. (2006). *Desnutricion infantil*. Obtenido de

https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm

UNICEF. (2006). *Desnutrición infantil*. Obtenido de

https://www.unicef.org/republicadominicana/health_childhood_10172.htm

UNICEF. (2011). Obtenido de

<https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/Dossierdesnutricion.pdf>

UNICEF. (2013). *La desnutricion cronica infantil*. Obtenido de

<https://www.unicef.org/peru/spanish/La-desnutricion-cronica-infantil.pdf>

UNICEF. (10 de Mayo de 2013). *Mejorar la Nutricion infantil*. 132. Recuperado el 15 de

Noviembre de 2018, de [https://www.unicef.org/Spanish_UNICEF-](https://www.unicef.org/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf)

[NutritionReport_low_res_10May2013.pdf](https://www.unicef.org/Spanish_UNICEF-NutritionReport_low_res_10May2013.pdf)

UNICEF. (s.f.). *Diarrea*. Recuperado el 14 de Noviembre de 2018, de

<https://www.unicef.org/spanish/ffl/07/4.htm>

Vademecum.es. (16 de Junio de 2016). *monografias principio activo*. Recuperado el 18 de

Julio de 2018, de <https://www.vademecum.es/principios-activos-ceftriaxona-j01dd04>

Vargas, I., Villegas, O., & Sanchez, A. (2003). *Costa Rica*. Recuperado el 15 de Noviembre de 2018, de

<http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/documentos/Ed211.paralaSalud-MariaT.Cerqueira.pdf>

Velasquez, J., Rodríguez, Y., & Gonzáles, M. (2016). *Factores asociados con la anemia en niños menores de tres años en Perú: análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud*

Familiar, 2007-2013. 36(2). Obtenido de

<https://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/2896/3183>

Vidal, P. (30 de Julio de 2013). *blog*. Obtenido de <http://blognutricion1.blogspot.com/>

Witter, B. (2000). *Tratado den enfermeria practica*. Mexico: Interamericana.

Apéndice

Apéndice A: Guía de valoración

DATOS GENERALES	
H.CL	
Nombre: Fecha de nacimiento: DNI: Edad: Sexo: Fecha de control de CREDE: Persona de referencia: (Madre) Fuente de información: madre () padre () familiares () otros () Teléfono: Dirección: N° De Control: Peso: Talla: Temperatura: Motivo De Consulta:	
VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES	
PATRÓN PERCEPCIÓN CONTROL DE LA SALUD	Estado de Higiene:
Antecedentes: Madre: HTA: () DM: () ASMA: () TBC: () Alergias: Medicamentos que consume: Consumo de sustancias tóxicas: N° de Gestación: Intervención Qx. () Estado de higiene: Buena:() Regular:() Mala:() Padre: Enfermedades: Alergias: Medicamentos que consume: Consumo de sustancias tóxicas: Parto: Institucional: Domiciliario: Tipo: Presentación: Niño: Apgar: Sufrimiento Fetal: Peso al nacer: Talla al nacer: PC al nacer: Alergias: Factores de riesgo: Hospitalizado: Suplementos vitamínicos:	PATRÓN RELACIONES - ROL
	Fuentes de Apoyo: Estado Civil de los Padres: Problemas Familiares: Tipo de Familia: <u>Comentario adicional:</u>
	PATRÓN VALORES - CREENCIAS
	Restricciones Religiosas: Religión de los Padres:
	PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS
	Estado emocional del niño: tranquilo() ansioso() negativo() Temeroso() irritable() indiferente() Estado emocional de los padres:
	PATRÓN DE DESCANSO - SUEÑO
	Horas de sueño: Problemas para dormir: Cama propia: Duerme acompañado:
	PATRÓN PERCEPTIVO - COGNITIVO

INMUNIZACION:

EDA D	VACUNA	FECHA
RN:		
2mese s:		
4mese s:		
6mese s:		
7mese s: 8mese s		
12me ses		
15me se		
18me ses		
4 años		

N° de controles:

Niño:

Funcionabilidad de los sentidos:

Presenta anomalías:

Dolor:

Desarrollo psicomotriz:

Área motora:

Área lenguaje:

Área: coordinación:

Área social:

**PATRÓN DE ACTIVIDAD –
EJERCICIO**

Actividad Respiratoria:

Respiración:

Fosas Nasales:

Se cansa con facilidad:

Ruidos respiratorios:

Actividad Circulatoria:

Camina sólo:

Movilidad de miembros:

Fuerza muscular:

Capacidad de autocuidado:

PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO

Peso: kg Talla: cm T°: °C.

PIEL:

Piel y mucosas:

Color:

Integridad: Intacta () Lesiones ()

BOCA:

Cavidad Bucal:

Dificultad para deglutir:

Dentadura:

Hidratación:

Paladar:

Malformaciones:

<p>ABDOMEN: Cambio de peso durante los últimos días: Apetito: Abdomen: Ruidos Hidroaéreos: N° habitual de comidas: Tipo de Dieta:</p> <p>Otros: Cabellos y uñas: Hemoglobina:mg/dl Hematocrito:.....%</p>	
PATRÓN DE ELIMINACIÓN	
<p>INTESTINALES: N° de deposiciones: Color: Consistencia: Cantidad:</p> <p>VESICALES: Frecuencia: Color: Cantidad:</p>	
PATRÓN SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN	
<p>Órganos Genitales: Prepucio: Testículos: Zona perianal:</p> <p>Comentario adicional: Mujer: Secreción vaginal: Sangre Moco blanquecinas Malformaciones:..... </p> <p>OBSERVACIONES: </p>	

<p>NOMBRE DEL ENFERMERO@:</p> <p>FIRMA:</p> <p>CEP:</p> <p>FECHA:</p>	
---	--

Apéndice B: Fichas farmacológicas

NOMBRE GENÉRICO: CEFTRIAXONA, CEFUROXIMA, CEFTIZOXIMA

(Vademecum.es, 2016)

NOMBRE COMERCIAL: CEFIZOX, ZEFTERA ZEVTERA, ROCEPHIN, CEFTIN
ZINACEF.

CLASIFICACION: Antibiótico (grupo de las cefalosporinas de 3ra generación)

INDICACIONES: Ceftriaxona está indicada en infecciones causadas por los gérmenes sensibles a este antibacteriano, tales como:

- Sepsis
- Meningitis
- Infecciones abdominales (peritonitis, infecciones de los tractos biliar y gastrointestinal).
- Infecciones de huesos, articulaciones, piel, tejidos blandos y heridas.
- Infecciones en pacientes con mecanismos defensivos disminuidos.
- Infecciones renales y del tracto urinario (cistitis, nefritis, uretritis).
- Infecciones del tracto respiratorio, en especial neumonía, y de garganta, nariz y oídos.
- Infecciones genitales (incluyendo las gonocócicas).
- Profilaxis perioperatoria de infecciones.
- Tratamiento de cuadros neurológicos, cardíacos y artríticos de borreliosis de Lyme.

CONTRAINDICACIONES: Antes de la terapia con ceftriaxona se debe conocer si el paciente ha presentado reacciones previas de hipersensibilidad a las cefalosporinas.

REACCIONES ADVERSAS: los efectos adversos reportados para la ceftriaxona son similares a los de las cefalosporinas. La ceftriaxona es bien tolerada generalmente. Los efectos adversos han sido reportados en alrededor del 10 % de los pacientes y se ha tenido que

descontinuar el tratamiento sólo en un 2 %. Los efectos adversos hematológicos más frecuentes son la eosinofilia, trombocitosis y leucopenia. Anemia, neutropenia, linfocitosis, monocitosis y basofilia. Prolongación del tiempo de protrombina con menos frecuencia. Diarreas, náuseas, vómitos, dolor abdominal, flatulencia, dispepsia y colitis, se reportan también como efectos gastrointestinales. Dolor en el sitio de aplicación: flebitis que puede evitarse si se aplica correctamente. Las reacciones de hipersensibilidad se manifiestan por medio de rash, prurito y fiebre. Pueden incrementarse las concentraciones séricas de AST (SGOT), y ALT (SGPT) y las concentraciones séricas de fosfatasa alcalina y bilirrubina. Entre los efectos renales se reportan incremento de las concentraciones de BUN y el incremento de las concentraciones séricas de creatinina. Otros efectos adversos pueden ser diaforesis y flushing, dolor de cabeza, mareos, candiditis oral y vaginal.

ADVERTENCIAS: No debe mezclarse con otro antibiótico en la misma jeringuilla antes de su administración.

DOSIS: En el tratamiento de meningitis debe ser administrada una dosis de 100 mg/kg (no exceder de los 4 g) dada en dosis dividida cada 12 horas con o sin una dosis de carga inicial de 75 mg/kg. En infecciones gonocócicas no complicadas es recomendable una dosis de 250 mg. Para uso perioperatorio (profilaxis quirúrgica) se administra una dosis simple de 1 g, media a 2 horas antes de la operación, por vía intramuscular o intravenosa. En inflamaciones pélvicas agudas cuando la paciente no está hospitalizada, la CDC sugiere que los adultos pueden recibir una dosis simple de 250 mg intramuscular, seguida de una dosis oral de 100 mg de doxiciclina, dos veces al día durante 10 a 14 días. Dosis pediátrica: Los niños mayores de 12 años pueden recibir la misma dosis que los adultos. La dosis usual para prematuros y niños menores de 12 años en el tratamiento de infecciones serias es de 50 a 75 mg/kg (no exceder

los 2 g) diarios dadas en dosis divididas cada 12 horas. Para el tratamiento de infecciones del SNC (ej. meningitis), la dosis usual en prematuros y menores de 12 años es de 50 a 100 mg/kg diarios, dados en dosis divididas cada 12 horas. En vulvovaginitis, uretritis, proctitis o faringitis gonocócica, los niños con peso menor de 45 kg pueden recibir una dosis simple de 125 mg por vía intramuscular. En el tratamiento de PID agudas en niños prepuberales, la CDC sugiere un régimen de 100 mg/kg diarios intravenoso en combinación con eritromicina, sulfisoxazol o tetraciclina intravenosa (en niños de 8 años o menores). El régimen parenteral se continúa durante 4 días y por 2 días después que el paciente muestre una mejoría marcada; después de esto se continúa el tratamiento de forma oral durante 14 días, eritromicina, sulfisoxazol y tetraciclina. Dosis en pacientes con trastornos hepáticos y renales: La modificación de la dosis usual de ceftriaxona es generalmente innecesaria en pacientes con fallos renales o función hepática solamente; sin embargo, la concentración del medicamento en suero puede ser monitoreada cuando ésta es usada en pacientes con deterioro renal severo (ej. diálisis) y en pacientes con fallos renales y hepáticos sustanciales. Si se evidencia que ocurre acumulación de la droga, ésta debe ser disminuida conformemente. La dosis en adultos con problemas renales y hepáticos no debe exceder de los 2 g diarios a menos que se monitoree cuidadosamente la concentración de la droga en el plasma. Como la ceftriaxona no es arrastrada por hemodiálisis, no son necesarias dosis suplementarias durante y después de la diálisis. Insuficiencia renal: aclaramiento de creatinina > 10 mL/min.: posología normal. Aclaramiento de creatinina < 10 mL/min.: 2 g como mínimo una vez al día. Insuficiencia hepática: posología normal. Insuficiencia renal y hepática asociadas: controlar las concentraciones plasmáticas de ceftriaxona. Prematuros: 50 mg/kg como máximo una vez al día. En el caso de los ancianos, el esquema de adultos no requiere modificación. Preparación

de la forma farmacéutica: para preparar la dilución inicial para uso intramuscular, añadir 3 mL de agua para inyección al bulbo conteniendo 250; 500; 1 000 ó 2 000 mg de ceftriaxona. Para preparar la dilución inicial para uso intravenoso, añadir 10 mL de agua para inyección a cada bulbo de 250 mg; 500; 1 000 ó 2 000 mg de ceftriaxona. Para uso intravenoso directo, la solución resultante debe administrarse durante un lapso de 3 a 5 minutos. Después de reconstituidas, las soluciones mantienen su potencia 24 horas en refrigeración (entre 2 y 8 °C). Las soluciones pueden variar de color, desde el amarillo claro hasta el ámbar, dependiendo de la concentración y disolvente usado. Las mezclas extemporáneas de antibacterianos betalactámicos (penicilinas y cefalosporinas) y aminoglucósidos pueden dar como resultado una sustancial inactivación mutua. Si se administran simultáneamente, debe hacerse en sitios diferentes. No mezclarlos en el mismo frasco para administración intravenosa.

Sobredosificación: en caso de sobredosificación con ceftriaxona se suspenderá de inmediato la administración. No requiriéndose otras medidas.

FORMAS DE USO: EV e IM la duración usual del tratamiento es de 4 a 10 días; en infecciones complicadas la terapia requerida puede ser más larga.

MECANISMO DE ACCION: Farmacología: la ceftriaxona es un antibiótico derivado del ácido cefalosporánico con un residuo metoximínico que le confiere estabilidad frente a los organismos productores de betalactamasas. Ejerce su acción bacteriana mediante bloqueo en la síntesis de la pared celular. Presenta un espectro de acción in vitro muy amplio, tanto para microorganismos grampositivos y gramnegativos aerobios y está dotado de una actividad bactericida que se aplica en concentraciones inferiores a los 0,1 mcg/mL para la mayoría de las bacterias sensibles. Muestra además una buena actividad frente a microorganismos

anaerobios. Esta gran actividad unida a la larga vida media permite la aplicación de una sola dosis diaria manteniendo una concentración superior a la mínima inhibitoria.

Farmacocinética: en todos los estudios farmacocinéticos de ceftriaxona fue administrada como ceftriaxona sódica, las dosis y la concentración de la droga son expresadas en términos de ceftriaxona. A causa de las proteínas saturables ligadas, la farmacocinética de la ceftriaxona con excepción de la vida media de eliminación y la fracción que se excreta sin cambios en la orina dependen de la dosis. Sin embargo, estos parámetros para la ceftriaxona libre son lineales independientemente de la dosis. La ceftriaxona no se absorbe apreciablemente en el tracto gastrointestinal por lo que no es suministrada por vía oral.

Seguido de una administración intramuscular de una dosis de ceftriaxona de 0,51 g en adultos sanos, la droga parece ser absorbida completamente y los picos de concentración en suero se obtienen entre 1,5 y 4 horas después de suministrada la dosis. Después de 30 minutos de una infusión intravenosa de una dosis simple de 1 g en adultos sanos se alcanzan máximos de concentraciones promedios entre 123,2150,7 mcg/mL. Después de la administración de la droga intravenosa o intramuscular ésta se distribuye ampliamente en los tejidos y fluidos del cuerpo incluyendo pulmones, huesos, bilis, próstata, útero, apéndice arterial, esputo, lágrimas y fluido pleural, peritoneal, sinovial, ascítico y de la vejiga. El volumen de distribución de ceftriaxona está en dependencia de la dosis y en rangos de 5,813,5 L en adultos sanos.

Generalmente se difunde en el CSF seguido de una administración intramuscular o intravenosa y las concentraciones son más altas en pacientes con las meninges inflamadas. La eliminación de la ceftriaxona es ligeramente más prolongada en pacientes con función renal moderadamente disminuida en rangos de 1016 horas en adultos con aclaramiento de la creatinina de 573 mL/min, en pacientes con 5 mL/min la vida media de la eliminación de la

ceftriaxona es de un rango de 12,218,2 horas. En pacientes con aclaramiento de la creatinina menores de 5 mL/min, la eliminación de la droga fue de 1517 horas. La ceftriaxona no es eliminada por hemodiálisis o diálisis peritoneal.

MULTIMICRONUTRIENTES (NutriEsSalud, 2017)

Nombre generico: Multimicronutrientes

Nombre comercial: Nutriessalud

Clasificación: Suplemento nutricional

Indicaciones: Como suplemento nutricional pediátrico

Contraindicaciones: hipersensibilidad a cualquiera de sus componentes

Reacciones adversas: en raras ocasiones se puede presentar malestar gastrointestinal como diarrea, estreñimiento y regurgitación con sabor a hierro.

Advertencias: no usar el sobre si está dañado o roto. No usar más cantidad de lo recomendado, salvo indicación médica.

Dosis: 1g (1 sobre) diario durante 12 meses continuos

Forma de uso: mezcle el contenido del sobre en dos cucharadas de comida semi sólida, tibia (segundo, papillas, mazamoras o purés) que el niño va a comer.

Mecanismo de acción: Este suplemento previene la anemia y la desnutrición. Las Chispitas son ricas en hierro, vitamina A, C , Ácido Fólico, Zinc, complejo B y otros nutrientes.

Apéndice E: Otros

23 ENE 2018

4

EsSalud
RED ASISTENCIAL TORRETO
CABALLO COCHA

EsSalud
Seguro Social de Salud
Posta Médica - Caballo Cocha CAP. II

Paciente: Flore Amaguen Christian Fecha: 22-01-18
 (Es muy importante escribir los datos del paciente con letra legible) Edad: 16m
 Condición del Asegurado..... N° Asegurado.....
 No de Autogenerado..... N° H.Clinica.....
 Diagnostico..... Control:.....

ORDEN DE ANALISIS

HEMATOLOGIA	Sedimento Urinario	MICROBIOLOGIA
<input type="checkbox"/> Hemoglobina: <u>11,88</u> g/dl	Leucocitos:...../c	<input type="checkbox"/> Gota Gruesa:.....
<input type="checkbox"/> Hematocrito: <u>36</u> %	Hematies:...../c	Exámen Parasitológico
<input type="checkbox"/> Hematies:.....mm ³	Células Epiteliales.....	(Heces)
<input type="checkbox"/> Plaquetas:.....mm ³	Cristales:...../c	Color: <u>Pardo</u>
<input type="checkbox"/> Reticulocitos:.....%	Cilindros:...../c	Aspecto:.....
<input type="checkbox"/> Hemograma	Gérmenes:.....	Consistencia: <u>Pastosa</u>
<input type="checkbox"/> Leucocitos:.....n.m ³	Trichomonas vaginalis.....	Moco:.....
<input type="checkbox"/> Lamina Periférica	Levaduras.....	Sangre:.....
Abastoados.....%	Filamento Mucoides.....	Resultados: marcar (1) o (2)
Segmentados.....%		1.-Positiva a.....
Basofilos.....%		
Eosinofilos.....%	BIOQUIMICA	<input checked="" type="checkbox"/> 2.-Negativo a Parasitos
Monocitos.....%	Glucosa.....mg/dl	Thevenon:.....
Linfocitos.....%	<input type="checkbox"/> Glucosa Postprandial.....mg/dl	Reaccion inflamatoria:
Juveniles.....%	<input type="checkbox"/> Colesterol.....mg/dl	Leucocitos...../c
Blastos.....%	<input type="checkbox"/> Triglicéridos.....mg/dl	Polim.....% Monon.....%
<input type="checkbox"/> VSG:.....	<input type="checkbox"/> Urea.....mg/dl	Hematies...../c
<input type="checkbox"/> Grupo Sanguineo.....	<input type="checkbox"/> Creatinina.....mg/dl	Estudio de Secreciones:
<input type="checkbox"/> Factor Rh:.....	<input type="checkbox"/> Proteinas totales.....mg/dl	Muestra:.....
<input type="checkbox"/> Tipo de Coagulacion:.....	<input type="checkbox"/> Bilirrubina total.....mg/dl	Gram:.....
<input type="checkbox"/> Tiempo de Sangría:.....	<input type="checkbox"/> TGO.....mg/dl	
	<input type="checkbox"/> TGP.....mg/dl	Exámen Directo:
	<input type="checkbox"/> Amilasa.....mg/dl	Leucocitos...../c
	<input type="checkbox"/> Otros.....mg/dl	Hematies...../c
		Células Epiteliales.....
URIANALISIS	INMUNOLOGIA	Trichomonas.....
Color:.....	<input type="checkbox"/> Pregnosticon.....	Células clave.....
Aspecto:.....	<input type="checkbox"/> RPR.....	
Densidad.....	<input type="checkbox"/> HIV.....	<input type="checkbox"/> Test. de Aminas.....
PH:.....	<input type="checkbox"/> PCR.....	Acaros.....
Pruebas Bioquímica:	<input type="checkbox"/> PSA.....	Hongos.....
Bilirrubinas:.....	<input type="checkbox"/> Otros.....	Otros
Urobilinogeno:.....		
Cuerpos Cetonicos:.....		
Glucosa:.....		
Proteinas:.....		
Hemoglobina libre:.....		
Nitritos:.....		

Firma y Sello del (e) Laboratorio

Firma y Sello del Médico

F created with pdfFactory trial version www.pdffactory.com

