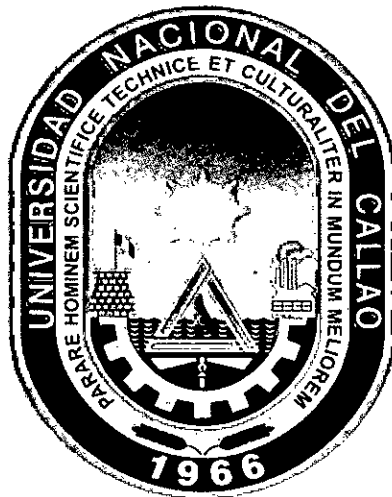


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN CONSEJERIA NUTRICIONAL A
MADRES CON NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS QUE ASISTEN AL
CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN EL PUESTO
DE SALUD CCONCCACCA I-2 – RED DE SALUD GRAU – 2014-2018**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TITULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

CERLY GONZALES MONTUFAR

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Cerly Gonzales Montufar', with a long horizontal line extending to the right.

**CALLAO - 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 329

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 Antecedentes	9
2.2 Marco Conceptual	13
2.3 Definición de Términos	48
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	50
3.1 Recolección de Datos	50
3.2 Experiencia Profesional	50
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	53
IV. RESULTADOS	58
V. CONCLUSIONES	61
VI. RECOMENDACIONES	63
VII. REFERENCIALES	64
ANEXOS	65

INTRODUCCIÓN

Dentro del extenso campo de la comunicación humana, la relación interpersonal y el contacto cara a cara son las expresiones más importantes cuando se trata de relacionarnos eficazmente. La conversación es, en este sentido, el "género literario" (la forma de comunicarse) esencial de los seres humanos. Pero una consejería no es una conversación cualquiera. El personal de salud debe hablar convencido de que tiene una responsabilidad social y el usuario (madre, padre o cuidador)

La consejería nutricional es un medio para promover prácticas que favorezcan un adecuado crecimiento y desarrollo de la niña y el niño desde el período de gestación y para prevenir alteraciones tempranas. Es visto como la provisión integrada de nutrición, salud, higiene y estimulación psicoafectiva en la familia y la comunidad para satisfacer las necesidades de la niña y el niño. Se inicia en la etapa más temprana de la gestación. Se focaliza en el mejoramiento de prácticas y el uso de recursos disponibles y en las interrelaciones entre el cuidado de la niña y el niño, y el crecimiento y desarrollo. Coloca la responsabilidad en la familia y la comunidad, con capacidad para crear demanda de servicios de calidad y apoyo político necesario para promover el crecimiento y el desarrollo temprano en forma sostenida. Aunque con frecuencia se olvida, la consejería es un ejercicio fundamentalmente comunicativo.

El presente trabajo académico titulado “Intervención de Enfermería en Consejería Nutricional a Madres con Niños Menores de Tres Años que Asisten al Consultorio de Enfermería en el Puesto de Salud Cconccacca1-2 Red de Salud Grau 2015-2018” busca mejorar habilidades para fortalecer el potencial de la consejería como herramienta de comunicación participativa, invitando al personal de salud a reflexionar y a aplicarlo con sus usuarios (gestantes, madre, padre o cuidadores). (1)

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: El capítulo I: describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, el capítulo II incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, el capítulo III: la experiencia profesional propiamente dicha, capítulo IV : resultados ; capítulo V : conclusiones, capítulo VI las conclusiones y el capítulo VII Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La intervención de enfermería en consejería nutricional a las madres con niños menores de tres años es una herramienta que busca optimizar la oportunidad de comunicación entre el personal de salud y las madres en este contexto la consejería nutricional tanto el control de crecimiento y desarrollo del niño y la administración de suplementos en hierro, busca disminuir la desnutrición crónica y la anemia en el Perú como marco normativo incluido en el plan nacional (2)

A nivel mundial la anemia es la deficiencia de hierro y es la causa más frecuente de anemia. Otras deficiencias como la deficiencia de folatos, vitamina b12 , vitamina a , también pueden ocasionar anemia así como las infecciones agudas crónicas, la parasitosis, las intoxicaciones por metales pesados y las enfermedades hereditarias o adquirida que afecta la síntesis de hemoglobina la producción y la supervivencia de los glóbulos rojos. (4)

A nivel mundial países como reino unido, Alemania y Finlandia tiene niveles de anemia del 13 al 14 % en niños de 6 a 59 meses. (5)

La desnutrición crónica infantil (DCI) es el estado por el cual una niña o niño presenta retardo en su crecimiento de talla para su edad.

En el Perú según el patrón de la OMS la prevalencia de DCI e niños menores de cinco años ha disminuido de 28.0% del 2007 a 13,1% en el 2016. (3)

También a su vez en el Perú la anemia en niños es otro problema de salud pública grave en el país dada la elevada prevalencia de 43.6% de niños de 06meses a 35 meses, al 2016 y casi de 6 de cada 10 niños entre los 6 y 12 meses se encuentran con anemia (59,3%) se estima que 620 mil niños anémicos a nivel nacional, y su incidencia durante sus primeros años de vida y etapa posterior está relacionado con la desnutrición crónica infantil. (3)

Mediante la revisión bibliográfica y datos recogidos a nivel local de la intervención de enfermería en consejería nutricional a madres con niños menores de tres años; identificaremos factores predisponentes, demostrando el impacto personal, familiar y social que tiene esta actividad; con el propósito de disminuir la desnutrición crónica infantil y la anemia en niños y mejorar la calidad de vida de los niños en la primera infancia y fomentar en el profesional de Enfermería las actividades preventivo-promocionales de alimentación y nutrición en el marco de la atención integral de salud. (1)

La anemia es un problema generalizado, tanto en las áreas urbanas y rurales y también atraviesa todos los estratos socioeconómicos del país, Afecta a un 53,8% de niños menores de 6 a 35 meses de hogares de

quintiles hogares socioeconómicos más bajos y también aun 28,4% de quintil superior. (3)

1.2 Objetivos

Describir la experiencia profesional en la intervención de enfermería en consejería nutricional a madres con niños menores de tres años que asisten al consultorio de enfermería en el puesto de salud Cconccacca1-2 Red de Salud Grau

1.3 Justificación

El presente informe tiene por finalidad de contribuir el estado de salud y desarrollo en la población infantil menores de tres años como parte importante del desarrollo y capital humano para permitir el desarrollo económico y social las madres con niños menores de tres años que asisten al Consultorio de Enfermería en el Puesto de Salud Cconccacca de la Red de Salud Grau con el propósito de disminuir la desnutrición crónica infantil y la anemia.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a la intervención de enfermería, el principal es el desarrollo del cerebro humano donde es un proceso prolongado que

comienza en la fase prenatal y se extiende por lo menos hasta el fin de la adolescencia.

Después del nacimiento el niño produce inicialmente una producción exuberante de conexiones cerebrales, seguida de una poda sistemática de conexiones hasta formar un conjunto de redes cerebrales estables principalmente hasta los tres primeros años de vida en un potencial de desarrollo cerebral hasta en un 90 %

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas que deben promoverse incluyen principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud, higiene y apoyo psicoafectivo.

Los aspectos básicos, que se describen a continuación, se han organizado de la siguiente manera: gestante, mujer que da de lactar, niñas y niños de 0 a 6 meses, 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, 1 a 2 años

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden en el primer nivel de atención primaria Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de enfermería en el control de crecimiento y desarrollo A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos de los enfermeros, padres de familia o cuidador sobre la

técnica en consejería nutricional en el marco de la alimentación complementaria, lactancia materna exclusiva, y suplementación con multimicronutrientes del niño sano y brindar una excelente atención con calidad.

Nivel Práctico:

A nivel práctico fomentara en el prestador de salud/promotores de salud capacitado en nutrición y consejería y los padres o cuidadores de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño (1)

Nivel Económico: todo niño tiene derecho a tener accesos al control de la salud a nivel nacional. La salud es una condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo esta situación incorpora a la nutrición como agenda política del país como un factor importante en el desarrollo sostenible (4)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Antecedentes nacionales:

- AMPUERO UCAÑÁN JHOANNA VANESSA / VILLANUEVA ARAUJO GRISELL JARUMI. "Estado Nutricional Relacionado con el Nivel Desconocimiento y actitud en la Alimentación de la Gestante. Puesto de Salud Nicolás Garatea, Nuevo Chimbote • 2014". El Objetivo conocer la relación que existe entre el estado nutricional, el nivel de conocimiento y actitud en la alimentación de la gestante. Puesto de Salud Nicolás Garatea, Nuevo Chimbote 2014, El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, La población estuvo constituida por 50 gestantes a quienes se les aplicó un cuestionario "Nivel de conocimiento en la alimentación de la gestante", cuestionario "Actitud de la gestante en la alimentación" y ficha de estado nutricional de la gestante. El procesamiento y análisis de los datos se realizó empleando el software especializado SPSS versión 18, llegándose a las siguientes conclusiones: El 42 % de las gestantes encuestadas presentan un estado nutricional normal; el 58% presenta alteración en su estado nutricional. El 90,0 % de las gestantes presenta nivel de conocimiento inadecuado, mientras que el 10,0% presenta nivel de conocimiento adecuado sobre la

alimentación. El 68,0 % de las gestantes presenta una actitud menos positiva, mientras que el 32,0% tiene una actitud más positiva en la alimentación. (6)

- JUANA EDITH RIVAS RIVADENEIRA, "Impacto del Entrenamiento en Consejería Nutricional al Profesional de la Salud en el Desempeño de la Atención en Niños Menores de dos Años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo el Objetivo Determinar el Impacto del Entrenamiento en Consejería Nutricional al Profesional de la Salud en el desempeño de la Atención en niños menores de dos años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo, los Materiales y métodos: Estudio cuasi experimental, prospectivo, longitudinal, con medición antes y después. Se aplicó los cuestionarios 3 y 4 a ocho profesionales de la salud y el cuestionario 5 a 264 madres y/o responsables de niños menores de dos años, En el grupo de profesionales de la salud, el desempeño de la consejería nutricional muestra que en el caso de los médicos fue de 20.5 siendo la puntuación en proceso, enfermeras 34 adecuada y nutricionistas 30 adecuada. Según la satisfacción del usuario, son significativos con $p < 0.05$; para las madres y/o responsables de los niños los siguientes puntos: el tiempo de espera para la consulta, estar satisfecho por la consejería, la atención brindada, que regresarían nuevamente para la atención por el personal de salud y el tiempo destinado durante la consejería nutricional. Las Conclusiones: El

impacto del entrenamiento en consejería nutricional al profesional de salud del Centro Materno Infantil Tambo Viejo ha tenido un impacto positivo, siendo adecuado en el profesional en nutrición y enfermería, quedando en proceso en los médicos lo que hace necesario seguir fortaleciendo la sesión de la consejería nutricional en esta especialidad. Y también en la satisfacción de las madres y/o responsables de los niños. (7)

2.1.2. Antecedentes internacionales:

- YANINA PAOLA UNREIN, “Evaluación Nutricional de la alimentación de niños/as de 8 a 10 años que concurren a consultas pediátricas en el Hospital San Carlos de la ciudad de Casilda”, tiene como objetivo general, conocer si la alimentación de niños/as de 8 a 10 años es nutricionalmente adecuada para su edad y etapa de desarrollo. Se investigó en la ciudad de Casilda, provincia de Santa Fe.

Esta investigación se enmarca en los lineamientos establecidos para el trabajo de campo, y es de índole descriptiva y cuantitativa. Se llevó a cabo en un periodo comprendido de 6 meses, entre julio y diciembre del 2010, y la muestra se conformó de 80 (ochenta) niños/as que concurrían a las consultas pediátricas en el Hospital San Carlos de la ciudad de Casilda. Se realizaron 80 encuestas alimentarias, que incluye además un cuadro de frecuencia de consumo que se le realizó a la madre/padre o tutor que

acompañaban al niño/a la consulta. Se obtuvieron los siguientes resultados:

El 78,94% de los niños/as realizan el desayuno todos los días, con respecto al almuerzo el 100% lo realizan todos los días. La merienda la realiza el 76,95% de los niños/as, mientras que el 85,5% la realiza todos los días de la semana. La cena la realiza el 100% de los niños encuestados. Los 72% de los niños/as encuestados incorporan alimentos fuera de las 4 comidas principales.

Según los datos obtenidos según la Grafica Alimentaria Argentina se observa que de los 80 niños encuestados, el 67,5% (54) no consume un alimento de cada grupo de la gráfica alimentaria argentina y el 32,5% (26) de los niños si consume un alimento de cada grupo, Después de haber analizado los datos recabados, se puede decir que los niños y niñas en edad escolar de 8 a 10 años que asistieron a las consultas pediátricas en el Hospital San Carlos de la ciudad de Casilda tienen una alimentación no saludable y existen diferencias en la calidad nutricional de los alimentos que consumen, ya que sus padres, madres o tutores que están a cargo de su alimentación no ayudan a realizar buenos hábitos alimentarios. (8)

- ÁLVAREZ GRANDA, ISABEL OLIVA, "Mejoramiento Nutricional de los Niños Menores de Cinco Años Atendidos en el Subcentro de

Salud de Cojitambo de las Comunidades de la Villa, San Miguel y Pizhumaza, Azogues, 2014 2015". El objetivo es mejorar el estado nutricional de los niños Menores de Cinco Años Atendidos en el Subcentro de Salud de Cojitambo, la metodología es cuasi experimental, prospectivo longitudinal con una muestra de 988 niños menores de cinco años (2014) lo cual 43 están desnutridos constituyéndose la tercera causa de morbilidad en la Cuenca-Ecuador, se alcanzó los siguientes resultados siguientes : la organización de 60 madres, su participación en talleres de educación para la salud y con la socialización de la guía de nutrición mejoraron sus conocimientos en un 60 % y el 100% de las madres implementaron los huertos comunitarios y familiares, mejoraron la salud y nutrición de este grupo vulnerable. (9)

2.2. Marco conceptual

2.2.1. CONSEJERÍA:

Es un proceso educativo comunicacional que se desarrollará de manera participativa entre el prestador de salud y los padres o responsables del cuidado de la niña y el niño con el objetivo de ayudarlos a identificar los factores que influyen en la salud, nutrición y desarrollo de la niña y el niño, analizando los problemas encontrados en la evaluación, además de identificar acciones y prácticas que permitan mantener el crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y el niño de acuerdo a su realidad,

fortaleciendo las prácticas adecuadas y corrigiendo las de riesgo. La consejería se focaliza en el mejoramiento de las prácticas de cuidado de la niña y el niño, así como en el uso de los recursos disponibles en la familia, se realiza en cada control de acuerdo a las necesidades identificadas (alimentación de acuerdo a la edad, estimulación temprana, alimentación durante la enfermedad, higiene personal/lavado de manos, prevención de complicaciones de enfermedades prevalentes, fomento de vínculos afectivos, prevención de accidentes, alimentación y cuidado de la madre etc.). La consejería es una forma de trabajar con las personas en la cual se trata de entender cómo se sienten y les ayudan a decidir qué hacer; por lo que se considera que es una comunicación interpersonal; para lograr este objetivo se tiene que tener en cuenta:

- Establecer una relación cordial con el usuario
- Identificar las necesidades de información, preocupaciones o temores (utilizar preguntas claras y abiertas).

- Responder a las necesidades del usuario (hablándole en forma ordenada y sencilla)

Verificar si comprendió el mensaje (emplear ejemplos adecuados a su contexto sociocultural). La detección de enfermedades prevalentes de la infancia se realiza en cada control o contacto de la niña o niño con el servicio de salud, a través de la identificación de signos y síntomas o mediante procedimientos de ayuda

diagnóstica. La detección de Infecciones respiratorias agudas y enfermedad diarreica aguda se realiza siguiendo la metodología AIEPI. La detección de la anemia y parasitosis se realiza a través de exámenes de laboratorio. El prestador de salud que realiza el control de crecimiento y desarrollo es el responsable de hacer la solicitud para descarte de anemia y parasitosis de acuerdo al esquema vigente - Descarte de anemia: Dosaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia a partir de los 6 meses hasta los 4 años de edad una vez por año - Descarte de parasitosis: Examen seriado de heces y Test de Graham para descartar parasitosis a partir del año de edad, una vez por año. (2)

2.1.2. CONSEJERÍA NUTRICIONAL:

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería, y una gestante, madre, padre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ella, basadas en los resultados de la evaluación nutricional y en el análisis de las prácticas, fortaleciendo aquellas que se identifican como positivas y corrigiendo las de riesgo, para asegurar un adecuado estado nutricional. Mediante la consejería se trata de fortalecer el espacio natural en el cual se desarrolla la niña o el niño, la familia como espacio privado y la comunidad como lugar común.

Este proceso educativo puede desarrollarse de modo intramural o extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud del

establecimiento deberán visitar periódicamente el hogar de la niña, el niño o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud y la higiene, así como el acompañamiento eficaz del padre. Las visitas domiciliarias deben ser consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes. (1)

2.1.3. Situaciones para brindar consejería

La consejería nutricional se realiza durante la etapa del crecimiento y desarrollo normal de la niña o niño, durante el embarazo, durante la lactancia materna, en situaciones de riesgo nutricional o en procesos de enfermedades prevalentes de la infancia (EDA, IRA, entre otras).

Es importante reconocer las oportunidades de contacto que existen entre el personal de salud y la gestante, madre, padre y cuidadores de la niña y niño para brindar una consejería en nutrición: (10)

- Cuando una gestante acude al servicio de salud para el control prenatal.
- Cuando una madre lleva a su niña o niño menor de cinco años al control de crecimiento y desarrollo.
- Cuando lleva a vacunar a su niña o niño.
- Cuando la niña o niño está enferma(o); principalmente, si presenta infección diarreica o respiratoria.

- Cuando la gestante, el niño o la niña son referidos por algún agente comunitario en salud (ACS) al establecimiento de salud.
- En las intervenciones extramurales, principalmente en las visitas domiciliarias. (1)

2.2.1 PRINCIPIOS DE LA CONSEJERÍA

La oportunidad.

La consejería nutricional debe ser oportuna. Durante el embarazo y en los tres primeros años de vida del niño, cada momento es una oportunidad para ofrecerle condiciones de salud, nutrición, higiene y afecto que aseguren un óptimo crecimiento y desarrollo. Cada uno de los momentos es diferente, es decir, lo que sucede en un momento

dado, no se repite en otro. Si no existen condiciones favorables y permanentes (en todos los momentos), la niña o el niño habrán perdido estas oportunidades. A través de la consejería, el personal de salud puede prevenir que esto suceda.

2.2.2.. La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño

La responsabilidad del cuidado de la niña y el niño está en los padres; es importante que ellos lo entiendan así para que puedan asumirlo en la medida en que vayan fortaleciendo sus capacidades en el cuidado y protección de la niña o el niño. La responsabilidad implica movilizar nuevos esfuerzos y recursos (si es necesario) para atender las necesidades de la gestante, la niña o el niño. Una

buena consejería es el mejor apoyo que el personal de salud puede dar a la madre, padre o cuidadores para que puedan cumplir con esta responsabilidad.

2.2.3. La participación (involucramiento)

La consejería no sólo implica presencia, es fundamentalmente involucramiento. Permitir a la madre, padre y cuidadores que se involucren en la consejería significa ante todo, confianza, motivación y espacio para que expresen en sus propias palabras, lo que sienten y piensan sobre la situación de la niña y el niño, y buscar alternativas conjuntas para mejorar. El involucramiento de los padres o cuidadores durante la consejería es indispensable para alcanzar los resultados esperados de ella.

2.2.4. ELEMENTOS CLAVES DE LA CONSEJERÍA

2.2.4.1. La conversación

En el entendido que la responsabilidad social es la identificación con las necesidades de las gestantes, madres, niñas o niños que acuden al establecimiento de salud, es preciso esforzarse por conocer y entender el contexto cultural local y adoptar actitudes coherentes con este sentimiento, que sean evidentes para el usuario. Se trata de establecer una vinculación entre texto (lo que se dice) y contexto, distinguiendo tres dimensiones: el personal de salud que realiza consejería, el mensaje y el usuario. A

continuación, se presenta las condiciones más importantes que a nivel práctico pueden ayudar a mejorar habilidades para conversar mejor con el usuario. Se puede tomar cualquier aspecto en particular para ponerlo en práctica con colegas, amigos y miembros de redes sociales. Este ejercicio permitirá ir mejorando progresivamente sus habilidades conversacionales y la escucha consciente. (11)

2.2.4.2. Condiciones del personal de salud que realiza consejería

El personal de salud deberá tener en cuenta:

5.3.2.1 La relación que establece con la otra persona: ésta va a marcar “el estilo” de toda la conversación. No es lo mismo un diálogo donde el personal de salud se encuentra sola(o) con el usuario, que una situación en la que éste llega acompañado con otra persona de su entorno. Tampoco es lo mismo dialogar con alguien a quien se conoce de largo tiempo, que tratar por primera vez con una persona. Por ello es importante que la relación sea simétrica (igualitaria), no especializada (por muy técnica que sea la conversación), se debe mantener una relación fluida y cotidiana dentro de marcos no rígidamente marcados. Por ejemplo, si se habla de “hábitos y costumbres”, el personal de salud debe primero explorar qué es lo que el usuario entiende por esto y cómo establece relaciones con su cultura material y con los otros, a partir de dicho entendimiento. De lo contrario, será un diálogo improductivo puesto que los marcos de referencia de los cuales se habla son diferentes. (11)

5.3.2.2 Limitaciones temáticas: La relación que se establece con el usuario guarda relación con las limitaciones temáticas. Cuánto menos información tenga sobre el tema a tratar, o sobre el contexto cultural del usuario, más pobre será la conversación. Es importante comprender que dichas limitaciones no sólo las tiene el personal de salud, también las tiene el interlocutor, obviamente de una forma y en un grado diferente. Usar un lenguaje sencillo y claro, y evitar el uso de términos técnicos, contribuirá a lograr acuerdos exitosos. Es preciso abordar lo complejo desde lo simple, analizar con el usuario la situación y ofrecer información que permita identificar soluciones apropiadas para mejorar las prácticas de cuidado. (11)

5.3.2.3 Propósito de la conversación: Debe establecerse desde el inicio y no perderlo de vista en ningún momento, de lo contrario el esfuerzo será inútil. Si en medio de la conversación, surge un tema secundario que pareciera relevante para el usuario, atender el punto sin perderse en él.

5.3.2.4 Grado de formalidad: Implica mostrarse abierto, simple, cálido y humano. Interesarse por el otro, mirar a los ojos, sin perder profesionalismo. El personal de salud debe convertir una dificultad en una nueva oportunidad;

es decir, comprender y respetar la complejidad en la que se dan las prácticas cotidianas de cada persona o familia, pero a la vez ayudar en la búsqueda de alternativas simples y factibles.

5.3.2.5 Turnos en el diálogo o conversación: Los turnos (quién habla primero o después, quién introduce un cambio de tema, y en qué momento), la duración y el contenido de lo que se dice en cada turno; el número de participantes en la conversación y la construcción misma – turno por turno– para poder escucharse, son claves para conseguir una atmósfera de confianza y participación, con resultados positivos para ambas partes. La conversación humana se apoya sobre reglas tácticas que permiten planificar según una estrategia previa el logro de resultados y acuerdos exitosos para las dos partes. En el curso de la conversación, estas reglas tácticas se manifiestan a través de rutinas y fórmulas estereotipadas pero debe ser consciente de eso para manejarlo positivamente. (11)

5.3.3. Condiciones del mensaje

En cuanto a la forma de manejar el mensaje, el personal de salud debe tener presente:

5.3.3.1 Predictibilidad: Las preguntas, respuestas, silencios o gestos del usuario, proveen a su vez elementos para poder reaccionar, callar, saber qué respuesta tener o esperar el momento oportuno para decir algo o no decirlo. A esta propiedad del lenguaje humano se le llama predictibilidad, y puede ser muy útil en la consejería para orientar la conversación hacia toma de acuerdos sin imponer nada. (10)

5.3.3.2 Refuerzo formal: Son las señales con las que una persona cierra o reafirma las ideas que el usuario está transmitiendo. Reforzar las intervenciones del usuario con enlaces y conectores discursivos, continuadores o turnos "colaborativos" (por ejemplo: umm, claro, y que pasó, etc.). Estos elementos no son necesarios informativamente, sin embargo, transmiten un clima de atención. Elogiar y alentar cuando el usuario refiera una práctica adecuada. Preguntar más y profundizar cuando se perciba que hay bloqueo o desánimo, evitando ser imprudente. (10)

5.3.3.3 Sentido amplio: Debe evitarse presuposiciones o sobreentendidos. Esto es frecuente en contextos donde los hablantes provienen de culturas diferentes y no hay un adecuado manejo del enfoque intercultural. Explorar aspectos culturales, religiosos, sociales, entre otros, que guarden relación con el tema tratado. (10)

5.3.3.4 Imagen social (principio de prioridad): Se refiere a la imagen social de los usuarios: actitudes, presentación personal, costumbres sociales, preferencias, entre otros. En los contextos donde el personal de salud trabaja, este principio de carácter general, puede llegar a determinar la construcción (la forma y el contenido) de las intervenciones: atender o dejar hablar primero al hombre, o a quien parece más pudiente, hábil o poderoso es frecuente y vulnera los derechos básicos de la persona. Es necesario adoptar actitudes coherentes con responsabilidad, esto implica estar siempre

dispuesto a dar el mejor trato a cada persona que viene buscando ayuda, actuando con el respeto y la consideración que todos merecemos por igual. (10)

5.3.4. El valor y el sentido cultural del silencio

La conversación funciona con base en la relación entre sonidos (palabras) y silencios. En toda conversación no hay sólo palabras, también hay un tránsito o espacio entre lo que dice el personal de salud y el usuario responde, que comúnmente llamamos "silencio". (10)

El silencio se define como la falta de actividad que delimita la conversación entre las personas, señalando su comienzo, duración y final, marcando un ritmo entre ellos. Esta falta de actividad puede ser:

- Cuando los hablantes se callan al mismo tiempo.
- Cuando fracasa la petición o el cambio de turno.
- Por vacilaciones o titubeos.

Entre la introducción y el inicio del punto central de la conversación.

Porque el hablante se da cuenta que el oyente está distraído y se queda callado para obligarlo a reaccionar.

Al final del turno. El silencio puede tener distintas valoraciones culturales y usos dependiendo del contexto en que se actúa. No es lo mismo el silencio en el mundo rural que en

el contexto urbano, ni tiene el mismo significado para todas las culturas, llegando incluso a ser más intenso que la palabra, sobre todo si el

personal de salud trabaja en un contexto donde el idioma predominante no es el que él habla habitualmente. (10)

5.4. SECUENCIA DE LA SESIÓN DE CONSEJERÍA

La conversación tiene una secuencia que va desde la apertura hasta el cierre. En el medio hay intercambio de “mutuo apoyo” que sirve para sostener la relación entre los participantes denominado secuencia temática (se refiere a la articulación natural entre los cinco momentos que configuran la estructura de la consejería). En ese sentido, como todo acto comunicativo, tiene una secuencia de entrada y de cierre: (12)

5.4.1. Primer Momento: encuentro y explicaciones sobre la situación encontrada

Hay condiciones que limitan o determinan el saludo y la naturaleza del primer encuentro: el lugar, el momento, el tiempo transcurrido desde la última cita y, sobre todo, la relación que se mantiene con los usuarios. La actividad rutinaria que realiza el personal de salud puede crear hábitos repetitivos y una relación impersonal con el usuario. La apertura crea expectativas y sus efectos se van a sentir durante todo el encuentro.

Durante el primer contacto con el usuario, el primer momento de la consejería es muy breve pero a medida que se profundiza en el caso y se empieza a hablar de la situación encontrada las secuencias serán cada vez más fáciles de manejar, lo cual dependerá de la calidad de la comunicación que se establezca. (12)

5.4.2 Segundo Momento: Análisis de factores causales o riesgos

El segundo momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores analizan las posibles causas de los problemas encontrados o riesgos. Ayudarlos a encontrar estas causas o riesgos y explicarlas en su propio lenguaje. Luego de haber explicado el estado del embarazo de la gestante o el crecimiento (a partir de la evaluación nutricional antropométrica) y desarrollo de la niña o niño, el personal de salud debe indagar y preguntar sobre los posibles factores que influyen

en la situación encontrada: alimentación, salud, higiene, aspectos emocionales, sociales, económicos, etc. (12)

5.4.3. Tercer Momento: Búsqueda de alternativas de solución y toma de acuerdos

El tercer momento es aquel en el que el personal de salud y la gestante, madre, padre o cuidadores buscan alternativas de solución a los factores identificados. Recordar que, la decisión sobre cuáles alternativas son más convenientes debe ser tomada finalmente por ellos, pues son quienes conocen mejor sus recursos y posibilidades. (12)

5.4.4. Cuarto Momento: Registro de acuerdos tomados

El personal de salud deberá registrar en la historia clínica, las decisiones o acuerdos (máximo tres) tomados con la gestante, madre, padre o cuidadores y anotarlas en una hoja de indicaciones para que se la lleve,

motivándolos a ponerlas en práctica con el apoyo de su familia y de la comunidad. (12)

5.4.5. Quinto Momento: cierre y seguimiento de acuerdos tomados

El quinto momento es el seguimiento a los acuerdos tomados. Este momento se realiza en las citas posteriores, puede ser intramural o extramural. Es importante despedirse cálida y afectuosamente para crear un vínculo positivo que motive al usuario a regresar. Asimismo, el personal de salud debe asegurar el seguimiento a los acuerdos en los siguientes controles o visitas domiciliarias, para identificar las dificultades o avances en la mejora de prácticas realizadas en el hogar y reforzarlas. (12)

5.6. Contenidos básicos de alimentación y nutrición de la gestante, Mujer que da de lactar, niña y niño menor de cinco años

Considerando que los determinantes del estado nutricional son multifactoriales, las prácticas que deben promoverse incluyen principalmente aspectos vinculados con la alimentación, salud, higiene y apoyo psicoafectivo. Los aspectos básicos, que se describen a continuación, se han organizado de la siguiente manera: gestante, mujer que da de lactar, niñas y niños de 0 a 6 meses, 6 a 8 meses, 9 a 11 meses, 1 a 2 años y 2 a 4 años; los cuales hacen referencia al contenido técnico de documentos normativos: Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, NTS N.° 040-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de la Niña y el Niño, Guías Nacionales de

Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva (aprobado con Resolución Ministerial N.º 668-2004/MINSA), entre otros.

Estos aspectos deben tomarse en cuenta al momento de analizar los factores determinantes del estado de nutrición y salud, al buscar alternativas de solución y al promover prácticas adecuadas.

DURANTE EL PERÍODO DE LACTANCIA

- La mujer que da de lactar debe comer cinco veces al día: tres comidas principales (desayuno, almuerzo, cena) y dos refrigerios.
- Incluir al menos, una porción de cualquier carne, huevo o queso al día. Importancia del consumo de alimentos rico en hierro (carnes rojas, vísceras, "sangrecita", etc.), ácido fólico (carnes rojas, vísceras, verduras de hojas verdes, cereales), calcio, vitamina A y zinc.
- Importancia del consumo de frutas y verduras fuentes de vitamina A, vitamina C y fibra.
- Importancia del consumo diario de sal yodada.
- Asegurar la suplementación con hierro y ácido fólico hasta dos meses después del parto.
- Importancia de la promoción de la participación de la pareja y miembros de la familia en el apoyo emocional y físico de la mujer que da de lactar.
- Importancia del reforzamiento de la confianza de la madre sobre su capacidad de dar de lactar.
- Promover técnicas adecuadas de lactancia materna. (13)

Niña y niño de 0 a 6 meses LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	
Inicio	Inicio precoz de la lactancia materna exclusiva, lo más pronto posible después del parto (dentro de la primera hora de nacido).
Cantidad	Darle de lactar hasta que se vacíe cada pecho porque la última leche también trae nutrientes indispensables para la Niña o niño.
Frecuencia	<p>Darle de lactar las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche. Darle de los dos pechos cada vez.</p> <p>A partir de los tres o cuatro meses, la niña o niño demanda más leche materna, por lo que es necesario incrementar la frecuencia y duración de las mamadas.</p> <p>La madre puede percibir que su niña o niño no se satisface, existiendo el riesgo de introducir otros alimentos, por lo que se recomienda darle pecho con más frecuencia.</p>
Otros	<p>Desde que nace hasta los seis meses darle sólo leche materna, ya que cubre sus requerimientos, satisface su hambre y le quita la sed. No necesita darle otros alimentos, líquidos ni "agüitas".</p> <p>Es importante que la niña o niño elimine los gases, "hacer botar el chanchito" después de lactar, los gases producen cólicos y motivan que la madre le dé mates o infusiones.</p> <p>A partir de los 4 meses, la niña o niño muestra interés en llevarse a la boca todo lo que coge y sigue con la mirada lo que los demás hacen. Este hecho puede ser interpretado</p>

por la madre como un "antojo" del bebé que motiva la introducción de otros alimentos, lo cual no indica que tenga hambre. Hay que esperar que cumpla los seis meses para empezar con alimentos diferentes a la leche materna.

El momento de la lactancia es importante para fortalecer el vínculo afectivo entre la madre y el niño. Las caricias, el Abrazo, el contacto piel a piel, conversar y cantarle proporciona seguridad y bienestar a ambos.

Es importante que el padre participe en el cuidado, control, Estimulación y desarrollo del vínculo afectivo con su hijo.
(13)

Niña y niño de 6 a 8 meses ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	
Leche materna	Darle de lactar todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos ocho veces durante el día y la noche.
Consistencia	Iniciar la introducción de alimentos diferentes a la leche materna, con comidas espesas como papillas, purés, mazamorras, utilizando alimentos de la olla familiar y de la zona.
Cantidad	Servir la mitad de un plato mediano de comida espesa cada vez que se le ofrezca de comer (iniciará con dos o tres cucharadas hasta llegar a cinco).
Calidad	<p>Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, "sangrecita", pollo, etc.</p> <p>Introducir los alimentos nuevos uno a la vez, aumentando poco a poco la variedad de los alimentos.</p>
Frecuencia	<p>A los seis meses, dar dos comidas al día más leche materna.</p> <p>A los siete u ocho meses, dar tres comidas al día más leche Materna.</p>
Suplementos de hierro y vitamina A. Uso de sal yodada	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo del suplemento de hierro a partir del sexto mes. • En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. • Promover el consumo de sal yodada
	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir todos los días, alimentos recomendados de

<p>Otros</p>	<p>los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras,</p> <p>carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adicionar una cucharadita de aceite vegetal a la comida principal para mejorar la densidad energética. Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.). • Cada niña o niño debe tener su propio plato, taza y cubierto. • Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada). • Lavado de manos, con agua segura y jabón o detergente, de la niña o niño, madre, padre o cuidadores: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal. • Lavar con agua segura platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer. • Eliminar las excretas de la niña o niño fuera del hogar. • Mantenga los animales fuera del hogar. • Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cuentos, cantos y juegos.
---------------------	--

	<ul style="list-style-type: none">• Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de comer y ofrecerle la comida con afecto.• Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo de la niña o niño. (14)
--	---

Niña y niño de 9 a 11 meses ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA	
Leche materna	Continuar con la lactancia materna todas las veces que la niña o niño quiera, por lo menos seis veces durante el día y la noche.
Consistencia	Continúe dándole comidas espesas, pero ahora incluir preparaciones sólidas (picado o pequeños trocitos) y variadas utilizando alimentos de la olla familiar
Cantidad	Servir casi completo el plato mediano (3/4) de comida picadita cada vez que se le ofrezca de comer (cinco a siete cucharadas).
Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimento de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, "sangrecita", pollo, etc.
Frecuencia	Dar tres comidas al día más un refrigerio.
Suplementos de hierro y vitamina A. Uso de sal yodada	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo del suplemento de hierro. • En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. <ul style="list-style-type: none"> • Promover el consumo de sal yodada.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo. • Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad

	<p>energética.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preparar menestras sin cáscara (lentejas, habas, arvejas, frijoles). Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.). • Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño. • Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada). • Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal. • Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura. • Consumo de agua hervida en taza. • Disposición de las excretas de la niña o niño, y mantener los animales fuera del hogar. • Consumo del suplemento de hierro. • Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos, etc. • Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto. • Es importante que el padre participe en el
--	---

	<p>cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo. (14)</p>
--	---

Niña y niño de 1 a menos de 2 años - ALIMENTACIÓN INFANTIL	
Leche materna	Continuar dando de lactar las veces que la niña y niño quiera, después de las comidas.
Consistencia	Dar comidas sólidas y variadas incorporándose a la Alimentación familiar.
Cantidad	Servir un plato mediano de comida (siete a diez cucharadas).
Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, hígado, cuy, "sangrecita", pollo, etc.
Frecuencia	Dar tres comidas al día más dos refrigerios.
Suplementos de hierro y vitamina A. Uso de sal yodada	<ul style="list-style-type: none"> • Consumo del suplemento de hierro. • En zonas vulnerables recibir el suplemento de vitamina A. • Promover el consumo de sal yodada.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir todos los días, alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y verduras de color verde o color naranja o amarillo (una unidad). • Agregar una cucharadita de aceite vegetal en la comida principal para mejorar la densidad energética. • Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles). • Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.). • Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña

	<p>y niño.</p> <ul style="list-style-type: none">• Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada).• Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el pañal.• Lavado de platos, cubiertos y otros utensilios que son empleados para comer, con agua segura.• Consumo de agua hervida en taza.• Disposición de las excretas de la niña o niño y mantener los animales fuera del hogar.• Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos, cuentos.• Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto.• Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo. <p>(14)</p>
--	--

Niña y niño de 2 a menos de 5 años ALIMENTACIÓN INFANTIL	
Consistencia	Darle comidas sólidas y variadas incorporándose a la alimentación familiar.
Cantidad	Darle un plato grande, de acuerdo con su edad, actividad física y estado nutricional.
Calidad	Agregar diariamente a sus comidas, por lo menos, una porción de alimentos de origen animal: huevo, queso, pescado, cuy, hígado, "sangrecita", pollo, etc.
Frecuencia	Dar tres comidas al día más dos refrigerios que incluyan lácteos.
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir todos los días alimentos recomendados de los diferentes grupos: cereales, tubérculos y menestras, carnes y huevos, lácteos, frutas y vegetales de color verde o color naranja o amarillo. • Preparar menestras (lentejas, habas, arvejas, frijoles) varias veces a la semana. Por cada cucharada de menestra sirva dos cucharadas de cereal (arroz, quinua, trigo, etc.). • Uso de sal yodada para preparar los alimentos. • Uso de plato, taza y cubierto propio para la niña y niño. • Lavado de alimentos que no serán cocidos (frutas y verduras) con abundante agua segura (hervida, purificada, filtrada o clorada). • Lavado de manos, con agua segura a chorro y jabón o detergente: antes de preparar y servir la comida, antes de alimentar a la niña o niño, después de ir al baño y después de cambiar el

	<p>pañal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lavar con agua segura los platos, cubiertos y otros utensilios para comer. • Consumo de agua hervida en taza. • Eliminar las excretas de la niña o niño fuera del hogar. • Mantener los animales fuera del hogar. • Consumo del suplemento de hierro. • Importancia de las caricias, besos, abrazos, masajes, conversación, cantos, juegos y cuentos. • Es importante ofrecerle al niño un ambiente agradable y tranquilo al momento de las comidas y brindar la comida con afecto. • Es importante que el padre participe en el cuidado, control del crecimiento y desarrollo y fortalecimiento del vínculo afectivo con su hijo.
--	---

**SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA DE HIERRO
NIÑAS Y NIÑOS 6 a 23 MESES**

Producto: Sulfato ferroso.

Presentación: Frasco de 180 mL con cucharita dosificadora (15 mg de hierro elemental en 5 mL).

Cantidad a prescribir: 3,3 mL/día o 1 mg/kg/día (un poquito más de ½ cucharadita).

Total: tres frascos de 180 mL c/u.

Edad de inicio y duración: A partir de los 6 meses de edad. Durante 6 meses.

Registro: Usar la historia clínica para registrar la actividad.

Responsable de la prescripción: Todo personal de salud capacitado puede indicar suplementación preventiva.

Recomendaciones:

- La administración del suplemento de hierro se hará, en lo posible, a la misma hora y usando cucharita dosificadora.
- El suplemento debe tomarlo con jugo de frutas cítricas, preferentemente, o agua hervida fría. No se debe administrar el suplemento junto con otros medicamentos. Esto contribuirá a que no se manchen los dientes, se absorba mejor y haya menos estreñimiento.
- Cuando entregue el suplemento, debe indicarle a la madre que su niña o niño puede presentar algunos malestares que son temporales, estos pueden ser: náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, oscurecimiento de los dientes (y de la ropa si cae sobre ella), deposiciones negras. En estos casos, tranquilizar a la madre e indagar sobre la dosis utilizada. Estos malestares pasarán conforme la niña o niño vaya consumiendo más alimentos.
- La niña o niño no debe retener mucho tiempo el suplemento en la boca para evitar que los dientes se oscurezcan. El color de las deposiciones desaparecerá cuando deje de tomar el suplemento. Se recomienda realizar la higiene bucal después de su consumo.
- No olvidar que el suplemento no sustituye a los alimentos ricos en hierro que debe consumir.
- Si la madre dejó de darle suplemento, escuche las razones por las que lo hizo, explique la importancia de continuar dándole para el buen crecimiento y desarrollo de la niña o niño.
- El suplemento debe guardarse en un lugar fresco, seguro, bien cerrado, protegido de la luz y lejos del alcance de las niñas y niños.

(14)

Si están compartiendo el suplemento, indique que sólo el menor de 6 a 23 meses debe recibir el suplemento porque se encuentra en mayor riesgo que los de mayor edad. Si la madre piensa o sabe que sus otros hijos

tienen anemia, insista en una dieta rica en hierro con alimentos de origen animal, y que tenga su propio jarabe y su dosificación que se la deben indicar en el establecimiento de salud. (14)

ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y NIÑO DURANTE Y DESPUÉS DE LA ENFERMEDAD

Si es menor de 6 meses: Darle el pecho con mayor frecuencia y durante más tiempo cada vez.

Si es mayor de 6 meses: Darle comida espesa más veces al día, en pequeñas porciones y de preferencia los alimentos favoritos de la niña y niño. Luego del proceso infeccioso, incorporar una comida espesa más hasta dos semanas después.

Continuar con lactancia materna.

Darle más líquidos: agua hervida

En caso de diarrea

Darle líquidos en pequeños sorbos, con una taza y cucharita; sales de rehidratación, panetela, agua hervida.

Si la niña o niño vomita, esperar diez minutos y continuar después lentamente.

Ofrecer alimentos más veces al día, de preferencia los favoritos de la niña o niño. (14)

3.4.6. IMPORTANCIA DE LA CONSEJERIA NUTRICIONAL: se da en tres principales actividades.

- **LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA:** la leche humana constituye no solamente el alimento completo con todos los nutrientes apropiados para la buena nutrición de los niños lactantes y su protección contra las infecciones, sino también para también para

la formación del vínculo afectivo. La leche humana madura cantidades bajas de hierro, sin embargo la biodisponibilidad de este mineral es elevada al orden del 50%. El recién nacido durante los dos primeros meses durante los dos primeros meses de vida experimenta un descenso fisiológico de la hemoglobina. Un niño a término bien alimentado exclusivamente con leche materna, durante los primeros 6 meses de vida tiene menor riesgo de desarrollar anemia. (15)

- **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA:** el control de crecimiento y desarrollo constituye una actividad periódica y sistemática del niño desde el nacimiento con el fin de detectar oportunamente cambios y riesgos en la evolución de su crecimiento y su estado de salud entre otros. A nivel nacional se detecta que en un 58% de los menores de tres años cuenta con el control de crecimiento y desarrollo, habiendo aumentado ligeramente desde el 2015 (54,9%).

El CRED ofrece la oportunidad de brindar la consejería como un espacio de comunicación entre el personal de salud y la madre o cuidador para apoyar prácticas saludables, entre las prácticas se identifican la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de vida en especial el uso de combinaciones adecuadas con alimentos ricos en hierro de la olla familiar, consumo de hierro y

suplementos como los micronutrientes, lavado de manos entre otras prácticas saludables. (2)

- **INFECCIONES RESPIRATORIAS Y DIARREAS:** son frecuentes en los niños menores de tres años y ocasionan la mayor morbilidad en la población que vive en la mayor pobreza, con una educación insuficiente de la madre e inadecuado saneamiento básico. (16)

Se reconoce además que el consumo de zinc tiene efectos positivos en la reducción de incidencia de diarrea en un 13% y 19% en la mortalidad por neumonía así como en el crecimiento infantil en el peso y talla.

En el 2016 a nivel nacional las EDAS se presentaron en un 15% de los niños y los niños menores de 36 meses. Obviamente los niños con más de tres episodios de EDA en un año tienen un mayor riesgo de desnutrición aguda y desnutrición crónica. (17)

Así mismo el episodio de EDA a partir de los seis meses acarrea pérdidas importantes de micronutrientes como el hierro y zinc. En el 2016 los departamentos que mostraron la más alta prevalencia de casos de EDA fueron Ucayali (26,9%), San Martín (20,4%), y Loreto (20,3%) mientras que el de menor prevalencia fue Moquegua (9%).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) son un conjunto de enfermedades causadas generalmente por virus y bacterias. Constituye la causa principal de consulta en los servicios de salud y

forman parte del círculo vicioso entre la destrucción y la enfermedades, a nivel nacional en el 2016, las IRAS en los niños y niñas menores de 36 meses fueron del orden de 16,9%, los departamentos de Piura (24,3%) Loreto (22,5%) y Ancash (21,6%) mostraron la más alta prevalencia de enfermedades respiratorias agudas.

- **ACTIVIDADES EXTRAMURALES O VISITAS DOMICILIARIAS:** la visita domiciliaria se constituye fundamentalmente para fortalecer la adopción de prácticas como parte del círculo entre la consejería en el servicio de salud (atención infantil o prenatal) y la sección demostrativa de preparación de alimentos. Estas oportunidades son clave para reforzar la adopción de prácticas en la madres o cuidadoras de niños pequeños tales como:
 - ✓ Las prácticas acordadas entre el personal de salud y las madres o cuidadoras, durante la consejería del control de crecimiento y desarrollo utilizando la herramienta el “ camino del buen crecimiento”
 - ✓ Las prácticas de la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y continuar hasta los 2 años de edad.
 - ✓ Las prácticas de incluir alimentos ricos en hierro, preparación adecuada de alimentos y prácticas de higiene aprendidas en la sesión demostrativa de alimentos.

- ✓ Las prácticas de consumo de hierro en gotas, jarabes y tabletas en gestantes.

El ministerio de salud reconoce la necesidad de realizar la consejería en cada oportunidad de contacto de los niños y las gestantes tanto en la oferta de intramuros como en otros escenarios de la comunidad y/o oferta móvil. Se priorizan las visitas domiciliarias en casos de niños mayores. En el caso de la población infantil se aprovechan todas las oportunidades de contacto. (4)

TEORIA DE ENFERMERIA

TEORIA DE ENFERMERIA HILDEGARD PEPLAU

Fue considerada como “la enfermera del siglo” y como “madre de la enfermería psiquiátrica” debido a los notables aportes teóricos que dejó en la medicina. Desde 1952, sus teorías han servido como contribución en el desarrollo de la enfermería moderna y, además, como base de estudio para profesionales y potenciales investigaciones en el ámbito psicoterapéutico y de la salud mental. Nacida en el año 1909, en Reading, Pennsylvania, peplau obtuvo una formación educativa basada en psicología, enfermería y psiquiatría en institutos como el hospital school of nursing, bennington college y teachers college, columbia university. (18)

Posteriormente, su desarrollo profesional la llevó a ser supervisora en el hospital de pottstown; jefa de enfermería en bennington y ejerció labores en el cuerpo de enfermeras del ejército. También se convirtió en directora

ejecutiva de la american nurses association, donde un año después asumió la presidencia, y realizó actividades en diversos centros de enfermería psiquiátrica mientras que también llevaba a cabo investigaciones teóricas y ejercía la docencia. “la enfermera del siglo” falleció el 17 de marzo de 1990 en Sherman oaks, california. Fue agregada al salón de la fama de la american academy of nursing en el año 1994. (19)

TEORÍA DE LAS RELACIONES INTERPERSONALES

La innovación en el campo de la enfermería moderna y la aplicación de conceptos teóricos de otros autores como Sigmund Freud, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller, lograron que Peplau desarrollase su propia teoría de enfermería psicodinámica basada en las relaciones interpersonales entre los pacientes y los profesionales de la enfermería. El progreso de dicha teoría se basó en el estudio de otras obras importantes sobre la conducta humana y el funcionamiento de la psique. Además, las hilvanó con sus experiencias personales y profesionales dentro de su campo laboral. En su obra “*interpersonal relaciones in nursing*” (relaciones interpersonales en enfermería), explica cómo la interacción entre pacientes y enfermeros debe fusionarse a través de la cooperación para hallar el equilibrio que brindará salud, bienestar y la mejora del estado físico y psíquico. (20)

Cuatro fases de las relaciones interpersonales

Según Peplau, la correlación entre paciente y enfermero se da en cuatro fases que tienen como objetivo el desarrollo personal de ambos en diferentes entornos.

- La primera fase se denomina “orientación”, momento en que el paciente presenta un estado de incomodidad y necesita apoyo de un profesional de la enfermería, quien le ayudará a entender lo que ocurre.
- la segunda fase es la “identificación”. en este punto el paciente reconoce la necesidad de ayuda y colabora con quienes le brindarán apoyo; mientras que el profesional de enfermería hace el diagnóstico y establece un plan de acción.
- la tercera fase es la de “explotación” o aprovechamiento. se refiere a cuando el plan de cuidados del profesional de enfermería se aplica de manera efectiva y el paciente hace uso de los servicios, colabora y se beneficia de ellos.
- Por último, llega la fase de “resolución”, etapa en la cual los objetivos empiezan a lograrse positivamente y de manera progresiva y, además, la relación entre paciente y enfermero se va haciendo i el desarrollo de las fases explicadas por Peplau fue adoptado de manera generalizada por la comunidad de la enfermería, ya que ofrece un método factible y constituye un

modelo basado en teoría y práctica que promueve una relación de dependencia necesaria para hallar soluciones a una necesidad insatisfecha. independiente. (20)

2.3. Definición de términos

- a. **Pertinencia:** El argumento del personal de salud debe ser coherente con el tema a tratar y con el contexto cultural donde éste trabaja y el usuario vive. Escuchar cuidadosamente las respuestas y estar alerta a toda información que contribuya a entender mejor la situación, para orientar al usuario, teniendo en cuenta sus condiciones específicas de vida. (1)
- b. **Veracidad:** El usuario debe experimentar la veracidad y confiabilidad del argumento que refiera el personal de salud. Tener cuidado de no caer en contradicciones. (1)
- c. **Predictibilidad:** Las preguntas, respuestas, silencios o gestos del usuario, proveen a su vez elementos para poder reaccionar, callar, saber qué respuesta tener o esperar el momento oportuno para decir algo o no decirlo. A esta propiedad del lenguaje humano se le llama predictibilidad, y puede ser muy útil en la consejería para orientar la conversación hacia toma de acuerdos sin imponer nada. (1)

d. Suficiencia: Se refiere a la cantidad de información que el usuario puede asimilar en condiciones de calidad en términos de atención y reflexión. No hablar demás, ni brindar más de dos (2) o tres (3) mensajes por sesión ya que el personal de salud puede confundirse o confundir al usuario. (1)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos:

Para la realización del presente trabajo académico se llevó a cabo la recolección de datos, utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de Enfermería del servicio, como es el registro de información HIS minsa y se tomó el Reporte Anual de Actividades Atención Integral de Salud del Niño y el padrón nominal de niños menores de cinco años del establecimiento desde los años 2015, 2016, 2017, 2018 donde se llevó a cabo las siguientes acciones:

- Autorización: Se solicitó información respectiva a la Oficina de Estadística e Informática de la Red de Salud Grau del Establecimiento de Salud Cconccacca.
- Recolección de Datos:
- Procesamiento de Datos:
- Resultados:
- Análisis e interpretación de resultados:

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional:

El establecimiento de Salud Cconccacca queda en el centro poblado menos Cconccacca, jurisdicción del distrito de progreso provincia Grau

región Apurímac, hasta la actualidad cuento 4 años 11 meses sin ningún tipo de problemas en gravedad, al inicio no fue fácil adaptarse a las costumbres y creencias de la zona, el entorno laboral, las deficiencias y carencias del establecimiento de salud en recursos humanos, infraestructura, material de trabajo, por el mismo hecho que son comunidades alto andinas y lejana de la ciudad.

Los avances sanitarios han generado una gran diversidad en los conocimientos técnicos y en las funciones de los profesionales sanitarios, que exigen un abordaje multidisciplinar e integral de la salud. Por otro lado los cambios demográficos, sociales y económicos han determinado importantes cambios en los problemas de salud como el estrés; alteraciones nutricionales; enfermedades crónicas y degenerativas relacionadas con la edad avanzada que exigen atención sanitaria y cuidados continuados; nuevas epidemias como el VIH y otros procesos infecciosos relacionados como las hepatopatías, las ETS o la tuberculosis; accidentes de tráfico y sus secuelas; maltrato familiar; crecimiento de la pobreza y el desarraigo por la crisis y los recortes del estado del bienestar; o la marginación de la población inmigrante.

En este contexto mi labor como Enfermera, implico ver de forma integral, a la persona, familia y la comunidad y ser parte del proceso salud-enfermedad, se contribuyó a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la promoción, protección,

recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad.

Especialmente se contribuyó en la labor de lucha con la desnutrición crónica infantil y la anemia en menores de cinco años, ya que el servicio de enfermería ofrece la cartera de servicio del paquete de atención integral niño y la niña donde es una actividad importante

Actualmente mi persona como profesional de enfermería sigue laborando como personal de salud asistencial en el mismo establecimiento ya mencionado.

- Descripción del Área Laboral:

- **Organización:** El Puesto de Salud Cconccacca esta recategorizado 1-2 de atención en el primer nivel de atención, cuenta con un jefe de establecimiento, jefe de recursos humanos, cuenta con ambulancia para el sistema de emergencias y referencia a establecimiento de mayor capacidad resolutive.
- **Recursos Humanos:** Cuenta con los siguientes profesionales de la salud: 1 Médico Cirujano, 1 Cirujano Dentista, 2 Obstetras, 2 Licenciados en Enfermería, 2 Técnicos en Enfermería y 1 Conductor.
- **Infraestructura:** Es de construcción de material de abobe de los años 1995 con techo de calamina

- Prestaciones: cuenta con las siguientes servicios:

- Servicio de medicina
- Servicio de odontología
- Servicio de obstetricia
- Servicio de enfermería
- Tópico emergencias
- Cadena de frio

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad: Actualmente se realiza la función asistencial en el primer nivel de atención

a) **Área Asistencial:** Las funciones son los siguientes programas de salud.

- Responsable de crecimiento y desarrollo.
- Responsable de inmunizaciones
- Responsable del programa preventivo de la tuberculosis
- Responsable de cadena de frio
- Responsable de vigilancia epidemiológica
- Responsable de promoción de la salud

3.3. Procesos realizados en el tema del informe:

La presencia de la desnutrición crónica infantil y la anemia es el principal motivo de la realización del informe laboral donde la

consejería nutricional forma parte indispensable para la lucha de este problema de salud pública y lograr un buen crecimiento infantil dentro de los cuales debe considerar la practica la lactancia materna exclusiva (inicio temprano de la lactancia materna exclusiva, técnica de amamantamiento, frecuencia adecuada), así como la alimentación complementaria a partir de los seis meses (consistencia, frecuencia, cantidad, alimentos ricos en hierro, frutas y verduras), la alimentación durante la enfermedad; la suplementación con hierro en jarabe y gotas) o a la fortificación con (multimicronutrientes) y la higiene, finalmente busca tener acuerdos y compromisos con la madre de manera participativa mediante la consejería nutricional y reforzar las practicas identificadas y factibles de adoptar por la madres o cuidadoras

- **Casos relevante:** Durante la estancia laboral se presentaron mucho casos, pero durante el 2013 sucedió que en horas de la mañana hubo un aviso de la comunidad que había sido abandonado un Recién Nacido, de sexo femenino, se encontraba botado en la plaza del centro poblado, donde el personal de salud acudió en forma inmediata para atender al niño que en la manda que lo cubría había una nota que decía su nombre y que no podía tenerlo con la madre, mientras tanto el niño se encontraba con hipotermia, funciones vitales en parámetros normales en mal estado de higiene, y cuidado aun contaba con el cordón umbilical, carecía de poca

ropa solo estaba cubierto con una manta polar, inmediatamente se realizó la atención del recién nacido, como es el corte de cordón umbilical, antropometría, que aproximadamente pesaba 2,600 gr. y una talla de 48 cm. Seguido el baño y la higiene, se pasó a dar alimentación con pequeños sorbos de glucosa al 5 % y 10% con una pequeña jeringa, se cambió la ropa para poder tenerlo más abrigado y en se le ofreció calor por medio de calefacción, luego se pasó a comunicar a la policía y la fiscalía , donde después de unas horas lo trasladaron a un orfanato de la provincia de Grau. Fue lamentable ver la situación ver a un ser vivo en esas condiciones que a pesar de estar propenso a la muerte el recién nacido se aferraba a la vida y merecía la mejor atención con calidad.

- Innovaciones – Aportes: Mediante este informe laboral se busca lograr una buena nutrición infantil, entre los menores de tres años con énfasis en los primeros 2 años de vida. Dado que el menor de 24 meses, elevada la velocidad de crecimiento, tiene elevadas necesidades de hierro y otros nutrientes. Es clara la necesidad de aportar y asegurar una buena alimentación con consumo adecuado de hierro y micronutrientes y gozar una buena salud desde la gestación y durante los primeros años de vida. Así mismo es necesario también reducir la incidencia de las enfermedades respiratorias y duración y severidad de las diarreas, seguido de las infecciones parasitarias lo cual repercute y no para garantiza un

buen crecimiento y desarrollo infantil temprano. Mediante el cual el presente informe laborar mediante una adecuada orientación en consejería nutricional se busca que las madres adopten conocimientos en medidas preventivo promocionales, y reducir estos problemas en salud del país, región y localidad.

- Limitaciones para el Desempeño Profesional: Existen muchas deficiencias que posee e sector salud, una de ellas es la falta de personal de salud especialmente el de enfermería ya que cuenta con una población menor de cinco años 160 niños actualmente, según normativa el personal de enfermería atiende a 50 niños como mínimo y el establecimiento de salud cuenta con 2 licenciados en enfermería que lo ideal sería tener una población 100 niños pero la realidad no existe ese dato y 60 niños estarían fuera del alcance de ser atendidos de manera óptima lo cual es de baja calidad de atención a los niños la oferta de servicio que se les brinda, ya que la carga laboral no solo es la atención en crecimiento y desarrollo, por lo cual no se puede realizar de manera efectiva cumplir con los otros programas de salud, otro problema es la inadecuada infraestructura y el equipamiento respectivo del establecimiento de salud no es adecuado para ofrecer una atención en salud con calidad cuenta con ambientes muy pequeños, mobiliarios inadecuados e ineficiente para lograr así un resultado en la primera infancia como es de reducir la desnutrición crónica ya la anemia y también otros problemas de

salud en la población en general. El sistema de atención del ministerio de salud es muy precario existen muchos formatos, fichas, informes en forma diaria en llenar en forma manual, en gran tiempo el personal de salud se pasa realizando dichas actividades, donde debería ser todo lo contrario realizar más actividades preventivo promocional.

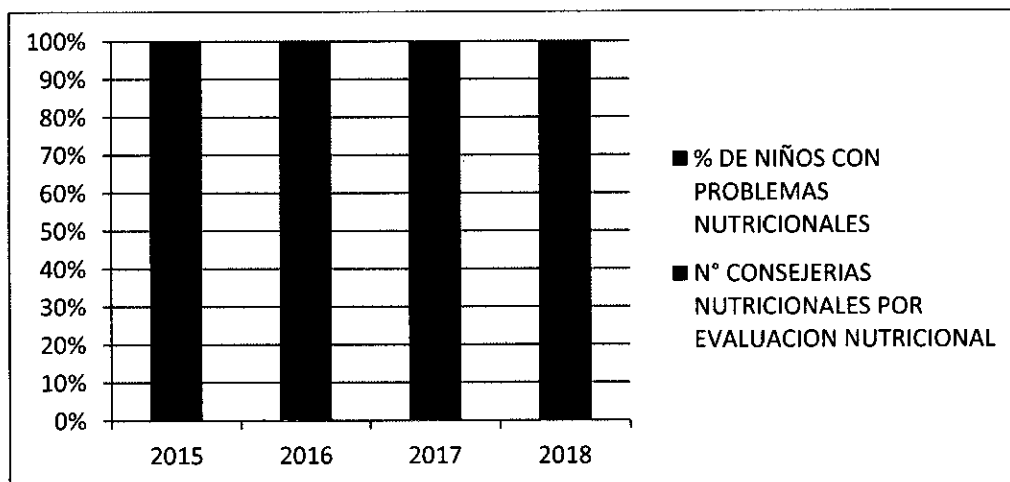
IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

CONSEJERIA NUTRICIONAL POR EVALUACION NUTRICIONAL SEGÚN INDICADORES PESO/EDAD, TLLA/PESO, TALLA/EDAD, EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE P.S. CCONCCACA 2015, 2016, 2017,2018

GRUPO DE EDAD	2015		2016		2017		2018	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
< 3 AÑOS	384	74.70%	198	34.73%	114	24.62	116	15.95

Fuente: Oficina de Estadística e informática HIS MINSA RED DE SALUD GRAU (2018)



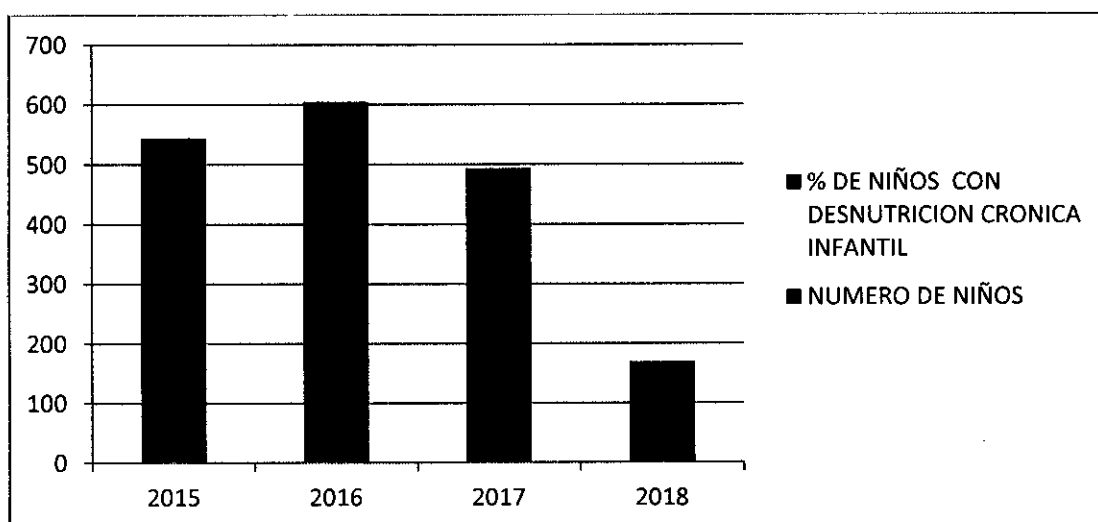
En el cuadro 4.3. Se observa desnutrición crónica infantil en niños menores de tres años disminuye : en el año 2015 se realizaron consejerías nutricionales según indicadores nutricionales como el peso y la talla para la edad hubo una cantidad de niños de 384 evaluados el 74.70% tiene algún problema o riesgo nutricionales, mientras que el 2016 disminuye la cantidad de niños 198 haciendo un 34,73% , en el 2017 disminuye el número a 114 haciendo un porcentaje de 24.62% y para el año del 2018 hasta la actualidad existen 116 consejerías realizadas a niños con 15.95% , donde refleja notoriamente el avance y el trabajo en salud por el personal de enfermería en la intervención en consejería nutricional dirigido a las madres de familia con niños menores de tres año de la localidad.

CUADRO 4.2

DESNUTRICION CRONICA INFANTIL EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DEL P.S. CCONCCACA 2015, 2016, 2017, 2018

	2015		2016		2017		2018	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
< 3 AÑOS	514	30,41	570	35,12	463	30,56	138	30,96

Fuente: Oficina de Estadística e informática SIEN DIRESA (2018)



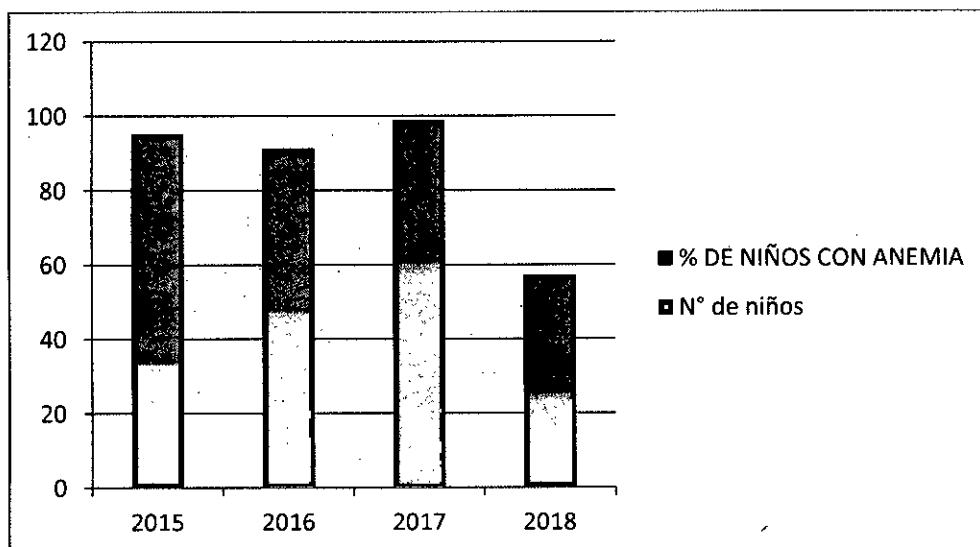
En el cuadro 4.1. Se observa la disminución de la desnutrición crónica infantil en niños menores de tres años: en el año 2015 hubo una cantidad de niños de 514 evaluados el 30.41% tiene desnutrición crónica, mientras que el 2016 aumenta la cantidad de niños 570 haciendo un 35,12% , en el 2017 disminuye el número a 463 haciendo un porcentaje de 30.56% y para el año del 2018 hasta la actualidad existen 138 niños con 30.96% , donde refleja notoriamente el avance y el trabajo en salud por el personal de enfermería en la intervención en consejería nutricional dirigido a las madres de familia con niños menores de tres años de la localidad.

CUADRO 4.3

ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HUIERO EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS DE P.S. CCONCCACA 2015, 2016, 2017, 2018

GRUPO DE EDAD	2015		2016		2017		2018	
	N°	%	N°	%	N°	%	N	%
< 3 AÑOS	33	62,22	47	44,34	60	38,96	25	32,29

Fuente: Oficina de Estadística e informática SIEN DIRESA (2018)



En el cuadro 4.2. Se observa la disminución notoriamente la desnutrición anemia infantil en niños menores de tres años: en el año 2015 hubo una cantidad de niños de 33 niño evaluados y el 62.22% tiene anemia, mientras que el 2016 aumenta la cantidad de niños evaluados 47 haciendo un 44,34% , en el 2017 sigue en aumento el número de niños evaluados a 60 haciendo un porcentaje de 38.96% y para el año del 2018 hasta la actualidad existen 25 niños con 32.29% , donde refleja notoriamente el avance y el trabajo en salud por el personal de enfermería en la intervención en consejería nutricional dirigido a las madres de familia con niños menores de tres año de la localidad.

V. CONCLUSIONES

- a) El presente trabajo académico, permiten que el Enfermero(a) desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente, teniendo en cuenta otras variables tales como los factores biológicos, sociales y económicos, dado que para las madres de familia se cuenta con pocas investigaciones.
- b) Las madres de familia, son significativos para la realización del presente trabajo académico porque refleja bajos conocimientos en la adecuada preparación y combinación de alimentos, donde una buena consejería, brindada por el profesional mejorara sus preparaciones en cuanto a la alimentación del niño.
- c) Las conclusiones realizadas por el trabajo académico refleja el aporte del personal de enfermería en muchas de las actividades de intervención, para la disminución de la desnutrición crónica infantil y la anemia, los porcentajes suelen mantenerse ligeramente disminuir al pasar los años en pequeñas proporciones.
- d) Se concluye también que lograr una buena nutrición infantil, entre los menores de tres de vida se produce una elevada la velocidad de crecimiento, donde tiene elevadas necesidades de hierro y

otros nutrientes. Es clara la necesidad de aportar y asegurar una buena alimentación con consumo adecuado de hierro y micronutrientes y gozar una buena salud desde la gestación y durante los primeros años de vida.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A los profesionales que deben tener conocimiento del documento técnico de consejería nutricional y poner en práctica en cada una de las atenciones que se tiene con la madre y el niño que asisten al consultorio de enfermería teniendo en cuenta que el personal debe estar entrenado en habilidades de la consejería nutricional.
- b) Se deben realizar estudios de investigación cualitativos sobre la satisfacción del usuario externo relacionado a la consejería nutricional y para así poder comprender más a profundidad la realidad de los procesos que se desarrollan en cada consultorio
- c) A la institución, que los establecimientos de salud deben ofrecer ambientes adecuados (espacios) a los usuarios para realizar la consejería nutricional especialmente en este grupo etario vulnerable.
- d) Al servicio de enfermería debe actualizarse permanentemente de los conocimientos y destrezas en el cuidado de forma integral del niño menor de tres años respetando su interculturalidad, idioma y condición social.

VII. REFERENCIALES

1. Salud Md. Documento Tecnico "Consejeria Nutricional en el Marco de la Atencion en Salud Materno Infantil" Lima: Deposito Legal en la Biblioteca Nacional del Peru; 2010.
2. Salud Md. NTS N° 087-MINSA/DGSP.V.01 Norma Tecnica de Salud para el control de Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años. Lima; 2017.
3. ENDES INdEely. Nota de Prensa. "En los últimos cinco años, la desnutrición crónica se redujo en 6,4 puntos porcentuales". 2017.
4. Salud Md. Documento Tecnico Plan Nacional para la Reduccin y Cnto, de la anemia materno infantil y la Desnutricion Cronica Infantil en el Peru 2017 al 2021. 2017.
5. World Health Organization tgoAi2. google. [Online].; 2015. Available from: http://Apps.who.int/iris/bistream/10665/177094/1/9987241564960_eng.pdf.
6. Jarumi. AUJVVAG. Estado Nutricional Relacionado con el Nivel de Conocimiento y Actitud en la Alimentación de la Gestante. Puesto de Salud Nicolas Garatea, Nuevo Chimbote • 2014. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería ed. Nuevo Chimbote: Universidad Nacional del Santa Chimbote - Peru; 2014.
7. RIVADENEIRA JER. Impacto del Entrenamiento en Consejeria Nutricional al Profesional de la Salud en el Desempeño de la Atencion en Niños Menores de Dos Años en el Centro Materno Infantil Tambo Viejo Nutrición TpoeGAdDe, editor. LIMA - PERÚ: Universidad San Ignacio del Loyola ;

2017.

8. Unrein YP. "Evaluacion Nutricional de la Alimentacion Niño/asde a 8 a 10 Años que Concurren a Consultas Pediatricas en el Hospital San Carlos de la ciudad de Casilda" Nutricion OeTeLe, editor. Argentina : Universidad Abierta Interamericana ; 2014.
9. ALVAREZ GRANDA IO. "Mejoramamiento Nutricional de los Niños Menores de 5 Años Atendidos en el Subcentro de Cojitambo de las Comunidades de la Villa San Miguel y Pizhumaza , Azogues 2014-2015 Salud MeGe, editor. Cuenca- Ecuador : Universidad Particular de Loja ; 2015.
10. B. G. "A nalisis conversacional y pragmatica del receptor. Valencia-España: Universidad de Valencia; 1996.
11. D. J. Dimensiones de un Analisis de la Comunicaciony modos de relacion interpersonal. Valencia Ud, editor. Valencia- España : Centro de estudios sobre Comunicacion interlinguistica e intercultural; 1995.
12. Salud OMdl. Curso de Capacitacion sobre la evaluacion del crecimiento del niño.Version 1- consejeria sobre crecimiento y alimentacion: Modulo D Ginebra ; 2006.
13. Salud OMdl. Principios de orientacion para la alimentacion complementaria del niño amamantado. Ginebra; 2003.
14. Salud Md. Proyecto de Salud y Nutricion Basica , Pautas Basicas para la consejeria en Alimentacion Infantil. Lima: MINSA/PSNB; 2001.
15. Personas MdsDGdSdl. Documento Tecnico" Promocion y Apoyo a la Lactancia Materna en Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño". Primera Edicion ed. 2009-11279 HeDLelBNdPN, editor. Lima: Tetis

Graf E.I.R.L.; 2009.

16. Informatica INdE. Indicadores de Resultados de Programas Estrategicos. Marzo, Lima;; 2017.
17. PARSALUD II MODULO II Identificacin2 1. Factibilidad de Programade Apoya la Reforma de Salud. In. Lima; 2016. p. Pagina 21.
18. Bibliografía y aportaciones de Hildegard Peplau a la Enfermería Psiquiátrica.. Revista-portalesmedicos.com. 2017 Febrero.
19. Herrera Arce A:LDGE, Murua Navarro F, Martinez H, Jimenez-Lerna JM. Transtornos adictivos. Enfemeria en Adicciones;; 2003.
20. Peplau H. "Enfermeria Psicodimanica". capitulo 21 Modelos y Teorias de Enfermeria. Tercera Edicion ed. Tomey M, editor.: Doyna; 1995.

ANEXOS

ANEXO 1 FOTOS

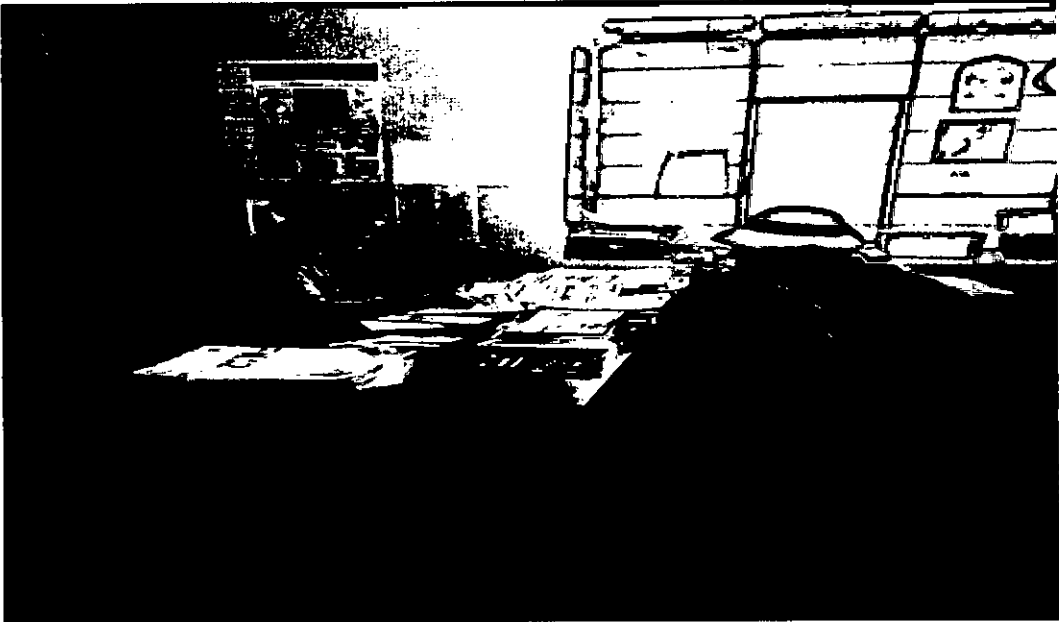


FOTOS ACTUALES EN EL P.S. CCONCCACCA



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

ANEXO 2



FUENTE: Elaboración Propia, 2018



FUENTE: Elaboración Propia, 2018



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

ANEXO 3 FICHA DE CONSEJERIA NUTRICIONAL

Acciones negociadas en la consejería con los padres del niño o niña



Nombres y Apellidos del Niño(a): _____

Fecha					
Edad (meses)					
Peso (kg.)					
Talla (cm.)					
Hemoglobina (gr A/L)					

Desnutrición crónica (DC) Desnutrición aguda (DA)
Desnutrición global (DG) Normal (N), Primario (P)

Diagnóstico nutricional					
Peso/Talla					
Talla/Talla					
Peso/Talla					
Hemoglobina					

Exceso de Hierro (E) Anemia (A) Anemia severa (AS)
Anemia leve (AL) Anemia moderada (AM) Anemia grave (AG)

Recomendaciones

A partir de los 6 meses iniciar la alimentación complementaria con otros alimentos y continuarle leche materna hasta los 2 años.

Frecuencia y Cantidad:

Edad	Número de Comidas	Cantidad de Comida
6 a 8 meses	2 a 3 comidas	2 a 5 cucharadas
9 a 11 meses	4 comidas	5 a 7 cucharadas
12 meses a más	5 comidas	7 a 10 cucharadas

Consistencia		Tipo de Preparación	
Edad			
6 a 8 meses	Papillas Puré Mazamorras		
9 a 11 meses	Picados Desmenuzados		
12 meses a más	De la olla familiar		

Acuerdos y compromisos

AOA: Carnes, pescado, trucha, cuy, leche, queso, huevo.
Menestras: Terci, frejol, lenteja, pallar.
Frutas: Naranja, plátano, granadilla, papaya, manzana.
Verduras: Zapallo, zanahoria, espinaca.
Grasas: Aceite vegetal.

AOA:
Menestras:
Frutas:
Verduras:
Grasas:

Alimentos fuentes de hierro para evitar o curar la Anemia

Sangre de vaca	Rizo	Hígado	Carnes

A partir de los 6 meses darle un sobre de **MICRONUTRIENTES** en forma diaria durante 12 meses seguidos, para evitar o curar la Anemia.

Practica una buena **higiene** familiar y **lavado de manos**, principalmente con tu niña o niño para evitar las enfermedades como la diarrea.

Los **cuidados con suavidad y cariño** y el **juego libre** ayudan a un mejor desarrollo de tu niña o niño.

Madre o cuidador del Niño(a)

Padre del Niño(a)

Personal de salud

"Niñas y niños sanos y más inteligentes con MICRONUTRIENTES... Así previenes la Anemia"



Plan de alimentación para un niño - niña mayor de 1 año



TIPO	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
DESAYUNO	Mazamorra de harina con leche	Makena con leche	Mazamorra de zapallo con leche	Mazamorra de maicena con leche	Mazamorra de camote con leche	Mazamorra de Kivicha con leche	Arroz con leche
Media Mañana	Papa con 1/2 huevo	Zapallo con leche	Papa con sangrecita	Papa con 1/2 huevo	Pollo con arroz	Mazamorra morada con frutas	Camote con pescado
ALMUERZO	Guiso de quinua con sangrecita y papa	Guiso de lenteja con carne picada y arroz	Matasquita con pollo	Hígado con arroz	Guiso de frejol con seco de pollo	Locro de zapallo	Pescado con camote y brócoli
	Medio vaso de refresco de preferencia de frutas naturales que contenga vitamina C: carambola, maracuyá, naranja, piña, tumbo de los que más le agrada						
	Fruta de estación o temporada (granadilla, manzana, mango, plátano, papaya, naranja, mandarina, limón etc)						
Media Tarde	Mazamorra morada	Leche con galletas o pan	Arroz sambita	Gelatina con leche	Mazamorra con piña	Guiso de durazno	Leche con galletas o pan
CENA	Estofado de pollo	Matasquita con carne	Segundo de fideos con carne	Locro de zapallo	Estofado de carne	Seco de carne	Pollo sancochado con arroz

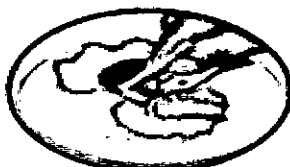
NIÑOS DE 6 A 8 MESES: APLASTADOS – PURE -PAPILLAS

<p style="text-align: center;">Puré con Hígado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papa • Zapallo • Hígado de pollo • Media cucharada de aceite vegetal 		<p style="text-align: center;">Puré con Pescado</p> <ul style="list-style-type: none"> • Yuca • Pescado • Espinaca • Media cucharada de aceite vegetal 	
<p style="text-align: center;">Puré con Pollo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Camote • Pollo • Media cucharada de aceite vegetal 		<p style="text-align: center;">Puré con Sangrecita</p> <ul style="list-style-type: none"> • Papa amarilla • Zanahoria cocida • Sangrecita sancochada • Media cucharada de aceite vegetal 	

En la preparación de comidas para niños entre 6 a 12 meses, no se debe agregar SAL, AZUCAR, con el fin de prevenir enfermedades como la diabetes, hipertensión, etc. (Organización Mundial de la Salud).

Para preparar las papillas, debemos coger los alimentos de la olla familiar o sancocharlos por separado hasta que estén suaves, luego se aplasta con un tenedor todos los ingredientes hasta obtener una papilla de consistencia suave como la miel, y luego dale de comer a tu niño con paciencia y buen humor.

"A partir de los seis meses agrega 1 sobre de MICRONUTRIENTES a una comidita principal de tu Niño o Niña, durante 12 meses seguidos para evitar la Anemia"



Vacía todo el sobre en la porción separada de comida tibia.



Mézcla bien, hasta que no se note el MICRONUTRIENTE.



Dale de comer la porción preparada.

ANEXO 4 DIPTICOS

Ca Salud Alimentar

EVITA LA ANEMIA

DANDO A TU NIÑO O NIÑA DESDE LOS 6 MESES HASTA LOS 2 AÑOS 11 MESES DE EDAD LA CHISPITAS-ESTRELLITAS NUTRICIONAL

CHISPITAS-ESTRELLITAS nutricionales

¡Para cuidar la vida!

Nombre del niño: _____ Edad: _____
 Nombre de la madre: _____

¿Qué es la Anemia?

Es una enfermedad producida por la falta de hierro en la sangre

¿Cómo Afecta la Anemia a los Niños y Niñas?

- No tiene apetito
- Se enferma fácilmente
- Se cansa rápido
- Bajo crecimiento y desarrollo
- No rinde en el estudio

¿Cómo evitar la Anemia?

CONSUMIENDO ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

		6 - 8 meses	
		9 - 11 meses	
		Mayores de 1 año	

CON LAS CHISPITAS-ESTRELLITAS NUTRICIONALES

¡Para cuidar la vida!

Micronutrientes	Cantidad
Hierro (mg)	12.5
Zinc (mg)	5
Acido Fólico (µg)	160
Vitamina A (µg R2)	300
Vitamina C (mg)	30

Es lo que necesita tu niño, para crecer sano y fuerte.

Así se preparan las CHISPITAS-ESTRELLITAS Nutricionales

¡Tu niño o niña apreciará!

Brindar un ambiente de afecto cómodo y seguro:

Mesa y silla de acuerdo a su tamaño Su plato, taza y cuchara Ayúdalo a comer cuando necesite

Recuerda...

- Debes estar atento a su necesidad, acompáñale siempre a la hora de comer.
- Ofrece la comida en bocados pequeños y concédele el tiempo suficiente para tomarlos.
- Enséñale a lavarse las manos antes de cada comida y después de ir al baño, así como a cepillarse los dientes después de comer.

Cuando la niña o el niño está enfermo:

¿Qué siente?

¿Qué debemos hacer?

- Dale 6 a 7 comidas pequeñas al día
- Dale tu pecho mas seguido.
- Ofrecele alimentos suaves y que le gusten mas.
- Dale con más frecuencia líquidos
- Bríndale más atención

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL NIÑO Y LA NIÑA

9 - 11 meses

Aliméntalo con Amor, Paciencia y Buen Humor

ANEXO 5 FICHA DE VISITA DOMICILIARIA


GOBIERNO REGIONAL APURÍMAC
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC
 RED DE SALUD GRUPO

<small>FORMULARIO DE VISITAS DOMICILIARIAS PARA EL MANEJO INTEGRAL A NIÑOS MENORES DE 14 AÑOS Y GESTANTES CON RIESGO NUTRICIONAL Y OTROS FACTORES DE RIESGO DE SALUD</small>		<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>		
<small>MOTIVO DE LA VISITA</small>		<small>ACUERDOS NEGOCIADOS</small>		<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>
<small>MOTIVO DE LA VISITA</small>		<small>ACUERDOS NEGOCIADOS</small>		<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>
<small>MOTIVO DE LA VISITA</small>		<small>ACUERDOS NEGOCIADOS</small>		<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>
<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° DE VISITAS</small> 1° _____ 2° _____ 3° _____	<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>	<small>FIRMA (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD)</small>
<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° DE VISITAS</small> 1° _____ 2° _____ 3° _____	<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>	<small>FIRMA (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD)</small>
<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° DE VISITAS</small> 1° _____ 2° _____ 3° _____	<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>	<small>FIRMA (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD)</small>
<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° HC</small> _____ <small>Problema</small> _____ <small>Examen de</small> _____ <small>Donación</small> _____ <small>Fecha</small> ____/____/____	<small>N° DE VISITAS</small> 1° _____ 2° _____ 3° _____	<small>FECHA DE REPORTE</small>	<small>SECTOR</small>	<small>FIRMA (NOMBRE Y APELLIDOS DEL PERSONAL DE SALUD)</small>

ANEXO 6 ROTAFOLIOS

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
Dirección Regional de Salud de Apurímac

**ROTAFOLIO SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES
EN NIÑOS Y NIÑAS**

The rotafolio features several illustrations: a child drinking from a bottle, a plate of food divided into sections, a box of supplements, a bottle of liquid supplement, and several capsules. The text 'Vitamina A' is visible near the capsules.

**Niños(as) Sanos
e Inteligentes con
Lactancia
Materna**

GOBIERNO REGIONAL DE APURÍMAC
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD APURÍMAC

**Nutri
wawa**

ANEXO 7 FUENTES DE DATOS SIEN DIRESA 2018

PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS QUE ACUDEN A LOS EE.SS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC							CRONICO 2015	
Nro.	Rmf	MtreaRmf	Codipo	Direc. (P.S.)	Nº DE REGISTROS	Nº DE EVALUADOS	N	%
251	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2596	P.S. COTAHUARCAY	89	89	2	2.25%
252	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11938	P.S. CHISE	37	37	1	2.70%
253	GRAU	VILCABAMBA	2606	P.S. SAN ANTONIO (VILCABAMBA)	135	135	25	18.52%
254	GRAU	VILCABAMBA	7429	P.S. CCONCHACCOTA	216	216	82	37.96%
255	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7438	P.S. SONCCOCCOCHA	325	324	89	27.47%
256	GRAU	VILCABAMBA	2603	P.S. CCONCCACCA	1691	1690	514	30.41%
257	GRAU	VILCABAMBA	7426	P.S. HUAYO	415	415	175	42.17%
258	GRAU	VILCABAMBA	7428	P.S. PICOSAYHUAS	331	331	161	48.64%
259	GRAU	VILCABAMBA	13211	P.S. KULLCO	205	205	147	71.71%
260	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2690	P.S. YUMIRI	166	166	84	50.60%
261	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7422	P.S. HUICHIHUA	66	66	40	60.61%
262	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7425	P.S. RATCAY	299	299	84	28.09%
263	GRAU	VILCABAMBA	2600	P.S. MAMARA	498	498	60	12.05%
264	GRAU	VILCABAMBA	7349	P.S. PACCAYURA	114	114	35	30.70%
265	GRAU	VILCABAMBA	7436	P.S. QUISCABAMBA	23	23	2	8.70%
266	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2608	P.S. TURPAY	380	380	153	40.26%
267	GRAU	VILCABAMBA	2599	P.S. HUAYLLATI	575	575	227	39.48%
268	GRAU	VILCABAMBA	2601	P.S. AYRIHUANCA	475	475	128	26.95%
269	GRAU	VILCABAMBA	2609	C.S. VILCABAMBA	1068	1067	155	14.53%
270	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2602	P.S. PATAYPAMPA	452	452	183	40.49%
271	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7423	P.S. CHAPIMARCA	159	159	21	13.21%
272	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	8820	P.S. MARCCECCA	136	136	69	50.74%
273	GRAU	VILCABAMBA	7347	P.S. CCASANCCA	278	278	92	33.09%
274	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11640	P.S. KILCATA	138	138	74	53.62%
275	GRAU	VILCABAMBA	2604	P.S. PAMPAHUITE	322	322	154	47.83%
276	GRAU	VILCABAMBA	7427	P.S. CCORICHICHINA	388	386	167	43.26%
277	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2594	C.S. TOTORA OROPESA	1193	1192	325	27.27%
278	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2598	P.S. CURPAHUASI	785	783	276	35.25%
279	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2610	P.S. VIRUNDO	509	508	209	41.14%
280	GRAU	VILCABAMBA	2605	C.S. PROGRESO	1494	1493	448	30.01%
281	GRAU	VILCABAMBA	13212	P.S. TAMBO	99	99	25	25.25%
282	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2595	C.S. SAN CAMILO DE LELIS (CHUQUIBAMBILLA)	2526	2524	440	17.43%
283	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2607	P.S. SANTA ROSA	348	348	106	30.46%
284	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7424	P.S. PATA PATA	164	164	87	53.05%
285	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7437	P.S. PIYAY	142	142	46	32.39%
286	GRAU	VILCABAMBA	2597	P.S. CURASCO	844	844	283	33.53%

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC 2015

PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN A LOS EE.SS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC									
Nro.	Red	MicroRed	Codigo	Despl. Est.	Nº DE REGISTROS	Nº DE EVALUADOS	CRONICO-2016		
							N	%	
250	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2596	P.S. COTAHUARCA	85	85	9	10.59%	
251	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11938	P.S. CHISE	36	36	2	5.56%	
252	GRAU	VILCABAMBA	2606	P.S. SAN ANTONIO (VILCABAMBA)	164	164	42	25.61%	
253	GRAU	VILCABAMBA	7429	P.S. CCONCHACCOTA	273	273	125	45.79%	
254	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7438	P.S. SONCCOCCOCHA	253	253	85	33.60%	
255	GRAU	VILCABAMBA	2603	P.S. CCONCCACCA	1623	1623	570	35.12%	
256	GRAU	VILCABAMBA	7426	P.S. HUAYO	396	396	159	40.15%	
257	GRAU	VILCABAMBA	7428	P.S. PICOSAYHUAS	341	341	135	39.59%	
258	GRAU	VILCABAMBA	13211	P.S. KULLCO	194	194	115	59.28%	
259	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2690	P.S. YUMIRI	88	88	30	34.09%	
260	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7422	P.S. HUICHIHUA	58	58	31	53.45%	
261	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7425	P.S. RATCAY	206	206	79	38.35%	
262	GRAU	VILCABAMBA	2600	P.S. MAMARA	444	444	74	16.67%	
263	GRAU	VILCABAMBA	7349	P.S. PACCAYURA	143	143	31	21.68%	
264	GRAU	VILCABAMBA	7436	P.S. QUISCABAMBA	5	5	0	0.00%	
265	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2608	P.S. TURPAY	374	374	113	30.21%	
266	GRAU	VILCABAMBA	2599	P.S. HUAYLLATI	349	349	129	36.96%	
267	GRAU	VILCABAMBA	2601	P.S. AYRIHUANCA	457	457	156	34.14%	
268	GRAU	VILCABAMBA	2609	C.S. VILCABAMBA	990	990	144	14.55%	
269	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2602	P.S. PATAYPAMPA	349	348	145	41.67%	
270	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7423	P.S. CHAPIMARCA	125	125	34	27.20%	
271	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	8820	P.S. MARCCECCA	99	99	40	40.40%	
272	GRAU	VILCABAMBA	7347	P.S. CCASANCCA	333	333	101	30.33%	
273	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11640	P.S. KILCATA	130	130	59	45.38%	
274	GRAU	VILCABAMBA	2604	P.S. PAMPAHUITE	307	307	172	56.03%	
275	GRAU	VILCABAMBA	7427	P.S. CCORICHICHINA	270	270	110	40.74%	
276	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2594	C.S. TOTORA OROPESA	1092	1092	324	29.67%	
277	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2598	P.S. CURPAHUASI	671	671	222	33.08%	
278	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2610	P.S. VIRUNDO	494	494	181	36.64%	
279	GRAU	VILCABAMBA	2605	C.S. PROGRESO	1544	1544	384	24.87%	
280	GRAU	VILCABAMBA	13212	P.S. TAMBO	98	98	27	27.55%	
281	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2595	C.S. SAN CAMILO DE LELIS (CHUQUIBAMBILLA)	2072	2072	366	17.66%	
282	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2607	P.S. SANTA ROSA	357	357	84	23.53%	
283	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7424	P.S. PATA PATA	105	105	63	60.00%	
284	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7437	P.S. PIYAY	147	147	60	40.82%	
285	GRAU	VILCABAMBA	2597	P.S. CURASCO	759	759	198	26.09%	

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC 2016

PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN A LOS EE.SS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC									
Nro	Red	MicroRed	Codigo	Desc. (Est)	Nº DE REGISTROS	Nº DE EVALUADOS	CRONICO 2017		
							N	%	
250	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2596	P.S. COTAHUARCA	84	84	8	9.52%	
251	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11938	P.S. CHISE	26	26	2	7.69%	
252	GRAU	VILCABAMBA	2606	P.S. SAN ANTONIO (VILCABAMBA)	130	130	28	21.54%	
253	GRAU	VILCABAMBA	7429	P.S. CCONCHACCOTA	257	257	101	39.30%	
254	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7438	P.S. SONCCOCCOCHA	224	224	90	40.18%	
255	GRAU	VILCABAMBA	2603	P.S. CCONCCACCA	1517	1515	463	30.56%	
256	GRAU	VILCABAMBA	7426	P.S. HUAYO	430	429	144	33.57%	
257	GRAU	VILCABAMBA	7428	P.S. PICOSAYHUAS	302	302	108	35.76%	
258	GRAU	VILCABAMBA	13211	P.S. KULLCO	113	113	36	31.86%	
259	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2690	P.S. YUMIRI	74	74	17	22.97%	
260	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7422	P.S. HUICHIHUA	59	59	26	44.07%	
261	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7425	P.S. RATCAY	184	184	76	41.30%	
262	GRAU	VILCABAMBA	2600	P.S. MAMARA	271	271	55	20.30%	
263	GRAU	VILCABAMBA	7349	P.S. PACCAYURA	120	120	22	18.33%	
264	GRAU	VILCABAMBA	7436	P.S. QUISCABAMBA	10	10	0	0.00%	
265	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2608	P.S. TURPAY	304	304	91	29.93%	
266	GRAU	VILCABAMBA	2599	P.S. HUAYLLATI	304	304	74	24.34%	
267	GRAU	VILCABAMBA	2601	P.S. AYRIHUANCA	388	388	127	32.73%	
268	GRAU	VILCABAMBA	2609	C.S. VILCABAMBA	922	922	131	14.21%	
269	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2602	P.S. PATAYPAMPA	333	333	134	40.24%	
270	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7423	P.S. CHAPIMARCA	97	97	36	37.11%	
271	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	8820	P.S. MARCCECCA	74	74	2	2.70%	
272	GRAU	VILCABAMBA	7347	P.S. CCASANCCA	275	275	87	31.64%	
273	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11640	P.S. KILCATA	125	125	79	63.20%	
274	GRAU	VILCABAMBA	2604	P.S. PAMPAHUITE	315	315	104	33.02%	
275	GRAU	VILCABAMBA	7427	P.S. CCORICHICHINA	221	221	85	38.46%	
276	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2594	C.S. TOTORA OROPESA	1324	1324	361	27.27%	
277	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2598	P.S. CURPAHUASI	531	531	156	29.38%	
278	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2610	P.S. VIRUNDO	479	479	165	34.45%	
279	GRAU	VILCABAMBA	2605	C.S. PROGRESO	1251	1251	285	22.78%	
280	GRAU	VILCABAMBA	13212	P.S. TAMBO	96	96	25	26.04%	
281	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2595	C.S. SAN CAMILO DE LELIS (CHUQUIBAMBILLA)	2073	2072	352	16.99%	
282	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2607	P.S. SANTA ROSA	382	382	85	22.25%	
283	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7424	P.S. PATA PATA	79	79	32	40.51%	
284	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7437	P.S. PIYAY	182	182	72	39.56%	
285	GRAU	VILCABAMBA	2597	P.S. CURASCO	697	697	150	21.52%	

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC 2017

PREVALENCIA DE DESNUTRICION CRONICA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS QUE ACUDEN A LOS EE.SS DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC									
Nro.	Red	MieroRed	Codigo	Dere Est.	Nº DE REGISTROS	Nº DE EVALUADOS	CRONICO		
							N	%	
1	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2595	C.S. SAN CAMILO DE LELIS (CHUQUIBAMBILLA)	832	832	128	15.38%	
2	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2607	P.S. SANTA ROSA	152	152	39	25.66%	
3	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7424	P.S. PATA PATA	21	21	13	61.90%	
4	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7437	P.S. PIYAY	85	85	20	23.53%	
5	GRAU	VILCABAMBA	2597	P.S. CURASCO	267	267	61	22.85%	
6	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2594	C.S. TOTORA OROPESA	666	666	170	25.53%	
7	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2598	P.S. CURPAHUASI	220	220	66	30.00%	
8	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2610	P.S. VIRUNDO	197	197	61	30.96%	
9	GRAU	VILCABAMBA	2605	C.S. PROGRESO	528	528	147	27.84%	
10	GRAU	VILCABAMBA	13212	P.S. TAMBO	39	39	9	23.08%	
11	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11640	P.S. KILCATA	42	42	29	69.05%	
12	GRAU	VILCABAMBA	2604	P.S. PAMPAHUITE	116	116	34	29.31%	
13	GRAU	VILCABAMBA	2653	P.S. TAMBORACCAY	59	59	10	16.95%	
14	GRAU	VILCABAMBA	7427	P.S. CCORICHICHINA	75	75	30	40.00%	
15	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2602	P.S. PATAYPAMPA	150	150	65	43.33%	
16	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7423	P.S. CHAPIMARCA	46	46	14	30.43%	
17	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	8820	P.S. MARCCECCA	35	35	1	2.86%	
18	GRAU	VILCABAMBA	7347	P.S. CCASANCCA	98	98	32	32.65%	
19	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2608	P.S. TURPAY	131	131	38	29.01%	
20	GRAU	VILCABAMBA	2599	P.S. HUAYLLATI	138	138	24	17.39%	
21	GRAU	VILCABAMBA	2601	P.S. AYRIHUANCA	140	140	50	35.71%	
22	GRAU	VILCABAMBA	2609	C.S. VILCABAMBA	360	360	69	19.17%	
23	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2690	P.S. YUMIRI	44	44	16	36.36%	
24	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7422	P.S. HUICHIHUA	28	28	7	25.00%	
25	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7425	P.S. RATCAY	97	97	37	38.14%	
26	GRAU	VILCABAMBA	2600	P.S. MAMARA	156	156	21	13.46%	
27	GRAU	VILCABAMBA	7349	P.S. PACCAYURA	57	57	9	15.79%	
28	GRAU	VILCABAMBA	7436	P.S. QUISCABAMBA	8	8	1	12.50%	
29	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	2596	P.S. COTAHUARCAY	33	33	6	18.18%	
30	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	11938	P.S. CHISE	2	2	0	0.00%	
31	GRAU	VILCABAMBA	2606	P.S. SAN ANTONIO (VILCABAMBA)	51	51	17	33.33%	
32	GRAU	VILCABAMBA	7429	P.S. CCONCHACCOTA	116	116	29	25.00%	
33	GRAU	CHUQUIBAMBILLA	7438	P.S. SONCCOCCOCHA	76	76	27	35.53%	
34	GRAU	VILCABAMBA	2603	P.S. CCONCCACCA	576	575	178	30.96%	
35	GRAU	VILCABAMBA	7426	P.S. HUAYO	123	123	40	32.52%	
36	GRAU	VILCABAMBA	7428	P.S. PICOSAYHUAS	149	149	53	35.57%	
37	GRAU	VILCABAMBA	13211	P.S. KULLCO	28	28	8	28.57%	

DIRECCION REGIONAL DE SALUD APURIMAC 2018

ANEXO 8

FICHA DE EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL



DIRESA	RED	MICRORED	EE.SS.

GUÍA PARA EVALUAR DESEMPEÑO O HABILIDADES EN LA CONSEJERÍA NUTRICIONAL	
FECHA: _____ / _____ / _____	
TELÉFONO: _____	
DIRECCIÓN: _____	
DATOS GENERALES	
DIRESA/ GERESA:	RED:
ESTABLECIMIENTO SALUD:	
ÁMBITO: 1 Urbana 2 Rural: 3: Urbano marginal	
EDAD:	GRUPO OCUPACIONAL 1. Profesional 2. Técnico Asistencial 3. Auxiliar
¿FUE CAPACITADO EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL?	1. Si 2. No
¿QUIEN REALIZÓ LA CAPACITACIÓN EN LA CUAL PARTICIPÓ? 1. DGSP 2. DGPS 3. CENAN 4. DIRESA 5. RED 6. MICRORED 7. OTROS _____	
¿HACE CUÁNTO TIEMPO RECIBIÓ LA CAPACITACIÓN? 1. ≤ 1 año 2. > 1 año 3. > 2 años 4. Más de 3 años	
INTERLOCUTOR: 1. Padre 2. Madre 3. Gestante 4. Otros _____	EDAD:
NOMBRE Y APELLIDO DEL EVALUADOR:	
PROFESIÓN / CARGO:	INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE 1. DGSP 2. DGPS 3. CENAN 4. DIRESA 5. RED 6. MICRORED 7. OTROS _____

ASPECTOS A EVALUAR EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL		
HABILIDADES COMUNICACIONALES TRANSVERSALES	Bueno (1)	Necesita mejorar (0)
a. Hace que el usuario se sienta cómodo para entablar una comunicación adecuada.		
b. Hace gestos o evidencia postura corporal que apoya su actitud y demuestra interés por el usuario.		
c. Demuestra actitud de escucha.		
d. Respeta, reconoce y elogia lo que hace bien, piensa y siente el usuario.		
e. Da mensajes claros, concretos, convincentes y suficientes.		
I. PRIMER MOMENTO: EXPLICACIÓN DE LA SITUACIÓN ENCONTRADA		
1.1 Crea confianza y familiaridad para abrir la conversación.		
1.2 Utiliza la información de la historia clínica y la transmite con lenguaje sencillo.		
1.3 Ofrece argumentos y ejemplos que aseguren el interés por el tema a tratar.		
1.4 Se asegura de que la explicación ha sido clara.		
1.5 Verifica el cumplimiento de los acuerdos de la anterior cita.		
1.6 Analiza los factores de éxito.		

II. SEGUNDO MOMENTO: ANALISIS DE FACTORES CAUSALES O RIESGOS		
2.1. Analiza causas o riesgos potenciales relacionadas a la presencia de enfermedades.		
2.2. Hace preguntas sobre los factores culturales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: religión, procedencia, creencias, mitos, costumbres, etc.).		
2.3. Hace preguntas sobre los factores económicos en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: actividad de los padres, ingresos, etc.).		
2.4. Hace preguntas sobre los factores sociales en la disponibilidad y accesibilidad para la adquisición y consumo de alimentos (ejm.: participación en programas sociales tales como el PIN, Vaso de Leche, etc.).		
2.5. Utiliza y registra correctamente en los formatos de la historia alimentaria.		
Evalúa si la niña o niño está recibiendo leche materna.		
Evalúa si la técnica de lactancia materna es adecuada.		
Evalúa si la frecuencia de lactancia materna es la adecuada.		
Evalúa si el niño o niña recibe leche no materna.		
Evalúa si la niña o niño recibe agüitas.		
Evalúa si la niña o niño recibe otro tipo de alimentos (principalmente niñas y niños < 6 meses).		
Evalúa la combinación diaria de alimentos.		
Evalúa la consistencia de las preparaciones.		
Evalúa la cantidad de la porción por comida principal (referencia = cucharadas, plato o ambos).		
Evalúa la frecuencia de alimentación diaria (cuántas veces come al día).		
Evalúa el consumo diario de alimentos de origen animal ricos en hierro.		
Evalúa el consumo diario de frutas y verduras (principalmente fuente de vitamina A y C).		
Evalúa la inclusión de grasa en la comida principal de la niña o niño.		
Evalúa si la niña o niño recibe alimento en su propio plato.		
Evalúa si añade sal yodada a la comida familiar.		
Evalúa si le dieron suplemento de hierro a la niña o niño, gestante, madre que da de lactar.		
Evalúa si le dieron suplemento de vitamina A.		
Evalúa consumo de menestras.		
2.6. Evalúa si el usuario tiene acceso a servicios básicos: agua y desagüe.		
2.7. Hace preguntas que le permiten conocer y analizar con el usuario la situación y las posibilidades para llevar a cabo nuevos comportamientos propuestos o afianzar los existentes.		
2.8. Deja espacio para la reflexión.		
2.9. Utiliza la información del usuario para hacer el análisis.		
2.10. Hace preguntas para que el usuario explique su situación y sus preocupaciones.		

III. MOMENTO: BÚSQUEDA DE ALTERNATIVAS DE SOLUCIÓN Y TOMA DE ACUERDOS	Bueno (1)	Necesita mejorar (0)
3.1. Evalúa con el usuario lo que es práctico de hacer con el apoyo familiar.		
3.2. Busca y propone alternativas de solución junto con el usuario que respondan a la situación encontrada.		
3.3. Prioriza y brinda la cantidad de información que puede ser recordada y seguida (dos o tres recomendaciones de acuerdo con la situación encontrada).		
3.4. Verifica el entendimiento de los acuerdos negociados (retroalimentación).		
3.5. Explica que son acuerdos (compromisos), y que no sólo son recomendaciones o mensajes.		
3.6. Establece acuerdos (compromisos) concretos y factibles con el usuario.		
3.7. Establece acuerdos en función al análisis de la información dada por el usuario.		
IV. CUARTO MOMENTO: REGISTRO DE ACUERDOS	SI	NO
4.1. Registra en la historia clínica los acuerdos (compromisos).		
4.2. Registra los acuerdos en una hoja para que el usuario se lo lleve por escrito.		
4.3. Motiva al usuario a ponerlos en práctica con el apoyo de su familia.		
V. QUINTO MOMENTO: SEGUIMIENTO DE ACUERDOS	SI	NO
5.1. Realizó el seguimiento de los acuerdos tomados en anteriores consejerías.		
5.2. Concreta con el usuario la fecha para la próxima cita.		
5.3. Insiste en las ventajas del cumplimiento de los acuerdos tomados con el usuario antes de despedirse.		
TOTAL		
MATERIAL DE EXAMEN NUTRICIONAL ANTROPOMÉTRICO: Curvas Clínicas NCHS <input type="checkbox"/> Curvas Clínicas OMS <input type="checkbox"/> Tablas CENAN <input type="checkbox"/> Carné CRED <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		
MATERIAL EDUCATIVO DE APOYO UTILIZADO: Laminado <input type="checkbox"/> Rotafolio <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Tríptico <input type="checkbox"/> Recetario <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		
MATERIAL DE CONSULTA UTILIZADO: <i>Lineamientos de Nutrición Materno Infantil 2004</i> <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____		
OBSERVACIONES		

ANEXO 9 REPORTE HIS MINSA



REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

PERÚ - 2014 - MES / AÑO / UGEL - CENTRO DE SALUD DE SALUD ECONOMIZADA - PUNTAO - CENTRO DE SALUD DE SALUD ECONOMIZADA

4. ATENCIÓN DEL REGIMEN PASIVO

Actividad	Atiende	No atiende	Total
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			

Actividad	Atiende	No atiende	Total
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			

Actividad	Atiende	No atiende	Total
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			

Actividad	Atiende	No atiende	Total
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			

Actividad	Atiende	No atiende	Total
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			
Atención de Emergencias			
Atención de Urgencias			

Los datos estadísticos que se reportan en este formulario corresponden a los datos que se reportan en el formulario de Atención Integral de Salud del Niño (AISN) y en el formulario de Atención Integral de Salud del Niño (AISN).

Elaborado en: [Fecha] y Reportado en: [Fecha]

5. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

Edad	Atiende	No atiende	Total
0 a 1 años			
1 a 2 años			
2 a 3 años			
3 a 4 años			
4 a 5 años			
5 a 6 años			
6 a 7 años			
7 a 8 años			
8 a 9 años			
9 a 10 años			
10 a 11 años			
11 a 12 años			

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

OSIMA / RD / NR / 1998 1-6 - SECCIONES - PUESTO DE SALUD COORDINADA Período: DEL MES AL SECCIONARSE 2000

Según ETAPAS DE VIDA / Ambiente / TODOS LOS SEXOS

I. ATENCIÓN DEL NIÑO NACIDO

A) Atención neonatal

ACTIVIDADES	NO	SI
Atención neonatal		
Tratamiento Neonatal (Pretermo, Anemia, etc.)		
Vacunación Neonatal y Auditiva		
Control de Piel y Piel con la madre		
Alimentación Complementaria		
Intervención de Infección del Niño		

B) Atención de los Niños Menores de 5 años

ACTIVIDADES	NO	SI
Atención de Niños Menores de 5 años		
Parasitoscopia		
Control de crecimiento		
Atención de Niños Menores de 5 años		
Atención de Niños Menores de 5 años		
Atención de Niños Menores de 5 años		
Atención de Niños Menores de 5 años		
Atención de Niños Menores de 5 años		
Atención de Niños Menores de 5 años		
Atención de Niños Menores de 5 años		

C) Control de Nutrición

ACTIVIDADES	NO	SI
Control de Nutrición		
Control de Nutrición		
Control de Nutrición		

D) Mortalidad Neonatal

CAUSAS DE MORTALIDAD	NO	SI
Síndrome de Distres Respiratorio		
Síndrome de Asfiksia Neonatal		
Asfiksia Neonatal		
Septicemia Neonatal		
Encefalopatía		
Síndrome de Inmadurez		
Neurorragia Intraventricular		

E) Mortalidad Infantil

CAUSAS DE MORTALIDAD	NO	SI
1-3,000 gr.		
1,000 a 1,499 gr.		
1,500 a 2,499 gr.		
2,500 a 4,000 gr.		
4,000 y más gr.		
No especificada		

La información de este informe deberá ser complementada con los datos estadísticos que se obtengan de los registros de Atención, Reporte de Infección, Control de Nutrición, etc.

Reporte de Mortalidad
Módulo de Atención y Reporte de Mortalidad
Certificado de Defunción

II. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Grupos de Edad	Número de niños en el mes												Total	Muestra representativa		
	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a	11a	12a				
De 0 a 7 años																
De 0 a 1 año																
De 1 a 2 años																
De 2 a 3 años																
De 3 a 4 años																
De 4 a 5 años																
De 5 a 6 años																
De 6 a 7 años																

Grupos de Edad	Número de niños en el mes												Total	Muestra representativa		
	1a	2a	3a	4a	5a	6a	7a	8a	9a	10a	11a	12a				
De 0 a 7 años																
De 0 a 1 año																
De 1 a 2 años																
De 2 a 3 años																
De 3 a 4 años																
De 4 a 5 años																
De 5 a 6 años																
De 6 a 7 años																

III. VACUNAS

ACTIVIDADES	NO	SI
1. Desarrollo de Atención		
2. Desarrollo de Atención		

IV. ADMINISTRACIÓN DE PROGRAMAS ANTIPARASITARIA

ACTIVIDADES	NO	SI
Administración de Programas Antiparasitario		

V. ADMINISTRACIÓN DE RESOLUCIONES

ACTIVIDADES	NO	SI
Administración de Resoluciones		

VI. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

ACTIVIDADES	NO	SI
Lactancia Materna Exclusiva		

VII. ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

ACTIVIDADES	NO	SI
Alimentación Complementaria		

VIII. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

ACTIVIDADES	NO	SI
Evaluación del Estado Nutricional		

IX. EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 05 años a 08 años

ACTIVIDADES	NO	SI
En los Niños y Niñas de 05 años a 08 años		

X. EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 09 años a 12 años

ACTIVIDADES	NO	SI
En los Niños y Niñas de 09 años a 12 años		

XI. EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 13 años a 18 años

ACTIVIDADES	NO	SI
En los Niños y Niñas de 13 años a 18 años		

II. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

ACTIVIDADES	NO	SI
Evaluación del Desarrollo		

III. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

ACTIVIDADES	NO	SI
Plan de Atención Integral		

IV. COBERTURA

ACTIVIDADES	NO	SI
Cobertura		

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

UNIDAD / BDO / NR / BDO N.º - MUNICIPIO - PUERTO DE SALUD COORDINADA PERIODO: DICIEMBRE AL 31-DICIEMBRE 2014

A. ATENCIÓN DEL BEBÉ NACIDO

Table with columns for activities: Atención Inicial, Vacunación neonatal, Control de peso y desarrollo, etc.

Table with columns for results: Participación de padres, Control de peso y desarrollo, etc.

Table with columns for coverage: Atención Inicial, Vacunación neonatal, etc.

Table with columns for diseases: Bronquitis, Neumonías, etc.

Table with columns for nutritional status: < 1,000 gr., 1,000 a 3,499 gr., etc.

Table with columns for data: Fecha de nacimiento, Edad en meses, etc.

Observaciones: (Escriba las actividades y número de firmas)

B. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Growth chart table for children aged 0-23 months, showing weight, height, and head circumference over time.

Growth chart table for children aged 2-5 years, showing weight, height, and head circumference over time.

C. VACUNAS

Table for vaccination activities: Detección de Anemia, Control de Parasitosis, etc.

D. ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIPARASITARIA

Table for anti-parasitic prophylaxis administration across different age groups.

E. ADMINISTRACIÓN DE ANÁLISIS DE SANGRE

Table for blood analysis administration across different age groups.

Table for anemia screening activities across different age groups.

F. LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Table for exclusive breastfeeding activities.

G. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Table for nutritional status evaluation activities.

Table for complementary feeding activities.

Table for iron deficiency anemia screening activities.

H. EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 05 años a 08 años

Table for children aged 5-8 years, including growth and development data.

Table for children aged 9-11 years, including growth and development data.

I. EN LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 08 a 11 años

Table for children aged 8-11 years, including growth and development data.

J. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Table for developmental evaluation activities across different age groups.

Table for developmental evaluation activities across different age groups.

K. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Table for integral care planning across different age groups.

L. CONSERVA

Table for conservation activities across different age groups.

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

CIRCULO / SED / HR / TERC. E.S. - GUB. - PUERTO DE SALUD EDUCATIVA
Cada Según FARMAS DE VIDA / Análisis / TODOS LOS DÍAS

Periodo: 01-Enero al 31-Diciembre 2017

I. ATENCIÓN DEL BEBÉ NACIDO

ACTIVIDADES		SI	NO
Atención Inmediata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tarjetas de Vigilancia (Puntaje, Medicación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartilla de Salud al niño con la madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenciones Conjuntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lactancia materna hasta 26 años	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES		SI	NO
Higiene adecuada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Política vacunal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención prenatal, Suplemento, Consultas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planeta, Ombelito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cartilla de Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atenciones (Post-natal / vacunación)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONDICIÓN	TOTAL DE NACIMIENTOS		Atenidos	Porcentaje
	SI	NO		
AN Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AN Distorsión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
AN Pretermo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES		SI	NO
Atención de Distorsión Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Asfixia Respiratoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Infección	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de VIT Deficiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES		SI	NO	CLASIFICACIÓN	Porcentaje
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atenidos	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atenidos	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atenidos	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atenidos	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atenidos	<input type="checkbox"/>

La información del presente reporte debe ser comprobada con fuentes confiables (libro de Nacimientos, Reporte de Partos, Cartilla de Salud, etc.)

Reservados todos los derechos. No se permite la explotación económica ni la transformación de esta obra. Queda permitida la impresión en su totalidad.

II. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Edad (Meses)	Peso	Nuestro niño crece y desarrolla												Evaluación			
		kg	g	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm	cm				
De 0 a 3 meses	3.0 - 5.0

Edad (Meses)	Nuestro niño adquiere habilidades												Evaluación				
	Grande	Mediana	Pequeña	Grande	Mediana	Pequeña	Grande	Mediana	Pequeña	Grande	Mediana	Pequeña					
De 0 a 3 meses

Actividad	ACTIVIDADES												Evaluación			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO				
1. Desarrollo de Anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIPARASITARIA

ACTIVIDADES	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Administración de Profilaxis Antiparasitaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV. ADMINISTRACIÓN DE INOCULACIONES

Actividad	ACTIVIDADES												Evaluación
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Administración de Vacunas y Preparados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES		SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ACTIVIDADES		SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

ACTIVIDADES		SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) En los Niños y Niñas de 25 años a < 35 años

Actividad	Suficiente		Poco		Deficiente	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividad	Suficiente		Poco		Deficiente	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C) En los Niños y Niñas de 35 a 55 años

Actividad	Suficiente		Poco		Deficiente	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. EVALUACIÓN DEL DESARROLLO

Actividad	Suficiente		Poco		Deficiente	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Actividad	Suficiente		Poco		Deficiente	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III. PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

Actividad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. CONCLUSIÓN

Actividad	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	Atención de Mala Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

REPORTE MENSUAL DE ACTIVIDADES ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

UBISA / SED / MIA / ESE 13 - 2008 - PUERTO DE SALUD COCOCOA Período: 01 JUNIO AL JULIO 2008

I. ATENCIÓN DEL SEÑALADO

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Atención Inicial, Vacunación, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Atención de Niños Hospitalizados, Atención de Niños con Enfermedades, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Inspecciones, Asesorías, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Atención de Niños con Enfermedades, Atención de Niños con Problemas, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Atención de Niños con Enfermedades, Atención de Niños con Problemas, etc.

La información del presente reporte debe ser corroborada con los registros de la Unidad de Atención, Reporte del Grupo, Cartilla de Seguimiento, etc.

El área de Atención y Salud de la Unidad de Atención, Reporte del Grupo, Cartilla de Seguimiento, etc.

II. CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Large table for growth and development control with columns for weight, height, head circumference, and age groups.

Large table for growth and development control, similar to the previous one but for a different set of data.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Atención de Niños con Enfermedades, Atención de Niños con Problemas, etc.

III. ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIPARASITARIAS

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Administración de Profilaxis Antiparasitaria, etc.

IV. ADMINISTRACIÓN DE MACRONUTRIENTES

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Administración de Macronutrientes, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Administración de Macronutrientes, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Administración de Macronutrientes, etc.

V. EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Evaluación del Estado Nutricional, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Evaluación del Estado Nutricional, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Evaluación del Estado Nutricional, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Evaluación del Estado Nutricional, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Evaluación del Estado Nutricional, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Evaluación del Estado Nutricional, etc.

Table with 2 columns: Actividad, Cantidad. Rows include Evaluación del Estado Nutricional, etc.