

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ROL EDUCATIVO DE ENFERMERÍA: REALIDAD, MITOS Y DESAFÍOS  
DE LA ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA EN LOS NIÑOS  
MENORES DE 3 AÑOS DEL PUESTO DE SALUD DE SAN JOSÉ –  
ANCÓN 2015 - 2017**

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

**MARÍA ELENA ÑAUPARI ALCOCER**

**CALLAO - 2018**

**PERÚ**



## ÍNDICE

	<b>Pág.</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b>	02
<b>I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	04
1.1 Descripción de la Situación Problemática	04
1.2 Objetivo	08
1.3 Justificación	08
<b>II MARCO TEÓRICO</b>	11
2.1 Antecedentes	11
2.2 Marco Conceptual	15
2.3 Definición de términos	35
<b>III EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	37
3.1 Recolección de datos	37
3.2 Experiencia Profesional	37
3.3 Procesos realizados en el tema	39
<b>IV RESULTADOS</b>	43
<b>V CONCLUSIONES</b>	46
<b>VI RECOMENDACIONES</b>	47
<b>VII REFERENCIALES</b>	48
<b>ANEXOS</b>	50

## INTRODUCCIÓN

En un determinado momento del desarrollo del niño la leche materna es insuficiente para satisfacer todas sus necesidades nutricionales, esto no significa que la leche materna haya perdido sus propiedades sino que es insuficiente. La leche materna es el alimento de vital importancia, durante el primer año de vida y siguiente, pero a partir de los seis meses el niño requiere que a su dieta se incorpore alimentos semisólidos, a lo que cual denominamos alimentación complementaria.

Las necesidades de energía y nutrientes del lactante empiezan a ser superiores a lo que puede aportar la leche materna, por lo que se hace necesaria la introducción de una alimentación complementaria. A esa edad el niño también está suficientemente desarrollado para recibir otros alimentos. Si no se introducen alimentos complementarios alrededor de los seis meses o si son administrados de forma inadecuada, el crecimiento del niño puede verse afectado.

- Se calcula que en 2016, a nivel mundial, 155 millones de niños menores de 5 años sufrían retraso del crecimiento y 52 millones presentaban un peso bajo para su talla; 41 millones tenían sobrepeso o eran obesos.
- Aproximadamente un 40% de los lactantes de 0 a 6 meses se alimentan exclusivamente con leche materna.

- Son pocos los niños que reciben alimentación complementaria segura y adecuada desde el punto de vista nutricional; en muchos países, menos de un cuarto de los niños de 6 a 23 meses cumplen los criterios de diversidad de la dieta y frecuencia de las comidas apropiados para su edad (1)

El presente informe de experiencia profesional titulado “Rol educativo de enfermería: realidad mitos y desafíos de la alimentación complementaria en el niño menor de 3 años”, tiene como objetivo determinar el rol educativo del profesional de enfermería y como este es parte fundamental para el desarrollo nutricional de los menores de 3 años.

El presente informe consta de VII capítulos, en **El capítulo I**: 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**: considera la presentación de la experiencia profesional, **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

OMS: La alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna. La transición de la lactancia exclusivamente materna a los alimentos familiares, lo que se denomina alimentación complementaria, normalmente abarca el período que va de los 6 a los 24 meses de edad. Este es un periodo crítico de crecimiento en el que las carencias de nutrientes y las enfermedades contribuyen a aumentar las tasas de desnutrición en los menores de cinco años a nivel mundial.

Durante esta etapa puede haber desconocimiento por parte de los encargados del cuidado del bebé de cómo debe ser la forma correcta de la introducción de alimentos (ablactación), y se incurre muchas veces en errores que pueden causarle desde deficiencias nutricionales que interfieren en su desarrollo y crecimiento, hasta problemas de alergias, intolerancias, diarreas, entre otros.

A nivel mundial, casi uno de cada cuatro niños menores de 5 años (165 millones, o el 26% en 2011) sufre desnutrición crónica, la tercera parte de las muertes de niños menores de 5 años son atribuibles a desnutrición. La desnutrición pone a los niños en una situación de riesgo de muerte y de

enfermedad grave debido a infecciones comunes en la infancia como neumonía, diarrea, paludismo y sarampión. Los niños con desnutrición aguda grave tienen nueve veces más probabilidades de morir que los niños que están nutridos de manera adecuada. Asimismo la desnutrición crónica, o baja estatura para la edad, se asocia con un anormal desarrollo del cerebro, lo que es probable que tenga consecuencias negativas en la vida de un niño a largo plazo. Estudios recientes de Brasil, Guatemala, India, Filipinas y Sudáfrica confirmaron la asociación entre desnutrición crónica y un menor rendimiento y asistencia a la escuela. Los estudios también concluyeron que la desnutrición vaticinaba un fracaso escolar. Una menor asistencia escolar y un empeoramiento en los resultados educativos se traducen en que estos niños ganarán menos cuando sean adultos

En el Perú, la pobreza sigue afectando alrededor del 50% de la población y la desnutrición crónica sigue el mismo patrón geográfico. Entre los pobres extremos, el 35% de los niños está desnutrido frente a un 13% entre los no pobres.

En el Perú se logró disminuir las cifras de desnutrición crónica infantil, acortándose la cifra a 425 mil siendo nuestra serranía la que presentó el mayor porcentaje de desnutrición crónica con 27,6% donde la situación de pobreza es marcada. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): en marzo de 2017 en el último año, "la desnutrición crónica en la población menor de cinco años de edad pasó de 14,4% a

13,1%, disminuyendo en 1,3 %, es decir, 39 mil 300 niñas y niños dejaron la condición de desnutridos".

Cabe recalcar que esta mejora se debió al trabajo en conjunto de los profesionales de salud los cuales tienen un rol educador y preventivo.

La anemia con relación a la frecuencia de comidas y consistencia de estas se encontró que el 88,1 % de niñas y niños de seis a nueve meses de edad recibieron algún alimento sólido o semisólido, destacando los alimentos hechos de grano, trigo o cereal (68,1 %), seguido de los hechos a base de carne/aves/pescado/huevo (65,4%), de tubérculos/raíces (64,7%)frutas/vegetales ricos en vitamina A (60,3%), alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla (54,3 %), y de otras frutas y vegetales (52,8%)

Esta mejora se puede atribuir al rol fundamental del trabajo que viene realizando el profesional de enfermería brindado una información adecuada de una correcta alimentación complementaria la cual debe iniciarse desde el 6to mes de vida y debe ser transmitida en presencia de familiares y allegados, que puedan posteriormente influir en la actitud materna. No debemos olvidar que el contacto y apoyo entre madres y padres también puede tener un efecto positivo en su duración por lo que los profesionales de enfermería debemos considerar la necesidad de dirigir a las madres de la manera más correcta de cómo asegurar una alimentación completa y según sus necesidades. Del mismo modo, el



personal de Enfermería puede dar a las madres consejos y recomendaciones durante la primera infancia para que el paso de la lactancia materna a la alimentación complementaria se realice de la mejor manera.

En el Puesto de Salud San José ubicado en el distrito de Ancón en el área de Crecimiento y Desarrollo se evidencian casos de anemia y desnutrición en niños menores de 3 años siendo estos los problemas de salud más comunes en los niños durante toda mi experiencia profesional los mismos que hacen que influya en la salud física y de desarrollo del niño. Según los datos estadísticos reportados por el SIEN se evidencia que los niños presentan durante el año dos periodos a más de Anemia Leve evidenciándose con ello la inadecuada puesta en práctica de las medidas adecuadas de alimentación complementaria dadas durante la consejería nutricional brindada durante el Control de Crecimiento y desarrollo la cual está dirigida a la madre, muy a pesar de recibir micronutrientes algunos niños persiste con problemas de Anemia. Por ello para evitar y/o prevenir la presencia de anemia y desnutrición en el niño menor de tres años el Rol educativo de Enfermería en el tema de Alimentación Complementaria en el niño de 6 meses, constituye un elemento fundamental para disminuir la prevalencia de Anemia y Desnutrición, así como de lograr un adecuado desarrollo psicomotor.

## **1.2 Objetivo:**

Describir la experiencia profesional del rol educativo de la enfermera: realidad mitos y desafíos de la alimentación complementaria en los niños menores de 3 años del Puesto de Salud San José 2015- 2017

## **1.3 Justificación:**

La adecuada alimentación durante los primeros años de vida es de suma importancia para que los niños se desarrollen tanto física como mentalmente, la salud y el desarrollo especialmente entre el momento de nacer hasta los 3 años de edad. Después de los seis meses, la lactancia materna exclusiva no es suficiente para satisfacer todos los requerimientos nutricionales de los bebés y niños pequeños, por lo que es necesario el consumo de alimentos semisólidos o llamados complementarios.

Por ello es muy importante que la madre tenga conocimientos acerca de la alimentación complementaria pues es ella quien va a introducir la alimentación en su niño. Es por tanto que los resultados a corto mediano y largo plazo de una mejora en la nutrición de los niños parte de un esfuerzo conjunto de los profesionales de salud y del entorno familiar. Por ello el profesional de Enfermería a lo largo del Programa de Crecimiento y Desarrollo, es responsable de impartir conocimientos a los padres de manera que motive en ellos un compromiso de mejora en la calidad de

alimentación de sus niños así como disminuir los índices de alteraciones en el estado nutricional como desnutrición, Anemia y obesidad.

El siguiente estudio servirá como información actualizada, eficaz y fehaciente a los profesionales que laboren en el área de CRED para que motiven y mejoren el proceso de aprendizaje de las madres mediante actividades dirigidas a incrementar los conocimientos sobre la alimentación complementaria, teniendo en cuenta los valores culturales, la condición social y otros, lo cual tiene como único fin mejorar la alimentación del niño.

**Nivel Teórico:** El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos de los profesionales de enfermería sobre una óptima alimentación complementaria en menores de 3 años, el rol educativo de la enfermera y los diversos desafíos y mitos que se tiene con respecto al tema ya antes expuesto

**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 a su vez nos demostrara que tanto conocimiento tienen las madres de familia con respecto a este tema

**Nivel Social:** A nivel social el informe beneficiará a todos los padres. Madres y profesionales de enfermería que son responsables de un crecimiento y desarrollo óptimo de los menores.

**Nivel Práctico:** A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador sobre la alimentación complementaria en los menores de 3 años

**Nivel Económico:** A nivel económico el presente informe permitirá dar conocer a las madres que para la alimentación complementaria existe una variedad de alimentos de bajo costo que al hacer las preparaciones adecuadas y balanceadas para la alimentación del niño, y administradas de acuerdo a la edad del niño permitirán prevenir y mantener una adecuada salud sin la presencia de problemas nutricionales.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes

#### **Antecedentes internacionales:**

**Bustamante N, Zhagñay P.** En el año 2014, realizaron la tesis titulada: "Estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al centro de desarrollo Infantil del Buen vivir "Los Pitufos" de la parroquia el Valle". Se empleó el diseño descriptivo corte trasversal. Y la población de estudio estuvo conformada por 200 niños /as, de las cuales se extrajeron una muestra de 193 niños/as. el instrumento utilizado fue la observación directa, la toma de peso y talla, interpretación de resultados mediante las curvas de crecimiento y el IMC (Índice de Masa Corporal) y como instrumento de trabajo se utilizó un formulario elaborado por las autoras, los datos fueron procesados y analizados mediante Microsoft word, excel y el programa SPSS. Los resultados demostraron que de 193 niños/as en el centro de desarrollo infantil del Buen Vivir "Los Pitufos", se identificó en relación peso/edad 179 niños/as están con peso normal y 14 con peso bajo para la edad. En relación a la talla/edad 153 niños/as están normales y 40 con baja talla. De acuerdo a la formula  $\text{Peso} / \text{Talla}$  150 niño/as están normales y 43 niño/as con desnutrición. En cuanto al Índice de Masa 11 Corporal (IMC) 187 niños/as están normales, 5 con sobrepeso y 1 con bajo peso. Las conclusiones fueron: Que la pobreza, la inestabilidad

familiar , la falta de conocimiento y educación de las madres, afecta el crecimiento y desarrollo de los niños/as, dando como cifras significativas que la desnutrición prevalece más en lactantes mayores de 0 a 11 meses con el 16.67% , mientras en niños mayores de 1 año solo llega al 10 %

**Rolandi M. C.** En el año 2014, realizó la tesis titulada: "Creencias, práctica alimentaria materna y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses". Se empleó el estudio descriptivo y transversal. Se seleccionaron 120 madres de niños de 6 a 24 meses a las cuales se les realizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas. El dato de peso y talla de los niños fue tomado de la historia clínica de los mismos. Se llevaron a cabo entrevistas estructuradas e individuales a 30 madres para conocer sus creencias en cuanto a lactancia materna, alimentación complementaria y hábitos alimentarios. En los resultados de la investigación encontraron que el 10 estado nutricional del 84% de los niños se encontraba dentro de los parámetros de normalidad. Se observó una ligera tendencia de las madres a subestimar el estado nutricional de sus hijos. 63% de los niños recibía Lactancia Materna al momento de la entrevista. Un 18% de los niños consumía bebidas azucaradas diariamente. El 58% inician la alimentación complementaria a los 6 meses. El enriquecimiento de las comidas con manteca o aceite fue una práctica frecuente. La diversidad alimentaria aumenta conforme aumenta la edad y es en general adecuada. 61% de las madres agregan sal a la comida de sus hijos.

Generalmente es la madre la encargada de la alimentación del menor. La mayoría de ellas piensa que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses y que es importante insistir con un mismo alimento frente a la neofobia. Las conclusiones fueron: El estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normalidad, en general las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales.

#### **Antecedentes Nacionales:**

Castro (2015): realiza la investigación titulada Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S SJ.M 2015 cuyo objetivo general es Determinar la relación que existe entre el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño menor de 2 años que asisten al consultorio de CRED del CS Villa San Luis.

Para la muestra fue seleccionada 30% de la población lo que corresponde a 50 madres de niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al control de crecimiento y desarrollo del niño. La técnica de muestreo utilizado es no probabilístico, ya que se desconoce las probabilidades de selección de cada elemento de la población y de tipo conveniencia o intencionalidad pues se considerará a las madres que acuden al consultorio de

crecimiento y desarrollo durante el tiempo que dure la recolección de datos.

De los resultados obtenidos Acerca del estado nutricional tenemos que del total de niños evaluados 100% (50), el 34% (17) poseen un estado nutricional normal, el 46% (23) presenta desnutrición o malnutrición por defecto y el 20% sobrepeso o malnutrición por exceso se pudo concluir que la mayoría de niños presenta un estado nutricional entre desnutrición y sobrepeso, hecho que supone que el niño no pueda en el futuro desarrollar sus capacidades al máximo y este es riesgo a muchas enfermedades a corto y largo plazo. Sin embargo cabe resaltar que existe un porcentaje significativo de niños que presentan estado nutricional normal.

**Zavaleta Juárez S.** En el año 2013, realizó la tesis titulada: "Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el Puesto de Salud. Cono Norte 1er trimestre 2012".

Se empleó el diseño cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. La población y universo estuvo conformada por 150 niños que se encuentran programados en crecimiento y desarrollo del niño, el cual se obtuvo aplicando el tipo de muestra probabilística de selección aleatoria. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Los resultados demostraron que el 76% de las madres



tiene un nivel de conocimiento bueno y solo un 24% un conocimiento regular.

El 89% de los niños tiene un estado nutricional normal y solo el 11 % se encuentra con sobrepeso. El 71,0% de los niños evaluados con estado nutricional normal, sus madres tienen un nivel de conocimientos bueno sobre alimentación complementaria y el 6,0% de los niños con sobrepeso, sus madres posees un nivel de conocimientos regular sobre alimentación complementaria. Las conclusiones fueron: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED, en el P.S. Cono Norte. Ya que realizada la prueba ji cuadrada entre las variables involucradas en la investigación esta resulto significativa ( $p < 0.05$ ) a mayoría de las madres que asisten al consultorio CRED del P.S Cono Norte tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor 12 número tienen un nivel de conocimiento vulgar. El mayor porcentaje de los niños evaluados tienen un estado nutricional normal mientras que en una minoría de niños tienen sobrepeso.

## **2.2 Marco Conceptual**

### **Minsa (2011) sostuvo que:**

El crecimiento y desarrollo del niño constituyen uno de los fenómenos biológicos más característicos e importantes de la infancia, que se inicia con la concepción y finaliza al alcanzar la edad adulta. Cualquier

circunstancia que afecte el estado de salud del niño repercutirá negativamente sobre su crecimiento. Por esta razón la valoración del crecimiento es uno de los 17 métodos más sensibles y eficaces para enjuiciar el estado de salud tanto individual como colectiva.

El crecimiento y desarrollo se suelen abordar como una unidad, que expresa la suma de los números cambios que tiene lugar durante la vida de un individuo. El recorrido completo es un proceso dinámico que influye varias dimensiones interrelacionadas.

**Crecimiento:** aumento del número y tamaño de las células al dividirse o sintetizar nuevas proteínas, da lugar a un aumento de tamaño y de peso del conjunto o de alguna de sus partes. **Desarrollo:** cambio y expansión graduales, avance desde la fase de complejidad inferior a las más avanzadas, aparición y expansión de las capacidades individuales por medio del crecimiento, maduración y el aprendizaje. **Maduración:** aumento de competencia y adaptabilidad, también aumento de edad, se suele describir como un cambio cualitativo en la complejidad de una estructura, el cual posibilita que dicha estructura empiece a funcionar, funcionamiento más complejo. **Diferenciación:** conjunto de procesos por los que las células y estructuras se modifican y alteran de forma sistémica para adquirir sus características físicas y químicas, el termino se usa a veces para describir el paso de indiferenciado o masa específico, desarrollo de las actividades y funciones que pasan de simples a otras más compleja

**Diferenciación:** conjunto de procesos por los que las células y estructuras se modifican y alteran de forma sistémica para adquirir sus características físicas y químicas, el termino se usa a veces para describir el paso de indiferenciado o masa específico, desarrollo de las actividades y funciones que pasan de simples a otras más compleja

### **Factores que regulan el crecimiento y desarrollo del Niño**

**Cervantes (2011) sostiene que:**

Los factores que regulan el crecimiento después de que el niño ha nacido (crecimiento postnatal) es más acabado. El crecimiento normal de un niño está finamente regulado a través de una interacción de muchos factores. Esto ha motivado numerosos y complejos estudios en el campo de la medicina. Es un tema difícil de abordar, no solo por su complejidad, sino porque para una adecuada exposición se requieren a lo menos algunos conocimientos básicos de anatomía, fisiología, química y genética.

**Palacios, J., Coll, C., Marchesi, A. (1990) :**

**Biológicos:** es básicamente la naturaleza del individuo. Según la estructura genética del ser humano así como su proceso de desarrollo, el niño presenta diferencias en cuanto a maduración del sistema nervioso, muscular y sensorial, pudiendo incluso presentar anomalías en su desarrollo si estas incidencias son negativas. Dentro de estos factores podemos señalar una serie de aspectos que condicionan el desarrollo. Entre estos, cabe señalar:

**Prenatales:** son aspectos que ya están presentes antes de que el niño nazca, como son la situación física de la madre y la situación psíquica (espera ilusionada, tensión, angustia entre otros).

**Perinatales:** problemas en el parto pueden causar trastornos que aparten el desarrollo de su trayectoria prevista (parto traumático, aceptación o rechazo del hijo)

**Postnatales:** experiencias sociales a las que el sujeto se ve expuesto después del nacimiento. Aspectos como la enfermedad o debilidad física, la raza, el sexo, están muy determinadas por la herencia y determinan el tipo y número de experiencias que tendrán el niño para su desarrollo.

**Ambientales:** el entorno influye en el proceso de desarrollo de un individuo, desde que nace hasta que muere. En los primeros años de vida, la familia es entorno más cercano y básico para el niño. Después, este círculo se va ampliando, incluyendo el colegio, los amigos, etc.

Como se puede apreciar en la definición los factores ambientales hacen referencia a las circunstancias que rodean al niño en su medio más próximo y que condicionan de manera notable su desarrollo. Dentro de dichos factores podemos mencionar algunas variables, tales como:

- **Factores socioeconómicos:** determina el tipo de alimentación. La nutrición inadecuada eleva la mortalidad y reduce el desarrollo corporal o dificulta el aprendizaje. También influye en la calidad y estilo de vida, así como el ambiente estimular que repercutirá en sus progresos para el aprendizaje.

- **Factores psicológicos:** las carencias afectivas incidirán en su desarrollo. Es necesario que el niño satisfaga sus necesidades de afecto, que se sienta seguro, ya que constituyen el motor de su desarrollo intelectual, social y del lenguaje.
- **Factores culturales:** la transmisión de hábitos relativos al descanso, la alimentación o los modelos que ofrece el entorno del niño respecto al lenguaje son también factores ambientales a tener en cuenta.

#### **Alimentación complementaria:**

**OMS:** Cuando la leche materna deja de ser suficiente para atender las necesidades nutricionales del lactante hay que añadir alimentos complementarios a su dieta. La transición de la lactancia exclusivamente materna a la alimentación complementaria abarca generalmente el periodo que va de los 6 a los 18 a 24 meses de edad, y es una fase de gran vulnerabilidad, cuando para muchos niños empieza la malnutrición, y de las que más contribuye a la alta prevalencia de la malnutrición en los menores de 5 años de todo el mundo. La OMS calcula que en los países de ingresos bajos dos de cada cinco niños tienen retraso del crecimiento.

**OPS (2005):** La alimentación complementaria está relacionada no solo con lo que se come si no también con el cómo, cuándo, dónde y con quien se alimenta el niño (P.16).

**Minsa (2007):** Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, pero sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros tiempos de la vida y establece la necesidad de estudiar científicamente la alimentación con objeto de cubrir las necesidades del niño a partir de los seis meses de edad. (p.1)

### **Importancia de la alimentación complementaria**

**Castillo, Balboa, Torrejón y Bascuñán (2013) sostuvieron:**

La razón más importante para la introducción de la alimentación complementaria es nutricional. En el transcurso del segundo semestre de vida, el niño alimentado al pecho puede manifestar signos de deficiencia de micronutrientes; en especial hierro y zinc, así como de energía y proteínas si continuara recibiendo LM en forma exclusiva.

El inicio de la alimentación complementaria además depende de la madurez morfofuncional del niño: digestión y absorción adecuada de nutrientes, control de cabeza (capacidad de levantar y sostener la cabeza, en general a los 2 meses) y de tronco (capacidad de sentarse sin apoyo, en promedio a los 6 meses), uso de la musculatura masticatoria, erupción dentaria, incremento de las percepciones sensoriales (olfato, visión, gusto y tacto de alimentos), extinción del reflejo de extrusión y discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, temperaturas y consistencia de los alimentos. (pg2)

**Período recomendado de lactancia natural exclusivo y continuo, momento de introducción de la alimentación complementaria:**

**Hernández (2006) sostuvo:**

La leche materna es el mejor alimento para los bebés y les proporciona todos los nutrientes que necesitan durante los primeros 6 meses además de servir a las necesidades únicas del lactante humano.

La leche humana contiene sustancias inmunes y bioactivas que están ausentes de las fórmulas comerciales y que confieren al lactante protección frente a infecciones bacterianas y víricas y ayudan a la adaptación y la maduración intestinal del lactante (p.250)

Alrededor de los 6 meses, la leche materna puede no cubrir las necesidades de energía y de algunos nutrientes en su totalidad para la mayoría de los lactantes, quienes, por otra parte, han alcanzado a esta edad un grado de maduración suficiente y están preparados para la introducción de otros alimentos (p.251)

**Factores que influyen en el inicio de la alimentación complementaria**

**Lazarte y Aguilar (2006) sostuvieron:**

El inicio de los alimentos sólidos implica un período de transición entre la alimentación líquida (leche materna) y la alimentación característica del resto de la vida (principalmente sólida).

Resulta un proceso complejo y gradual, que, entre otras cosas, requiere de un tiempo prudente para que los sistemas neuromuscular, renal, digestivo e inmunológico del niño adquieran la madurez necesaria (p.250)

**Las últimas recomendaciones de la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Espghan) (2008), la Sociedad Norteamericana de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (Naspghan) y la Academia Americana de Pediatría (AAP) señalaron que:**

Los lactantes estarían aptos para recibir alimentos diferentes a la leche entre las 16 y 27 semanas de vida. No obstante, se enfatiza en la importancia de la lactancia materna exclusiva durante los seis primeros meses de edad. De manera particular, hay que tener en cuenta la maduración física y de los diferentes sistemas para considerar si el bebé está en capacidad de iniciar con alimentos distintos a la leche. Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:



**a) Maduración digestiva:** la función digestiva de la mayoría de los lactantes de 6 meses es suficientemente madura para digerir la mayor parte de los almidones (cocidos o hidrolizados), las proteínas y la grasa de la dieta no láctea (la amilasa pancreática a los 4 meses es baja o casi ausente).

**b) Maduración renal:** a los 6 meses la filtración glomerular es del 60-80% de la del adulto y las capacidades de concentración y de excreción de sodio, fosfatos e hidrogeniones son mayores que al nacimiento, aunque aún limitadas entre los 6 y los 12 meses. 23

**c) Desarrollo psicomotor:** hacia los 5 meses el bebé empieza a llevarse objetos a la boca; a los 6 meses el lactante inicia los movimientos de masticación, desaparece el reflejo de extrusión lingual y es capaz de llevar hacia atrás el bolo alimenticio para su deglución; hacia los 8 meses la mayoría se sientan sin apoyo y tienen suficiente flexibilidad lingual para tragar alimentos más espesos; hacia los 10 meses pueden beber con una taza, manejar una cuchara y coger alimentos con sus dedos.

**d) Maduración inmune:** la introducción de alimentación complementaria supone la exposición a nuevos antígenos y cambios en la flora digestiva con repercusión en el equilibrio inmunológico intestinal. Es un momento de gran influencia sobre el patrón de inmunorrespuesta, y los factores específicos tolerogénicos y protectores del intestino que aporta la leche humana pueden modular y prevenir la aparición de alergias y reacciones

adversas. Asimismo otro factor que pudiese influir en el inicio de la alimentación complementaria es la cultura en la cual nazca (p.252)

### **La Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño:**

En el año 2002 la Asamblea Mundial de la Salud y el UNICEF adoptaron la Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño. La estrategia fue desarrollada con el propósito de revitalizar la atención mundial hacia el impacto que tienen las prácticas de alimentación en el estado nutricional, crecimiento y desarrollo, salud y sobrevivencia de los lactantes y niños pequeños (2)

### **Alimentación del niño menor de 3 años:**

#### **Corbalán (2009) sostuvo:**

La alimentación en los primeros 1000 días de vida constituye uno de los principales determinantes del crecimiento y desarrollo de los niños y niñas. Estos mil días corresponden al período desde la gestación hasta los dos años de edad y tienen un papel preponderante en el potencial de desarrollo físico, intelectual y emocional del niño<sup>4</sup>. Algunos autores han señalado que la ganancia excesiva de peso temprana tiene un efecto sobre el estado metabólico a los 4 años. Otros aspectos críticos son el peso de la madre antes de embarazarse, la ganancia de peso durante el embarazo, el peso al nacimiento y la ganancia de peso postnatal,

importante a partir de los 6 meses, y con un efecto mayor después de los 18 meses (Pg.7)

### **Alimentación del niño menor de 3 años:**

Los tres primeros años de vida se presentan como una etapa de transición entre la fase de crecimiento muy rápido, propia del lactante, y el periodo de crecimiento estable, que se extiende desde los tres años hasta el comienzo de la pubertad.

Éste es un periodo en el cual el niño realiza avances importantes en la adquisición de funciones psicomotoras, al tiempo que sus funciones digestivas y metabólicas van alcanzando un grado de madurez suficiente para aproximar su alimentación a la del niño mayor.

Sin embargo, un niño no se convierte de inmediato en un adulto, sus necesidades energéticas y de determinados nutrientes aconsejan ajustar la dieta a sus particularidades fisiológicas, no precisa de normas rígidas y es preciso adaptar e individualizar la dieta ajustándola a la propia constitución y costumbres del niño.

Hay que poner especial cuidado en la conducta alimenticia del niño que aún pequeño está sujeta a determinadas aversiones y preferencias, lo que puede conducir en ocasiones a una dieta carente de algunos nutrientes.

Las primeras etapas de la vida son fundamentales para que el individuo forme todo su sistema inmunitario y para evitarle la patología secundaria a una nutrición incorrecta.

La alimentación correcta a partir del año de edad se basa en el consumo de una dieta equilibrada que cumpla los tres objetivos siguientes:

- Asegurar un crecimiento y desarrollo óptimos.
- Evitar carencias nutritivas.
- Prevenir enfermedades.

### **Características fisiológicas:**

El periodo que va de uno a tres años de edad, a menudo se refiere como el periodo "latente" o "quiescente" del crecimiento, en contraste con los cambios espectaculares que ocurren en el primer año de vida y la adolescencia. Aunque el crecimiento físico es menos llamativo, estos años constituyen una época de importante crecimiento en las áreas social, cognitiva y emocional.

En contraste con la triplicación del peso de nacimiento que ocurre en los primeros 12 meses, transcurre otro año antes que se cuadruplique el peso de nacimiento. Así mismo, la longitud desde nacimiento aumenta en 50%

durante el primer año, pero no se duplica sino hasta los cuatro años de edad, aproximadamente.

En este periodo el peso medio pasa de 9,5 a 14 kilos (es decir, un aumento del 50% prácticamente) y la talla media, de 74 a 96 centímetros.

No obstante, algunos pequeños parecen mantenerse en un "patrón latente" durante varios meses, después de los cuales muestran un desarrollo rápido en la estatura y el peso. Conviene tener en cuenta que estos patrones por lo general son paralelos a cambios similares en el apetito y el consumo de alimentos. Para los padres y madres que no conocen estas tendencias (e incluso para algunos que sí las conocen), los periodos de crecimiento lento y de apetito deficiente generan ansiedad, lo cual puede conducir a conflictos a la hora de las comidas.

Las proporciones del cuerpo en los niños pequeños cambian de manera importante. A medida que aumenta la actividad física, las piernas se enderezan en tanto que los músculos abdominales y de la espalda se ajustan para dar apoyo al niño ahora erguido. Estos cambios son graduales y sutiles, y se presencian durante un periodo de varios años.

La composición corporal de estos niños se mantiene relativamente constante. La grasa disminuye de manera gradual durante los tres primeros años de vida.

Los niños están en constante crecimiento y cambio, la valoración periódica de su progreso permite detectar y tratar con oportunidad cualquier problema.

La talla y el peso de un niño deberán estar proporcionados. La vigilancia del crecimiento realizada con regularidad permite identificar problemas en una etapa temprana y aplicar las medidas de intervención o educación pertinentes a fin de no afectar al crecimiento a largo plazo.

Un peso que aumenta a una velocidad mayor en relación con la talla sugiere el desarrollo de sobrepeso u obesidad. La falta de aumento de peso o la pérdida de éste durante un periodo de meses, puede obedecer a una nutrición insuficiente, alguna enfermedad aguda, una enfermedad crónica no diagnosticada, o a problemas emocionales o familiares importantes.

### **Teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales de Leininger. Madeleine Leininger, fundadora de la disciplina enfermería transcultural**

Leininger define teoría de forma distinta a como lo hacen las otras teóricas enfermeras. Según ella, una teoría es una forma sistemática y creativa de descubrir conocimientos acerca de algo o de explicar algunos fenómenos conocidos de forma vaga o limitada. La teoría enfermera debe tener en cuenta las creencias culturales, las conductas del cuidado y los valores de

los individuos, familias y grupos para proporcionar cuidados enfermeros efectivos, satisfactorios y coherentes. La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, de la unión de ambas surge una de las grandes áreas de enfermería. la enfermería transcultural, esa área que se centra en el cuidado y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el compromiso de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y universal. Esta teoría fundamentada en la antropología y la enfermería, desarrolla la aplicación de métodos etnológicos cualitativos, en especial la etnoenfermería y resalta la importancia de estudiar a las personas desde el punto de vista de sus conocimientos y experiencias locales o émic, para después contrastarlo con los factores étic (externos), a menudo identificados como prácticas y convicciones de los profesionales de la enfermería, para conformar una aproximación holística al estudio de las conductas culturales en diversos contextos ambientales. El conocimiento cultural se centra en conocer el punto de vista o visión del mundo del cliente; es decir, la visión ética. Es importante tener conciencia de que las ideas preconcebidas, las racionalizaciones a partir de ideas arbitrarias y la incapacidad para autocriticarse, son causas, en la mayoría de los casos, de etnocentrismo, con el cual cubrimos nuestras carencias y debilidades,

lo que nos vuelve despiadados con las carencias y debilidades de los demás.

**Diversidad y universalidad de los cuidados culturales:** Leininger desarrolló su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan los demás. La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista émic (perspectiva del paciente), sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una visión étic apropiada (conocimiento profesional), como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales. Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales. La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos émic y étic. La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés.



Leininger basa su teoría por tanto en la enfermería transcultural, una rama de aprendizaje de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y el análisis de las culturas cuando se aplican a la enfermería y las prácticas, creencias y valores de la salud/enfermedad. La define como área formal de estudio y trabajo centrado en el cuidado y basado en la cultura, creencias de la salud o enfermedad, valores y prácticas de las personas, para ayudarlas a mantener o recuperar su salud, hacer frente a sus discapacidades o a su muerte. La meta de la enfermería transcultural es proporcionar cuidados que sean coherentes con los valores, las creencias y las prácticas culturales. Las culturas muestran tanto diversidad (perciben, conocen y practican los cuidados de formas diferentes) como universalidad (características comunes de los cuidados). Los aspectos fundamentales de la teoría de Leininger son cultura, cuidados, cuidados culturales, visión del mundo y sistemas de salud o bienestar tradicionales.

En cuanto al término cultura podemos decir que se describe como valores, creencias, normas y prácticas de vida de un grupo en particular que son aprendidas, compartidas y transmitidas. Orientan al pensamiento, las decisiones y las acciones de manera específica. Proporcionan la base para los valores culturales, que identifican formas preferidas de actuar o pensar; estos valores generalmente permanecen durante bastante tiempo y ayudan a orientar la toma de decisiones en la cultura. La cultura influye en la necesidad, a la hora de procurar cuidados, de los pacientes y en su

bienestar y recuperación de la enfermedad. La cultura posee una gran influencia sobre el cuidado

En torno al concepto de cuidados culturales habla de aspectos como conservación o mantenimiento de los cuidados culturales, así como de adecuación o negociación, rediseño o reestructuración, etc. La conservación se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y la muerte.

### **Rol de Enfermería en la consejería nutricional**

**Guerrero (2013):** El profesional de enfermería, en la Atención Primaria, tiene como fin prevenir la enfermedad y promover la salud procurando mejorar el nivel de conocimientos de la población. En esa instancia, la consejería nutricional provee de información para asegurar el estado nutricional del niño y lograr la recuperación, guiar y promover prácticas adecuadas de alimentación como la consistencia, frecuencia de consumo, cantidad según la edad del niño y la calidad de la dieta, considerando los alimentos de origen animal, vegetal, frutas y alimentos fuentes de hierro.

Asimismo, la enfermera reconoce los riesgos del consumo habitual de alimentos considerados poco saludables y corrige dichas acciones. Pero,

las orientaciones que se brinda implican el uso de técnicas de comunicación y escucha activa, en donde el mensaje conserve un lenguaje sencillo y claro; que el tema sobre la alimentación proporcione la búsqueda de alternativas simples y factibles de acuerdo al contexto cultural donde se desarrolla el niño. Por ello, para reconocer la situación de cada familia es importante conseguir una atmósfera de confianza, privacidad, familiaridad, participación y sobre todo tiempo para acceder completamente a las necesidades que requiera cada familia.

De esta manera, se podrá reconocer las diferencias y semejanzas del cuidado cultural los cuales deben ser identificadas y comprendidas para que las enfermeras y enfermeros sean eficientes al asistir a las personas de diferentes culturas ofreciendo un cuidado culturalmente congruente.

Dentro de las disposiciones específicas que establece la Norma Técnica de Salud para el control de crecimiento y desarrollo del niño y niña menor de cinco años se realizan un conjunto de procedimientos para la evaluación periódica del niño que se hace de manera individual, integral, oportuna, periódica y secuencial. En el cual, dentro de las actividades de la evaluación del crecimiento y estado nutricional se realiza la valoración antropométrica, se evalúa la tendencia del crecimiento y la clasificación del estado nutricional en base a la comparación de indicadores (P/E, T/E y P/T) con los valores de los Patrones de Referencia vigentes. Y dentro de las intervenciones de información y comunicación educativa a la familia para apoyo a la crianza de la Norma Técnica para el control de CRED, se

identifican los factores condicionantes de la salud, nutrición, crecimiento, desarrollo y crianza de la niña y el niño; se brinda consejería integral y nutricional, donde en éste último se remarca lo siguiente: “

El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña o niño, con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado (riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. • La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo y en procesos de enfermedad.

**El Documento Técnico sobre Consejería Nutricional en el marco de la atención de salud materna infantil, basándose en conceptos previos sobre interculturalidad resalta que, dentro de los elementos claves de la consejería durante la conversación: “...es preciso esforzarse por conocer y entender el contexto cultural local y adoptar actitudes coherentes con este sentimiento, que sean evidentes para el usuario”**

Establece además que el personal de salud deberá tener en cuenta que si se habla con la otra persona de hábitos y costumbres, ésta debe considerar “...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.” Otro punto a tener en cuenta son las limitaciones temáticas, que se refiere a “...cuánto menos información tenga sobre el tema a tratar, o sobre el contexto cultural del usuario, más pobre será la conversación”

### 2.3. Definición de términos:

- ❖ **Alimentación complementaria:** Es la introducción de alimentos semisólidos en la dieta del niño a partir de los 6 meses, la cual va a complementar a la leche materna que tiene que continuar hasta los 2 años.
- ❖ **Madre:** Es aquella persona, con o sin lazos consanguíneos, que se encarga del cuidado, alimentación y cumplimiento de control de crecimiento y desarrollo del niño.
- ❖ **Niño de 6 meses a 1 año:** Son todos los niños que comprenden dichas edades, que se atienden en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del niño sano del Centro de Salud Márquez.
- ❖ **Peso para la edad:** Es el indicador más conocido y de mayor uso en la Salud Pública, la cual permite una evaluación del estado general de nutrición del niño.

- ❖ **Promoción de la salud:** es proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma, por lo tanto es la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades..
- ❖ **Aumentación Perceptiva:** Es la alimentación brindada en un marco de afecto e interrelación directa entre la madre y el niño.
- ❖ **Desnutrición:** estado nutricional anormal originado por una ingestión deficiente de nutrientes necesarios
- ❖ **Educación sobre alimentación complementaria:** Son los conocimientos impartidos por la enfermera a la madre durante el control de crecimiento y desarrollo, y que están en función de los nutrientes adecuados que debe brindar ella al niño para evitar la desnutrición.
- ❖ **Aumentos nutritivos:** Son los alimentos que contienen un alto valor biológico, esenciales para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño.
- ❖ **Enfermera encargada del control de crecimiento y desarrollo del niño:** Es el profesional que ha cursado estudios dentro de una universidad, y aplica de forma integral, en el marco de la salud pública, los cuidados al niño y familia, permitiendo un desarrollo óptimo, brindando la adecuada consejería a la madre en un enfoque de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1 Recolección de datos**

El presente informe de experiencia profesional es un estudio descriptivo exploratorio en la que se uso la observación y la aplicación de Intervención educativa en el Servicio de Crecimiento y Desarrollo.

#### **3.2 Experiencia profesional**

Durante la experiencia profesional de 12 años, al inicio 02 años dedicado a la labor asistencial en el área de Crecimiento y desarrollo del C.S. salvación en el Departamento de Madre de Dios, 03 años dedicados a la labor Administrativa como coordinadora del Área de Participación Comunitaria de la Dirección de Promoción de la Salud de la DIRESA de Madre de Dios, seguidos de 7 años encargada del servicio de Enfermería del P.S. San José en el distrito de Ancón de la DIRIS Norte , así mismo con responsabilidad de la Etapa de Vida Niño , Crecimiento y Desarrollo e Inmunizaciones hasta la actualidad.

Toda esta experiencia de trabajo en el Primer nivel de atención y en la Dirección de Promoción de la salud en el área de Participación comunitaria ha contribuido en el fortalecimiento del objeto de estudio del Rol educativo de la enfermera: en las realidades, mitos y desafíos de la Alimentación Complementaria del niño menor de 3 años.

El Puesto de Salud San José donde laboro hace 7 años hasta la actualidad tiene una población subestimada de 6956 habitantes las cuales están distribuidas en 10 sectores de intervención comunitaria, el establecimiento brinda atención de 12 horas de 8:00 a.m. – 8:00 p.m. y cuenta con los servicios de Medicina General. Odontología, CREDE, Inmunizaciones, Nutrición, Obstetricia, Psicología y Laboratorio.

El Recurso humano con el que cuenta 02 Médicos Generales, 02 Odontólogos, 03 Licenciadas en Enfermería, 02 Obstetras, 01 Nutricionista, 01 Psicóloga, 05 Técnicos de enfermería, 01 técnico de laboratorio, 03 Personal Administrativo, 04 Personal de Servicios Generales.

#### **Funciones que realizo en la actualidad:**

##### **Área Asistencial**

- Atención en el consultorio de crecimiento y desarrollo, Inmunizaciones.
- Atención de los pacientes que reciben tratamiento antituberculoso.
- Atención en el área de tóxico y emergencia.
- Atención extramural de niños en riesgo.
- Realizar actividades de vigilancia Epidemiológica.

##### **Área Administrativa**

- Direccionamiento del trabajo del servicio de enfermería.
- Programación de turnos y actividades del personal profesional y técnico del servicio de enfermería.



- Elaboración de Planes Operativos de Actividades (POA) de las estrategias sanitarias.
- Elaboración de informes mensuales de las diferentes estrategias sanitarias.

### **Área de Docencia**

- Capacitación trimestral al personal profesional y técnico de enfermería.
- Brindar sesiones educativas a actores sociales y comunidad en temas de prevención y promoción de la salud.

### **Área de investigación**

- Investigación de casos de enfermedades prevalentes de la infancia y de enfermedades metaxenicas y notificación epidemiológica.

### **3.3 Procesos realizados en el tema del informe**

Durante las prestaciones brindadas en la consulta de Crecimiento y desarrollo según el paquete de atención integral que se brinda se da mucho énfasis en la evaluación del desarrollo que se realiza a través los Test de evaluación Psicomotora y en el caso de la evaluación del crecimiento estos se evalúan a través de diversos parámetros haciendo uso de las medidas antropométricas, así como , de exámenes de laboratorio; verificando el nivel de hemoglobina y la presencia de parásitos en el niño menor de tres años con la consigna de prevenir y/o detectar de manera oportuna enfermedades nutricionales en el niño. La

consejería nutricional forma parte del paquete de atención la misma que se le brinda a la madre del niño en el tema de alimentación complementaria de acuerdo a la edad del niño, las mismas que vienen hacer reforzadas durante las visitas domiciliarias.

- **Casos relevantes**

Durante el desarrollo de mi labor como enfermera en la atención del niño en el consultorio de crecimiento y desarrollo he evidenciado que en algunos casos la Consejería Nutricional en alimentación complementaria, que se le brinda a la madre durante la consulta no es suficiente para ayudar a direccionar la adecuada alimentación y por ende prevenir la presencia de enfermedades nutricionales como la Anemia y la desnutrición , tal es el caso de algunos niños de 6 meses que fueron atendidos y al ser evaluados se evidencio que presentaban anemia leve a los cuales según la norma técnica de atención integral del niño emitida por el MINSA se debería iniciar con la administración de micronutrientes que se le administra con la finalidad de prevenir anemia , ha estos niños se les hizo entrega de los mismos , se inicio además administración de hierro solo adicional y se le brindo la consejería en alimentación complementaria direccionado al consumo de alimentos ricos en hierro; con la finalidad de recuperar un adecuado nivel de hemoglobina en el niño. Al hacer los controles posteriores de estos niños al segundo mes se pudo evidenciar una incremento en el nivel de hemoglobina y por ende el

niño ya no presento anemia pero a dos o tres controles que se le vuelve hacer un nuevo control vuelve a presentar anemia, muy a pesar de que en cada consulta dentro del paquete de atención se le brinda la consejería nutricional direccionada a la alimentación complementaria posterior control. Casos similares a este ocurre en niños que presentaron riesgos nutricionales en el peso y talla, así como de desnutrición.

- **Innovaciones y aportes**

- ✓ La educación de las madres en el tema de alimentación complementaria deberá realizarse en el consultorio así como en el domicilio para darle mayor sostenibilidad al mismo y detectar que otros factores vienen afectando para una inadecuada alimentación complementaria.
- ✓ El seguimiento domiciliario de niños con riesgos nutricionales de manera quincenal para evaluar ganancia de peso y talla; y en el caso de niños con riesgo de anemia se realiza un control mensual de los niveles de hemoglobina.
- ✓ La promoción de lavado de manos y los hábitos adecuados de higiene durante la manipulación de alimentos en todos los niveles es importante.

- **Limitaciones para el desempeño profesional**

- ✓ La dotación de un mayor número de Licenciadas en enfermería en el primer nivel de atención permitiría una mejor prevención, intervención oportuna y recuperación de los niños con problemas nutricionales, en la actualidad existen establecimientos de salud que cuentan con escaso recursos humano de Enfermeras lo cual no permite realizar las diversas actividades que se planifican para el logro de los objetivos como son mejorar y mantener la salud infantil.
- ✓ La multifunción de las Licenciadas de Enfermería en el primer nivel de atención limita un adecuado desempeño en estrategias sanitarias de importancia nacional como son Crecimiento y desarrollo, Inmunizaciones y TBC.

#### IV. RESULTADOS

Cuadro 4.1

#### NIÑOS TAMIZADOS PARA DETECCIÓN DE ANEMIA AÑO 2017- P.S.

#### SAN JOSE

ACTIVIDADES		01m*	06m	01 a	02 a	03 a	04 a	05 - 11 a	Total
1. Detección de Anemia	Solicitud de Dosaje de Hb	0	55	182	105	142	220	330	1034
	Resultados Evaluados	1	103	155	92	104	117	126	698
2. Descarte de Parasitosis	Solicitud de Examen	0	0	97	59	55	80	64	355
	Resultados Evaluados	0	1	14	8	13	3	2	40

\* Prematuros y Bajo Peso al Nacer.

FUENTE: HISS - MINSA

Cuadro 4.2

#### NIÑOS CON ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO – P.S. SAN

#### JOSÉ AÑO 2017

CAUSAS DE MORBILIDAD	Diagnóstico															
	Total		RN		< 01 año		01 año		02 años		03 años		04 años		05 - 11 años	
	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.
Anemia por Deficiencia de Hierro	170	62	0	0	92	28	33	12	5	5	14	2	12	9	14	6

FUENTE: HISS - MINSA

**Cuadro 4.3**

**PROBLEMAS NUTRICIONALES DETECTADOS EN NIÑOS AÑO 2017-  
P.S. SAN JOSÉ**

GRUPO DE EDAD	Peso para la Edad (PE)				Peso para la Edad (TP)								Talla para la Edad (TE)				
	Sobrepeso		Desnutrición		Obesidad		Sobrepeso		Desnutrición Aguda		Desnutrición Severa		Alto		Talla Baja		
	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	
< 1 año	45	1	8	0	3	0	17	2	2	0	0	0	0	0	0	4	0
1 año	12	0	0	0	2	0	9	0	0	0	0	0	0	0	4	1	
2 años	8	0	0	0	3	0	21	0	0	0	0	0	0	0	4	0	
3 años	2	0	0	0	3	0	17	0	1	0	0	0	2	0	4	0	

FUENTE : HISS- MINSA

**Cuadro 4.4**

**NIÑOS TAMIZADOS PARA DETECCIÓN DE ANEMIA AÑO 2016 - P.S.  
SAN JOSÉ**

ACTIVIDADES		01 m*	06 m	01 a	02 a	03 a	04 a	05 - 11 a	Total
1. Detección de Anemia	Solicitud de Dosaje de Hb	1	48	184	112	76	37	53	511
	Resultados Evaluados	1	44	102	59	65	49	97	417
2. Descarte de Parasitosis	Solicitud de Examen	0	0	17	72	47	28	19	183
	Resultados Evaluados	0	0	3	19	20	5	8	55

FUENTE: HISS - MINSA

**Cuadro 4.5**

**NIÑOS CON ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO – P.S. SAN JOSÉ AÑO 2016**

CAUSAS DE MORBILIDAD	Diagnóstico															
	Total		RN		< 01 año		01 año		02 años		03 años		04 años		05 - 11 años	
	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.
Anemia por Deficiencia de Hierro	150	34	0	0	49	14	26	15	4	3	11	2	6	0	54	0

FUENTE : HISS - MINSA

**Cuadro 4.6**

**PROBLEMAS NUTRICIONALES DETECTADOS EN NIÑOS AÑO 2016- P.S. SAN JOSÉ**

GRUPO DE EDAD	Peso para la Edad (PE)				Peso para la Edad (TP)								Talla para la Edad (TE)				
	Sobrepeso		Desnutrición		Obesidad		Sobrepeso		Desnutrición Aguda		Desnutrición Severa		Alto		Talla Baja		
	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	Dx.	Recup.	
< 1 año	41	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0
1 año	4	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	1	0	9	1	
2 años	5	0	1	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	0	9	0	
3 años	9	0	1	0	2	0	7	0	0	0	0	0	1	0	5	0	
4 años	10	0	0	0	2	0	6	0	0	0	0	0	0	0	3	0	

FUENTE: HISS - MINSA

## V. CONCLUSIONES

- a) La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar un cuidado de calidad, eficiente, oportuno y seguro en el niño menor de 3 años durante todo el proceso de su crecimiento y desarrollo.
- b) La educación sobre alimentación complementaria en el niño debe estar direccionada a la madre y familia.
- c) La capacitación y metodología de aprendizaje que utilice el enfermero durante la educación de alimentación complementaria a la madre debe estar adaptada a la realidad de cada una de ellas.
- d) Los estilos de vida, creencias y mitos de la familia influyen durante el inicio de la alimentación complementaria.
- e) El rol educativo de la enfermera es muy importante durante el inicio y el proceso de la alimentación complementaria en los niños menores de 3 años permitiendo prevenir enfermedades nutricionales de la infancia.



## VI. RECOMENDACIONES

- a) Actualizar permanentemente los conocimientos y metodologías de enseñanza en Alimentación complementaria del niño menor de 3 años.
- b) Contratar mayor recurso humano para el servicio de enfermería que permita la mejor distribución de funciones y se refuerce las áreas para un mejor desempeño de sus actividades dirigidas a la prevención de enfermedades nutricionales en el niño menor de 3 años.
- c) Manejo de la información de cada niño para un adecuada intervención y compromiso en el manejo de técnica educativas en alimentación complementaria que permitan prevenir, mantener y reducir los problemas nutricionales en niños menores de 3 años.
- d) Las Sesiones Educativas y Consejería Nutricional deben realizarse en el domicilio del niño para evidenciar que factores influyen durante la alimentación complementaria.

## VII. REFERENCIALES




1. Bosch C, Nokes C, Bundy D. The effects of iron deficiency and anemia on mental and motor performance, education achievement, and behavior in children. International Nutritional Anemia Consultative Group. [Online].; 1998 [cited 2018 Enero 8. Available from: <http://www.ilsa.org/ResearchFoundation/Public>.
2. Herrera Quispe , Alvarez Cuba. Desnutrición Crónica en el Perú. [Online].; 2012 [cited 2018 Enero 9. Available from: <http://www.monografias.com/trabajos93/desnutricion-cronica-peru/desnutricion-cronica-peru.shtml#ixzz52iYV17h8>.
3. Castro Sulca K. Conocimientos sobre alimentación complementaria y su relación con el estado nutricional del niño menor de 2 años. Programa CRED de un C.S S.J.M 2015 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2016.
4. Rolandi María C. Creencias, práctica alimentaria materna y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses ". [Tesis de licenciatura]. Argentina: Universidad de Fasta; 2014.
5. Bustamante N, Zhagñay P. Estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al Centro de Desarrollo Infantil Buen Vivir los Pitufos de la Parroquia el Valle marzo. Septiembre 2014. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
6. Zavaleta S. Conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el P.S. Cono Norte 1er trimestre 2012. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Jorge Basadre; 2012.

7. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. Lima: Ministerio de salud; 2011.
8. Cervantes Lopez. Factores que Intervienen en el Desarrollo del niño y Desarrollo del Personalismo [Online].; 2011 [cited 2018 Enero 11. Available from: <http://cervanteslopezd.blogspot.pe/2011/04/factores-que-intervienen-en-el.html>.
9. García Fernández. Factores que Intervienen en el Desarrollo del niño y Desarrollo del Personalismo [Online].; 2015 [cited 2018 Enero 9. Available from: <http://publicacionesdidacticas.com/hemeroteca/articulo/058033/articulo-pdf>.
10. Ministerio de Salud. Modelo de abordaje de promoción de la Salud. Acciones a desarrollar en el eje temático de Alimentación y Nutrición saludable [Online].; 2006 [cited 2018 Enero 12. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION6MESESA24.pdf>.
11. Alimentación complementaria Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2003
12. Hernández Aguilar MT. Alimentación complementaria. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2006. Madrid: Exlibris Ediciones; 2006. p. 249-56.

# **ANEXOS**



## ANEXO N° 2

**¿Cuándo debo lavarme las manos?**

- Antes de preparar los alimentos y dar de comer.
- Después de haber cambiado los pañales.
- Después de ir al baño.
- Después de estar en contacto con animales.




**Recuerda: Lava las manos de tu niña o niño antes de comer.**

**¿Qué necesitas para lavarte las manos?**

- Agua a chorro.
- Usar cualquier jabón.
- Secarse bien las manos.


*Si tienes alguna duda, acude a tu establecimiento de salud más cercano.*

**Llama gratis a Infosalud**  
**0800-10828**

**NIÑAS Y NIÑOS SANOS Y MÁS INTELIGENTES  
CON MICRONUTRIENTES**

**¡ASÍ PREVIENES LA ANEMIA!**



Para niñas y niños de 6 a 35 meses de edad
**¡Pídelos GRATIS!**  
en los establecimientos de salud

**Suplementación con micronutrientes**

**¿Qué son los micronutrientes?**

Son una mezcla de vitaminas y minerales que contienen hierro, zinc, vitamina A, vitamina C y ácido fólico.

**¿Por qué es importante dar micronutrientes a las niñas y niños?**

**Porque:**


1. **Previenen la anemia.**
2. **Mejoran su desarrollo intelectual.**
3. **Ayudan a mejorar sus defensas contra las enfermedades.**

**¿Por cuánto tiempo la niña o niño debe consumir los micronutrientes?**


Desde los 6 meses de edad, los niños y niñas deben consumir un sobre de micronutrientes todos los días por 12 meses seguidos. Si no empieza a los 6 meses, podrá iniciar en cualquier momento entre los 6 meses a 35 meses de edad.

**Los micronutrientes:**

- Deben dárseles mezclados en dos cucharadas de comida tibia y espesa. No se los da en alimentos líquidos.
- Dáse un sobre diario en cualquier comida del día.
- No tienen olor ni sabor.
- No producen diarrea ni tiben los dientes.




**6 PASOS**  
para preparar los micronutrientes






**Paso 1**




Lávate las manos con agua y jabón.

**Paso 2**




Separa dos cucharadas de comida (puré, macarrones o segundo) y déjala enfriar.

**Paso 3**




Abre el sobre de micronutrientes por el costado.

**Paso 4**




Combinar los micronutrientes con la comida.

**Paso 5**



Mézclala bien con dos cucharadas de comida que los micronutrientes.

**Paso 6**



Dale de comer a la niña o niño la mezcla, luego continúa con el resto de la comida.

**Los micronutrientes deben ser mezclados**