

Reporte de caso: Aplicación del Proceso de atención de enfermería a familia con niños menores de 12 años con Desnutrición Crónica, retraso en el crecimiento desarrollo y retardo mental severo.

Case Report: Application of the Nursing Care Process to family with children under 12 years of age with Chronic Malnutrition, growth retardation development and severe mental retardation.

Columbia Bishop, Christine Anne; Ricalde Castillo, Yanela Karoly

E.P. Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana Unión, Lima

Resumen

Objetivo: El presente reporte de caso informa sobre la intervención de enfermería a una familia moderadamente disfuncional, de la zona de Huaycán, teniendo como objetivo aplicar el proceso de atención de enfermería basado en el cuidado de enfermería a través de la prevención y promoción de la salud. **Metodología:** Se trata de un estudio descriptivo analítico. Para determinar las características de la familia se aplicó los instrumentos para la recolección de datos: entrevista a la familia usando la ficha familiar del MINSA, elaboración del Genograma, Ecomapa y Apgar Familiar. Se priorizaron los diagnósticos de enfermería para su intervención. La familia estuvo conformada por 7 integrantes de los cuales 4 de ellos son niños menores de 12 años con resultados de P/E, T/E, P/T de desnutrición crónica y signos de Kwashiorkor. En la aplicación del proceso de enfermería se brindaron 16 sesiones educativas con una metodología participativa a través de consejerías personalizadas, talleres demostrativos, terapias de rehabilitación, desviación positiva, referencia hospitalaria para tratamiento específico (odontología, oftalmología y nutrición). **Resultados:** Todos los integrantes menores de 12 años presentaron un retraso en el crecimiento y desarrollo lo cual incluye, bajo rendimiento, retraimiento social, peso y talla inadecuado para su edad, retraso en el área motora, coordinación, lenguaje y área social. **Conclusiones:** Al finalizar la intervención de enfermería se llega a las siguientes conclusiones: la familia evidencia mejora en el conocimiento y práctica sobre, alimentación balanceada, medidas preventivas de higiene corporal e higiene del hogar, estimulación temprana; y a nivel individual el niño de 12 años de edad con retardo mental severo, hemiplejia y epilepsia mejora movimiento, flexión y extensión de miembro superior izquierdo y miembros inferiores, disminuye convulsiones y presenta mejoría del área de lenguaje.

Palabras Claves: Desnutrición Crónica, Desnutrición infantil, retraso en el crecimiento y desarrollo, proceso de atención de enfermería, promoción de la salud.

Abstract

Objective: This case report reports on the nursing intervention to a moderately dysfunctional family in the Huaycán area, aiming to apply the nursing care process based on nursing care through the prevention and promotion of Health. **Methodology:** This is a descriptive analytical study. In order to determine the characteristics of the family, the instruments for data collection were applied: family interview using the MINSA family file, elaboration of the Genogram, Ecomapa and Family Apgar. Nursing diagnoses were prioritized for their intervention. The family consisted of 7 members of whom 4 of them are children under 12 years old with P / E, T / E, P / T of chronic malnutrition and Kwashirkor signs. In the application of the nursing process, 16 educational sessions with a participatory methodology were offered through personalized counseling, demonstrative workshops, rehabilitation therapies, positive deviation, hospital referral for specific treatment (dentistry, ophthalmology and nutrition). **Results:** All members under 12 years of age presented a delay in growth and development, which included poor performance, social withdrawal, inadequate weight and height for their age, delayed motor area, coordination, language and social area. **Conclusions:** At the end of the nursing intervention, the following conclusions are reached: the family evidences improvement in knowledge and practice about, balanced feeding, preventive measures of corporal hygiene and hygiene of the home, early stimulation; And at the individual level, the 12-year-old child with severe mental retardation, hemiplegia and epilepsy improves movement, flexion and extension of the left upper limb and lower limbs, decreases seizures and presents an improvement in the area of speech.

Keywords: Chronic malnutrition, Child malnutrition, growth retardation and development, nursing care process, health promotion.

Introducción

UNICEF (2014) refiere que la desnutrición crónica es el retraso en el crecimiento de los niños y el niño o niña no alcanzó la talla esperada para su edad. La desnutrición infantil ha sido destacada como una emergencia silenciosa: genera efectos muy dañinos que se manifiestan a lo largo de la vida de la persona, y que no se detectan de inmediato. La primera señal es el bajo peso, seguido por la baja altura cual a partir de los 36 meses es irreversible. Menciona que hasta el 50% de la mortalidad infantil al nivel mundial se origina, directa o indirectamente, por un pobre estado nutricional.

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años. En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Eming (2010) concuerda al mencionar que el desarrollo del cerebro es mucho más vulnerable a la influencia del ambiente; así se puede sufrir daños que son irreversibles producto de la malnutrición, falta de estimulación, situaciones de estrés, daños neurológicos o genéticos, entre otros. Al nivel cerebral, la desnutrición crónica resulta en una baja capacidad funcional, bajo desarrollo funcional y intelectual, bajo productividad personal y social.

El retraso en el crecimiento y desarrollo también es una emergencia silenciosa por los efectos que se ve posteriormente en la población infantil. Rutler (2012) explica que una

característica del cerebro infantil es la “plasticidad cerebral”, que dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece en los años posteriores. Ésta permite que el cerebro pueda adaptarse a diversas exigencias y estímulos del entorno y se manifiesta en la capacidad de generar nuevas conexiones neuronales, modificando la organización cerebral por medio de la influencia recibida de la estimulación que le rodea. Maturana y Varela (2006) refiere si en la primera infancia las experiencias son ricas y positivas tienen efectos positivos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños y niñas en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables. No obstante, si el niño no recibió una estimulación temprana adecuada en los tres primeros años de vida, el niño sufrirá de un retraso en el desarrollo psicomotor y posteriormente en un bajo rendimiento académico entre otros.

Sánchez (2012) refiere que la prevalencia de desnutrición crónica infantil es un indicador utilizado por todos los países para vigilar los logros de las intervenciones en salud y nutrición. La desnutrición crónica infantil constituye uno de los principales problemas de Salud Pública en el Perú, que afecta al 19.5% de niños menores de cinco años. Esta condición se acentúa en la población de más temprana edad y con mayor grado de exclusión, como es el caso de la población rural, de menor nivel educativo y de menores ingresos económicos. En 16 departamentos del país existen cifras superiores a la media nacional, mientras que en siete de ellos, las prevalencias superan el 30%, punto de corte internacional establecido por la OMS para definir a la desnutrición crónica infantil como un problema de Salud Pública de alta prevalencia. Esto demuestra el alto grado de desigualdad e inequidad existente en el Perú.

La etapa más vulnerable del desarrollo humano va desde la gestación hasta los tres años. En este periodo se forma el cerebro y otros órganos vitales como el corazón, el hígado y el páncreas. Eming (2010) concuerda al mencionar que el desarrollo del cerebro es mucho más vulnerable a la influencia del ambiente; así se puede sufrir daños que son irreversibles producto de la malnutrición, falta de estimulación, situaciones de estrés, daños neurológicos o genéticos, entre otros. Al nivel cerebral, la desnutrición crónica resulta en una baja capacidad funcional, bajo desarrollo funcional e intelectual, bajo productividad personal y social y efectos negativos en su habilidad para aprender, para comunicarse, para desarrollar el pensamiento analítico, la socialización y la habilidad de adaptarse a nuevos ambientes. UNICEF Perú (2013) añade que la desnutrición crónica infantil en el Perú es un problema grave. A pesar de más de veinte años de políticas y programas contra la desnutrición, la prevalencia de la misma sigue siendo elevada, así como lo son también las diferencias en esta materia entre individuos de distintas regiones y de distintos quintiles de riqueza.

Así mismo La OMS (2014) afirma que cada año, más de 200 millones de niños menores de cinco años no alcanzan su pleno potencial cognitivo y social. También manifiesta que el 60% de los infantes menores de seis años no se encuentran estimulados, lo cual puede describiéndose en esta etapa la mayor parte del desarrollo biológico, psicológico y social del individuo dándose lugar una serie de procesos condicionar un retraso en cualquiera de sus esferas, y debido a su desarrollo deficiente, la mayoría de ellos serán propensos a tener dificultades en su aprendizaje, rendimiento académico, entre otros. El retraso en el crecimiento y desarrollo también es una emergencia silenciosa por los efectos que se ve posteriormente en la población infantil. Rutler (2012) explica que una característica del

cerebro infantil es la “plasticidad cerebral”, que dota al Sistema Nervioso de una mayor capacidad de recuperación y reorganización orgánica y funcional, que decrece en los años posteriores. Ésta permite que el cerebro pueda adaptarse a diversas exigencias y estímulos del entorno y se manifiesta en la capacidad de generar nuevas conexiones neuronales, modificando la organización cerebral por medio de la influencia recibida de la estimulación que le rodea.

Presentación del Caso

Para la valoración de la familia se utilizaron las siguientes herramientas: Genograma familiar, Ecomapa y Apgar Familiar que a continuación se muestran en los gráficos.

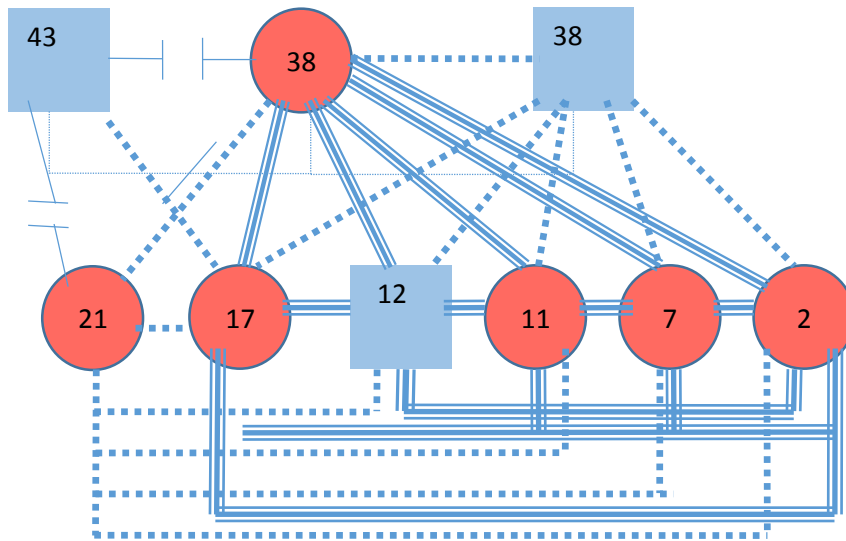


Figura 1: Ecomapa

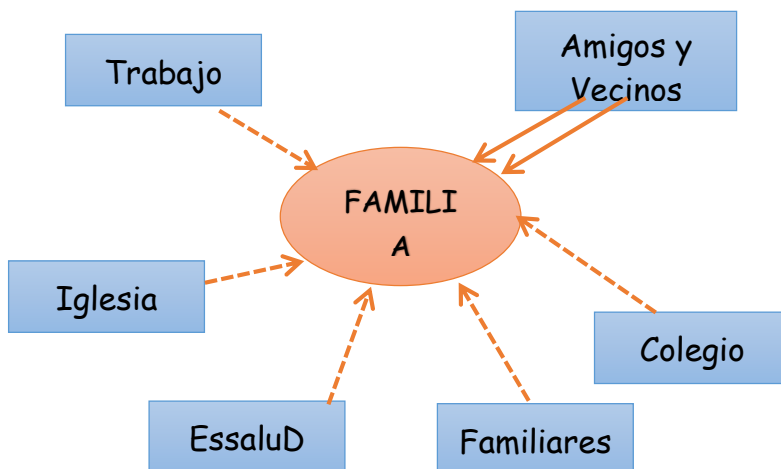


Figura 2: APGAR Familiar

De acuerdo al puntaje total del APGAR Familiar con respecto a la madre da un puntaje de 4, el cual indica tener una familia moderadamente funcional.

Hallazgos Significativos a nivel familiar:

Datos de la familia: Familiar conformada por 7 integrantes, nivel de instrucción de la madre primaria completa. Asimismo, la vivienda cuenta con material noble (3 personas por dormitorio), con energía eléctrica temporal; el ingreso económico de la familia es de 600 NS mensual. Respecto a los problemas identificados en salud: presencia de vectores (mosquitos, zancudos), consumo de agua no tratada, deficientes conocimientos en salud y nutrición.

La madre presenta un descuido personal muy notable, con una higiene muy deficiente, vestimenta deteriorada, facies de cansancio, presenta cansancio de rol del cuidador por cuidar a su hijo de 12 años con retardo mental, conocimientos deficientes, no obstante, presenta disposición para mejorar la salud de la familia y consigo mismo.

Hallazgos significativos a nivel individual:

- La madre refiere que el padre trabaja en provincia y viene 1 día al mes, no llama a sus hijos, solo envía dinero mensualmente.
- Madre de 38 años de edad, con un peso de 58.2 kg, talla de 146 cm, IMS: 27.3, lo cual nos indica que presenta un sobre peso en grado II (pre obesidad), el peso ideal que debería presentar la señora relacionada a su talla es de 40 kg.
- Hija mayor de 17 años con iniciales J.I.P., trabaja en una fábrica de cocina, madre refiere que hija presenta bajo rendimiento escolar y problemas psicológicos por violación sexual cuando tenía 12 años. No socializa con personas de su edad, socializa con vecinos y niños menores de 12 años. Según madre e hijas, presenta buena relación con todos los miembros de la familia.
- Menor de 12 años con iniciales A.V.P., presenta retardo mental severo, retraso en el crecimiento y desarrollo, epilepsia no controlada, contracturas de MMII y hemiplejía. Presenta un descuido personal generalizado, mal estado de higiene, incapacidad total para realizar sus necesidades (Katz G) y temor a personas desconocidas. Menor presenta PAIS incompleto y una evaluación nutricional con un peso inadecuado de 23.9kg, una talla de 115 cm, P/E: 57.88 bajo, T/E: 76.61 bajo, P/T: 117.67 alto; lo cual nos indica que presenta una desnutrición crónica severa y desnutrición global severa.
- Menor de 11 años de edad con iniciales E.V.P, madre refiere que se deprime muy fácilmente. Se observa muy tímida, retraimiento social, reservada, obedece en casa, buena relación con miembros de la familia y buen estado de higiene. Presenta bajo rendimiento escolar debido a problemas visuales. Menor presenta PAIS incompleto

y una evaluación nutricional con un peso inadecuado de 27.3 kg, una talla de 128 cm, P/E: 66.13 bajo, T/E: 84,99 bajo, P/T: 98.44 normal; lo cual nos indica que presenta una desnutrición crónica moderada y desnutrición global moderada.

- Menor de 6 años de edad con iniciales H.V.P, se observa social, tiene una buena relación con los miembros de la familia. Madre refiere que tiene bajo rendimiento escolar por tal motivo, menor acude al colegio en las tardes por reforzamiento. Menor presenta PAIS incompleto y una evaluación nutricional con un peso inadecuado de 19.9 kg, una talla de 114 cm, P/E: 84.89 bajo, T/E: 92 bajo, P/T: 99.84 normal; lo cual nos indica que presenta una desnutrición crónica leve y desnutrición global leve.
- Menor de 2 años de edad con iniciales H.P.V.P, se observa tímida con retraso en el desarrollo psicomotor (área lenguaje y social) y mal estado de higiene. Menor presenta PAIS incompleto, vacunas incompletas y una evaluación nutricional peso inadecuado de 13.8 kg, una talla de 115 cm, P/E: 106.39 bajo, T/E: 91.36 bajo, P/T: 115.86 normal; lo cual nos indica que presenta una desnutrición crónica leve.

Priorización de Diagnósticos de Enfermería:

1. Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades r/c económicamente desfavorecidos e/p ingesta inferior a las cantidades diarias recomendadas, Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal, tono muscular insuficiente y signos de Kwashirkor.
2. Conocimientos deficientes r/c conocimientos insuficientes de los recursos, información errónea proporcionada por otros, información insuficiente e/p conocimiento insuficiente, manifestación verbal.
3. Cansancio del rol cuidador r/c Actividades de cuidados excesivos , Complejidad de las actividades de cuidado , responsabilidades de cuidados durante las 24 horas , Imprevisibilidad de la situación de cuidados , codependencia , cumplimiento insuficiente de las propias expectativas , el receptor de cuidados tiene una alteración de la función cognitiva , receptor de cuidados presenta una enfermedad crónica , receptor de cuidados presenta imprevisibilidad de la evolución de la enfermedad , patrón de disfunción familiar , apoyo social insuficiente , conocimientos insuficientes , dificultad para acceder a apoyo , dificultad para acceder a recursos comunitarios , equipamiento para proporcionar el cuidado insuficiente , Falta de experiencia con los cuidados , expectativas no realistas del receptor de cuidados , conflicto en el desarrollo de roles.
4. Deterioro de la dentición r/c conocimiento insuficiente para acceder a lo cuidados dentales, económicamente desfavorecidos, Higiene oral inadecuada, malnutrición e/p caries dental, decoloración de esmalte, mala alineación dental, placa oral excesiva.
5. Disposición para mejorar la gestión en salud r/c Expresa deseo para mejorar el estado de inmunizaciones / vacunaciones, Expresa deseo de mejorar la gestión de la

enfermedad de su hijo, Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores de riesgo, expresa deseo de mejorar las elecciones de la vida diarias para alcanzar los objetivos.

6. Diagnostico individual para Niño: Riesgo de crecimiento desproporcionado r/c económicamente desfavorecidos, alteración de la función cognitiva, enfermedad crónica, trastorno congénito.

Intervención de enfermería en Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades

Objetivo General: Los niños presentarán una mejora en peso/talla nutricional al final de la ejecución del proceso de atención de enfermería.

Intervenciones:

- Se realiza la valoración del patrón nutricional metabólico a cada miembro de la familia.
- La antropometría es una herramienta clave en la valoración del estado nutricional del niño. En situaciones de malnutrición, el peso es el primero que se ve afectado y a su vez la velocidad de crecimiento. Las medidas antropométricas básicas son el peso, la talla, IMC. Se realiza control CRED, y ESNI (P/E, T/E, P/T).
 - a. Es esencial para detectar el estado nutricional del niño, observando las desviaciones de los rangos normales a través de los indicadores de P/E, T/E y P/T.
- Se brinda educación sobre una alimentación balanceada acuerdo a la edad.
 - b. La educación a través de sesión educativas favorece la mejora de conocimientos, actitudes y prácticas de la familia.
- Se realiza interconsulta a medicina general y nutrición con hospital solidaridad.
- Se brinda sesiones demostrativas a la madre sobre una alimentación adecuada de acuerdo a las edades correspondientes.
 - c. La educación a través de sesión educativas favorece la mejora de conocimientos, actitudes y prácticas de la familia.
- Se realiza un menú saludable acuerdo a las necesidades nutricionales de cada miembro.
 - d. El menú saludable asegura que cada miembro de la familia ingiere los alimentos necesarios y cantidades adecuadas.
- Se brinda sesiones demostrativas sobre lavado de manos e higiene en la preparación de los alimentos.
 - e. La educación de la técnica correcta del lavado de manos y higiene de la preparación de alimentos mejora la higiene de la familia y previene enfermedades.
- Se brinda sesiones educativas y demostrativas sobre lonchera saludable.

- f. La educación a través de sesión educativas teóricos y prácticos favorece la mejora de conocimientos, actitudes y prácticas de la familia sobre la lonchera saludable.
- Se brinda sesiones educativas sobre parasitosis.
 - g. Los parásitos o enfermedad inhiben la absorción correcta y adecuada de alimentos cual resulta en la disminución de peso.
- Se realiza seguimiento semanal sobre peso y talla.
 - h. La antropometría es una herramienta clave en la valoración del estado nutricional del niño. En situaciones de malnutrición, el peso es el primero que se ve afectado y a su vez la velocidad de crecimiento. Las medidas antropométricas básicas son el peso, la talla, IMC.

Maturana y Varela (2006) refiere si en la primera infancia las experiencias son ricas y positivas tienen efectos positivos en el desarrollo cerebral, ayudando a los niños y niñas en la adquisición del lenguaje, en el desarrollo de destrezas de resolución de problemas y en la formación de relaciones saludables. No obstante, si el niño no recibió una estimulación temprana adecuada en los tres primeros años de vida, el niño sufrirá de un retraso en el desarrollo psicomotor y posteriormente en un bajo rendimiento académico entre otros.

Conclusiones

El caso reporta la intervención de Enfermería a través del Proceso de Atención de Enfermería luego del cual se encuentra que la familia evidencia mejora en el conocimiento y práctica sobre, alimentación balanceada, medidas preventivas de higiene corporal e higiene del hogar, estimulación temprana; y a nivel individual el niño de 12 años de edad con retardo mental severo, hemiplejia y epilepsia mejora movimiento, flexión y extensión de miembro superior izquierdo y miembros inferiores, disminuye convulsiones y presenta mejoría del área de lenguaje.

Referencias bibliográficas

- Cisneros G. F. (2005). Teorías y modelos de Enfermería. Recuperado de <http://biblioms.dyndns.org/Libros/Enfermeria/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>
- Eming, R. (2010). *The abilities of babies: A study in Mental Measurement*. Association of Research in Infant & Child Development. Seattle, Washington.

- Maturana y Varela (2006). Diet-Related Knowledge attitudes and practices of low income with children in the household..*Family Economics & Nutrition Review* , 10, 1-14. Recuperado de http://www.snrs.org/publications/sojnr_articles/iss05vol06.pdf
- OMS. (2014). *Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño*. Washington, DC, EE.UU.
- Rutler, B. (2012). Psychosocial Stimulation Improves the Development of Undernourished Children in Rural Bangladesh. *The journal of nutrition*. Bethesda, Maryland.
- Sánchez, D. (2012). *Intervenciones de Estimulación Infantil temprana en los países en vías de desarrollo: lo que funciona, para qué y para quien*. Banco Interamericano y desarrollo. Jamaica.
- UNICEF. (2006). Programming experiences in early childhood development. Recuperado de <http://www.unicef.org/earlychildhood/files/programming%20experiences%20in%20early%20childhood.pdf>.
- UNICEF. (2014). *La niñez y adolescencia*. Recuperado de <http://www.unicef.org/peru/spanish/children>.