

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA RECUPERACIÓN DE NIÑOS
MENORES DE DOS AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA. DISTRITO XIV CAMPUR, CARCHÁ. A.
V. GUATEMALA. AÑO 2016.

TESIS DE GRADO

FREDY ISRAEL CAÁL SACRAB
CARNET 20528-08

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE DE 2017
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA RECUPERACIÓN DE NIÑOS
MENORES DE DOS AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA. DISTRITO XIV CAMPUR, CARCHÁ. A.
V. GUATEMALA. AÑO 2016.

TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
FREDY ISRAEL CAÁL SACRAB

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO Y GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

SAN JUAN CHAMELCO, ALTA VERAPAZ, SEPTIEMBRE DE 2017
CAMPUS "SAN PEDRO CLAVER, S . J." DE LA VERAPAZ

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

DRA. THELMA PATRICIA CORTEZ BENDFELDT

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA LUCRECIA SANTA LUCE BRAN DE RODRIGUEZ

LIC. MIRIAM RUBILIA VELÁSQUEZ RAMÍREZ DE OROZCO

LIC. RUVIS YECENIA ESPINA BANEGAS



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Departamento de Enfermería
Campus San Pedro Claver S.J. de La Verapaz
0 Calle 5-98 zona 4, San Juan Chamelco
Alta Verapaz, Guatemala C.A.
PBX. 77208300

Chamelco, A.V. 11 julio de 2017

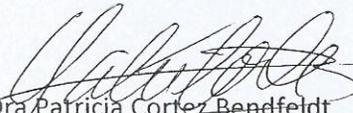
Comité de Tesis
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar
Campus Central
• Guatemala

Distinguidos miembros del comité:

Se les comunica que el informe final de tesis titulado: **“EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN RECUPERACIÓN DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA, EN EL DISTRITO XIV CAMPUR, CARCHÁ, A.V. GUATEMALA, DURANTE EL AÑO 2016”** presentado por el estudiante: Fredy Israel Caál Sacrab, que se identifica con el número de Carné: 2052808

Cumple con los lineamientos y procedimientos establecidos en las guías correspondientes por el departamento de enfermería. Por lo tanto doy mi **VISTO BUENO** para la presentación ante el comité de tesis

Atentamente:


Dra Patricia Cortez Bendfeldt
Asesora de Investigación



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante FREDY ISRAEL CAÁL SACRAB, Carnet 20528-08 en la carrera LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, del Campus de La Verapaz, que consta en el Acta No. 09805-2017 de fecha 11 de septiembre de 2017, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

EVALUACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA EN LA RECUPERACIÓN DE NIÑOS MENORES DE DOS AÑOS CON DESNUTRICIÓN AGUDA. DISTRITO XIV CAMPUR, CARCHÁ. A. V. GUATEMALA. AÑO 2016.

Previo a conferírsele el título y grado académico de LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 11 días del mes de septiembre del año 2017.


LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar



DEDICATORIA

A DIOS

Por haberme dado fortaleza, sabiduría, paciencia y sobre toda la Fe en que todo el esfuerzo realizado culminaría con satisfacción y aprendizaje por hacerme entender lo perfecto de su tiempo y como suceden las cosas.

A MIS PADRES

Manuel de Jesús Caál Caál y Carmela Sacrab Caál, por sus sabios consejos y apoyo incondicional que siempre me brindaron, en donde me enseñaron que todo en ésta vida, las cosas llegan en su debido momento, nunca antes ni después.

A MIS HERMANOS

Por la fortaleza que me brindaron durante el proceso de estudio, al igual durante la vida, mas cuando hay obstáculos que afrontar, la familia siempre está con para afrontar cualquier adversidad.

AGRADECIMIENTO

A DIOS

Por permitirme concluir esta etapa de mi vida y por cada una de las bendiciones recibidas.

A MIS PADRES, HERMANOS Y SOBRINOS

Por las muestras de apoyo durante esta etapa de mi vida.

A MIS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Por influir positivamente en mi persona, para conseguir este objetivo y por su valioso apoyo.

A LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

Por abrirme las puertas de sus instalaciones y poder desarrollarme académicamente con base a valores.

A MIS COMPAÑEROS

Por su apoyo y por permanecer siempre unidos en este proceso.

AL PERSONAL DE LA URL

Dra. Thelma Patricia Cortéz Bendfeldt –Asesora de Tesis-

Licda. Nurilaura Alvarado, coordinadora de facultad ciencias de la salud sede la Verapaz

Mgtr. Lucrecia Santa Luce de Rodríguez Depto. Enfermería sede Central

CENTRO DE TRABAJO CAP-CAMPUR

Por brindarme el espacio para mi desarrollo profesional y brindarme el tiempo necesario para el desarrollo de la investigación.

Resumen

El presente estudio “Evaluación de las intervenciones de enfermería en recuperación de niños menores de 2 años con desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, año 2017”.

La desnutrición aguda es la deficiencia de peso para altura (P/A), delgadez extrema, pérdida de peso, asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente.

El objetivo general de la investigación es: Determinar las intervenciones de enfermería para la recuperación de niños menores de dos años con desnutrición aguda, el estudio se realizó en el distrito XIV Campur, Carchá A.V., el diseño de la investigación fue descriptivo, retrospectivo de corte transversal, en donde se incluyó a la totalidad del universo, siendo éstos, todos niños menores de dos años quienes habían presentado desnutrición aguda. Se recabó información, en base a una lista de cotejo la cual consta de trece ítems, los cuales fueron elaborados con base al marco teórico y protocolos de atención a niños con desnutrición aguda de tratamiento ambulatorio. Entre los resultados más significativos tenemos: en el 100% de los expediente revisados se evidencia que el personal de enfermería documenta y registra los tres indicadores para la detección de los niños con desnutrición aguda; una de las debilidades encontradas es que el personal de enfermería no documenta las acciones realizadas (visitas domiciliarias, prueba de apetito, referencias oportunas). Entre las conclusiones se puede mencionar que: los expedientes consultados describen las intervenciones de enfermería para la identificación de niños menores de dos años en riesgo de desnutrición.

INDICE

Título	Pág.
I. INTRODUCCIÓN	1
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
III. MARCO TEÓRICO	5
3.1 Desnutrición en Guatemala	5
3.2 Intervenciones del Ministerio de Salud Pública, para la prevención de la desnutrición	5
3.3 Desnutrición	6
3.3.1 Tipos de desnutrición	6
3.3.2 Desnutrición aguda	7
3.3.3 Desnutrición Aguda moderada	7
3.3.4 Desnutrición aguda severa	8
3.3.5 Desnutrición Crónica	8
3.3.6 Desnutrición Global	8
3.4 Desnutrición por signos clínicos	8
3.4.1 Marasmo o energético-calórica	8
3.4.2 Kwashiorkor o energético proteica	9
3.4.3 Kwashiorkor-marasmático o mixta	9
3.5 Evaluación del estado nutricional por personal de enfermería	10
3.6 Medidas e instrumentos antropométricos	11
3.6.1. Determinación del peso	11
3.6.2 Determinación de la longitud o estatura	12
3.6.3 Circunferencia media de brazo	12
3.7 Guía operativa del protocolo para tratamiento ambulatorio de niñas y niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones.	12
3.8 Prueba de apetito	16
3.9 Estrategia de AIEPI-AINM-C durante los procesos de atención, promoción y prevención de las enfermedades en la población materno neonatal e infantil	16
3.10 La rueda de prácticas para vivir mejor	17
IV. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA	19
V. OBJETIVOS	24
VI. JUSTIFICACIÓN	25

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION	27
7.1 Tipo de estudio	27
7.2 Sujetos de estudio o unidad de análisis	27
7.3 Contextualización geográfica y temporal	27
7.4 Operacionalización de Variables (ver cuadro)	27
VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS	30
8.1 Selección de sujetos de estudio	30
8.1.1. Criterios de inclusión	30
8.1.2. Criterios de exclusión	30
8.1.3. Universo	30
8.2. Recolección de datos	30
8.2.1 Métodos utilizados para la recolección de datos	30
8.2.2 Elaboración y descripción del instrumento de recolección de datos	30
8.2.3 Validación de los instrumentos	30
IX. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS	31
9.1 Descripción del proceso de digitación.	31
9.2. Plan de análisis de datos	31
9.3 Métodos estadísticos	31
9.4 Aspectos éticos	31
X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	32
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	46
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
XIII. ANEXOS	52

I. INTRODUCCIÓN

La desnutrición aguda cobra relevancia a nivel mundial ya que no solo afecta al niño o niña sino a toda la familia, lo que constituye uno de los componentes de pobreza y extrema pobreza. (1)

Según Unicef en el año 2011, 129 millones de niños menores de cinco años en los países en desarrollo tienen un peso inferior al que deberían tener, y por lo tanto están malnutridos. Pero la cantidad de esos pequeños que padecen raquitismo a raíz de dietas inadecuadas es muy superior; situándose en 195 millones. (1)

A nivel mundial, uno de cada cuatro niños menores de 5 años sufre desnutrición crónica (165 millones, o el 26% en 2011) (2) un tercio de estos niños en zonas rurales sufre desnutrición crónica, en comparación con una cuarta parte de los que viven en zonas urbanas. Del mismo modo, los menores de 5 años que viven en las comunidades más pobres tienen el doble de probabilidades de sufrir desnutrición crónica que los que viven en las comunidades más ricas.(2)

En América Latina y el Caribe es, en promedio, la región con menor porcentaje de niños menores de cinco años afectados por desnutrición crónica: un 12% (de 2007 a 2011). Sin embargo, algunos de nuestros países mostraron tasas muy elevadas y dispares. Guatemala continúa siendo el país de la región con tasas más altas de desnutrición crónica. Es el quinto país del mundo con una mayor tasa de prevalencia de desnutrición crónica entre 2007 y 2011 con un 48% sólo es superado por Burundi (58%), Timor-Leste (58%), Níger (51%) y Madagascar (50%). 1.052.000 niños menores de 5 años sufrían desnutrición crónica en 2011 (puesto 25º del mundo en números absolutos). Le siguen Colombia (puesto 37º), Perú (38º), Venezuela (43º), Bolivia (47º), Nicaragua (52º) y El Salvador (53º). (2)

Uno de los compromisos durante los acuerdos de Paz de 1996 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, fué la de implementar una reforma dirigida a reasignar los gastos en salud. La reducción efectiva de la desnutrición requiere del esfuerzo de todos

los sectores que conforman el sector salud ya que las causas directas de la desnutrición son las malas prácticas alimentarias y las infecciones recurrentes. (3)

Los departamentos de Guatemala durante el año 2015, con altos índices de desnutrición podremos mencionar a: Huehuetenango y Quiché, tuvo la mayor prevalencia de desnutrición crónica con 54.9%; la Región II Norte (Alta y Baja Verapaz con 42.5%, ambas clasificadas con alta vulnerabilidad nutricional. Con menores porcentajes están la Región I metropolitana con 19% y la Región VII (Petén) con 25.3%. (4)

En relación con el área de residencia, las zonas rurales fueron las más afectadas con 41.7%. En áreas urbanas se reportan un 20.9%, para una diferencia del 20.8% entre zonas urbano y rural. Las prevalencias reportadas según el idioma materno demuestran que los niños y niñas con español como idioma materno alcanzan una prevalencia de 26.4%, mientras que los niños y niñas cuyo idioma materno no es el español, alcanzan un 51.0%. (4)

A nivel de departamento de Alta Verapaz, durante el año 2015 hubo una cantidad de 825 casos de desnutrición aguda en niños y niñas de 29 días a menores de 5 años, siendo los municipios con mayor cantidad de casos reportados fueron. San Cristóbal con 149 casos haciendo un porcentaje de 18%, Cobán con 73 casos con un porcentaje de: 8.8% y San Pedro Carchá con 66 haciendo un 8% de casos a nivel de Alta Verapaz. (5)

Campur es una Aldea del Municipio de Carcha Alta Verapaz en la cual ha existido una alta incidencia de desnutrición en niños menores de 2 años, según lo manifestaron las estadísticas del Distrito de Salud. Considerando que enfermería es un recurso esencial en la recuperación de los niños desnutridos se realizó la presente investigación de tipo descriptivo-retrospectivo con abordaje cuantitativo, de corte transversal, en la cual se planteó como objetivo general determinar las intervenciones de enfermería para la recuperación de niños menores de dos años con desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, Alta Verapaz.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Al hablar de desnutrición aguda nos referimos a la deficiencia del peso para la talla y puede estar asociada a una enfermedad que se desarrolla rápidamente.(4) Esta cobra relevancia en el hecho de que afecta a la salud de toda una generación, a la productividad de un país.(4) Ya que la crisis económica global y los efectos del cambio climático, especialmente sequías, están afectando aún más las economías y la subsistencia de las familias especialmente indígenas y de las más pobres, los niños son los más afectados, siendo estas consecuencias devastadoras.(5)

En el mundo en desarrollo, cerca de 200 millones de niños menores de 5 años sufren desnutrición crónica, cuyos efectos se harán sentir durante el resto de sus vidas. Además, en torno al 13% de los niños menores de 5 años padece desnutrición aguda que requiere tratamiento inmediato y atención médica urgente.

La desnutrición en Guatemala es un fenómeno multicausal, debido en mayor medida a problemas estructurales en donde existe una marcada brecha, y grandes sectores sociales de la población sobreviven en condiciones de extrema pobreza, es decir, que no se satisfacen las necesidades alimenticias básicas.

A pesar de la mejora de algunos indicadores sociales en los últimos años, Guatemala sigue ubicado entre los países con los indicadores más altos de salud y nutrición en América Latina y el Caribe. El 49.8% de los guatemaltecos menores de cinco años padecen de desnutrición crónica, consecuentes de las malas prácticas alimenticias y por ende infecciones recurrentes lo que indica que la mitad de los niños y niñas de este grupo de edad están sufriendo condiciones adversas a su crecimiento, condiciones que generalmente están asociadas a una precaria situación social y económica, (6)lo que repercute en las altas tasas de mortalidad infantil.

La aldea Campur, del municipio de Carcha, Alta Verapaz está ubicada a 48 kilómetros de San Pedro Carcha y a 58 de la Ciudad de Cobán cabecera Departamental, con una población Q'eqchi aproximadamente para el año 2016 con 69,427 habitantes. El sistema de salud y sus redes de servicios permiten ubicarla en el segundo nivel de atención donde los usuarios se enfrentan a barreras de acceso económicas,

geográficas y culturales que desarticulan los niveles del sistema público, ocasionando dificultades que limitan la inserción de medidas de prevención y promoción de la salud nutricional en los servicios de salud.(5)

Entre las primeras consultas de morbilidad general del Distrito de Campur, durante el año 2016 hubo un total de 287 casos de desnutrición, de ellos fueron 138 (48.08%) de sexo masculino mientras que de sexo femenino 149 (51.92%) casos. Y ocupando un quinto lugar en las diez primeras causas de morbilidad infantil, con 30 casos. Lamentablemente ocurrieron dos muertes directas por desnutrición en el rango de edad de menores de 2 años y 3 indirectas.(5)

La intervención del personal de enfermería en la implementación de acciones que permitan la detección temprana y el tratamiento de casos agudos de desnutrición (prevención y promoción), podría cambiar esas estadísticas en la región, argumento relevante para haber realizado la presente investigación y verificar si se dio cumplimiento a los lineamientos dados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social en los protocolos y seguimiento de casos por el personal de enfermería del Distrito de Campur A.V., por lo que se planteó la presente interrogante.

¿Cuáles fueron las intervenciones del personal de Enfermería en la recuperación de niños menores de dos años con desnutrición aguda en el distrito de XIV Campur, Carcha A.V. Guatemala durante el año 2016?

III. MARCO TEÓRICO

3.1 Desnutrición en Guatemala

La situación de salud de la población guatemalteca se ha caracterizado durante muchas décadas por la alta morbilidad debido a enfermedades infecciosas y agravadas en buena medida por un deficiente estado nutricional que limita la respuesta inmunológica ante las infecciones y contribuye a perpetuar el ciclo de infección-desnutrición y muerte.

(8) Cuatro de cada diez niños y niñas menores de cinco años presenta desnutrición crónica (la que mide la altura en relación a la edad), condición que provoca menos retención escolar, menor productividad, propensión a adquirir enfermedades y hasta pérdida del coeficiente intelectual, efectos irreversibles durante toda la vida. (5)

La incidencia de bajo peso al nacer, es un indicador que muestra que el problema inicia desde la vida intrauterina. Considerando que en Guatemala la mayor proporción de niños y niñas con bajo peso al nacer se presenta en niños y niñas a término que sufren retardo en su crecimiento y no a casos de prematuridad. La última Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil en el 2002, indica que la desnutrición crónica a nivel nacional afecta a 49.3% de la población menor de 5 años. (8)

3.2 Intervenciones del Ministerio de Salud Pública, para la prevención de la desnutrición

La propuesta del Gobierno de Guatemala para combatir a la desnutrición crónica se enfoca en la ventana de oportunidad de los primeros 1,000 días con intervenciones que aseguren que la madre y el menor tengan lo necesario para una buena nutrición. Por su parte, el BID coincide con este enfoque y brinda apoyo al país en la adopción de intervenciones principalmente a través del sector salud que incluyen: el pinzamiento tardío del cordón umbilical; la promoción de buenas prácticas de lactancia y alimentación complementaria; orientación sobre la higiene y preparación de alimentos; suplementación prenatal de la madre con hierro y ácido fólico y del niño con vitamina A; inmunizaciones; el uso de zinc y rehidratación oral en tratamientos de diarrea; y la distribución de alimentos complementarios fortificados o polvos de micronutrientes a niños de 6-24 meses con orientación a las madres. (9)

La reducción efectiva de la desnutrición, requiere del esfuerzo conjunto entre varios sectores, razón suficiente para la integración del Plan del Pacto Hambre Cero que es una estrategia conjunta entre el sector público y privado de atención a la desnutrición crónica, ya que las causas de la desnutrición infantil son las malas prácticas alimentarias y las infecciones recurrentes. Enlazada a otra estrategia implementada como lo es la ventana de oportunidades de los 1000 días que comprende el período de los 9 meses de embarazo hasta que el niño/a cumpla los 24 meses de edad. En este período es cuando las intervenciones que se realicen tienen más probabilidades de prevenir la desnutrición. (10).

3.3 Desnutrición

Para poder tener claro que es la desnutrición tenemos que comprender que la buena nutrición según el boletín informativo de USAID es un estado que se alcanza cuando una persona obtiene de su dieta alimenticia suficiente y variada, para llenar sus necesidades de energía, proteínas, vitaminas y minerales. Por más que el niño coma siempre va a estar mal alimentado, si los alimentos que ingiere no proporcionan la cantidad de micronutrientes para cumplir con las necesidades nutricionales. Es necesario que la persona tenga un buen estado de salud que le permita aprovechar y utilizar los alimentos que consume. (11)

En el caso de los niños las necesidades de nutrientes son relativamente mayores porque deben proveer la energía y los elementos esenciales para el crecimiento corporal, para el desarrollo mental y actividad física. La desnutrición y las enfermedades están relacionadas unas con otras a veces como causa directa. Con este breve resumen podemos entonces definir que la desnutrición es el estado patológico resultante de una dieta deficiente en uno o varios nutrientes esenciales o de una mala asimilación de los alimentos. (12)

3.3.1 Tipos de desnutrición

Una niña o niño puede estar desnutrido y tal vez su familia no lo haya notado. Un niño o niña con desnutrición es más susceptible a numerosos tipos de enfermedades y estas cursan con mayor gravedad, pudiendo llevar el mayor riesgo de morir que el resto que no está desnutrido. (13)

Si no recibió lactancia materna exclusiva desde el nacimiento y no recibe la cantidad y calidad de leche adecuada para su edad o está siendo alimentado únicamente con líquidos y otras bebidas, puede llegar a padecer de desnutrición severa o problemas de nutrición. (13)

El índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiados delgados o con las piernas hinchadas, y midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con unos estándares de referencia. Lo que nos permitirá determinar el grado de desnutrición y realizar los procedimientos que correspondan inclusive la referencia oportuna.(3)

3.3.2 Desnutrición aguda

Deficiencia de peso para la altura (P/A) delgadez extrema. Resulta de una pérdida de peso asociada con periodos recientes de hambruna o enfermedad que se desarrolla muy rápidamente y es limitada en el tiempo. En donde se consume en muy poco tiempo las reservas de energía y proteínas que alteran el metabolismo del niño o niña.(12)

3.3.3 Desnutrición Aguda moderada

Presenta una deficiencia del peso para la talla y puede estar asociada a una enfermedad que se desarrolla rápidamente. Por antropometría la desnutrición aguda moderada se define como un déficit de peso para la longitud/talla debajo de -2 desviación estándar a -3 desviación estándar sin presencia de edema o hinchazón. Este peso menor de lo que le corresponde con relación a su altura. Requiere un tratamiento inmediato para prevenir antes que empeore.(4)

Entre los riesgos de la desnutrición aguda moderada está la mayor vulnerabilidad ante las enfermedades infecciosas: diarreas, neumonías y anemias, peligro de progresar a desnutrición aguda severa, riesgo de morir tres veces mayor que la de un niño con estado nutricional normal. (4)

3.3.4 Desnutrición aguda severa

Este tipo de desnutrición es la más grave ya que el niño tiene un peso muy por debajo del estándar de referencia para su altura. Se mide también por el perímetro del brazo. Altera todos los procesos vitales del niño y conlleva un alto riesgo de mortalidad. El riesgo de muerte para un niño con desnutrición aguda grave es 9 veces superior que para un niño en condiciones normales. Este requiere atención inmediata. (3)

3.3.5 Desnutrición Crónica

Un niño que sufre de desnutrición crónica tiene retardo de altura para la edad (A/E) asociada normalmente a situaciones de pobreza, con consecuencias para el aprendizaje y menos desempeño económico. Por lo que presenta un retraso en su crecimiento, y se mide comparando la talla del niño con el estándar recomendado para su edad.(12)

El retraso en el crecimiento puede comenzar antes de nacer, cuándo el niño aún está en el útero de su madre. Si no se actúa durante el embarazo y antes de que el niño cumpla los 2 años de edad, las consecuencias son irreversibles y se harán sentir durante el resto de la vida. (3)

3.3.6 Desnutrición Global

Deficiencia de peso para la edad. Insuficiencia ponderal. Índice compuesto de los anteriores ($P/A \times A/E = P/E$) que se usa para dar seguimiento a los objetivos del Milenio. (14)

3.4 Desnutrición por signos clínicos

Las sumas de signos específicos clasifican a la desnutrición como:

3.4.1 Marasmo o energético-calórica

Los pacientes que la presentan se encuentran más adaptados a la de privación de nutrientes, este fenómeno se debe a que cuentan con niveles incrementados de cortisol, una reducción en la producción de insulina y una síntesis de proteínas eficiente por el hígado a partir de las reservas musculares. La evolución es crónica, se asocia a destete temprano, con frecuencia modifica el ritmo de crecimiento, con apariencia

clínica de disminución de todos los pliegues de la masa muscular y tejido adiposo, la talla y los segmentos corporales se verán comprometidos. (3)

La piel es seca, plegadiza, el comportamiento de estos pacientes es con irritación y llanto persistente, pueden presentar retraso marcado en el desarrollo. (3)

Entre las complicaciones más frecuentes son las infecciones respiratorias, del tracto gastro-intestinales como la deficiente específica de vitaminas. Al iniciar el tratamiento su recuperación es prolongada. Llega a tener la apariencia de piel y hueso, la cara luce como la de un anciano o viejito.(3)

3.4.2 Kwashiorkor o energético proteica

Se le conoce como la baja ingesta de proteínas, sobre todo en pacientes que son alimentados con leche materna prolongada, ante o en zonas endémicas donde los alimentos son pobres en proteínas animales o vegetales. Usualmente se presenta en pacientes de más de un año de edad, tendrá bajo peso para su edad.(15)

Las manifestaciones clínicas son con una apariencia edematosa, el tejido muscular es disminuido, puede acompañarse de esteatosis hepática y hepatomegalia, lesiones húmedas de la piel. El comportamiento del paciente es asténico. Una vez que se inicia el tratamiento la respuesta es acelerada y satisfactoria. Las complicaciones más asociadas son infecciones del aparato respiratorio y digestivo, son considerados como desnutridos agudos. El edema suele enmascarar el verdadero peso, presenta lesiones en la piel y descamación en las piernas, el cabello es quebradizo y decolorado.(15)

3.4.3 Kwashiorkor-marasmático 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 clínicas y por Waterlow se ubicarán en el recuadro de desnutridos crónicos agudizados. Clasificación por grado y tiempo.(13)

En términos generales reconocer y tratar a las niñas o niños con desnutrición puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. Algunos casos de desnutrición pueden tratarse en la casa mientras que los casos graves deben referirse a un hospital para recibir alimentación especial, transfusiones de sangre o un tratamiento específico para la enfermedad que contribuye a la desnutrición (como por ejemplo la tuberculosis). (13)

3.5 Evaluación del estado nutricional por personal de enfermería

La evaluación del estado nutricional debe constituir una actividad prioritaria en la atención particular de la salud del niño, lo que nos permite plantear políticas, guiar programas, intervenciones, acciones educativas y notificarlas de ser necesario, a fin de lograr una correcta atención y la utilización más efectiva de recursos. Para estas actividades que se aplican de manera individual, periódica y secuencial es necesario contar con un ambiente físico adecuado, material e instrumentos de acuerdo al nivel de atención; el monitoreo destaca el esfuerzo en evaluar el progreso de la ganancia de peso, longitud de acuerdo a la edad del niño.(16)

Según el manual de normas de atención del primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se debe realizar monitoreo a todos las niñas y niños con o sin enfermedad, De 1 a menos de 2 año Cada mes 12 controles al año, De 2 a menos de 3 años, cada tres meses, 4 controles al año y de 3 a menos de 5 años cada 6 meses 2 controles al año. (17)

La confiabilidad en la toma del peso depende de obtener la edad exacta, dominio de la técnica, estado emotivo del niño, vestimenta ligera, sensibilidad de la balanza y su mantenimiento, contar con sistema de control de calidad eficiente. De llegar a registrarse la edad en forma inadecuada la evaluación nutricional de la niña o niño dará un dato inexacto.(18)

La identificación y el tratamiento de niñas o niños con peso estacionario o en descenso, así como problemas en la alimentación contribuyen a prevenir muchas enfermedades graves y la muerte. (13)

Para la evaluación de longitud o talla según las normas de atención esta debe realizarse a niñas y niños menores de 2 años o que mida menos de 85 centímetros, realizar la medición de la talla en mayores de 2 años o que mida más de 85 centímetros, cada 6 meses, el resultado de la misma debe ser evaluado de acuerdo a la gráfica de longitud o talla para la edad según el sexo.(17)

Es importante insistir que ningún parámetro por sí solo no nos da un diagnóstico completo, por lo que es necesario tener todos los indicadores adecuadamente recolectados. (17)

3.6 Medidas e instrumentos antropométricos

Permiten evaluar el grado o nivel de desarrollo físico, la constitución y el estado nutricional de un niño,(20) sirve como criterio de elegibilidad para programas de nutrición con ayuda alimentaria el peso que mide la masa corporal y la talla, destacan como las más frecuentes.(21)

Las medidas antropométricas correctamente tomadas nos dan a conocer la situación nutricional en que se encuentra un individuo o una población. El cuidado en la determinación del peso y la talla nos permite obtener medidas de alta calidad, que aseguran un diagnóstico correcto. El personal responsable de la toma de estas medidas debe haber sido capacitado y entrenado para la obtención de las mismas.El resultado debe ser evaluado de acuerdo a la gráfica de peso para la edad, peso para la talla según el sexo. (17)

3.6.1. Determinación del peso

Las balanzas de más uso en los distritos de salud para pesar a los niños y niñas son:

Balanza de palanca o pediátrica

Balanza redonda de resorte tipo reloj (17)

3.6.2 Determinación de la longitud o estatura

Para la determinación de la longitud es indispensable que el área para tomar la longitud sea en un ambiente cerrado. Para ello se utiliza el Infantómetro Tallímetro, el cuál es un instrumento que sirve para medir la longitud o estatura de un niño o niña, cuando el niño es menor de 2 años y se mide en posición horizontal a esto se le llama longitud y cuando es toma de pie en niños mayores se denomina estatura. (4)

3.6.3 Circunferencia media de brazo

Esta técnica es la indicada para poder determinar el estado nutricional en situaciones de emergencia o tamizaje de poblaciones. Es el mejor indicador de riesgo de mortalidad asociado a la desnutrición aguda y recomendado para usarse a nivel de campo. Es una metodología para ser usada en niños de 6 meses de edad a 5 años. Este es un recurso de gran utilidad especialmente cuando se requiere de rapidez y/o no se dispone de las otras herramientas antropométricas.(4)

3.7 Guía operativa del protocolo para tratamiento ambulatorio de niñas y niños con desnutrición aguda severa sin complicaciones.

Contiene lineamientos a seguir y sirve de guía operativa al personal de enfermería, para el tratamiento ambulatorio de desnutrición aguda sin complicaciones; que permiten establecer el estado nutricional del niño y la niña de 6 meses a 5 años, para ello se utiliza la evaluación antropométrica, entre las que están la circunferencia media del brazo; que es el mejor indicador de riesgo de la mortalidad asociado a la desnutrición aguda, es recomendado para utilizarse a nivel de campo, en situaciones de emergencia o tamizaje de poblaciones. (4)

El peso longitud/talla es un Indicador que refleja el estado nutricional actual, y tiene la capacidad de medir la recuperación nutricional, se utiliza como referencia en los nuevos estándares de la Organización Mundial de la Salud. (4)

El protocolo incluye además los criterios de notificación y referencia de casos con desnutrición aguda moderada.

Están:

- a) Notificación de casos en donde todos los casos identificados y clasificados se deberán notificar obligatoriamente a través de una ficha epidemiológica de notificación obligatoria de desnutrición aguda, la cual se ingresará a un sistema de registro de información y notificación.(4)

- b) Referencia de casos en base a un examen médico general se deberá descartar la existencia de complicaciones, se entiende como complicaciones falta de apetito, diarrea, fiebre, neumonía, etc., de no presentar ningún tipo de complicación se realiza una prueba de apetito con el alimento terapéutico listo para el consumo (ATLC) o alimentos locales para determinar si el niño o niña presenta apetito o no con un parámetro de ingesta mínima en base al peso que presente en ese momento. En caso exista presencia de complicaciones del paciente se refiere inmediatamente a un servicio de mayor capacidad resolutive, y posterior a esto el traslado a un centro de recuperación nutricional. (4)

Otro de los aspectos que contiene la guía operativa están el tratamiento ambulatorio de niños y niñas desnutridos agudos en la comunidad, en donde todo niño y niña que ha sido identificado y notificado con desnutrición aguda severa o moderada sin complicaciones, se le debe de brindar tratamiento y atención según el esquema de suplementación con micronutrientes, desparasitación y tratamiento nutricional; sesión de consejería alimentaria y nutricional para madres de niños o niñas con desnutrición aguda moderada. (4)

La vigilancia y seguimiento de casos de desnutrición aguda, cobra importancia cuando de allí depende el éxito del tratamiento y de la recuperación permanente del niño o niña. El seguimiento se realiza haciendo uso de las gráficas de Peso/talla según el sexo y la edad, cada semana el niño o niña deberá ganar peso. El responsable del seguimiento es el personal de los servicios de salud, para lo cual se cuenta con la ficha de seguimiento de casos del tratamiento de desnutrición aguda.(4)

Cada 15 días se debe citar al niño o niña a los servicios de salud para hacer el seguimiento con desnutrición aguda moderada se debe brindar consejería y evaluación del estado nutricional, si el niño o niña no sube de peso adecuadamente en un mes

deberá ser notificado y referido a un servicio de mayor resolución; cuando la familia o encargado no acepta el traslado del niño desnutrido con complicación, se debe de notificar el caso a la PGN y la SESAN, para que se tomen las medidas pertinentes. (4)

Es importante que las familias sepan cómo brindar en el hogar los cuidados y la alimentación apropiados para la niña o niño sanos y también sepan reconocer a tiempo las señales de peligro para realizar el traslado inmediato a un establecimiento de salud, porque en este caso la vida está en peligro. Tiene como objetivo garantizar la continuidad del tratamiento de niños con desnutrición aguda moderada y severa para favorecer su recuperación. (13)

Se operacionaliza a partir de visitas familiares semanales a niños diagnosticados con desnutrición aguda grave sin complicaciones, egresados de hospitales y/o centros de recuperación nutricional y con desnutrición moderada cuando se considere como caso especial; permite disminuir el riesgo de mortalidad e infecciones. (21)

Las familias deben conocer y poner en práctica los factores protectores como el calor, el amor y la lactancia materna, es decir, las acciones que promuevan la salud integral de la niña o niño y de toda la familia tales como: la protección y estímulo para el desarrollo, proporcionar alimentos nutritivos, administrar vacunas, las medidas de higiene personal y limpieza de la casa. (13)

El seguimiento de casos de desnutrición aguda moderada y severa asegura la recuperación del niño o niña, evita reincidencia, disminuye el riesgo de mortalidad, infecciones y retardo del crecimiento. (4)

- a) El seguimiento de casos se realizará por medio de la visita domiciliar semanalmente con el apoyo del facilitador comunitario, vigilante de salud, promotor de salud o líderes comunitarios en coordinación con el personal de los servicios de salud y/o equipos básicos de salud.
- b) La atención brindada se debe registrar en el cuaderno de seguimiento de casos de desnutrición aguda sin complicaciones SIGSA 5DA por el personal del centro, puesto o equipo básico de salud.

- c) El seguimiento de casos se reportará mensualmente al SIGSA en el consolidado mensual de casos de desnutrición aguda sin complicaciones en niñas y niños menores de 5 años SIGSA 5DA.
- d) En casos excepcionales en los que después de haber agotado todos los recursos de sensibilización, incluyendo la de líderes comunitarios, la familia rechace la referencia de un niño o niña con desnutrición aguda severa con complicaciones se le deberá brindar tratamiento en el hogar aplicando los medicamentos según orden médica, para tratar las complicaciones y realizar visitas de seguimiento especiales, cada dos días para monitorear el estado de salud de los niños o niñas y evaluar; inicio del tratamiento dietético ,con el apoyo de la organización local con quien se logre coordinar. Cada visita domiciliar deberá incluir.

Plan educacional a la familia para fortalecer sus capacidades de autocuidado y autogestión, plan educacional para identificación de signos y señales de peligro, Continuar con los procesos de negociación para el traslado de los niños o niñas. (4)

Los niños que rechacen el alimento terapéutico listo para consumo ATLC deberán recibir tratamiento médico de acuerdo al protocolo. La recuperación nutricional se realizará con alimentos que se encuentren disponibles a nivel local orientando el uso de mezclas nutritivas. (13)

Se menciona también la incorporación de las acciones preventivas a los servicios de salud. Una vez que los niños han sido tratados por desnutrición aguda moderada y se recuperan, ellos y sus madres o cuidadores deben ser vinculados a los programas preventivos de los servicios de salud del Ministerio de Salud para evitar que se caiga en desnutrición nuevamente, (peso, talla,suplementación con micronutrientes desparasitación y consejería en alimentación). Muchos casos de desnutrición podrían evitarse a través de estas intervenciones que promuevan el crecimiento del niño, (4)y si en la comunidad existen programas de alimentación complementaria el personal de salud, junto con las organizaciones gubernamentales, organización comunitaria deben incluir en estos programas aquellos niños con desnutrición aguda moderada. (22)

3.8 Prueba de apetito

Para realizar la prueba de apetito realice los siguientes pasos:

Hacer la prueba en un lugar tranquilo, explicar a la madre o cuidadora por qué y cómo se llevará cabo la prueba, pedir a la madre o cuidadora que lave sus manos; si utiliza ATLC enseñarle como abrir el sobre, con los dedos y no con las uñas o con los dientes, sentar al niño o niña en sus pernas y darle la papilla o sobre de ATLC.(22)

La prueba debe hacerse con amor, sin forzar, pero animando al niño o niña a comer,el tiempo para realizar la prueba es aproximadamente una hora. Ofrezca agua segura, en una taza, al niño o niña mientras come.(22)

La búsqueda debe estar orientada por las condiciones de vida del grupo familiar y por las patologías prevalentes según el grupo de edad, así como para intercambiar conocimientos sobre costumbres en materia de alimentación infantil y sobre las relaciones familiares. (22)

3.9 Estrategia de AIEPI-AINM-C durante los procesos de atención, promoción y prevención de las enfermedades en la población materno neonatal e infantil

En respuesta al desafío y dentro del marco del Plan del Pacto Hambre Cero y la Ventana de Oportunidad de los 1,000 días, a principios del año 2014 Del pueblo de los Estados unidos de América USAID a través del Programa Integrado del Altiplano Occidental y el proyecto Nutri-Salud, apoyó el lanzamiento de la estrategia combinada de AIEPI –Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia y Atención Integrada a la Niñez y la Mujer en la Comunidad (AINM-C). La misma fue diseñada e implementada en el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) en los años 2001-2002, también con el apoyo de USAID y con el objetivo de reducir los episodios de enfermedad y muerte debido a dolencias comunes y prevenibles, en el grupo de niños y niñas menores de 5 años y de mujeres en edad reproductiva.(23)

Así como contribuir a reducir la desnutrición crónica en los menores de 5 años, con énfasis en los menores de 2 años a través del mejoramiento al acceso, la calidad y la interacción en la red de servicios; con el fin de brindar servicios de salud integrados a la niñez, el grupo materno con énfasis en el embarazo, parto, post parto y las mujeres en edad reproductiva, incluyendo la planificación familiar.(10)

Con esta estrategia, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social fortalecerá intervenciones de salud en el primero y segundo nivel de atención, con énfasis en el ámbito comunitario para asegurar que los niños y las niñas del país reciban atención, enfatizando el monitoreo y la promoción del crecimiento del niño y la niña, la detección, el tratamiento y la referencia oportuna de casos complicados, la consejería a las madres y padres de familia para la adopción de mejores prácticas alimentarias y de salud en el hogar a fin de prevenir enfermedades y problemas nutricionales.(10)

Las intervenciones nutricionales y de salud tienen el enfoque de los primeros 1000 días de vida de niños y niñas; dicho enfoque se refiere a concentrar acciones en un período de tiempo que van desde el inicio del embarazo hasta que el niño/niña cumple dos años de vida, debido a que este periodo constituye la ventana de oportunidad para intervenir nutricionalmente y salvar a muchos niños que cada año mueren por causas relacionadas a la desnutrición.(10)

Para que dichas intervenciones de salud sean más efectivas debe existir atención ininterrumpida para la madre, el recién nacido y el niño/niña menor de 5 años, sobre la base de que la salud y el bienestar de los dos están estrechamente ligados y deben tratarse de forma conjunta. Otra parte de la continuidad de la atención también se refiere al vínculo entre el hogar, la comunidad y el sistema de salud; este enfoque incorpora a los proveedores tradicionales comunitarios, como las comadronas tradicionales, los facilitadores comunitarios y otros, en la atención materna y neonatal. La organización comunitaria es un aspecto clave de la atención continua del hogar al hospital. A continuación, se presentan en forma resumida los servicios por grupo de edad.(10)

3.10 La rueda de prácticas para vivir mejor

Es la estrategia oficial del ministerio que fortalece las acciones de promoción en el primer nivel de atención que, promueve el crecimiento sano de los niños/os a través de acciones de la familia, comunidad, instituciones y actores de apoyo, que se enfocan en que cada familia cumpla 19 prácticas para vivir mejor. Se enfocan en mejorar las prácticas de lactancia materna, alimentación, cuidados de higiene y uso de servicios de

salud; durante la ventana de oportunidad de los primeros 1,000 días de vida (270 días del embarazo y 730 días de los primeros dos años de vida de un niño o niña). (25)

Estas prácticas, según la evidencia científica, tienen efectos positivos sobre la salud y nutrición de las madres y los niños en el período de los primeros 1,000 días de vida, periodo en el cual, hay que asegurar que los niñas/os crezcan sanos, porque si ocurren daños en esta etapa serán irreversibles. (24)

La fortaleza de la estrategia de “La rueda de prácticas para vivir mejor” es el acompañamiento longitudinal a las familias dentro de la ventana de oportunidad de los 1,000 días, facilitando que estas familias cuenten con el apoyo necesario para lograr la adopción de las prácticas para vivir mejor. Al conocer la situación y necesidades familiares, se hace factible buscar los enlaces o involucrar a otros familiares, a la comunidad, instituciones y actores que pueden influir con insumos necesarios que van desde motivaciones hasta los productos y servicios disponibles, creando un motor poderoso para que las familias dentro de los 1,000 días pueden realizar completamente las prácticas; haciendo lo posible para que sus niño/as crezcan sanos. (24)

IV. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Para adentrarse en el tema es necesario conocer investigaciones y trabajos anteriores para darle una visión diferente e innovadora a la presente investigación.(25)Razón por la cual se realizaba búsqueda activa sobre estudios realizados relacionados con este tema en el distrito de Campur, Carchá A.V., estos no se encontraron, lo que lo hace diferente e innovador.

En un estudio titulado “Intervención de enfermería en pacientes con desnutrición infantil grave del hospital general”, realizada en Latacunga Ecuador en el año 2014, de tipo descriptivo, con enfoque cualitativo cuantitativo; en el cuál se incluyó al 100% de la población, siendo 24 personas entre licenciadas en enfermería, auxiliares de enfermería y pacientes que acuden al hospital; en la que se utilizó una encuesta como instrumento. Entre los resultados relevantes están que el 63% de enfermeras en ocasiones han realizado intervenciones de enfermería basadas en un protocolo, esto indica que no siempre se cumplen el protocolo que es algo necesario en la recuperación de los pacientes. Además, el 88% de enfermeras menciona que no existe un protocolo impreso en el que se pueden guiar sobre las intervenciones que el personal de enfermería debe realizar cuando se presenta un cuadro de desnutrición infantil grave, además el 13% manifestaron que desconocen las fases que se deben aplicar en la intervención de enfermería para la desnutrición grave.(26)

En otro estudio titulado, “El personal de enfermería en la prevención de la desnutrición en el lactante menor, centro médico popular de Azogues,” realizada en Cuenca Ecuador en el año 2014, de tipo descriptivo, con enfoque cuantitativo; los sujetos de estudio fue constituida por 4 enfermeras profesionales y 2 auxiliares internas de enfermería, en la que se utilizó una encuesta estructurada como instrumento para la recolección de la información, entre los resultados relevantes están: el personal de enfermería que labora en el centro médico popular de Azogues al realizarlas medidas antropométricas, en un 100% valora el peso y la talla y en un 100% no realiza la valoración del perímetro cefálico, torácico y braquial. (27)

Así mismo otro estudio titulado, “Participación del personal de enfermería en la prevención de la desnutrición en menores de 5 años”, centro de salud Comuna de Olón

2012-2013 realizada en La Libertad- Ecuador; en el año 2013. Tipo de investigación documental y de campo, la población estuvo constituida por 46 madres de familia que asisten al centro de salud, en la que se utilizó una encuesta como instrumento para la recolección de la información, entre los resultados relevantes manifiesta que, el 15% de ellas aseguran que es frecuente que reciban una pequeña capacitación, acerca de la correcta nutrición que deben recibir los niños en la etapa de crecimiento, mientras que el 50% de los encuestados desmienten la anterior afirmación; diciendo que es muy raro que les den capacitaciones acerca de nutrición, porque dichas capacitaciones no fueron proporcionadas directamente por el personal de enfermería, sino por el Ministerio de Salud Pública con el programa Acción nutrición, hacia la desnutrición cero. (28)

Mientras que el 35% de las madres de familia aseguraron que el personal de enfermería nunca les han proporcionado capacitaciones nutricionales, corroborando que la participación de enfermería para la prevención de la desnutrición es escasa, los resultados mostraron que el 98% del departamento de enfermería no utilizan planes de cuidado, mientras que el 2% opinaron que si han observado a los enfermeros utilizando dichos planes de enfermería. El 100% de las madres de familia afirmaron, que desde que visitan el centro de salud con sus hijos nunca han participado en talleres nutricionales, que hayan sido organizados por el sub-centro de salud, es decir el departamento de enfermería, no realiza ningún tipo de acción para vincular a la colectividad con la prevención de la desnutrición infantil; de manera que los niños que habitan en este lugar están más propensos a sufrir de desnutrición pudiéndoles afectar el desarrollo físico y psicológico además de sufrir enfermedades en edad adulta, cuando no se toma las medidas correctivas e incluso hasta la muerte. (28)

Además se consultó otro estudio titulado, "Intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes y su relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años, que acuden al sub-centro de salud de la parroquia de Alombaba," realizada en el año 2014, siendo una investigación cuali-cuantitativa, de campo, bibliográfica, descriptiva, correlacional; la población estuvo constituida por 40 madres en la que se utilizó la encuesta como instrumento para la recolección de la información. Entre los resultados concluyentes, es que las madres no cuentan con la información

sobre el programa de micronutrientes y la frecuencia para acudir al control del niño sano, en la actualidad el personal de enfermería no proporciona charlas, han sido capacitados de manera superficial; porque no cuentan con los conocimientos adecuados para educar a las madres brindando actividades de consejería. (29)

El estudio titulado “Prevalencia y factores asociados de desnutrición crónica en niños de 0 a 10 años de la población Zhucay-Tarqui periodo mayo-octubre del 2014” Cuenca Ecuador. 2014, estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal, el universo estuvo conformado por 33 casos, instrumento utilizado fue la encuesta de tipo dirigida. Entre los resultados se menciona, que la prevalencia de desnutrición crónica de la población fue del 15.2% de los cuáles el 80% fueron niños y el 20% niñas. La relación talla para la edad concluyó que 81.8% de casos tienen cifras dentro de valores referenciales según las tablas de percentiles de la OMS. El 90 % de casos, tiene un peso adecuado para la edad comparado con los percentiles de la OMS, un 9.1% tienen sobrepeso; de éstos 2 niñas que representen 66.6% y 1 niño 33.3%. (30)

Además, se menciona otro estudio como, “Medidas educativas para la prevención de la desnutrición en los niños menores de 5 años atendidos, en el dispensario médico parroquial y la guardería días felices del Cantón Yaguachi,” Guayaquil, Ecuador 2012. El tipo de estudio fue exploratoria con enfoque cualitativo longitudinal de cohorte prospectivo, teniendo como universo a todos los niños atendidos y la muestra constituyó a los 122 niños que presentaron desnutrición; observándose mayor porcentaje para la desnutrición crónica leve 42.5%. Seguida de la desnutrición aguda leve 12.5%, el grupo de edad más afectado preescolares, siendo la prevalencia de desnutrición del 61%. Los factores de riesgo que más influyen en la desnutrición de los menores: falta de educación alimentaria 32%, control prenatal inadecuado 29.5% y abandono de lactancia materna 38.5%, el instrumento utilizado fue una encuesta. (31)

Así mismo el estudio, “Factores sociodemográficos asociados a desnutrición en niños de dos a cinco años de edad puesto de salud, Túpac Amaru Ate Vitarte” 2014 Lima, Perú, estudio con enfoque cuantitativo, diseño descriptivo correlacional y corte transversal; muestreo probabilístico conformado por 100 madres y 100 niños/as. La

técnica utilizada fue la encuesta y observación, los instrumentos utilizados fueron un cuestionario y ficha de observación. Entre los resultados se mencionan que las madres de familia tenían actividades ocupacionales, no remuneradas 63%, el ingreso familiar fue inadecuado con un 92%, las viviendas inadecuadas siendo un 93%; tenían entre 25-29 años el 37% de 1 a 2 hijos, el 62% eran convivientes, 71% y proceden de la sierra 64%. La calidad de alimentación que reciben los niños de 2 a 5 años fue inadecuada y adecuada 45%. (32)

Además, el estudio “Medición de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y madres de niños y niñas con desnutrición aguda, sobre el alimento terapéutico listo para el consumo, en el municipio de Tecpán Guatemala, Chimaltenango.” 2013 estudio transversal analítico comparativo, utilizando una metodología mixta, cuantitativa y cualitativa; este estudio se realizó con trabajadores de los distritos de salud (n=26) y madres (n=27) del Municipio de Tecpán Guatemala. Para la recolección de datos se utilizaron encuestas CAP ATLC para cada grupo de estudio, los resultados demostraron que el personal de salud tiene actitudes favorables y prácticas adecuadas sobre el ATLC, para brindar tratamiento a niños con desnutrición aguda; sin embargo, se evidencia la necesidad de mejorar los conocimientos que tiene el personal de salud en relación al ATLC, teniendo en cuenta que la falta de ellos puede convertirse en una barrera para lograr la adherencia al tratamiento a nivel comunitario. (33)

Otra investigación titulada “Factores que impiden la recuperación nutricional en niños de 6 a 59 meses de edad, con desnutrición aguda moderada sin complicaciones en tratamiento con alimentos terapéuticos listos para el consumo (ATLC) “durante el año 2014 Jalapa, Guatemala, tipo de estudio descriptivo-exploratorio con enfoque cuantitativo, diseño no experimental, transversal de tendencia y de evolución de grupo; la población estuvo constituida por el total de casos de desnutrición aguda moderada, en el departamento de Jalapa durante el año 2013. Constituida por 401 casos, con esta estimación se consideró obtener 50 niños que estuvieran desnutridos moderados, en tratamiento en la comunidad y justamente, se diagnosticaron en esta condición nutricional; 19 niños durante el mes de febrero y 31 niños durante el mes de marzo 2014. Entre los resultados obtenidos se encontró, que al finalizar los 15 días de tratamiento con ATLC, 16 niños (32.4%) se recuperaron llegando al término del

tratamiento con un estado nutricional normal según el indicador P/T, 33 (64.7%) de los niños no aumentaron, se mantuvieron o disminuyeron su peso, manteniéndose con el diagnóstico inicial de desnutrición aguda moderada y un niño (2%) disminuyó su peso, teniendo un diagnóstico final al tratamiento de desnutrición aguda severa. (34)

Se cuenta también con el estudio, “Factores asociados a la desnutrición en niños menores de 5 años” durante el año 2014, estudio realizado en el puesto de salud del valle de Palajunoj, Quetzaltenango, Guatemala; tipo de estudio descriptivo transversal cuantitativo. La muestra constituida, por 25 madres de los menores de 5 años que sufren algún grado de desnutrición y que asistían a control de peso y talla al servicio de salud; el instrumento fue estructurado. Entre las conclusiones principales están, que la prevalencia de desnutrición crónica encontrada fue del 92% de los niños afectados, los factores asociados a la desnutrición, fueron; los factores relacionados con el nivel de escolaridad de la madre con un 52%, de cada 25 madres entrevistadas, solo 10 madres cursan la primaria, siendo el resto analfabetas, los hijos que ocupan el tercer lugar en el hogar, son los más afectados con un 36%, debido a los problemas económicos, sociales y culturales. (35)

V. OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar las intervenciones de enfermería para la recuperación de niños menores de dos años con desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá Alta Verapaz.

Objetivos específicos

1. Describir las intervenciones de enfermería para la identificación de niños menores de dos años en riesgo de desnutrición.
2. Describir las intervenciones de enfermería para evaluación de niños menores de dos años con desnutrición aguda.
3. Identificar las intervenciones que realiza enfermería para la recuperación de niños menores de dos años con desnutrición aguda.
4. Identificar las intervenciones de seguimiento de niños menores de dos años con desnutrición aguda en período de recuperación.

VI. JUSTIFICACIÓN

La desnutrición en Guatemala es un fenómeno multicausal, debido en mayor medida a problemas estructurales, en donde existe una marcada brecha, y grandes sectores sociales de la población, que sobreviven en condiciones de extrema pobreza, es decir, que no se satisfacen las necesidades básicas.

La salud de las personas en general y la de las niñas y niños en particular, es un derecho humano inalienable, puesto en evidencia en la convención sobre los derechos del niño y ratificado como tal en los instrumentos legales de cada país. Esto supone ser obligatorio y su vigilancia y exigencia constantes; pero la realidad muestra que no ocurre de esta manera.(13)

Adicionalmente a esto el acceso a los servicios de salud y nutrición de la población es altamente desigual, estas inequidades se reflejan en los indicadores de salud de las poblaciones indígenas y rurales; la desnutrición crónica en niños indígenas es 35% superior al promedio nacional.(10)En consecuencia cuando la alimentación de un niño o niña no ofrece todos los nutrientes que su cuerpo necesita, para mantener su funcionamiento normal, no solo disminuye su crecimiento sino que; aumenta su vulnerabilidad ante enfermedades comunes. Por esta razón, un simple resfriado o una diarrea aguda pueden terminar con la vida de un niño con desnutrición.

Durante el año 2016 a nivel de Distrito se identificaron 30 casos de niños con desnutrición aguda entre moderados y severos; de los cuales fallecieron dos niños como causa básica de desnutrición aguda.

El aporte de la investigación es que se tuvo un diagnóstico sobre el trabajo que está realizando enfermería para la identificación, evaluación, tratamiento, recuperación y seguimiento de niños menores de 2 años con desnutrición aguda. A partir de los resultados se logró sugerir acciones para mantener o recuperar las intervenciones a beneficio de la población infantil menor de 2 años.

El presente estudio de investigación fué novedoso partiendo de que no existen investigaciones de esta magnitud en Alta Verapaz, lo que la hizo innovadora; además se consideró viable, pues se dispuso de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

VII. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

7.1 Tipo de estudio

Descriptivo retrospectivo, documental, de corte transversal.

7.2 Sujetos de estudio o unidad de análisis

Para la presente investigación se consideró como sujetos de estudio los niños que presentaron desnutrición aguda durante el año 2016; los datos se obtuvieron de las fichas clínicas o epidemiológicas de los pacientes. De las mismas se identificaron las intervenciones de enfermería.

7.3 Contextualización geográfica y temporal

El estudio se realizó en el centro de salud de Campur, Carchá, A.V durante los meses de enero a diciembre del año 2016.

7.4 Operacionalización de Variables (ver cuadro)

Nombre de Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de medición	Ítems
Intervenciones de enfermería en recuperación de niños menores de dos años con desnutrición aguda.	Todo tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente (12)	Acciones realizadas para la identificación, evaluación, recuperación y seguimiento de los niños menores de 2 años con desnutrición aguda en el distrito de XIV de Campur., Carcha A.V., por personal de enfermería.	Número de intervenciones para identificación: signos clínicos (demasiado delgado, o piernas hinchadas) deficiencia de peso para longitud/talla de evaluación: control de peso mensual, prueba de apetito de recuperación: orientación y educación a la madre de seguimiento: planes de visitas domiciliarias semanalmente, gráficas de peso/talla según sexo y edad, plan educacional para identificación de señales de peligro	Nominal	1 4,5,6 7 8,9,10,11 12,13,14

VIII. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

8.1 Selección de sujetos de estudio

8.1.1. Criterios de inclusión

Expedientes clínicos completos de los niños menores de 2 años que fueron captados con desnutrición aguda.

8.1.2. Criterios de exclusión

Registros clínicos de niños menores de 2 años con desnutrición aguda que se encontraron incompletos, deteriorados y/o elegibles.

8.1.3. Universo

Por ser una población pequeña se tomaron en cuenta los 30 registros clínicos de niños menores de 2 años con desnutrición aguda que fueron captados durante el año 2016.

8.2. Recolección de datos

8.2.1 Métodos utilizados para la recolección de datos

Se solicitó autorización a las autoridades de la institución para realizar esta investigación, para luego proceder a la búsqueda y selección de los registros clínicos de los niños menores de 2 años de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión identificados, y de allí se procedió a revisarlos con la boleta de recolección de datos diseñada para tal fin.

8.2.2 Elaboración y descripción del instrumento de recolección de datos

Para recolectar la información requerida se utilizó una lista de cotejo con preguntas estructuradas, consistentes en 13 ítems.

8.2.3 Validación de los instrumentos

La validación del instrumento se realizó en el Distrito de Lanquín, Alta Verapaz, dicho servicio de salud se seleccionó, por contar con peculiaridades semejantes a la estudiada, en la cual se sometió a prueba el instrumento de medición y las condiciones de aplicación, para verificar el cumplimiento a respuestas de los objetivos establecidos.

IX. PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE DATOS

9.1 Descripción del proceso de digitación.

Los datos cotejados se tabularon en una base de datos de Excel y la presentación de dichos datos se presentó en gráficas y cuadros.

9.2. Plan de análisis de datos

Se interpretó y analizó una de las respuestas encontradas en los expedientes clínicos, los resultados se compararon con el marco teórico.

9.3 Métodos estadísticos

Se utilizó la estadística descriptiva, los datos se representaron en porcentajes, para luego emitir las conclusiones que se consideraron necesarias.

9.4 Aspectos éticos

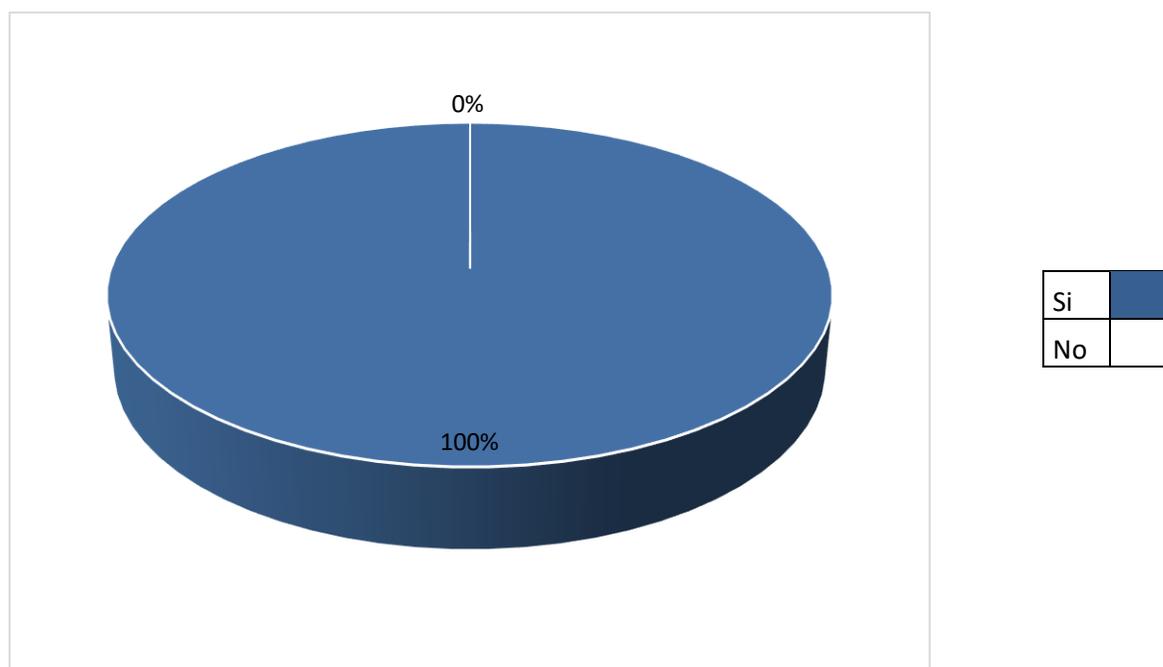
En el presente estudio se guardó confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos ya que fueron utilizados únicamente para fines de la investigación.

X. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

A continuación se presentan el análisis y discusión de resultados en base a objetivos y variables estudiadas

Gráfica Número 1

Registró las intervenciones realizadas al identificar problemas de desnutrición en el niño menor de dos años (demasiado delgado, o piernas hinchadas).

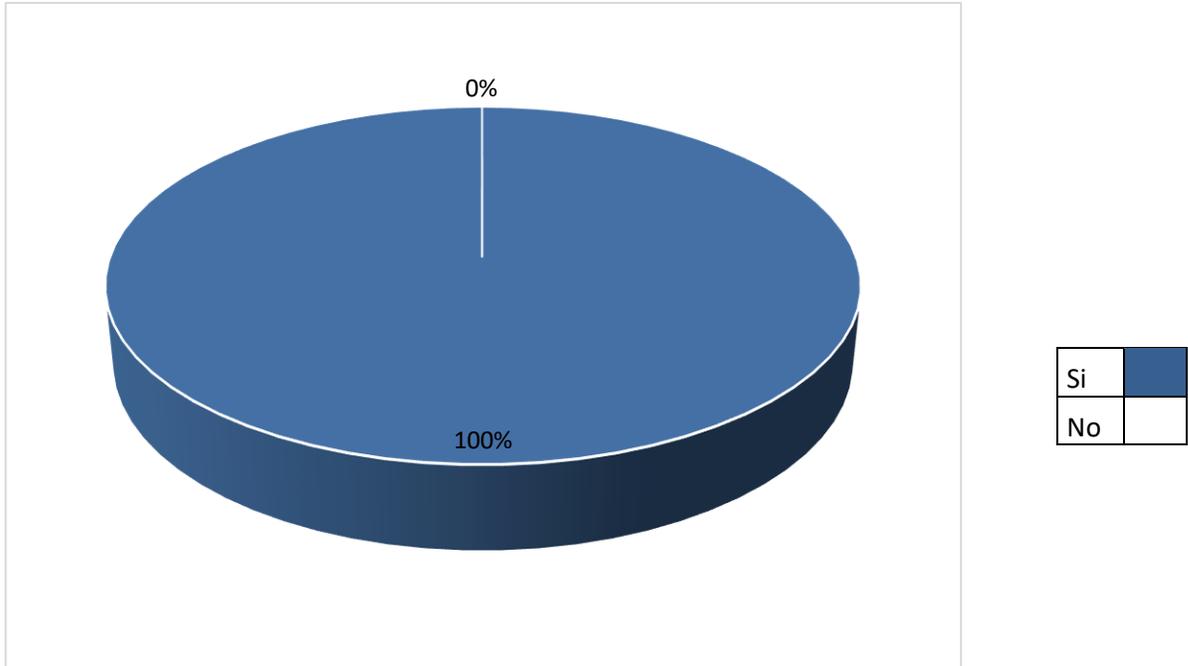


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 100% de los expedientes consultados evidencia el registro de las intervenciones realizadas por el personal de enfermería al identificar problemas de desnutrición en el niño menor de dos años, tomando en cuenta que el índice de desnutrición se determina mediante la observación directa, que permite identificar niños demasiado delgados o con las piernas hinchadas, así mismo midiendo la talla, el peso, el perímetro del brazo y conociendo la edad del niño, que se comparan con los estándares de referencia. Lo que permite determinar el grado de desnutrición y realizar los procedimientos que correspondan inclusive la referencia oportuna.

Gráfica Número 2

Identificó y registró la deficiencia del peso para longitud/ talla por debajo de - 2 a -3 desviaciones estándar.

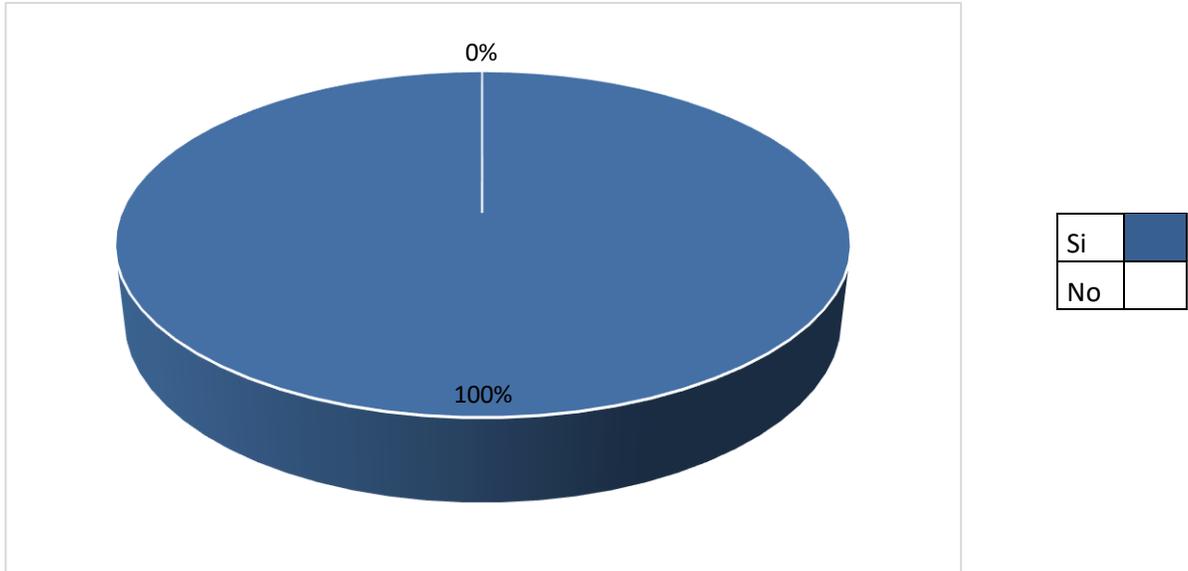


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El personal de enfermería identificó y registró el peso para longitud/talla en un 100%, actividad de gran utilidad, ya que es un Indicador que refleja el estado nutricional actual del niño(desnutrición aguda) y tiene la capacidad de medir la recuperación nutricional, a la vez para brindar tratamiento oportuno para evitar complicaciones y no referir al niño a un centro de atención de mayor resolución.

Gráfica Número 3

Identificó y registró la evaluación peso para edad en niños y niñas por debajo de -2 desviaciones estándar.

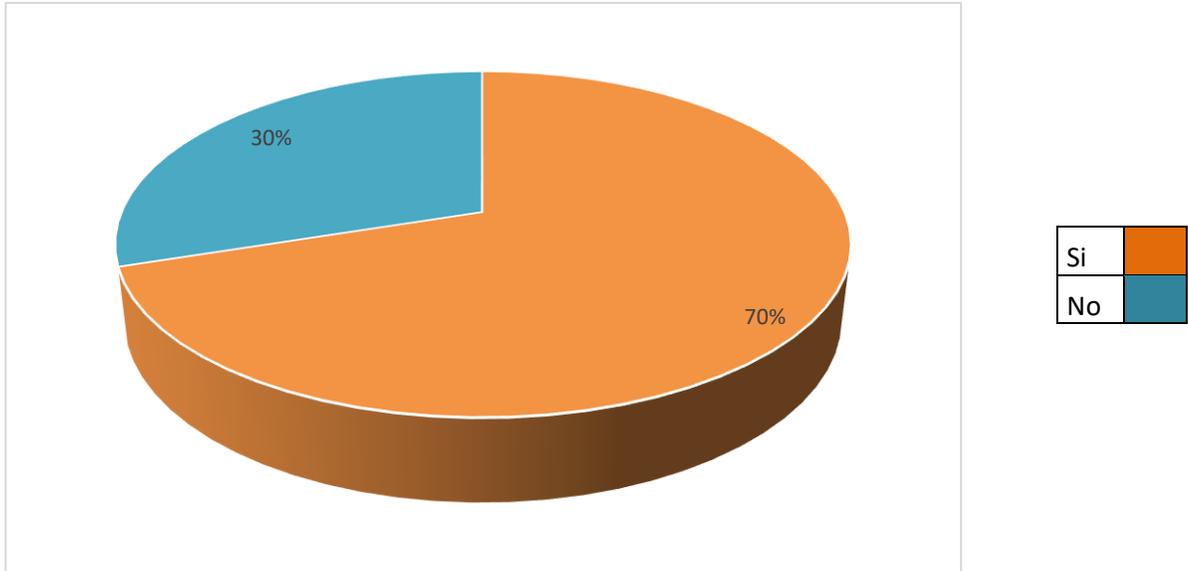


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 100% de los expedientes evaluados determinaron la identificación y el registro del peso para edad en niños, éste indicador es importante para poder detectar si el niño tenga un diagnóstico de bajo peso moderado o severo y brindarle consejería en la alimentación, dependiendo la edad, y así poder prevenir que el niño caiga en una desnutrición aguda.

Gráfica Número 4

El expediente refleja que el niño o niña asistió a control mensual en los primeros 2 años de vida según el protocolo y normas de atención.

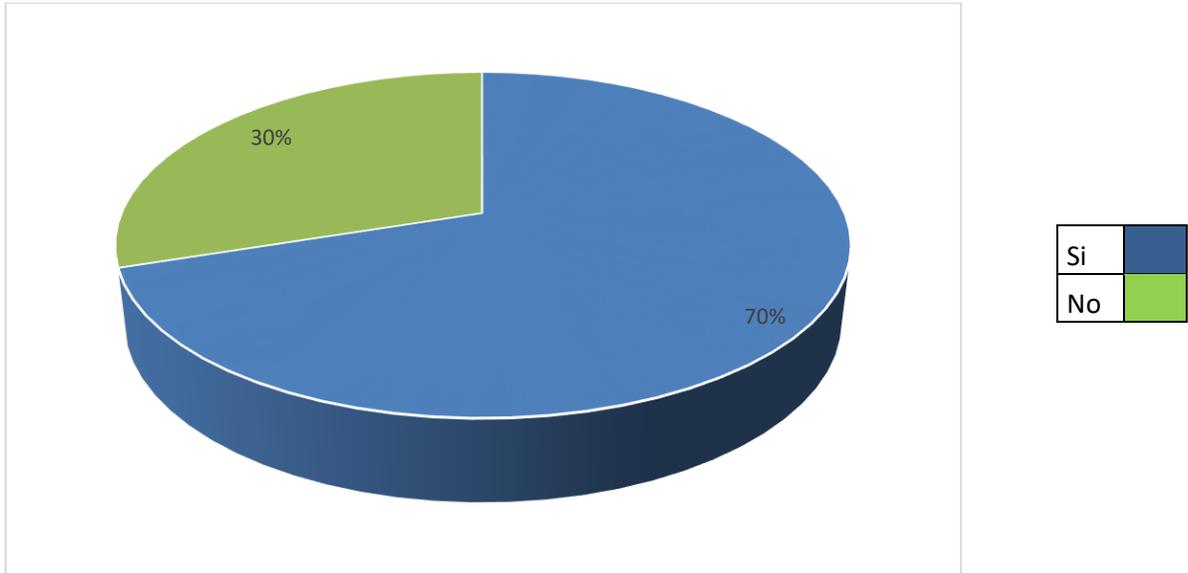


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 70% de los expedientes reflejaron la asistencia a control mensual en los 2 años de vida, mientras que el 30% de ellos no asistieron a dicho control, ya que la población que cubre el Cap-Campur, es 100% del área rural y la accesibilidad es difícil y también las madres de familia manifiestan que como sus hijos no están enfermos no los llevan a un servicio de salud; según el manual de normas de atención del primer y segundo nivel de atención del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social se debe realizar monitoreo a todas las niñas y niños con o sin enfermedad, de 1 a menos de 2 año cada mes 12 controles al año.

Gráfica Número 5

Realizó y registró las acciones realizadas con prueba de apetito con alimento terapéutico listo para el consumo (ATLC), si el niño o niña no presenta ningún tipo de complicaciones (falta de apetito, diarrea, fiebre, neumonía)

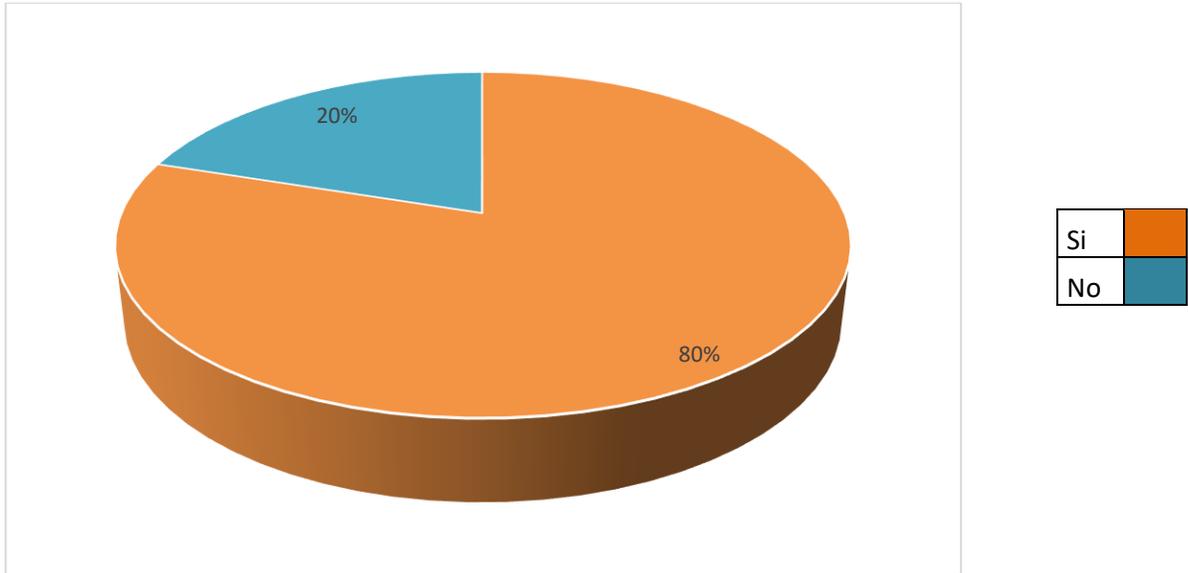


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 70% de los expedientes de niños menores de 2 años reflejan el registro de las acciones realizadas con prueba de apetito con alimento listo para el consumo, mientras que un 30% no los manifiestan. Esta actividad debe hacerse en un lugar tranquilo, explicar a la madre o cuidadora por qué y cómo se llevará a cabo la prueba. Es muy importante registrar y realizar las acciones de la prueba de apetito y verificar si el niño tolera o no dicho alimento, dependiendo el grado de desnutrición en que se encuentre el niño o bien la niña, y así poder tomar decisiones oportunas para el bienestar de la salud del niño si en caso no tolera dicho tratamiento.

Gráfica Número 6

Describe las intervenciones de recuperación realizadas en la fecha en que se citó a la madre del niño o niña orientación y educación a la madre, peso, talla, suplementación con micronutrientes, desparasitación y consejería en alimentación.

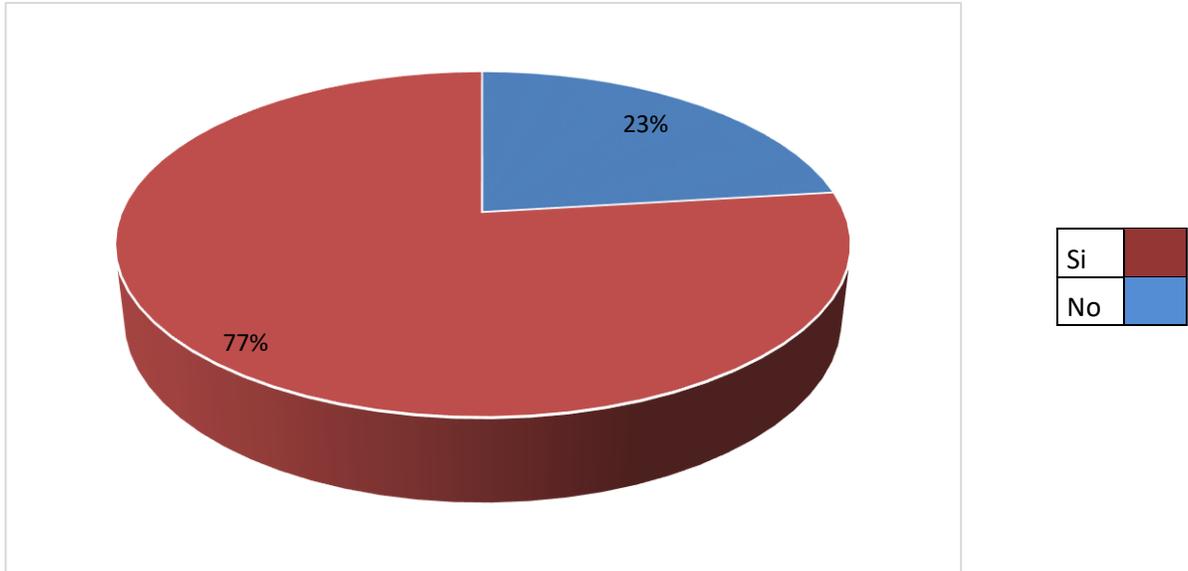


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 80% de los expedientes evaluados describen las intervenciones de recuperación realizadas, mientras que un 20% no las describe, es muy importante registrar dichas intervenciones para así llevar un buen control de las citas para su control de: peso, talla, suplementación con micronutrientes desparasitación y consejería en alimentación, para verificar si el niño se está recuperando de peso y longitud, y si en caso el niño no gane peso o presente alguna complicación es prudente tomar decisiones para su referencia oportuna.

Gráfica Número 7

Describió y registró las visitas domiciliarias realizadas semanalmente a niños diagnosticados con desnutrición aguda grave sin complicaciones.

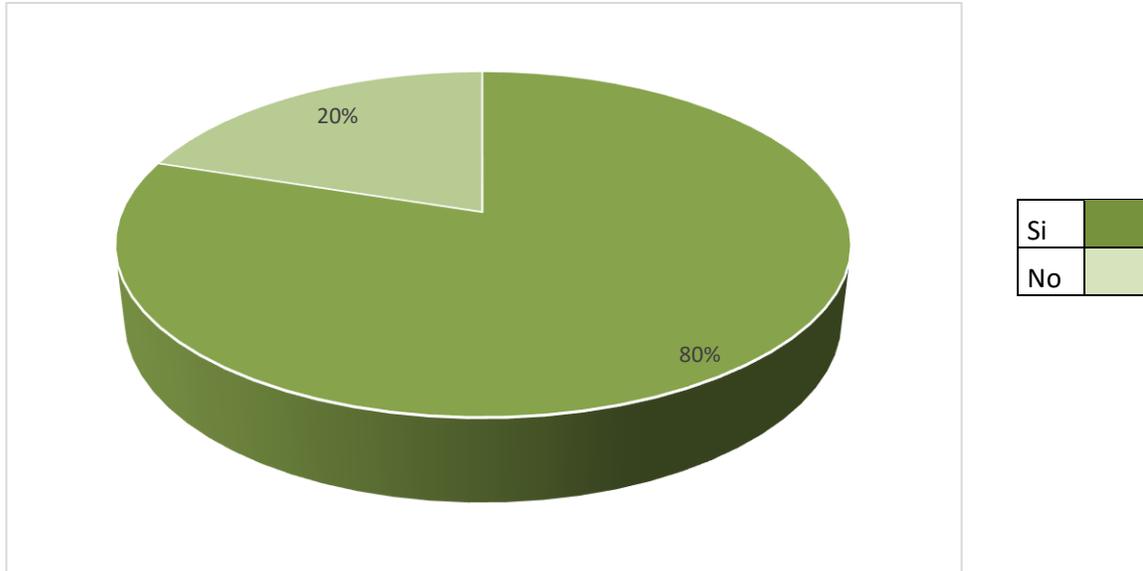


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

En el 77% de los expedientes clínicos se describe y registra las visitas domiciliarias realizadas, mientras que el 23% no están patentizadas, sin embargo es muy importante registrar para describir las visitas domiciliarias que se realizan semanalmente a los niños desnutridos para verificar la ganancia de peso o bien la intolerancia del algún medicamento de su tratamiento, también durante la visita se debe incluir a la familia para que conozcan y poner en práctica los factores protectores como el calor, el amor y la lactancia materna, es decir, las acciones que promuevan la salud integral de la niño o niña.

Gráfica Número 8

Cuando el niño y la niña presentó complicaciones elaboró boleta de referencia con datos completos.

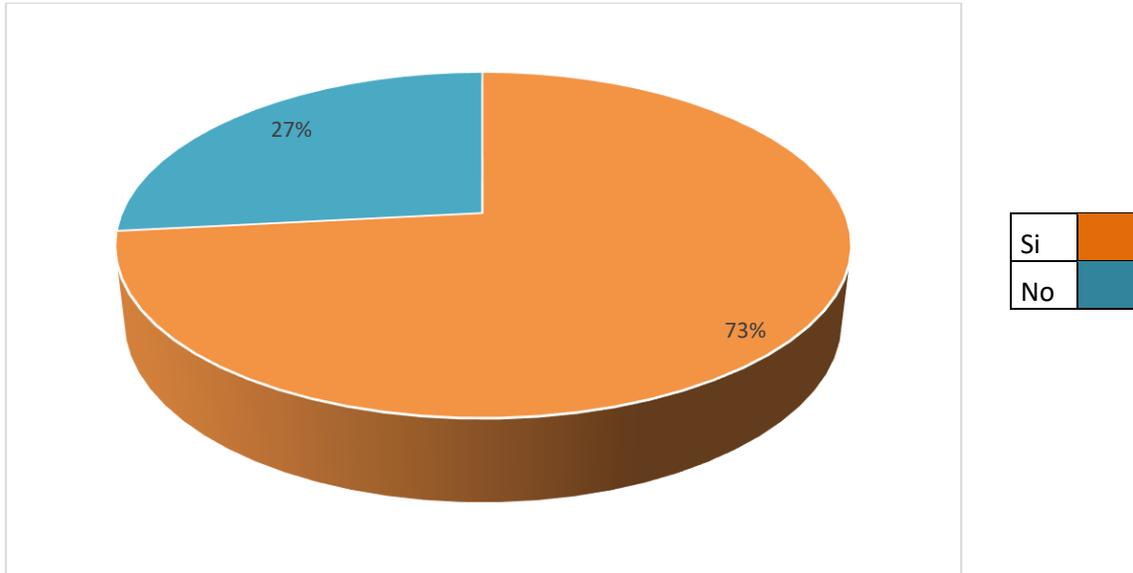


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

En el 80% de los expedientes clínicos refirieron a los niños cuando presentaron complicaciones, mientras que el 20% no las realizó, cuando no se elabora la hoja de referencia al momento en que los niños presentan complicaciones, no los aceptan a nivel hospitalario para que sean atendidos de forma oportuna, sino hasta que esté la hoja llenada correctamente con todos los datos del niño o niña.

Gráfica Número 9

Brindó y registró el tratamiento ambulatorio a niños y niñas desnutridos según protocolo establecido (tratamiento nutricional, sesiones de consejería, resultados de prueba de apetito).

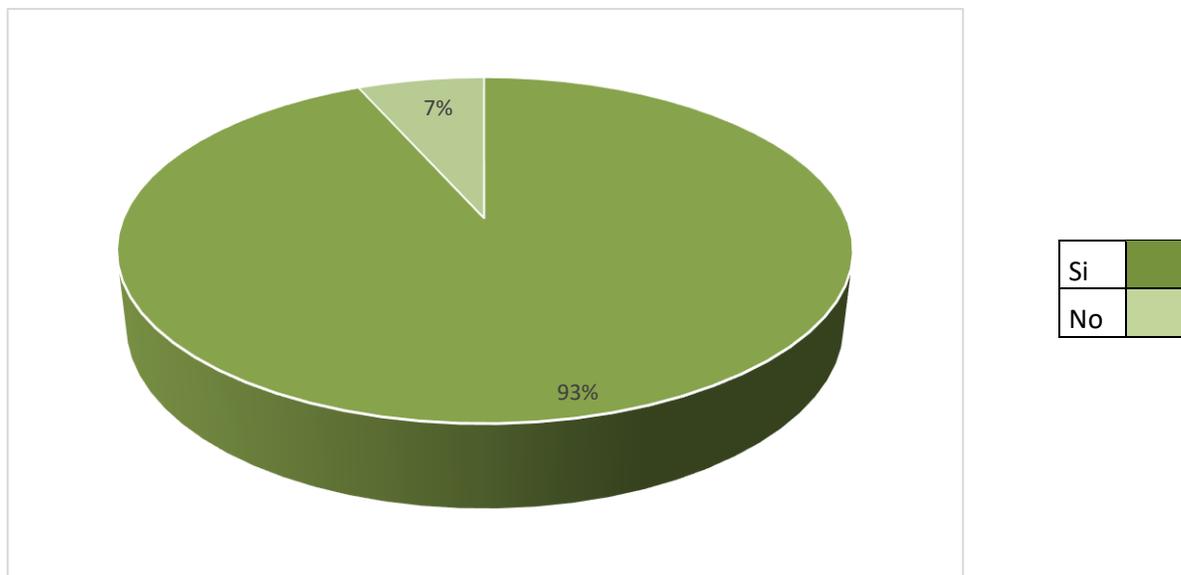


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 73% de los expedientes consultados registra el tratamiento ambulatorio a niños y niñas desnutridas según el protocolo establecido, no así el 27 %, es muy importante brindar y registrar el tratamiento que se entrega a los niños con desnutrición aguda según protocolo, ya que la ausencia de algún medicamento que no se le entrega puede determinar la efectividad sí o no, del tratamiento brindado, en la que también conlleva sesiones de consejería y resultado de prueba de apetito.

Gráfica Número 10

Utilizó y completó la ficha de notificación obligatoria con datos completos al haber detectado desnutrición aguda moderada y severa.

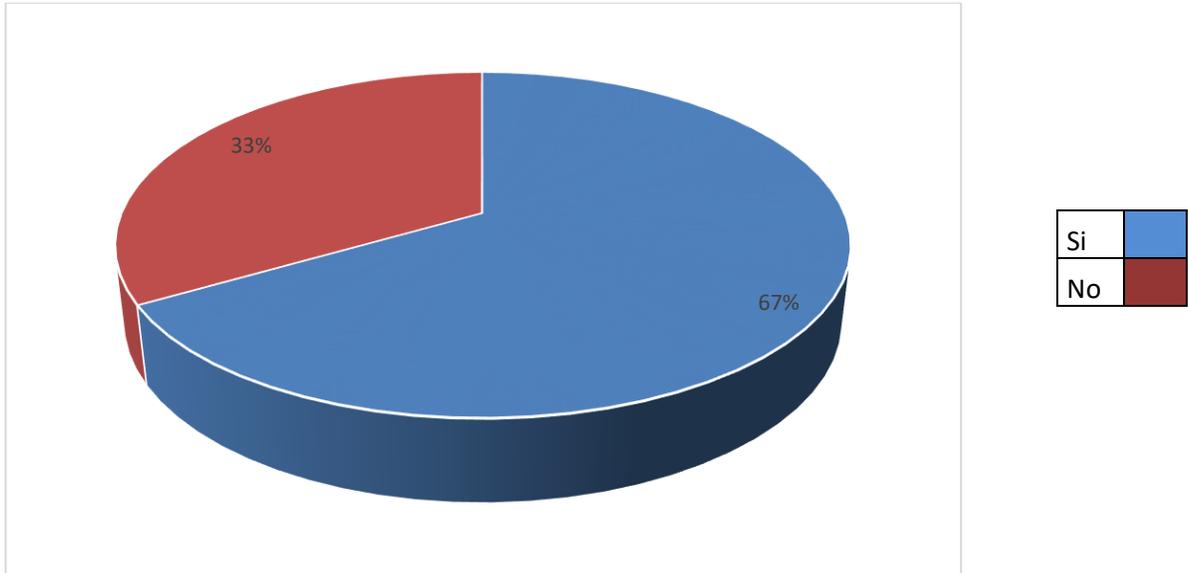


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 93% de los expedientes consultados describen datos completos de notificación obligatoria, mientras que un 7% no tienen esa información. Elemento esencial en donde todos los casos identificados y clasificados se deberán notificar obligatoriamente a través de una ficha epidemiológica de notificación obligatoria de desnutrición aguda, la cual se ingresará a un sistema de registro de información y notificación.

Gráfica Número 11

Describe en las fichas clínicas las intervenciones de seguimiento realizadas (graficas de peso/talla según sexo y edad, planes de visitas domiciliarias, plan educacional para identificación de señales de peligro).

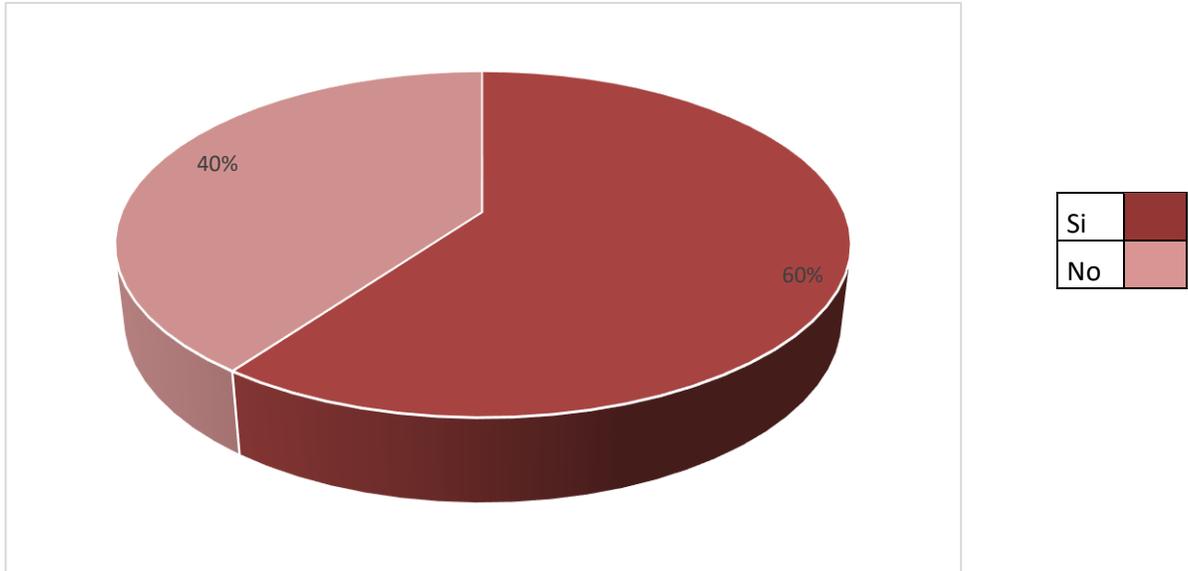


Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 67% de las fichas clínicas consultadas describen las intervenciones de seguimiento realizadas, mientras que un 33% no las tienen. La vigilancia y seguimiento de casos de desnutrición aguda moderada cobra importancia cuando de allí depende el éxito del tratamiento y de la recuperación permanente del niño o niña. El seguimiento se realiza haciendo uso de las gráficas de Peso/talla según el sexo y la edad, cada semana el niño o niña deberá ganar peso. El responsable del seguimiento es el personal de los servicios de salud, para lo cual se cuenta con la ficha de seguimiento de casos del tratamiento de desnutrición aguda.

Gráfica Número 12

Describió los resultados sobre consejería y evaluación del estado nutricional durante las citas efectuadas (cada 15 días) seguimiento.



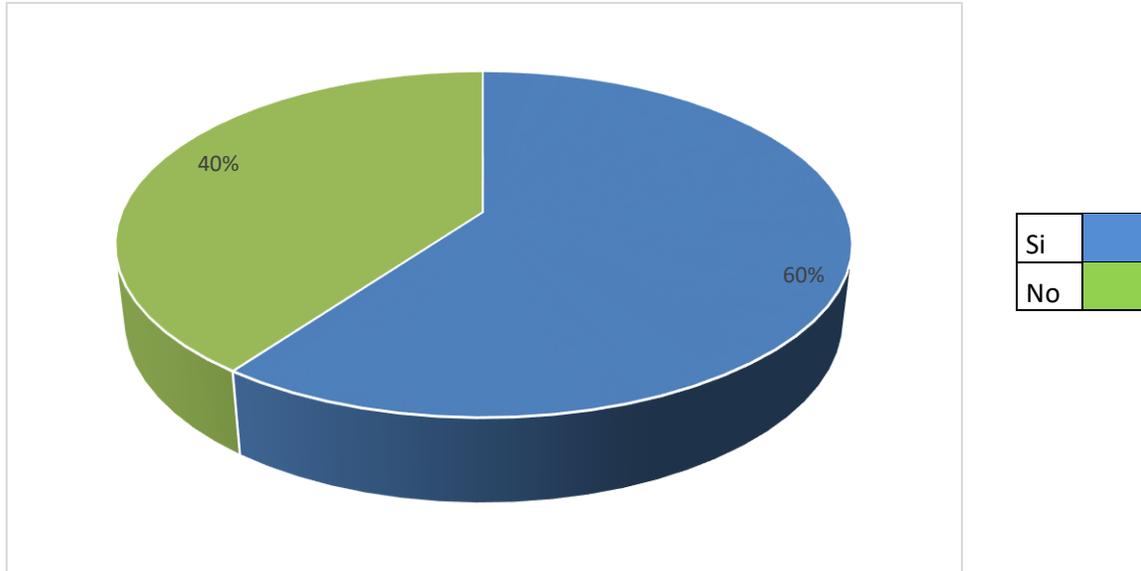
Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 60% de los expedientes clínicos describen los resultados sobre consejería y evaluación del estado nutricional durante las citas de seguimiento, mientras que un 40% no las tienen puntualizadas. Cada 8 o 15 días se debe citar al niño o niña a los servicios de salud para hacer el seguimiento con desnutrición aguda moderada, se debe brindar consejería y evaluación del estado nutricional, si el niño o niña no sube de peso adecuadamente en un mes deberá ser notificado y referido a un servicio de mayor resolución.

Es importante que las familias estén informadas cómo brindar en el hogar los cuidados y la alimentación apropiada para la niña o niño sano y desnutrido, para que puedan reconocer a tiempo las señales de peligro para realizar el traslado inmediato a un establecimiento de salud, porque en este caso la vida del niño está en peligro.

Gráfica Número 13

En caso de que la familia rechazó la referencia de un niño o niña con desnutrición aguda moderada y severa con complicaciones, ¿se registraron las acciones realizadas? (notificación a la SESAN y PGN)



Fuente: Expedientes clínicos de niños y niñas menores de dos años con problemas de desnutrición aguda, en el distrito XIV Campur, Carchá, A.V. Guatemala, durante el año 2016.

El 60% de los expedientes clínicos registran las visitas de seguimiento para evaluar el estado de salud. Mientras que un 40% no las puntualizan, es importante registrar las acciones realizadas ya que cuando un niño con desnutrición aguda con complicación no es referido por renuencia de los padres, el niño con desnutrición aguda moderada tiene riesgo de morir tres veces y con desnutrición aguda severa nueve veces que un niño normal, por tal razón es importante notificar a las instituciones competentes (SESAN y PGN), para coordinar y unificar esfuerzos así referirlo y cumplir con su tratamiento oportuno y recuperación del niño o niña.

CONCLUSIONES

1. Los expedientes consultados y revisados, en la mayoría se encuentran las intervenciones de enfermería registradas, para la recuperación de los niños con desnutrición aguda, sin embargo es importante que se documente y se cumpla las acciones que se realiza para tener una recuperación del niño y niña, que presente desnutrición aguda y así disminuir la incidencia de muertes por desnutrición.
2. La totalidad de los expedientes consultados describen las intervenciones de enfermería para la identificación de niños menores de dos años en riesgo de desnutrición, al haber identificado el índice de desnutrición del niño menor de dos años (demasiado delgado, o piernas hinchadas) como también la deficiencia del peso para longitud/ talla por debajo de - 2 a -3 desviaciones estándar. Lo que nos permite determinar el grado de desnutrición y realizar los procedimientos que correspondan inclusive la referencia oportuna.
3. Gran parte de los expedientes reflejan que registraron: la evaluación y acciones realizadas con prueba de apetito con alimento terapéutico listo para el consumo (ATLC), así también el monitoreo de crecimiento semanalmente si el niño o niña no presenta ningún tipo de complicaciones (falta de apetito, diarrea, fiebre, neumonía).
4. La mayoría de los expedientes revisados describen y registran las visitas domiciliarias realizadas semanalmente a niños diagnosticados con desnutrición aguda grave sin complicaciones, para el cumplimiento de su tratamiento, para su pronta recuperación y así poder evitar el traslado de los niños a otro nivel de atención.
5. Un gran porcentaje (80%) de los expedientes reflejan las intervenciones de seguimiento de niños menores de dos años con desnutrición aguda en período de recuperación, al haber citado a la madre del niño o niña para orientación y educación con relación al cuidado y tratamiento del niño.

RECOMENDACIONES

1. El personal de enfermería debe realizar monitoreo de crecimiento a todos los niños menores de 2 años con o sin enfermedad de manera individual, periódica y secuencial; implementar acciones educativas. Además contar con un ambiente físico adecuado, material e instrumentos de acuerdo al nivel de atención; para evaluar el progreso de la ganancia de peso, longitud de acuerdo a la edad del niño ya que la evaluación del estado nutricional debe constituir una actividad prioritaria en la atención particular de la salud del niño.
2. Es necesario operacionalizar las visitas familiares semanales por el personal de enfermería, y de esta manera fortalecer las acciones de promoción en el primer y segundo nivel de atención. Enfatizando la estrategia implementada por el Ministerio de Salud como la rueda de prácticas para vivir mejor, la cual se enfoca en mejorar las prácticas de lactancia materna, alimentación, cuidados de higiene y uso de servicios de salud; durante la ventana de oportunidad de los primeros 1,000 días de vida (270 días del embarazo y 730 días de los primeros dos años de vida de un niño o niña). Estas prácticas, según la evidencia científica, tienen efectos positivos sobre la salud y nutrición de las madres y los niños en el período de los primeros 1,000 días de vida, periodo en el cual, hay que asegurar que los niñas/os crezcan sanos, porque si ocurren daños en esta etapa serán irreversibles.
3. Darle uso correcto al cuaderno 5DA y llenar todos las casillas ya que dicho instrumento es de registro exclusivo para niños con desnutrición aguda con tratamiento ambulatorio, en donde se encuentran espacios, para registrar ganancia de peso, longitud, sesiones educativas, cantidad de visitas domiciliarias, tratamiento, higiene (lavado de manos), lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria.
4. El seguimiento de casos de desnutrición aguda moderada y severa asegura la recuperación del niño o niña, evita reincidencia, disminuye el riesgo de mortalidad, infecciones y retardo del crecimiento. Por lo tanto las familias deben

conocer y poner en práctica los factores protectores como el calor, el amor y la lactancia materna, es decir, las acciones que promuevan la salud integral de la niña o niño y de toda la familia tales como: la protección y estímulo para el desarrollo, proporcionar alimentos nutritivos, administrar vacunas, las medidas de higiene personal y limpieza de la casa. Apoyados con la organización comunitaria y líderes de la comunidad, así mismo con el equipo básico de salud.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. www.unpuntoenelinfinito.com/fame-nel.../1540-desnutricion-en-el-mundo.htm. Desnutrición en el mundo. [En línea] [Citado el: 20 de 01 de 2017.]
2. **UNICEF**. Datos y cifras clave sobre nutrición . s.l. : https://www.unicef.org/argentina/spanish/UNICEF_Reporte_Nutricion_ESP_15-4.pdf.
3. —. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. [revisado 23/03/2016] 2011.
4. fadep.org/principal/.../vi-encuesta-nacional-de-salud-materno-infantil-ensmi-2014-20., [ed.]. Guatemala : s.n. Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2014-2015 (ENSMI 2014-2015).
5. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección Área de Salud. Distrito Municipal de Salud**. Memoria de Labores. Alta Verapaz, Campur. Guatemala. : s.n., 2015.
6. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**. Protocolo para el tratamiento ambulatorio de niños y niñas con desnutrición aguda moderada sin complicaciones. Guatemala : s.n., 2010.
7. **UNICEF**. www.unicef.org/guatemala/spanish/panorama_18467.htm. [En línea] [Citado el: 20 de 05 de 2016.]
8. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social** Guatemala. . biblioteca.usac.edu.gt/tesis/06/06_3004.pdf. [En línea] [Citado el: 16 de 09 de 2016.]
9. **Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá**. <http://www.incap.org.gt/index.php/>. [En línea] 2009. [Citado el: 19 de 05 de 2016.]
10. <http://www.iadb.org/es/temas/salud/desnutricion-en-guatemala,3866>. [En línea] [Citado el: 20 de 05 de 2016.]
11. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social**. Programa de mejoramiento del acceso y calidad de los servicios de salud y nutrición. Fase I. Guatemala : s.n., 2014.
12. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social trabaja por el derecho a la salud y nutrición de los niños guatemaltecos. **USAID**. 5, Guatemala : s.n., 2008.
13. **Programa Especial para la Seguridad Alimentaria. Seguridad Alimentaria y Nutricional**. Conceptos básicos. Agencia Española de Cooperación

Internacionaldocplayer.es/1822091-Seguridad-alimentaria-y-nutricional-conceptos-ba.revisado. [En línea] [Citado el: 23 de 02 de 2016.]

14. **Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.** Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería. Washington, D.C. : s.n., 2009.

15. **UNICEF** . https://www.unicef.org/lac/glosario_malnutricion.pdf. Glosario de términos sobre desnutrición. [En línea] [Citado el: 22 de 03 de 2017.]

16. **Marquez Gonzales CH,** Clasificación y evaluación de la desnutrición en el paciente pediátrico. [60www.medigraphic.org.mx] 2012. 7.

17. **Instituto Nacional de la Salud. Centro Nacional de Alimentación y Nutrición.** Medidas antropométricas, registro y estandarización. [http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/c] Lima Perú. : s.n., 1998.

18. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.** Manual de normas de atención en salud integral para primero y segundo nivel. Guatemala : s.n.

19. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social** . Manual de procedimientos para el control del crecimiento y desarrollo de la niña. [http://www.minsa.gob.pe/portal/p2005/docconsulta.as pag. 9] Guatemala : s.n.

20. **Zulay Vieras.** Antropometrías de los Niños y Adolescentes. 2012. [medidasantropometricas.blogspot.com/2012/10/medidas.html].

21. —. Antropometría: Niños Menores de 5 Años. [www.fantaproject.org/sites/default/files/.../Pocket-Ref-Anthro-Feb2011-Spanish.]. 2011.

22. **Colon Garcia J.** Medición de conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y madres de niños y niñas con desnutrición aguda sobre el alimento terapéutico listo para el consumo en el municipio de Tecpan. Chimaltenango. Guatemala : s.n., 2013.

23. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social** Guatemala. Guías alimentarias. 2012.

24. **USAID.** Estrategia de AIEPI-C revitalizada/ Nutri-Salud Guatemala. www.nutri-salud.org/content/estrategia-de-aipei-ainm-c-revitalizada. [En línea] 2017. [Citado el: 31 de 01 de 2017.]

25. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Dirección General del SIAS.** Modelo de atención del primer nivel. Guatemala. : S.n., abril 2016.

27. **Olmos Escobar LB.** Intervencion de enfermeria en pacientes con desnutricion infantil grave del hospital general Latacunga en el periodo Enero a Junio del 2014(tesis). Ecuador : s.n., Abril 2015.
28. **Flores Sojos JA, Guartamber Zhinin SP, Tapazy Tenezaca MP,**. El personal de enfermería en la prevencion de la desnutrición en el lactante menor, centro médico popular de azogues, noviembre 2013 -abril 2014.Tesis. Cuenca Ecuador : s.n., 2014.
29. **Coello Cobeña NE, Gómez Panchana GA,**.Participación del personal de Enfermería en la prevención de la desnutricion en menores de 5 años. Centro de Salud Comuna de Olon 2013-2013.Tesis. La libertad, Ecuador : s.n., 2013.
30. **Niza Bungacho MM.** Intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes y su relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años, que acuden al sub-centro de salud de la parroquia de Alombaba. (Tesis). <http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8352>. [En línea] 9 de Diciembre de 2014. [Citado el: 20 de 5 de 2016.]
31. **Coyago Iñiguez JA.** Prevalencia y factores asociados de desnutrición crónica en niños de 0 a 10 años de la población Zhucay-Tarqui período mayo-octubre 2014.Tesis. Cuenca. Ecuador : s.n., 2014.
32. **Flor Aguayo J.** Medidas educativas para la prevención de la desnutrición en los niños menores de 5 años atendidos en el dispensario medico parroquial y la guarderia dias felices del Canton Yaguachi. Tesis. Guayaquil. Ecuador : s.n., 2012.
33. **Ruiz Collazos F.** Factores sociodemográficos asociados a desnutricion en niños de dos a cinco años de edad puesto de salud Túpac Amaru Ate Vitarte. Tesis. Lima Perú : s.n., 2014.
34. **Colón Garcia J.** Medición de Conocimientos, actitudes y prácticas del personal de salud y madres de niños y niñas con desnutrición aguda, sobre el ATLC. tesis. Tecpan Guatemala,Chimaltenango. Guatemala : s.n., 2013.
35. **Wilhem SosaKN.** Factores que impiden la recuperación nutricional en niños de 6 a 59 meses de edad con desnutricion aguda moderada sin complicaciones en tratamiento con Alimentos Terapéuticos Listos para el Consumo. Tesis. Guatemala : s.n., 2014.
36. **Coronado Escobar ZY.** Factores asociados a la desnutricion en niños menores de 5 años. Tesis. Quetzaltenango. Guatemala : s.n., 2014.
37. **Ogaldes Bolaños MG.** Elaboración y validación de un instrumento de evaluación de conocimiento para auxiliares de enfermería sobre los protocolos y guía operativa del

tratamiento ambulatorio de la desnutrición aguda sin complicaciones en niños y niñas menores de 5 años edad. T. Guatemala : s.n., 2012.

38. **Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P,**.Metodología de la Investigacion. Mexico : Mc Graw-Hill Interamericana, 2006. 4ta. edicion.

39. **Tomey AM, Alligood MR,**.Modelos y teorías en enfermería. España : Harcourt Brace, 1999. Cuarta edición.

40. **Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social** Guatemala. Lineamientos para la búsqueda activa de casos de desnutricion aguada. Guatemala : s.n., 2011.

XIII. ANEXOS



Lista de Cotejo para validación

Investigación: Evaluación de las intervenciones de enfermería en la recuperación de niños menores de dos años con desnutrición aguda en el distrito XIV Campur, Carcha, Alta Verapaz, Guatemala, durante el año 2016.

Instrucciones: A continuación, se presenta una serie de cuestionamientos, los cuales fueron adaptados, del protocolo para atención a niños y niñas con desnutrición aguda. Responda marcando con una X de acuerdo a lo registrado o evidenciado.

Número de Expediente: _____

Fecha: _____

No.	ITEMS	Si	No
1.	Registró las intervenciones realizadas al identificar problemas de desnutrición en el niño menor de dos años (demasiado delgado, o piernas hinchadas).		
2.	Identificó y registró la deficiencia del peso para longitud/ talla por debajo de - 2 a -3 desviaciones estándar.		
3.	Identificó y registró la evaluación peso para edad en niños y niñas por debajo de -2 desviaciones estándar.		
4.	El expediente refleja que el niño o niña asistió a control mensual en los primeros 2 años de vida según el protocolo y normas de atención.		
5.	Realizó y registró las acciones realizadas con prueba de apetito con alimento terapéutico listo para el consumo (ATLC) si el niño o niña no presenta ningún tipo de complicaciones (falta de apetito, diarrea, fiebre, neumonía).		

6.	Describe las intervenciones de recuperación realizadas en la fecha en que se citó a la madre del niño o niña (orientación y educación a la madre, peso, talla, suplementación con micronutrientes, desparasitación y consejería en alimentación).		
7.	Describió y registró las visitas domiciliarias realizadas semanalmente a niños diagnosticados con desnutrición aguda grave sin complicaciones.		
8.	Cuando el niño o niña presentó complicaciones elaboró boleta de referencia con datos completos.		
9.	Brindó y registró el tratamiento ambulatorio a niños y niñas desnutridos según protocolo establecido (tratamiento nutricional, sesiones de consejería, resultados de prueba de apetito).		
10.	Utilizó y completó la ficha de notificación obligatoria con datos completos al haber detectado desnutrición aguda moderada y severa.		
11.	Describe en las fichas clínicas las intervenciones de seguimiento realizadas (graficas de peso/talla según sexo y edad, planes de visitas domiciliarias, plan educacional para identificación de señales de peligro).		
12.	Describió los resultados sobre consejería y evaluación del estado nutricional durante las citas efectuadas (cada 15 días) seguimiento.		
13.	En caso de que la familia rechace la referencia de un niño o niña con desnutrición aguda severa con complicaciones ¿se registraron las acciones realizadas? (Notificación a la SESAN y PGN).		