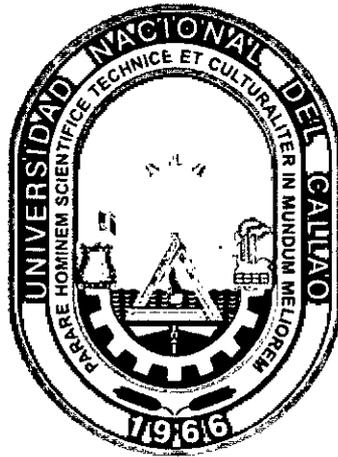


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ACTIVIDADES PREVENTIVAS PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANEMIA
EN EL MENOR DE 2 AÑOS PUESTO DE SALUD CUYO CHICO -
PISAC 2015 – 2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO,
DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA**

ANA CECILIA TINTAYA BRAVO

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA:

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 216

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 918 -2018-D/FCS de fecha 12 de Abril 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	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	30
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados en la atención del niño o la niña	39
IV. RESULTADOS	40
V. CONCLUSIONES	49
VI. RECOMENDACIONES	50
VII. REFERENCIALES	51
ANEXOS	53

INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los desórdenes nutricionales prevalentes condicionado por determinantes de la salud, expresado como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza, desigualdad de oportunidades; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre, embarazo en adolescentes, cuidados insuficientes de la gestante y el niño(a) durante los 3 primeros años de vida, practicas inadecuadas de crianza, costumbres, practicas inadecuadas de la alimentación, limitado acceso al consumo de agua segura, y las infecciones repetidas(infecciones diarreicas agudas. Infecciones respiratorias, parasitarias, etc.). Las cuales producen consecuencias que perduran el resto de la vida del individuo. Esta consecuencia a largo plazo tiene que ver principalmente con un desempeño cognitivo deficiente que se establece muy temprano en la vida y que, por ello, repercutirá en la adquisición de las capacidades que todas las personas van aprendiendo y desarrollando desde sus primeros años. Así, la anemia en la infancia se ha visto asociada con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficiente, pero también con un aumento de la mortalidad y morbilidad debido a enfermedades infecciosas, e incluso pobres desenlaces en el embarazo en aquellas mujeres que de niñas padecieron de anemia.

En el presente trabajo se detalla de la siguiente forma, Introducción, planteamiento del problema donde se evidencia las consecuencias que produce la anemia, cuyo objetivo es describir las actividades preventivas para la reducción de la anemia en niños menores de 2 años. Puesto de salud de Cuyo Chico 2015 – 2016, justificación dar a conocer la importancia del informe, el marco teórico como sustento de la descripción, en el tercer punto se evidencia las descripción de la experiencia

profesional desde el inicio de trabajo como profesional, luego sigue los resultados del trabajo realizado, finalizando con las conclusiones y sugerencias y finalmente se presente los anexos con las evidencias del trabajo realizado

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Según la OMS, define la anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina menor de 2 desviación estándar, siendo el valor límite de 11g/dl para niños menores de 5 años. De este modo, la prueba de hemoglobina puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de los niños, la deficiencia de hierro y la anemia en si son factores de riesgo en la salud individual y en el desarrollo, a largo plazo la anemia provoca deficiencias en el desarrollo cognitivo de los niños, en especial en sus habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización.

De acuerdo a Plan nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de anemia en el país periodo 2014-2016. La anemia en los niños menores de 5 años es muy prevalente en el Perú, Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES), que es un estudio poblacional, de representatividad nacional y regional, y con un muestreo probabilístico, estratificado y multietápico, para el 2013 ha encontrado que a nivel nacional, aproximadamente uno de cada tres niños de entre 6 y 59 meses, tiene anemia (34%), siendo este problema más común entre los niños que viven en la zonas rurales que entre los que viven en zonas urbanas (39.5% y 31.1%) respectivamente; Sin embargo, no obstante permanece alta, esta prevalencia de anemia infantil estimada para el 2013 (34%) significa una reducción importante desde el año 1996 en que se realizó la primera versión del ENDES y donde resultó ser de 56.8% a nivel nacional. Esta tendencia de una reducción progresiva de menor magnitud para el ámbito rural se ha mantenido para todos los años estudiados por la ENDES, evidenciando que los niños que viven en estas zonas desfavorecidas no se están beneficiando de la misma manera que aquellos en la zona urbana de los factores que ayudan a reducir la anemia infantil.

A nivel de la región de salud Cusco también se evidencia porcentajes considerables de prevalencia de anemia, es así que de un total de 33,219 niños menores de 5 años evaluados 20,416 tiene anemia haciendo un porcentaje de 61.5%, en la provincia de Calca de un total de 2,951 niños evaluados 1,524 tiene anemia en un 51.6%(1); A nivel del distrito de Pisac para el año 2014 de acuerdo a unidad de estadística e informática de la DIRESA CUSCO, de 266 niños menores de 5 años, 98 tuvieron anemia haciendo el 36.8%. Y el Puesto de Salud de Cuyo Chico 45%, para el año 2015.

1.2. Objetivo

Describir las actividades preventivas para la reducción de la anemia en niños menores de 2 años. Puesto de salud de Cuyo Chico- Pisac, 2015 - 2016.

1.3. Justificación

En nuestro país la anemia afecta a la población más vulnerable (niños menores de 3 años), que a largo plazo tiene que ver principalmente con un desempeño cognitivo deficiente, con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficiente, pero también con un aumento de la mortalidad y morbilidad debido a enfermedades infecciosas. La anemia genera deterioro en la maduración del cerebro, afecta los niveles de concentración y el coeficiente intelectual, retrasa el desarrollo psicomotor en los niños, aumenta el riesgo de retardo mental, retraso en el desarrollo cognitivo.

Cuando inicié este trabajo me puse a pensar, en diferentes temas que podía tratar, ya que la profesión de enfermería es muy amplia; y desarrollamos diferentes actividades, asistencial, docencia, administración, investigación; sobre todo, en los Establecimiento del

primer nivel, La Enfermera es un pilar fundamental para el funcionamiento de un establecimiento de salud; tal como se sustenta en la Ley de la enfermera 27669, por ello, vi la importancia de contribuir y continuar desarrollando las actividades preventivas promocionales con el fin de reducir la anemia y así tener niños saludables bio-psicosocialmente dentro de la familia y comunidad. Actividades desarrolladas que resulta de un trabajo articulado entre el establecimiento de salud y el gobierno local a través de la Sub Gerencia de Desarrollo social, el apoyo de las organizaciones de base y las madres de niños menores de 2 años.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Liseti Solano y colaboradores (2006) realizaron en Corombo-Venezuela el estudio titulado “Educación nutricional dirigida a madres de niños lactantes y preescolares con anemia” con el objetivo de fortalecer la educación nutricional a un grupo de madres de niños con diagnóstico de anemia, con la finalidad de mejorar la calidad de la alimentación y contribuir a disminuir los niveles de anemia en sus hijos. Esta investigación es parte de una evaluación nutricional integral en niños de 6 a 48 meses y sus madres. Se utilizó un muestreo aleatorio. Se exploró los conocimientos de las madres sobre la fuente de hierro alimentario, facilitadores e inhibidores de la absorción. Se realizó un test que evaluó percepciones, conocimientos, actitudes y prácticas alimentarias antes y después de la intervención. El 56% de las dietas eran deficientes en hierro, 31% en vitamina C, 75% en zinc y 11% en calorías, proteínas y calcio. En general, el conocimiento fue precario: 14% identificó alimentos que contienen hierro, 18% asoció el uso de hierro en el tratamiento de la anemia, 19% dieron suplemento de hierro a su hijo y el 75% alguna vez recibió información sobre la pastilla o el jarabe con hierro. Luego de la intervención, el grupo presentó un nivel de conocimiento adecuado. El 100% de las madres, incorporó alimentos de los tres grupos básicos en cada comida, demostrando la capacidad de preparar combinaciones de alimentos que favorecen la absorción del nutriente. La educación nutricional fortaleció el conocimiento de las madres en aspectos relacionados a la alimentación y nutrición (2)

Caritas del Perú (2010), realizó un estudio titulado “Prevalencia de la desnutrición crónica y la anemia infantil en Ancash, Perú: proyecto de Ally y Micuy 2007-2010”, con el objetivo reducir la prevalencia de anemia ferropenia en la población infantil de Ancash. El método fue prospectivo y

longitudinal. Los resultados muestran una prevalencia de Anemia infantil de 63.1% en todo el ámbito del proyecto en el 2009, provincias como Huaraz y Carhuaz presentaron prevalencia de anemia infantil superiores a 70%. En el 2010 la prevalencia encontrada en todo el ámbito del proyecto fue del 51.8%, con lo cual se observa una reducción 11.3 puntos porcentuales de la prevalencia de anemia en niños mayores de 6 meses y menores de 36 meses. Entre alguna de las conclusiones tenemos: “La reducción de la prevalencia de la anemia y de la intensidad de la misma que se encontró en los niños que recibieron dos semestres de suplementación, mediante una administración supervisada a cargo de la educadora comunal en nutrición, muestra gran potencial que esta estrategia tiene para luchar contra la anemia”(14)

Huamán y cols. (2012), realizó un estudio transversal usando un muestreo multietápico en el 2010. Se consideró como anemia a los valores de hemoglobina ajustados por altitud menores de 110 g/L. El consumo de multimicronutrientes se categorizó en: menor de 30; de 30 a 59, y 60 o más sobres, con la finalidad de evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes “Chispitas” en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niños de 6 a 35 meses. **Materiales y métodos.** La calidad del consumo fue adecuada cuando la madre refería que el niño consumía toda la comida con el suplemento. Se calculó las razones de prevalencia (RPa) ajustadas por regresión de Poisson. **Resultados.** Se incluyó 714 participantes, 25,3% vivía en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. La prevalencia de anemia fue de 51,3% (IC95%: 47,1-55,4%), 5,4% no recibió la intervención; 60,3% consumió 60 o más sobres y 49,0% los consumió en forma adecuada. No se encontró asociación entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia

($p < 0,05$). Aquellos niños que consumieron el suplemento en forma adecuada tuvieron menor prevalencia de anemia que aquellos que no lo hicieron (RPa: 0,81; IC95%: 0,68-0,96) Conclusiones. No basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia, aspecto que debe ser trabajado para mejorar esta intervención (7).

2.2. Marco Conceptual

ANEMIA NUTRICIONAL:

La anemia se define como una disminución de la concentración de hemoglobina en sangre a valores que están por debajo del valor límite determinado por la Organización Mundial de la Salud según edad y sexo. Esta disminución, limita el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y las células de los tejidos. La carencia de hierro constituye la principal causa de anemia (anemia ferropénica), dando como resultado el 50% de las anemias del mundo.

CAUSAS DE LA ANEMIA

- Insuficiente consumo de Alimentos ricos en hierro,
- Predominio de dietas, con hierro de muy baja biodisponibilidad y por ello limitada capacidad de cubrir los requerimientos.
- Lactancia Materna inadecuada y destete precoz.
- Inicio inadecuado de la Alimentación Complementaria.
- Incremento de necesidades o pérdidas por causas fisiológicas o infecciones.
- Se agrava cuando hay saneamiento básico deficiente.

En general las causas son:

De origen nutricional relacionado a la deficiencia de nutrientes en el organismo, tales como el hierro, ácido fólico y vitamina B12. La deficiencia de hierro es la causa más frecuente y se presente en mujeres en edad fértil, gestantes, niños y niñas menores de 2 años.

- El aumento de pérdidas de sangre, aumento de las necesidades de hierro (embarazo, lactancia y crecimiento).
- Parasitosis intestinal.

CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA

- Los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles. En los niños está asociada con retardo en el crecimiento, retardo en el desarrollo psicomotor y desarrollo cognoscitivo, la habilidad vocal y coordinación motora están disminuidas significativamente y habrá una resistencia disminuida a las infecciones.
- En los adultos, la anemia produce fatiga y disminuye la capacidad de trabajo físico. En las embarazadas se asocia con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad peri natal.
- La deficiencia de hierro inhibe la habilidad de regular la temperatura cuando hace frío y altera la producción hormonal y el metabolismo, afectando los neurotransmisores y las hormonas tiroideas asociadas con las funciones musculares y neurológicas, reguladoras de la temperatura.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la educación para la salud como actividades educativas diseñadas para ampliar el

conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar los valores, actitudes y habilidades personales que promuevan salud.

Diferentes formas de educación dirigidas a grupos, organizaciones y comunidades enteras que pueden servir para concienciar a la gente sobre los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud y la enfermedad y posibilitar la acción social y la participación activa de las comunidades en procesos de cambio social respecto a su salud(16).

La educación y la comunicación forman parte de los lineamientos de acción del Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la anemia en el país, y tienen como objetivo promover la adopción de prácticas saludables orientadas al cuidado de la gestante, el recién nacido, las niñas y niños menores de 3 años, para contribuir con la reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención y control de la anemia (10).

Dentro de las actividades de educación el Ministerio de Salud considera fortalecer la práctica de lactancia materna exclusiva, lactancia prolongada, alimentación complementaria adecuada de la niña y niño a partir de los 6 meses, el lavado de manos con agua y jabón, la suplementación con multimicronutrientes, cuidados y alimentación de la gestante, cuidados del recién nacido, prevención de enfermedades prevalentes de la infancia: IRA EDA, parasitosis intestinal, inmunizaciones, entre otras, mediante actividades educativas como las consejerías, sesiones demostrativas dirigidos a madres y cuidadores.

PROMOCION DE LA LACTANCIA MATERNA

La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad, porque cubre las necesidades nutricionales que el niño o niña requiere para tener un crecimiento y desarrollo adecuado y por qué tiene principalmente un efecto protector gastrointestinal disminuyendo los riesgos a enfermedades infecciosas.

Además se debe brindar la lactancia materna prolongada hasta los dos años porque la leche materna ofrece un aporte nutricional importante de energía y ácidos grasos esenciales y polinsaturados tales como ácido linólico, alfa-linolénico y ácido araquidónico que ayudan al crecimiento y desarrollo infantil. Aproximadamente **llega a cubrir de 35 a 40%** de los requerimientos energéticos.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

El contacto precoz brinda beneficios tanto para la madre y la niña o niño.

NIÑO

- Tiene la composición ideal para él bebe y se adapta variando la proporción de nutrientes, a medida que el niño crece, también cambia la proporción de nutrientes durante el día y es distinta al principio al final de la toma
- Rica en hierro y se absorbe mejor que la leche artificial y su proporción de calcio/fosforo es más adecuada.
- Él bebe digiere muy bien, prácticamente sin problemas
- El reflejo de succión es intenso después del nacimiento. Este reflejo "imprime" este biocomportamiento y facilita el aprendizaje de la succión.
- Cuando la lactancia es acelerada, más leche se produce y la ingesta temprana y frecuente de leche materna disminuye la pérdida de peso después del nacimiento.
- La niña o niño recibe de manera rápida el calostro.
- Protege de enfermedades futuras; asma alergia, obesidad, diabetes. Colitis ulcerosa.

MADRE

- El vínculo emocional entre madre y hijo se intensifica.

- Se pierde el peso ganado durante el embarazo con una mayor facilidad Las madres logran una lactancia por más tiempo.
- La succión estimula las contracciones uterinas, ayuda en la expulsión de la placenta y a controlar la pérdida de sangre materna.
- Favorece una menor incidencia de cáncer de mama y de ovarios
- Protege contra la osteoporosis.

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

Conforme crece el niño o niña se muestra más activo, la lactancia materna resulta insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales. De esta manera, la alimentación complementaria es necesaria para cubrir las brechas nutricionales entre lo que necesita el niño y lo que proporciona la leche materna (12).

La energía necesaria proveniente de los alimentos complementarios para niñas o niños con ingesta “promedio” de leche materna en países en vías de desarrollo es de aproximadamente 200 kcal/día para niños entre los 6 y 8 meses de edad, 300 Kcal/día para niños entre los 9 y 11 meses, y 550 Kcal/día para niños entre los 12 y 23 meses de edad.

INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

La alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses de edad, momento en que la leche materna ya no es suficiente por sí sola para cubrir los requerimientos nutricionales del niño(a), por lo que necesita ser complementada con otros alimentos ofrecidos en forma de puré, papilla o mazamorra.

- En esta etapa los nervios y músculos de la boca se desarrollan lo suficiente para permitir al niño o niña masticar, morder.
- Pueden controlar mejor su lengua.
- Pueden hacer movimientos de masticación de arriba hacia abajo.

- Empiezan a tener dientes, están interesados en nuevos sabores.
- Es la edad en que su sistema digestivo está suficientemente maduro para digerir una variedad de alimentos.

CONSISTENCIA DE LOS ALIMENTOS SEGÚN LA EDAD DEL NIÑO O NIÑA

Iniciar la introducción de alimentos con preparaciones espesas o semisólidas (papillas, mazamorras, purés) utilizando alimentos de la olla familiar ir modificando gradualmente la consistencia conforme la niña o niño crece y desarrolla, de acuerdo a su edad, ofreciendo los alimentos aplastados, picados, hasta que la niña o niño se incorpore a la alimentación familiar. Las preparaciones deben realizarse a base de combinaciones de alimentos principales como: cereales, menestras, alimentos de origen animal, tubérculos, verduras, lácteos (derivados) y frutas.

- De 6 a 8 meses se debe brindar alimentos espesos o semisólidas tipo papilla, mazamorras, purés.
- 9 a 11 meses, las preparaciones deben ser picados, pueden comer con los dedos.
- 12 a 23 meses, las preparaciones deben ser de los alimentos que consume la familia, deben evitarse alimentos que puedan causar que los niños se atoren o atraganten.

CANTIDAD DIARIA DE ALIMENTOS DEBE CONSUMIR EL NIÑO O NIÑA SEGÚN SU EDAD.

La capacidad gástrica de la niña o niño guarda relación con su peso (30g / kg. de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos capaz de tolerar en cada comida. Se comienza a los seis meses de edad con cantidades pequeñas de alimentos y se aumenta la cantidad conforme crece la niña o niño mientras se mantiene la lactancia materna.

- De 6 a 8 meses, deben consumir de 3 a 5 cucharadas (1/2 plato mediano, medida aproximada de 100 gramos.
- De 9 a 11 meses, de 5 a 7 cucharadas (3/4 de plato mediano), equivalente a 150 gramos
- De 12 a 23 m eses, de 7 a 10 cucharadas (1 plato mediano), 200 gramos.

FRECUENCIA DIARIA DE COMIDAS SEGÚN EDAD DEL NIÑO O NIÑA

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida. A la niña o niño amamantado sano se le debe proporcionar tres comidas al día entre los 6 y 8 meses de edad y tres comidas día más un refrigerio entre los 9 y 11 meses, así como entre 12 y 23 meses de edad tres comidas más dos refrigerios. Cuando la densidad energética de los alimentos complementarios comunes es menor de 0,8 kcal/g o los niños consumen cantidades menores a su capacidad gástrica en cada comida o ya no es amamantado, la frecuencia de las comidas deberá ser mayor que los valores mencionados anteriormente.

INCLUIR DIARIAMENTE EN LA ALIMENTACION DE LA NIÑA O NIÑO ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL

Debido al rápido crecimiento y desarrollo de las niñas y niños durante los primeros dos años de vida, la necesidad nutricional por unidad de peso corporal de lactantes, niñas y niños pequeños es alta. La leche materna puede contribuir de manera sustancial a la ingesta total de nutrientes entre los 6 y 24 meses de edad, particularmente en cuanto a proteínas y muchas de las vitaminas. Sin embargo, el contenido de varios minerales como el hierro y el zinc, es relativamente bajo en la leche materna aun tomando en cuenta su biodisponibilidad. Por ejemplo, entre los 9 y 11 meses de edad la proporción de la Ingesta de Nutrientes Recomendada que deberían suministrar los alimentos complementarios es de **97% para el hierro, 86%**

para el zinc, 81% para el fósforo, 76% y 72% para el calcio (Dewey, 2001). Dada la cantidad relativamente pequeña de alimentos complementarios que consume un niño o una niña entre los 6 y 24 meses, se necesitaría que la densidad nutricional de los alimentos complementarios sea muy elevada, es importante incorporar en la alimentación de la niña o niño lo siguiente:

- Alimentos que tengan alta biodisponibilidad de Hierro, como la sangre de pollo, hígado, vísceras rojas, carnes rojas, carnes de ave y pescado.
- Incorporar alimentos ricos en Zinc, como hígado, carnes, huevos y mariscos, toda vez que resulta importante para el crecimiento y desarrollo normal favorece la cicatrización de las heridas y aumenta la inmunidad contra infecciones.
- Alimentos fuentes de vitamina A, como el hígado y carnes porque mantiene las células epiteliales de la mucosa de la boca, de ojos y del aparato respiratorio.

El huevo y el pescado son muy buenos alimentos, poseen proteínas de alto valor biológico, para la niña o niño y no deben ser restringidos, salvo temporalmente en el caso de una fuerte historia familiar de alergia.

INCLUIR VERDURAS Y FRUTAS EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

La recomendación de proveer frutas y verduras ricas en vitamina A, está basada en los beneficios a la salud asociados con la prevención de la deficiencia esta vitamina (Allen y Gillespie, 2001) y la probabilidad de que el consumo de dichos alimentos también ayude a cubrir los requisitos de muchas otras vitaminas, la verdura y frutas ayudan al buen funcionamiento del aparato digestivo, aportan fibras, protegen los tejidos y las células de nuestro organismo.

ADEMÁS SE DEBEN INCLUIR ACEITE EN LA ALIMENTACIÓN DEL NIÑO O NIÑA

La grasa es importante en las dietas de los lactantes y niños pequeños puesto que provee ácidos grasos esenciales, facilita la absorción de vitaminas liposolubles y mejora la densidad energética y cualidades sensoriales de la dieta. Se ha sugerido el rango de 30 a 45% del total de energía (Dewey y Brown, 2003; Bier y col., 1999) como un término medio razonable entre el riesgo de una ingesta muy baja (por ejemplo consumo inadecuado de ácidos grasos esenciales y baja densidad energética) y una ingesta excesiva (la cual se piensa puede aumentar el riesgo de obesidad infantil y enfermedades cardiovasculares en el futuro).

LAS BUENAS PRÁCTICAS DE HIGIENE

Las prácticas de higiene durante la preparación de los alimentos son fundamentales para la prevención de enfermedades gastrointestinales. La incidencia más elevada de enfermedades diarreicas ocurre durante la segunda mitad del primer año de vida (Bern y col., 1992). La contaminación microbiológica de alimentos es una de las causas principales de la diarrea infantil y esta puede ser prevenida con prácticas adecuadas de higiene.

- Por tanto se recomienda: Asegurar que las personas que cuidan a los niños y los mismos niños se **laven las manos** con agua y jabón: lavarse las manos correctamente consiste en usar agua de chorro, frotamiento vigoroso, usar agentes limpiadores como jabón y en secarse con un paño limpio o al aire libre, luego de entrar en contacto con heces y antes de preparar la comida. Las manos se contaminan durante la defecación, a través de la manipulación de las heces de las niñas y niños y al tocar otras manos y superficies contaminadas. Es importante indicar que no todos los tipos de lavado de manos son

igualmente eficaces para eliminar los patógenos. La consejería para el lavado de manos (para individuos y grupos) puede reducir en 30% el riesgo de diarrea. Sobre la relación del lavado de manos con la diarrea existe importante evidencia que sostiene que esta práctica tiene impacto en reducir la diarrea.

- Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación.
- Utilizar utensilios limpios para preparar y servir los alimentos,
- Utilizar tazas y tazones limpios al alimentar a los niños, y evitar el uso de biberones, dado que es difícil mantenerlos limpios.
- Utilizar agua segura (potable o hervida) y mantenerla en recipientes limpios, tapados y en lugares frescos.
- Los restos de comida que la niña o niño que dejan en el plato no se deben guardar para consumirlo posteriormente, pues se descomponen fácilmente por ello deben ser consumidos inmediatamente.
- Colocar la basura o restos de comida fuera de la vivienda.

CONSEJERIA 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. 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(13).

El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia de crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña(o), con base en la situación de

crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado(riego o desnutricion), para mejorar sus practicas de alimentacion y nutricion.

La consejeria nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo o de enfermead. Durante la consejeria nutricional es importante promover practicas adecuadas de alimentacion y calidad de la dieta(alimentos de origen animal fuentes de hierro), ambiente de tranquilidad y afecto.

SESIONES DEMOSTRATIVA

Es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, de la gestante y en la mujer que da de lactar, a través de una participación activa y un trabajo grupal. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada “**aprender haciendo**”. La sesión demostrativa está dirigida a madres, padres o personas responsables del cuidado de la niña o niño menor de tres años, las gestantes y mujeres que dan de lactar; líderes y autoridades comunales o miembros de organizaciones que preparan alimentos como comedores infantiles, comités de gestión comunal(12).

Importancia de la sesión demostrativa

- Promover el uso de los alimentos nutritivos de la localidad
- Conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada
- Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales
- Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia
- Adoptar buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos

METODOLOGÍA

A: ANTES DE LA SESION DEMOSTRATIVA, actividades previas a la sesión demostrativa.

- **Las responsabilidades** El personal de salud responsable, coordinará el desarrollo de la sesión demostrativa, para ello identificará y convocará a uno o dos miembros del personal de salud capacitados en la metodología de sesiones demostrativas de preparación de alimentos, quienes serán los facilitadores de la actividad educativa
- **La fecha, el horario de la sesión demostrativa**, debe ser un día que el equipo de facilitadores e invitados puedan asistir.
- **El local adecuado**, con buena ventilación e iluminación. Es necesario que cuenten con agua segura para el lavado de manos y utensilios, durante y después de la sesión. Asegure un espacio para 4 mesas y 15 sillas.
- **Convocatoria**, Elabora la lista de participantes con un mínimo de seis (06) y un máximo de quince (15) personas. Los participantes deben ser padres y madres, persona(s) responsable(s) del cuidado de la niña o niño menor de tres años, gestantes, mujeres que dan de lactar. Así también, pueden participar líderes y autoridades comunales y miembros de organizaciones. Prepare las invitaciones.
- **Materiales para realizar una sesión demostrativa**
Asegúrese de contar con todos los materiales necesarios.
- **Recomendaciones** Es importante saber distinguir el tamaño de los platos a ser usados: el plato mediano es para la niña y el niño, el plato grande es para la gestante y la mujer que da de lactar,

Platos grandes tendidos 4, 4 Platos medianos, 12 Cucharas, 12 Tenedores, 12 Cuchillos de mesa, 3 Cuchillos de cocina, 1 Vasos de plástico, 6 Mandiles, 18 Jarras, 3 Colador, 1 Tabla de picar, 1 Envases con tapa, 1 Bidón de plástico con caño, 1 Tina o batea mediana, 1 Jabón, 1 Gorros, 18 Jabonera, 1 Escobilla de uñas, 1

Secador para vajilla, 3 Toalla de manos, 2 Bolsa de basura, 2 Porta cubiertos 1 Bolsa de materiales 1. El uso de una cuchara, y no de una cucharita, como unidad de medida de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bofe, pescado, carnes, etc. en las preparaciones que se realicen

- **Preparación del material educativo de apoyo**, Preparar carteles con los 5 mensajes importantes, en letra grande y fácil de leer: medidas aprox. 70 cm, largo x 50 cm, ancho según el siguiente detalle:

- **Mensaje 1:** prepare comidas espesas o segundos según la edad del niño o niña.
- **Mensaje 2:** El niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día. La gestante comerá 4 veces al día.
- **Mensaje 3:** Coma alimentos de origen animal ricos en hierro todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes.
- **Mensaje 4:** Acompañe sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro.
- **Mensaje 5:** Incluya menestras en sus preparaciones.

Carteles de motivación (medidas aprox. 70 cm, largo x 50 cm, Ancho), sobre los casos de anemia y desnutrición de casos por cada comunidad o sector.

Tarjetas con las recetas de las preparaciones modelo (medidas aprox. 21 cm, largo x 14.5 cm, ancho) En cada una de ellas, indicará el nombre de la preparación, edad para quién fue preparado, los ingredientes y las cantidades en medidas caseras.

CADA GRUPO DEBE REALIZAR PREPARACIONES PARA

- Niña y niño de 6 a 8 meses
- Niña y niño de 9 a 11 meses
- Niña y niño mayor de 1 año
- Gestante / madre que da de lactar (plato principal).

Antes de preparar los alimentos se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Primero lávese bien las manos, lave los utensilios y luego lave los alimentos con agua segura (agua potable limpia o hervida).
- Sancoche los alimentos que no se puedan comer crudos. Cada uno en forma individual y luego coloque en los envases rotulados con el nombre del producto.
- Los alimentos de origen animal como las carnes, hígado, bofe, bazo y sangrecita; deberán cocinarse completamente para luego ser picadas y colocadas en el envase rotulado del kit de sesiones demostrativas, según corresponda.
- Los cereales como el arroz, la quinua, el trigo, entre otros, deben ser cocidos en su punto de manera que permita el servido y luego ser vertidos en los envases rotulados.
- Los tubérculos como la papa, la yuca, el camote, la uncucha, plátano verde, etc. deberán cocinarse completamente, luego pelarlas y colocarlas en trozos en el envase rotulado del kit de sesiones según corresponda.
- Las hortalizas como la zanahoria y el zapallo deberán ser sancochados en forma individual y con cáscara para luego ser colocadas en los envases del kit de sesiones rotulados previamente.
- No necesita agregar sal, azúcar, aceite o condimentos.
- Cocine individualmente las hojas de color verde oscuro como la espinaca, la acelga, las hojas de nabo, entre otras, por poco tiempo a fin de mantener su color. Luego colóquelas en los envases del kit previamente rotulados.

- Las frutas y verduras que no son sancochadas como las naranjas, papaya, tomates, entre otras, deben ser colocados en envases que permitan mostrarlas durante la sesión.
- Todos los envases del kit que contienen alimentos deben contar con una tapa para evitar la contaminación.
- El azúcar, la sal yodada y el aceite vegetal deberán presentarse en su envase original junto a todos los alimentos sancochados y no sancochados.
- El agua se colocará en su envase original y, de haber hervido el agua, deberá colocarse en las jarritas del kit de sesiones demostrativas.

La ambientación y preparación

- Es necesario llegar media hora antes de la sesión, con todos los materiales.
- Coloque las sillas en forma de "U", de manera que todos(as) estén cómodos(as) y observando al facilitador.
- Acondicione un espacio para el lavado de manos, alejado de los alimentos,
- Llene con agua el balde con caño y colóquelo junto con la tina, la jabonera, jabón y un paño limpio o toalla, alejado de los alimentos.
- Coloque los alimentos sobre una mesa que ha sido previamente limpiada.
- Asegúrese de contar con una bolsa o recipiente para la basura.

B: DURANTE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

1.- La recepción y el registro de participantes:

- Uno de los facilitadores se encarga de recibir cordialmente a cada participante. Pregunte y registre en la lista de participantes el nombre completo, Escriba el nombre de cada participante en un solapín y colóquelos a la altura del pecho. Recuerde

- Los facilitadores (dos o tres) deben tener seguridad y voz firme.
- Deben promover la participación ordenada de las/los asistentes a la sesión.
- Saber escuchar, aceptar y respetar las opiniones.
- Tratar con respeto y amabilidad a todos los participantes para ganar su confianza.

2.- La presentación de los participantes (15 minutos) El facilitador debe explicar el objetivo de la reunión indicando que se realizarán preparaciones de alimentos para prevenir la desnutrición crónica y la anemia en niños, gestantes y mujeres que dan de lactar. Luego explicará la dinámica de presentación. El propósito de este momento es establecer un clima de confianza y despertar el interés de los participantes.

- Los participantes se forman en parejas. Cada uno le dice al otro su nombre, su plato preferido y la fiesta del año que más le gusta.
- Cada pareja presenta a su compañero(a).
- Luego de presentarse todos, se finaliza con un aplauso general.

3.- La motivación (10 minutos), El propósito es que los participantes reconozcan la situación de salud y nutrición de las niñas y los niños de su comunidad.

4.- Desarrollo de los contenidos educativos a través de mensajes importantes (25 minutos) Materiales

- Carteles con mensajes importantes.
- Preparaciones "MODELO" de alimentos.

5.- Práctica de preparación de alimentos Propósito Que los participantes preparen alimentos teniendo en cuenta los mensajes importantes.

C.- DESPUÉS DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

1.- Verificación del aprendizaje, Verificar que los participantes han captado los mensajes importantes. Puede elegir una dinámica o un sociodrama, de acuerdo al tiempo y a la disposición de los participantes, Luego se degustarán las preparaciones con los participantes y los niños. Es importante explicar a la madre que las deposiciones pueden ser de color oscuro cuando los niños o personas consumen la sangrecita, y no debe ser causa de preocupación.

2.- Devolución de los materiales para sesiones demostrativas

- Finalmente, distribuya las tareas de limpieza y orden de la sala entre los facilitadores (lavado de los utensilios, materiales usados, limpieza de las mesas, barrido de pisos, recolección y disposición de basura).

VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria se define como la acción extramural que realiza el personal de salud y el Agente comunitario de salud capacitado focalizado a poblaciones dentro de su contexto familiar, para desarrollar acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades (8).

La Visita Domiciliaria Es una herramienta de intervención, caracterizada por ser cercana, que ingresa a la intimidad de una familia; que tiene por fin, ser reparadora, que acompaña procesos, que orienta, que da contención y que vigila. Además es una acción diferenciada de un gran propósito, siendo parte de un proyecto que como tiene como uno de sus componentes, la intervención familiar. Las visitas domiciliarias, ha sido un medio para que los profesionales de salud interactúen con las familias, siendo el hogar un ambiente ansiado para trabajar con las familias porque ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida. Las

familias aparecen en su aspecto más natural dentro de su espacio familiar (9).

La visita domiciliaria puede definirse como:

- Una actividad: que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.
- Una técnica: porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la autorresponsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades.
- Un programa: porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica.
- Un servicio: porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud.

SUPLEMENTACION DE MULTIMICRONUTRIENTE

La suplementación con micronutrientes para prevenir la anemia es una intervención de comprobada eficacia para la reducción de la prevalencia de anemia en menores de 36 meses y según recomendaciones de la OMS.

FINALIDAD Contribuir a reducir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad.

Esquema de suplementación En niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas), desde los 30 días de vida hasta antes de cumplir los 6 meses de edad reciben 2 mg. de hierro elemental / kg. De peso/día, por vía oral (e Gotas Sulfato ferroso: 25 mg Fe elemental /1 ml Frasco por 30 ml). A partir de

los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de micronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos. A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de micronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

Consejería para la suplementación

1. El personal de la salud (médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería) responsable de la suplementación con micronutrientes y hierro, debe brindar consejería a la madre o cuidador de la niña y el niño utilizando material educativo de apoyo, enfatizando en los siguientes contenidos: Importancia de la prevención de la anemia: Causas y consecuencias de la anemia en el desarrollo infantil. Importancia del hierro y otros micronutrientes (contenidos en el sobre del suplemento) para el desarrollo de la niña y el niño durante los 3 primeros años de vida, La importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos, Importancia de conocer los valores de la hemoglobina durante la suplementación y al finalizar el esquema(6, 10).

Indicaciones para la administración del suplemento de micronutrientes en polvo:

- En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.
- Mezclar bien el total del contenido del sobre de micronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
- Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

Advertencias del uso y conservación del suplemento de hierro en gotas y micronutrientes:

- Explicar a la madre o cuidador que el suplemento no le cambiará el sabor ni color a la comida.
- Explicar a la madre o cuidador que en casos excepcionales se podrían presentar las deposiciones de color oscuro y que pueden ocurrir molestias, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea, que son leves y pasajeras. Si continúan las molestias, se recomienda llevar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación.
- El consumo del suplemento de hierro en soluciones orales y los micronutrientes deberán ser suspendidos cuando la niña o el niño se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento.
- Mantener el frasco del suplemento de hierro en gotas o los sobres de micronutrientes bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad, en lugares no accesibles a las niñas y niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones.

Seguimiento y monitoreo de la suplementación con micronutrientes y hierro

1. El personal de la salud que realiza la atención de salud de niñas y niños (medico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería), es el responsable del monitoreo de la suplementación, a nivel intra y extramural.
2. En el Establecimiento de Salud El personal de la salud que realiza la atención de la niña o el niño en el establecimiento de salud, debe aprovechar cualquier motivo de contacto o consulta en el establecimiento de salud para monitorear la aceptación y la adherencia al consumo de los suplementos de hierro y micronutrientes, fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y registrarlos en la historia clínica y carné.
3. En el Hogar

- El monitoreo en el hogar se realiza a través de la visita domiciliaria, utilizando la “Ficha de monitoreo de la suplementación en la vivienda”.
- La primera visita domiciliaria se realiza dentro de la segunda semana (15 días a 1 mes) de iniciada la suplementación con micronutrientes o hierro.
- La segunda visita se recomienda realizarla a los 2 meses de iniciada la suplementación o cuando las madres no acuden oportunamente al recojo de los suplementos.
- La tercera visita se recomienda realizarla a los 9 meses de iniciada la suplementación.
- En toda visita domiciliaria el personal de la, debe monitorear el consumo de micronutrientes, y fortalecer los mensajes del beneficio de esta suplementación y verificar lo siguiente:
 - Consumo del suplemento de micronutrientes con preparaciones sólidas/semisólidas y frecuencia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.
 - Prácticas adecuadas de almacenamiento y conservación del suplemento de los micronutrientes (bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad). -Verificar algún efecto no deseado relacionado con el consumo de micronutrientes y práctica adoptada por los padres o cuidadores.
 - Las prácticas de lavado de manos, condiciones sanitarias del domicilio (consumo de agua segura y eliminación adecuada de residuos sólidos) y condiciones de higiene de la madre y/o cuidador.
 - Según la situación encontrada en la familia, se brindará orientación, consejería, consulta y/o demostración, fortaleciendo los mensajes del beneficio de la suplementación con micronutrientes. - Cumplimiento del esquema de vacunación según la edad de la niña y niño; y práctica de lactancia materna exclusiva y prolongada según corresponda.

4. En espacios de atención y cuidado de niños y niñas menores de 36 meses centros de promoción y vigilancia comunitaria del cuidado materno infantil (CPVC), el personal de salud monitorea, las prácticas de administración del suplemento conjuntamente con los alimentos, aceptación o rechazo y efectos no deseados de los suplementos y promueve prácticas adecuadas de cuidado y alimentación de la niña y niño.

2.3. Definición de términos

- **Alimentación:** Es el conjunto de acciones mediante las cuales se proporciona alimentos al organismo, abarca desde la selección, cocción, e ingestión. Depende de las necesidades individuales, disponibilidad de alimentos, cultura, religión, situación económica, aspectos psicológicos, publicidad, moda, etc.
- **Alimentación Saludable:** Una alimentación saludable es aquella que permite alcanzar y mantener un funcionamiento óptimo del organismo, conservar o restablecer la salud, disminuir el riesgo de padecer enfermedades. Debe ser satisfactoria, suficiente, completa, equilibrada, armónica, segura, adaptada, sostenible y asequible.
- **Nutrición:** La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades nutricionales del organismo. Una buena nutrición (una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular) es un elemento fundamental de la buena salud
- **Estilos de Vida Saludable:** Es un conjunto de comportamientos y hábitos, individuales y sociales, que contribuyen a mantener el bienestar, promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio,

una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.

- **Anemia:** Es definida como una concentración de hemoglobina inferior a 11 - 12g/dl, dependiendo de la edad y al nivel del mar. La ingesta insuficiente de hierro es la principal causa en el Perú. La anemia afecta principalmente a niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y gestantes
- **Malnutrición:** Se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/o otros nutrientes. Su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.
- **Actividades preventivas:** Se refiere a toda actividad que se realiza a nivel individual o grupal con el fin de mejorar la salud de la población en los tres niveles de prevención y promoción evitando que esta sufra daño o muerte, está relacionado con el control e intervención de los factores de riesgo de las enfermedades o de estas como tal.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

- Fichas de Visitas domiciliarias
- Actas de Sesiones educativas y demostrativas a madres de niños menores de 24 meses, Madres gestantes(anexo 1)
- Fichas de Consejería nutricional
- Actas Capacitación de agentes comunitarios de salud(anexo 2)
- Actas de Capacitación a juntas directivas de salud(anexo 3)
- Informe de Trabajo en los centros de vigilancia(anexo 4)

3.2. Experiencia Profesional

Me inicié como profesional de enfermería en el año 1997, realizando mi SERUMS en el centro de salud de Ocongate, del distrito de Ocongate, provincia Quispicanchis, departamento de Cusco, y laboreé como contratada hasta el año 2002, ubicada a una altura de 6300 mnsn.entre las cordilleras de Carabaya y el nudo del Vilcanota donde destaca las cumbres nevadas del Ausangate, jullepunco, el cinajara, etc. Ocongate contaba con 36 comunidades incluyendo las comunidades de distrito de Marcapata y Ccatcca de fácil, mediana y difícil accesibilidad geográfica, la población total del distrito eran de 11, 111 habitantes al momento del censo de 1993. Eminentemente rural, la población es eminentemente quechua.

La problemática de salud estuvo determinada por el bajo nivel socioeconómico, el analfabetismo, patrones culturales, las creencias mágicas religiosas, falta de vías de comunicación y accesibilidad geográfica y económica de la población, en cuanto a recurso humano contaba con 2 Médico, 3 Enfermeras, 1 Obstetra, 1 Odontólogo, 1 Biólogo, 3 Técnicos en Enfermería y 01 chofer, para cubrir las diferentes

actividades preventivas, asistenciales y administrativa. Algunas veces se contaba con internos de Medicina y Enfermería de la Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, quienes fueron de mucho apoyo para cubrir la atención de las 24 horas del día.

Durante el año SERUMS se trabajó en base a un PLAN OPERATIVO LOCAL, con la finalidad de desarrollar las actividades preventivo-promocionales, asistencias y de participación comunitaria para mejorar el estado de salud del ámbito asignado. El dominio del idioma quechua facilito la intervención a nivel de las familias y comunidades donde los pobladores se sentían identificados creando un clima de confianza y respeto. Se realizó las siguientes actividades:

- Organización de eventos (concurso de abrigos, canciones, platos típicos nutritivos) a nivel Distrital, programas radiales donde se tenía el programa" la voz del Centro de Salud" donde se impartía temas relacionados a salud con entrevistas, socio dramas e historietas de prevención de diferentes patologías y programas de salud
- Como responsables del programa de enfermedades metaxenicas, se intervino ante la presencia de epidemia de Tifus exantemático, la misma que se presentó de Diciembre 97 a marzo 98, Donde experimenté y aprendí a realizar diferentes actividades preventivas como las visitas domiciliarias programadas, intervenciones comunitarias, sesiones educativas de higiene corporal, lavado de manos y ordenamiento domiciliario, tratamiento de casos, Captura de vectores y remisión de muestras al laboratorio regional y nacional, rociamento con insecticidas(actelic). Estas actividades se desarrollaron en coordinación con la asociación de promotores de salud, organizaciones nogoubernamentales (CAIJO, CIPA PARROQUIA), Educación y Autoridades Locales, prácticamente el trabajo realizado era eminentemente extramural desde tempranas

horas de mañana hasta altas horas de la noche donde se tenía que llegar al 100 % de las viviendas de la comunidad.

- Capacitación a promotores de salud en los diferentes temas: Manejo Referencias comunales, seguimiento de niños y gestantes, signos de alarma en el niño y gestante, manejo de medicamentos básicos, primeros auxilios, atención de parto, monitoreo de beneficiarios de PACFO, etc.
- Control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, seguimiento de casos de IRA y EDA, distribución y monitoreo de programas de apoyo alimentario (PACFO, PANFAR, PROSIERRA), consejerías nutricionales, sesiones educativas y sesiones demostrativas a los beneficiarios, promoción de la lactancia materna exclusiva a través de consejerías personalizadas y grupales utilizando trípticos y rotafolios.
- Apoyo en las intervenciones de planificación familiar previa sensibilización y consejería a la persona y familia, captación de beneficiarios de planificación familiar para intervenciones quirúrgicas de ligadura de trompas y vasectomías.
- Captación de sintomáticos respiratorios, manejo y tratamiento de casos de tuberculosis, quimioprofilaxis y control de contactos. A pesar que existía una negativa de aceptar el tratamiento.
- Tratamiento de casos de Leishmaniosis cutáneo y mucocutáneo, administración con glucantime endovenoso lento, observándose que presentaba como reacción adversa las artralgias. Frente a un número elevado de enfermos en coordinación con la Parroquia y el CIPA se formó la asociación de enfermos de leishmaniosis, quienes se beneficiaba con un control estricto cada 3 meses por los Médicos especialista.
- Captación de gestantes, atención de parto, atención de recién nacido y control de puerperio en ausencia del personal obstetra, atención de emergencias obstétricas (retención placentaria, parto prolongado), incluso apoyo en intervenciones de cesárea en el centro de salud,

porque existía negativa de ser referido a la ciudad del Cusco por la distancia y dificultades en el transporte.

- Atención de pacientes hospitalizados de neumonía de niños y adultos mayores, enfermedades diarreicas con deshidratación severa, púerperas con alguna complicación. Cumpliendo la terapia indicada, canalizando vías tratamiento de casos de deshidratación, etc.
- Atención de emergencia de accidentes de tránsito como las curaciones, sutura de heridas, canalización de vías, inmovilización de fracturas, hasta transfusiones sanguíneas directas, con el único fin de salvar la vida del paciente.
- En fin hay muchas actividades por detallar, gracias al trabajo realizado en dicho establecimiento de salud se tiene experiencia en la solución de diferentes problemas de salud utilizando materiales e insumos que jamás pensé usar (uso del cabello para la sutura, agujas fabricadas, transfusiones sanguíneas directas, cesáreas, extracción de retenciones placentarias), puesto en aquellos años no existía la carretera asfaltada el viaje prácticamente era todo el día, existía una negativa de los pacientes en ser trasladados a los hospitales de la ciudad del cusco. La solución se tenía que dar en el lugar.

Posteriormente paso a labora P. S. de Coya, red de servicios de salud cusco norte por el lapso de 4 años del 2003 a 2004, ubicada en el Distrito de Coya, Provincia de Calca, atiende a 08 comunidades y las misma población urbana. De fácil, media y difícil accesibilidad geográfica, cuenta con una población 3705 habitantes (INEI 2007), ubicado a 2944msnm. Este establecimiento de salud de categoría 1.2, contaba con 01 médico y 01 Enfermera. El horario de atención de 8 de la mañana a 7 de la noche, por esta razón cumplía el turno una sola persona, dando atención al usuario desde admisión, evaluación física tratamiento y despacho de recetas; brindado atención integral del niño, gestantes, adultos y adultos mayores, para lo cual el personal está preparado incluso

para solucionar emergencias de partos, accidentes en el momento. En este establecimiento las actividades más resultantes fue de PLAN DE TRABAJO PARA LA REDUCCIÓN DE LA ANEMIA Y LA DESNUTRICIÓN, donde se implementó el desarrollo de la estrategia de TECNOLOGIA DE DECISIONES INFOMARDAS (TDI), para ello se formó el comité de desarrollo distrital con la participación de las autoridades (Municipio a través de la sub gerencia de desarrollo social, salud parroquia, docentes, juez de paz, gobernador, policía y organizaciones de base), así como las los responsables de programas sociales JUNTOS, PRONAA y la ONG PRISMA. Este comité encabezado por el personal de salud y la regidora de salud se desplazaba a las diferentes comunidades para realizar diferentes actividades de prevención como; las sesiones educativas, sesiones demostrativas, ordenamiento domiciliario, instalación de fogones mejorados, instalación de biohuertos con la participación de líderes comunales y los integrantes de cada comunidad. Con este trabajo logramos obtener el premio de MUNICIPIO SALUDABLE 2008. Además se incrementó la demanda en el establecimiento para actividades de crecimiento y desarrollo, disminución de los partos domiciliarios de 60 a 45%.

Por otro lado también se logró la gestión de la construcción de una nueva infraestructura.

P.S. de Cuyo Chico, categoría 1.1. Laboro actualmente desde hace 10 años, El P.S Cuyo chico pertenece al Distrito de Pisac, Red de Servicios de Salud Cusco Norte, se encuentra en el centro poblado de cuyo chico, a una altitud de 2961msnm. El establecimiento de salud atiende a una población de 1923(Población proyectada al 2016) habitantes distribuidos en 04 comunidades: Cuyo Chico, Ccotataqui, Maska y Ampay. Cuyo viviendas son construidas con material rustico de adobe techo de teja. El idioma predominante es el quechua y como

segundo idioma el castellano. En cuanto al personal de salud, cuenta con 01 Lic. Enfermera, 01 Odontólogo y 01 Tec. En Enfermería.

El puesto de salud cuenta con los siguientes servicios de **atención intramural**:

- Área de odontología, servicio con atención integral especializada en salud bucal a niños, adolescentes, jóvenes, adulto y adulto mayor gestantes
- Área de Enfermería, servicio de atención integral de crecimiento y desarrollo de niño y adolescentes, atención integral del adulto joven, adulto y adulto mayor; consulta de enfermería, atención integral a la gestantes, salud sexual y reproductiva, prevención del cáncer, salud mental, valoraciones y detección de enfermedades no transmisibles, actividades de prevención y promoción, etc.
- Área tóxico, servicio donde se realiza las actividades atención de emergencias, administración de medicamentos, curaciones de heridas,
- Área de admisión y triaje. Servicio destinado a recibir al paciente para su respectiva atención para los diferentes servicios en las que requiere ser atendido
- Área de Farmacia, servicio donde se administra el suministro de medicamentos.
- Área de capacitación. Lugar donde se brinda las capacitaciones a agentes comunitarios de salud y madres de niños menores de 36 meses y madres gestantes.

Horario de atención: de Lunes a Domingo de 08.00 a 14 horas y algunos días de guardia diurna de 08.00 a 20.00 horas.

Atención extramural: El establecimiento de salud cuenta con 04 centros de vigilancia comunal (02 en la comunidad de Ampay, 01 en Ccotataqui y 01 en Maska), construido por la municipalidad de Pisac, donde se realizan las sesiones educativas y demostrativas con participación activa de los

agentes de salud, madres gestantes y madres de niños menores, los centros de vigilancia comunal son espacios comunitarios destinados a orientar y educar a madres, padres y cuidadores en lactancia materna, alimentación complementaria, lavado de manos, suplementación con multimicronutrientes, entre otros; así como apoyar la vigilancia comunal de las gestantes, y niños menores de 3 años; y a ser espacios de concertación para el análisis de información y toma de decisiones concretas con las madres de familias sobre la nutrición y salud de la niña y el niño.

Visitas domiciliarias de seguimiento a niños y gestantes se realizan de acuerdo a un plan donde se da a conocer los mensajes de las **intervenciones costo efectivo en visitas domiciliarias (anexo 9)**.

Lo interesante de este establecimiento al igual que en la anterior se realiza la intervención en las diferentes etapas de la vida. Las actividades realizadas son preventiva promocionales en las diferentes estrategias de salud, a pesar de que existe una sobre carga laboral, se tiene que cumplir con cada una de las estrategias de salud, sin embargo se prioriza las actividades referidas a crecimiento y desarrollo del niño, siempre se busca el bienestar del niño, se trabaja con la familia, identificando sus necesidades y se planifica las intervenciones. Siguiendo las pautas del Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 – 2016. En el cual se mencionan los lineamientos de acción que son: la normatividad, organización y prestación de los servicios de salud, medicamentos e insumos, educación y comunicación, participación comunitaria.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

La información fue obtenida de la unidad de estadística de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte, así como, de las actas existentes en el establecimiento de salud y del centro de vigilancia comunal donde se trabaja con grupos seleccionados de gestantes y mujeres con niños menores de 3 año, en coordinación con la sub gerencia de desarrollo social de la municipalidad de Pisac.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

POBLACIÓN ASIGNADA POR ETAPAS DE VIDA, P.S. DE CUYO CHICO

POBLACIÓN POR ETAPAS DE VIDA			
POBLACIÓN	COMPOSICIÓN	N°	TOTAL
NIÑO	RN-11 MESES	40	361
	DE 1 AÑO	37	
	DE 2 AÑOS	35	
	DE 3 AÑOS	34	
	DE 4 AÑOS	34	
	DE 5 A 9 AÑOS	181	
ADOLESCENTE	10 A 14 AÑOS	205	368
	DE 15 A 19 AÑOS	250	
ADULTO	DE 20 A 44 AÑOS		943
	DE 45 A 59 AÑOS		
ADULTO MAYOR	DE 60 AÑOS	176	176
TOTAL			1848
POBLACION FEMENINA	MEF		466
	GESTANTE		57

FUENTE: CENSO POBLACIONAL 2007(15).

En el presente cuadro se muestra la población de acuerdo al censo poblacional de año 2007 en total de 1848 habitantes distribuidos en diferentes grupos etéreos, de esta la población de niños menor de 2 años es de 114 niños y una población de gestantes de 57. Población no acorde con el dato real que existe en la zona, lo cual se detalla en el siguiente cuadro.

CUADRO N° 4.2
POBLACIÓN DE ACUERDO AL CENSO COMUNAL. P.S. CUYO
CHICO 2014

GRUPOS ESTARESOS/COMUNIDADES	CUYO CHICO	CCOTATAQUI	AMPAY	MASKA	TOTAL
MENORES DE 1 AÑO	6	1	3	7	17
NIÑOS DE 1 AÑO	6	1	11	3	21
NIÑOS DE 2 AÑOS	5	0	10	7	22
TOTAL	17	2	24	17	60
POBLACION DE GESTANTES	5	2	9	6	22
TOTAL	5	2	9	6	22

FUENTE: CENSO POBLACIONAL DE CUYO CHICO, 2014.- padrón nominal.

Este cuadro demuestra la población de niños menores de 2 años y gestantes de acuerdo al censo poblacional y padrón nominal, se aprecia que en las comunidades de cuyo chico y ampay existe mayor cantidad de niños quienes requieren mayor seguimiento en la administración de micronutrientes en niños y en gestantes la administración de sulfato ferroso y ácido fólico.

CUADRO N° 4.3
CUADRO DE DISTRIBUCIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

COMUNIDAD	ACS
CUYO CHICO	02
CCOTATAQUI	01
MASKA	02
AMPAY(03 SECTORES)	05

FUENTE: DIRECTORIO DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD. CUYO CHICO.

En cada una de las comunidades existen agentes comunitarios de salud capacitados quienes apoyan en actividades de prevención como; seguimiento de niños y gestantes a través de la visita domiciliaria y la participación en sesiones educativas y demostrativas en cada uno de los centros de vigilancia comunal. Los agentes comunitarios de salud reciben los talleres de capacitación de acuerdo a un plan concertado (Anexo 8)

CUADRO N° 4.4
CASOS DE ANEMIA EN MENORES DE 2 AÑOS
P.S. CUYO CHICO 2015 – 2016

AÑOS	POBLACIÓN DE NIÑOS	NIÑOS TAMIZADOS	CASOS DE ANEMIA			TOTAL DE ANEMIA	PORCENTAJE	NIÑOS RECUPERADOS DE ANEMIA
			LEV.	MOD.	SEV.			
2015	57	57	5	4	0	9	15.7	9
2016	60	60	5	2	0	7	11.6	7
TOTAL	117	117	10	6	0	16	13.6	16

FUENTE: ESTADÍSTICA DE LA RED CUSCO NORTE 2015-2016

En el cuadro N° 05, se muestra que para el año 2015 se tamizaron un total de 57 niños, de los cuales 09 niños presentaron anemia en un 15.7 %, y 09 niños recuperados para el mismo año; durante el año 2016 fueron tamizados 60 niños, de los cuales presentaron anemia 07 niños en un porcentaje de 11.6% y niños recuperados 7. En estos años observamos de los casos presentados se evidencia una disminución de casos de anemia, esto debido a una intervención y seguimiento estricto a través de visitas domiciliarias, sesiones demostrativas y educativas para las cuales se puso en práctica el plan de trabajo con mensajes de intervención de costo efectivos aplicados en las visitas domiciliarias (anexo 9), además de la administración de micronutrientes y administración de sulfato ferroso en casos positivos de anemia de acuerdo al plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y la prevención de la anemia en el país, periodo 2014 – 2016.

CUADRO N° 4.5

CONSEJERÍA NUTRICIONAL EN EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS P.S. CUYO CHICO 2015-2016

AÑOS	POBLACIÓN	META	AVANCE	COBERTURA
2015	57	46	38	82.6
2016	60	50	43	86
TOTAL	117	96	81	84.3

FUENTE: ESTADÍSTICA DE LA RED CUSCO NORTE 2015-2016.

El presente cuadro demuestra, que durante el año 2015 se realizó 38 consejerías de un total de 46 programada haciendo un porcentaje de 82.6% y para 2016, de un total de 50 programadas para consejería nutricionales se realizó 43 haciendo 86 %, coberturas aceptables en los dos años. Las consejerías nutricionales se realizaron dentro del establecimiento como el las visitas domiciliarias.

CUADRO N° 4.6

SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 24 MESES. P.S. CUYO CHICO 2015 A 2016

AÑOS	META	AVANCE	COBERTURA
2015	46	38	82.6
2016	50	43	86
TOTAL	96	81	84.3

FUENTE: ESTADÍSTICA DE LA RED CUSCO NORTE 2015-2016.

El cuadro demuestra que para el año 2015 se tuvo un cobertura de 82.6% de una meta de 46 sesiones educativas y demostrativas y para el año 2016, 86% de cobertura de una meta de 50 sesiones demostrativas, como se aprecia esta actividad va en incremento, las mismas que se realizan en los centros de vigilancia comunal y en establecimiento de salud. Sesiones educativas y demostrativas, en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niñas y niños menores de 3 años y de las gestantes a través de una participación activa y un trabajo grupal(12). Durante estas sesiones se dar a conocer el consumo de los alimentos nutritivos ricos en hierro de la zona.

CUADRO N° 4.7

SESIONES EDUCATIVAS Y DEMOSTRATIVAS A MADRES GESTANTES.

P.S. CUYO CHICO 2015 A 2016

AÑOS	META	AVANCE	COBERTURA
2015	23	18	78.2
2016	24	19	79.1
TOTAL	47	37	78.8

FUENTE: ESTADÍSTICA DE LA RED CUSCO NORTE 2015-2016.

El presente cuadro se aprecia durante el año 2015 se tiene una cobertura de 78.2% de una meta de 23 y para el año 2016 se logra una cobertura de 79.1% de una meta de 24. Actividad realizada en los centro de vigilancia comunal un plan concertado con las madres beneficiarias y el responsable del centro de vigilancia de la municipalidad distrital de Pisac.

CUADRO N° 4.8

VISITAS DOMICILIARIAS REALIZADAS A NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS CUYO CHICO

AÑOS	POBLACIÓN MENOR DE 2 AÑOS	AVANCE	COBERTURA
2015	57	51	89.4
2016	60	54	90.0
TOTAL	117	105	89.7

FUENTE: ESTADÍSTICA DE LA RED CUSCO NORTE 2015-2016.

El presente cuadro demuestra que durante el año 2015 se alcanzó un a cobertura de 89.4 de una meta programada de 57, y para el año 2016 se tiene un avance de 90.0 % de una meta de 60. Claramente se evidencia que hubo un incremento de un año a otro gracias al trabajo articulado con promoción de salud, las misma que se encuentra plasmado en el plan nacional de reducción de anemia y la desnutrición, que indica que todo niño o niña de 6 a 36 meses debe recibir las consejerías nutricionales a través de visitas domiciliarias, niños con suplementación de hierro o micronutrientes, todo niño debe recibir por lo menos 3 visitas, la primera al mes de iniciado la suplementación, la segunda a los 6 meses de iniciado y la tercera a los 9 meses de iniciado la suplementación o cuando la madre no acude a recoger los suplementos(10).

CUADRO N° 4.9

CAPACITACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD.

AÑOS	META	AVANCE	COBERTURA
2015	6	6	100
2016	10	9	90

FUENTE: ESTADÍSTICA DE LA RED CUSCO NORTE 2015-2016, REGISTRO DE ACTAS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

El presente cuadro nos demuestra el porcentaje de capacitación de los agentes comunitarios de salud, para el año 2015 se tubo 6 promotores de los cuales el 100% recibió la capacitación y para el año 2016 incremento el número de promotores de salud con la finalidad de realizar el seguimiento de niños y gestantes. El agente comunitario de salud, es un voluntario que es elegido por sus comunidades y que están preparados para realizar labores de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, desempeñándose en coordinación efectiva con las autoridades y líderes de su organización comunal y el personal de salud. Las capacitaciones se realizan de acuerdo a un plan (Anexo 08).

V. CONCLUSIONES

- a. Los casos de anemia va en disminución en el Puesto de salud de Cuyo Chico de 15.7%(2015) a 11.2%(2016), así mismo el 100% de niños diagnosticados con anemia se han recuperado, gracias a un seguimiento estricto y a la ejecución de actividades preventivas en coordinación con autoridades locales, agentes comunitarios de salud y grupos organizados.
- b. En cuanto a la capacitación de agentes comunitarios de salud se la logrado capacitar en un 100% y 90%, que es de suma importancia porque; Ellos apoyan en actividades de prevención como; seguimiento de niños y gestantes a través de la visita domiciliaria y la participación en sesiones educativas y demostrativas en cada uno de los centros de vigilancia comunal.
- c. El aporte y compromiso de las propias madres y de su comunidad en la ejecución de sesiones educativas y demostrativas nutricionales en cada uno de los centros de vigilancia comunal tal como se evidencia en los resultados obtenidos en un 82.6% (2015) y 86%(2016).
- d. Se ha logrado un trabajo coordinado y exitoso con autoridades locales. La participación activa del sector salud, del Municipio distrital de Pisac a través de la sub gerencia de desarrollo social, juega un rol importante en la capacitación de agentes comunitarios de salud, dotación de materiales de logística y en algunas ocasiones con el transporte a las diferentes comunidades, donde se realizan las sesiones educativas y sesiones demostrativas y otras actividades.

VI. RECOMENDACIONES

- a)** Realizar permanentemente las actividades preventivas promocionales para incentivar el consumo de alimentos de la zona con una alta biodisponibilidad de hierro, principalmente en gestantes y niños, por cuanto una deficiencia de este micronutriente produce anemia, el cual va afectar el normal desarrollo del niño.
- b)** El personal de Salud debe enfatizar en el seguimiento de las madres gestantes y madres con niños menores de 2 años a través de las visitas domiciliarias para verificar el consumo de micronutrientes.
- c)** Es necesario vigilar el cumplimiento de la Norma Técnica de Suplementación con micronutrientes, la cual indica la realización de al menos 3 visitas domiciliarias durante el periodo de suplementación. Para garantizar el consumo de los micronutrientes.
- d)** Es importante continuar el trabajo en los centros de vigilancia comunal en coordinación con las Autoridades Locales, donde se realizan las sesiones demostrativas nutricionales así como temas relacionados sobre estilos de vida saludable. Así como la capacitación agentes comunitarios quienes participan activamente en el desarrollo de las actividades preventivas.
- e)** Realizar los estudios de adherencia de suplementación de micronutrientes, con la finalidad de concientizar a las madres a cerca de la suplementación de micronutriente

VII. REFERENCIALES

1. Información obtenida de ESTADISTICA E INFORMATICA DIRESA CUSCO – SIEN 2014
2. Solano L, Landaeta M, Portillo Z, Fajardo Z, Barón MA, Patiño E. “Educación Nutricional dirigida a madres de niños lactantes y preescolares con anemia”. Salus Online. 2012.
3. Organización Mundial de la Salud, Departamento de Nutrición para la Salud y Desarrollo 2000. Complementary feeding – Family foods fro breastfed children.
4. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de alimentación y Nutrición (CENAN). Lineamientos de nutrición materno infantil del Perú. Lima – Perú, 2004.
5. Comité Nacional de Hematología. Anemia ferropenia: Guía de diagnóstico y tratamiento. Arch. argent. pediatr. [online]. 2009, vol.107, n.4 [citado 2014-03-11], pp. 353-361 Disponible en: ISSN 1668-3501. 17. Huamán-Espino, Lucio et al. Consumo de suplementos con multimicronutriente.
6. Directiva sanitaria n° 056-MINSA/DGSP, v01, Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños de menores 36 meses
7. Huamán-Espino, Lucio et al. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una 59 intervención poblacional en Apurímac, Perú. Rev. Perú. med. exp. salud pública, Lima, v. 29, n. 3, jul. 2012. Disponible en. accedido en 11 marzo 2014.

8. DIRECTIVA SANITARIA 001-2012 DIRESA-DESC-DPROMS
"Directiva sanitaria de visita domiciliaria para la atención integral de la familia en el ámbito de la DIRESA CUSCO"
9. PROYECTO APRENDIENDO Y AYUDANDO II Jr. Camaná 616,
Piso 7, Lima-Perú Teléfono 626-1600 anexo 7007
vronquillo@mimp.gob.pe www.mimp.gob.pe
<http://www.aprendiendoyayudando.net/index.html#> SISTEMA DE
INFORMACION
10. Ministerio de Salud. Documento técnico: Plan Nacional para la
reducción de la desnutrición crónica infantil y la prevención de la
anemia en el País, periodo 2014 – 2016.
11. Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V.01, Directiva
Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud
Amigos de la Madre, la Niña y el Niño
12. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Guía de
Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos para Niños y
Mujeres en Edad Fértil. Lima – Perú, 2001
13. Documento técnico de consejería nutricional en el marco de la
atención integral materno infantil, aprobado con resolución
ministerial N° 870-2009/MINSA.
14. CARITAS DEL PERÚ. Prevalencia de la desnutrición crónica y la
anemia infantil en Ancash, Perú: proyecto de Ally y Micuy 2007-
2010. Perú, 2010.
15. Censo Nacional XI de población y VI de vivienda 2007 boletín
demográfico n° 18 boletín demográfico n° 37 Lima-2009 INEI-
Dirección Técnica/ MINSA- oficina general de estadística e
informática.
16. Pérez, Echauri, Ancizu, Chocarro. Manual de Educación para la
Salud. Gobierno de Navarra. España

ANEXOS

ANEXO 1

ACTA DE CAPACITACION A MADRES GESTANTES Y MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

29

Concurso de platos Alimentarios para niños 2-36 meses y embarazadas.

Pisac; 18 de octubre del 2016 cuando las 9.30 nos reunimos en el Centro Comunitario del Distrito de Pisac; el representante del Hospital P.S. Cayo Utico y C.S. Pisac; para dar inicio a la actividad por el día mundial de la alimentación. Con participación de las madres de gestas, Varo de leche; promotoras de Salud y personal de Salud. Para lo cual las madres presentaron los diferentes preparaciones: platos Alimentarios para niños de 6-8 meses, de 9-11 meses, niños de un año y madres embarazadas, los cuales fueron calificado por un jurado jurado; entregándose premios a los participantes.

Concluye la actividad cuando las 14.30 pm.

Felicitate	Rafael	Hipólito	Guillermo
Toshiba	Sancho	Yacina	...
...	...	Chelita	...
...	...	Jordell	...
...
...

Ana María Bravo
EJECUTIVA
C.F.P. 1932

ANEXO 2

ACTA DE CAPACITACION DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

26

I Taller de Capacitacion de Agentes Comunitarios de Salud, Promocion y Vigilancia CPV.

Fecha: 25/09/16.

Se dio las 9 P.M. me reunimos en el Centro de Convenciones de la Municipalidad de Pisco. Los agentes comunitarios de Promocion comunitaria, el Comité de desarrollo Salud de la provincia de Ica; Representante de los cursos de Vigilancia de la DINA Consejo Asesor del P.S. cuyo curso, hicimos talleres de Promocion de la P.S. durante la tarde. Se dio inicio con la grabacion de sus actividades del 1º al 4º. Se dio inicio a la grabacion de sus actividades de participacion del curso de Vigilancia 1 y 2 y de la participacion de el programa de capacitacion de la capacitacion con la exposicion del 1º y 2º. El Sr. Huamani Contreras, ante los cursos de Promocion y Vigilancia. Formar, del agente comunitario de salud, desarrollo de la salud comunitaria, unidos de la mano;

Se compromete promotor de salud para el día 9/10/16. Traer los folios Comandos, Casos Comandos y el Municipio de Pisco es de dar los mapas Comandos y Casos Comandos, Traer los Actuales toda la informacion con participacion de los Jueces Directivos de todas las Comandadas.

De los Puertos y Centro de Salud dar informacion acerca de cuentas gestadas y más hijos; dar a los promotores, Seguirse de la capacitacion del curso de capacitacion, (especial) profesional en la (es) en la (es) del país, es la promotor tiene que haber la vigilancia comunitaria por parte Municipio Promocion en el sector de una red de, o la agente comunitario de Promocion y Vigilancia.

27

Concepción
24476062
Promotor Socma

24476068
Promotor Socma

24476068
Promotor Socma

Vialba

T.E. 6

Promotor Colitago

24476068

24476068

24476068

24476068

24476068

Edgar Huamani Contreras
Comité de Vigilancia
Socma

Comité de Vigilancia

Ampay II

Ampay II

TE Colitago

4065 POC

Ampay I. Basco

24476068

24476068

24476068

ANEXO 3

ACTA DE CAPACITACION A JUNTAS DIRECTIVAS COMUNALES

22

Acta Reunion con Juntas Directivas y PCS
en la sensibilización en juramentación en
Promoción y Vigilancia Comunal - Municipio Pisac.

Señalo las 9:00 AM del día 11/09/16 nos reunimos
en el Centro de comunicaciones de la Municipalidad
Distrital de Pisac el Sr. Edgar Huamani Contreras
Comite. de desarrollo social de la Municipalidad provincial
de Cusco; Comite. de desarrollo social de Pisac
Jefe del P.S. Uyo Chico Lic. Piro Verdugo Bravo
Jefe del P.S. Quello Quello; Resp. de promoción
Srta. Naydi Begoza Burburiga del C.S. P.S.C.
asistieron presidente de Cotataque, promotor de salud,
promotor de Quello Quello, promotor, presidente de
la comunidad de Hueta, Jefe de la comunidad de
Sacaqa habiendo la asistido 4. 09 personas.
El Sr. Edgar realiza la sensibilización sobre
Vigilancia comunal y juramentación de Centros de
Vigilancia comunal; Dilema Quariapan Hueta. piroso.
Habiendo la asistencia de pocas personas se posterga
la reunión para próxima fecha y programo la
próxima siendo las 13.30 horas próxima Reun 25/09/16
También se realiza la sensibilización sobre Campaña de Vacunación
contra en las diferentes comunidades.

Flora P.C. 4459547 Promotora Tercera	Isidoro 80327216 promotora Viacha	Edgar 43424568 Promotora Sacaqa	Quintana Edgar Huamani C. 60445-MPG
Alfonso 4370781 Pisac de la Pamabacta	Alfonso 2447961 Cotataque	Alfonso 45923634 Cotataque	Alfonso 24490886 Promotor Ayta

Asa C. Uyo Chico Bravo
16/09/2016

ANEXO 4

ACTA DE SESIONES DEMOSTRATIVAS EN CENTRO DE VIGILANCIA COMUNAL

41

1º Sesión Educativa y 1º Seminario demostrativo de abstracción en la Comunidad de Cotacachi.

Cotacachi: 09/01/17 desde las 9:30 am en un salón. Fuimos en la comunidad, Lic. Rosa Endara Bravo y responsable de DISEP de la Municipalidad de Potosí. Para realizar la sesión educativa y demostrativa se inicia la sesión con lluvia de ideas; y se hacen los siguientes temas:

- Impresiones de los educandos de la zona...
- Alimentación saludable

Finaliza la preparación de platos para los diferentes grupos de edad con participación activa de las madres, al finalizar se realiza la degustación de platos.

Grupo 1 de 6 años. Segundo de lluvia de ideas con leche.

1. Flora Curo Curo 28 46419198
2. Belén Curo Curo 24 24490453
3. María Curo Curo 29 46052410
4. Mariana Mamani Curo 56 24417390
5. Florencia Curo Curo No 02:25:0

plato ensalada con pescado y ensalada.

9-11 años

1. Emma Curo Curo 26 46533314
2. Dora Curo Curo 54 24413504
3. Tania Curo Curo 49 24419009
4. Dora Curo Curo 56 24417523
5. Lucía Curo Curo 56 24413504
6. Norma Curo Curo 21 24413504

42

Grupo 1 año: Segundo de lluvia con leche.

1. María Curo Curo 43 24410305
2. Melchor Curo Curo 48 24490077
3. Leonela Curo Curo 56 43787305
4. Jessica Curo Curo 53 24416675
5. Alejandra Curo Curo

Cotacachi: Pasaado con ensalada.

1. Melchor Curo Curo 39 42664393
2. Leonela Curo Curo 41 24419058
3. Leonela Curo Curo 54 24416943
4. José Curo Curo 47 24419059
5. Virginia Curo Curo 39 48004423
6. Leonela Curo Curo 31 24419056

Potosí: Segundo de lluvia con churqui.

- Plata Curo Curo
- Enrique Curo Curo
- Hipólita Curo Curo
- Tomasa Curo Curo 56 24417411
- Verónica Curo Curo 19 24413507

Concluye la sesión con la firma de los padres y madres; 09/02/17.

ANEXO 7
PLAN DE TRABAJO COMUNAL 2015 y 2016
PUESTO DES SALUD CUYO CHICO

Tema	¿Qué Vamos hacer?	¿Qué cantidad vamos hacer?	¿Cuándo lo vamos hacer?												¿Quiénes lo harán?					
			2015					2016												
			J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J		J	A	S	O	N
Salud y Nutrición	Capacitarse y organizarse en el trabajo por la salud de niños y gestantes de la comunidad	03	x	x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Presidente, promotores de salud y Directiva Comunal
	Elegir o ratificar a promotores de salud (acreditado por la comunidad) (1x10 niños)		x	x																Asamblea y directiva comunal.
	Contar con el listado de niños y gestantes de la comunidad.	1	x	x					x	x	x									Promotores de salud y Directiva Comuna
	Gestión para la implementación de un local para el Centro de Vigilancia Comunal de niños y gestantes.	03	x	x						x	x									Presidente, ACS y Directiva Comunal
	Funcionamiento del Centro de Vigilancia Comunal	12	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	Promotores de salud y Familias de la comunidad Directiva Comuna
Protección	Capacitación en prevención de violencia familiar (desde el recién nacido).	03	x	x					x	x									Familias de la comunidad, Municipalidad e Instituc. Educat.	
	Gestión para la implementación de galpones de cuyes	03								x	x	x							Presidente y Directiva comunal	
	Capacitación en manejo técnico y crianza de animales menores.	03										x	x	x					Familias de la com. Municipalidad, Instituc. Educat.	
Organización	Capacitación de la Directiva Comunal sobre sus roles y funciones.	02							x	x									- Directiva comunal - Instituciones	
	Actualización del PDC y Estatuto de la comunidad.	4 reuniones									x								- Directiva comunal y ACS, - Centro de Salud e instituciones	
	Evaluación del Plan de Trabajo Comunal 2014.	2 reuniones												x				x		
Otros																			- Directiva comunal	

ANEXO 8

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN A PROMOTORES DE SALUD

EJE TEMÁTICO	CONTENIDO	TECNICA	MENSAJE CALVE	T I E M P O	MATERIALES	CRONOGRAMA	
5 E S I O N 1	Funciones del promotor, vigilancia comunitaria	-Rol del promotor. Importancia de crecimiento y desarrollo temprano - Mapeo o listado de niños y gestantes -Manejo del instrumento de los centros de vigilancia comunal	Mapeo participativo. Dialogo, reflexivo y participativo	Tu rol principal es promover y prevenir los problemas de salud principalmente la anemia y la desnutrición en los niños y gestantes. -Para hacer la vigilancia necesitamos conocer cuantos niños y gestantes tenemos y saber cómo están, por eso debemos tener la lista de ambos e informar mensual y trimestralmente. -Utiliza los instrumentos de referencia y contra referencia comunal, Participa activamente en la reuniones comunales, informando sobre las capacitaciones recibidas,	2	Papelotes, plumones, cinta masking, instrumentos de vigilancia.	Febrero, marzo.
5 E S I O N 2	Embarazo y parto	-Captación temprana -Nutrición: Anemia y desnutrición (causas y consecuencias), alimentación, suplementación y apoyo emocional -Signos de peligro -Parto institucional	-El cuerpo humano -Dialogo participativo	-Inicia tus controles apenas te falte la regla y acude a tus citas de control cada mes. -La ANEMIA y desnutrición afectan la inteligencia y capacidad del niño para toda su vida. -Incorpora diariamente un alimento de origen animal en tus comidas., Consumen el sulfato ferroso a partir de las 14 semanas de gestación has un mes después del parto (180 tabletas). -Los signos de peligro nos dicen que; tu vida o la de tu wawa están en peligro, si presentas sangrado, vómitos, dolor de cabeza, pérdida de líquido e hinchazón, acude inmediatamente al puesto de salud más cercano.-Tu parto es el centro de salud, será más seguro y te cuidaran para que no sangres mucho.	4	Papelotes, plumones, proyector y laptop, videos.	abril
5 E S I O N 3	Recién nacido	-LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA de recién nacido. - Detección de signos de alarma	DIALOGO PARTICIPATIVO.	-Dale lactancia materna a penas nazca a libre demanda hasta que la wawa decida dejarlo, la leche materna tiene muchos beneficios para la madre y el niño. -Cundo duerma la wawa ponle de costado y cuida de no aplastarlo y ponerle muchas frazadas. -Los signo de alarma (fiebre, estas amarillo o morado, vomita llora mucho, no lacta respira rápido) nos dice que tu wawa está en peligro y puede morir.	2	Papelotes, plumones, cintas proyector y laptop.	mayo
5 E S I O N 4	NIÑO MENOR DE 2 AÑOS	NUTRICION; ANEMIA Y DESNUTRICION(CAUSAS Y CONSECUENCIAS) ; ALENTACION Y SUPLEMENTACION	-Dialogo participativo. -Sesión educativa y Demostrativas(preparaciones de platos nutritivos y chispitas)	-La ANEMIA afecta la inteligencia de tu WAWA por que llega poco oxígeno al cerebro. -Cada día la wawa para crecer bien y sin anemia, necesita comer alimentos que hacen crecer y dan hierro, Incorpora diariamente un alimento de origen animal en el plato del niño; hígado, carne de res, cuy, sangrecita, pescado, charqui, huevo, etc. -Dale siempre comidas espesas (purés, segundos). -Para prevenir la anemia, dale las chispitas a partir de los 6 meses durante un año (360 sobres), en preparaciones espesas (purés, plátano, camote), Dale sus comidas en su propio plato, no le obligues a comer si no quiere, busca otro momento en que tenga hambre y desee comer, continúa con la lactancia materna hasta donde desee el niño.	4	Papelotes, plumones, cintas proyector y laptop - Alimentos para la sesión demostrativa	Junio a julio
TEMAS TRANSVERSALES				-Lávate las manos siempre, a chorro con agua y jabón. -Consume agua hervida.			

ANEXO 9

INTERVENCIONES COSTO EFECTIVAS EN VISITAS DOMICILIARIAS

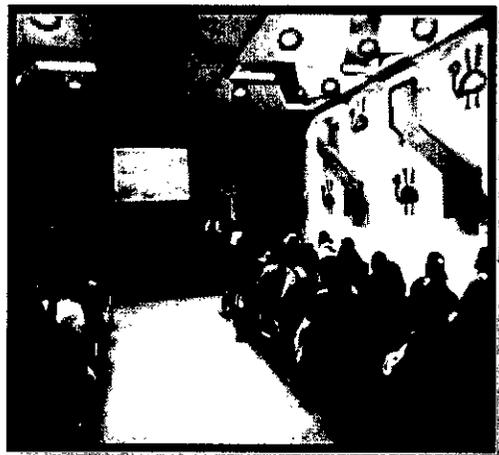
ETAPA DE VIDA	INTERVENCIONES COSTO EFECTIVAS	MENSAJES
GESTANTE	Captación temprana	Ni bien se te suspenda la regla, acude a la posta, así sabrás como estas tú y tú bebe.
	Alimentación	Consume a agrega a tu comida un producto de origen animal; hígado, carne de res, cuy, sangrecita, pescado, charqui, huevo, etc. Cuando vayas a trabajar, llévate un refrigerio que tenga un producto de origen animal.
	Suplementación con sulfato ferroso	Al tomar el sulfato ferroso(vitaminas) todos los días, a partir del cuarto mes de embarazo hasta después de tu parto tu bebe será más inteligente
RECIEN NACIDO	Clampeo o pinzamiento oportuno	Para el PERSONAL DE SALUD, pinzar el cordón 2 a 3 minutos después de que haya nacido él bebe(cuando deje de latir)
	Lactancia materna exclusiva	Tu leche es el alimento ideal para tu bebe, es la primera defensa (vacuna) contra las enfermedades, tiene todo lo que necesita tu bebe para crecer y desarrollarse sano e inteligente, además le da amor y seguridad emocional.
	Control CRED del recién nacido	Lleva a tu bebe a sus controles, considerando la fecha de las citas, así sabrás si está creciendo sano.
NIÑO MENOR DE 2 AÑOS	Lactancia materna continuada o prolongada	Tu leche sigue siendo un buen alimento a para tu niño, continúa dándole hasta los 2 años o más, junto con su comida, No lo destetes bruscamente porque le producirá inseguridad emocional.
	Alimentación completaría adecuada (consistencia, frecuencia, cantidad, consumo de alimentos de origen animal.	Agrega a la comida de tu niño un producto de origen animal (hígado, carne de res, cuy, sangrecita, pescado, charqui, huevo, etc.). Cuando vayas a la chacra o pastar los animales, lleva un refrigerio para tu bebe, puede ser; torrijas o tortillas, papa con huevo o carnes, etc.
	Suplementación con sulfato ferroso o micronutrientes	Si le das chispitas a tu niño- niña todos los días, a partir de los 6 meses, durante un año, aseguraras que tu niño sea más inteligente.
	Higiene(lavado de manos y consumo de agua segura)	Lávate las manos y las de tu niño antes de las comidas, después de ir al baño y de cambiar los pañales. Si tu niño tiene sed, dale agua hervida fría o caliente.
	Promoción de juego libre	Los niños aprende jugando prepara un rincón de juego en tu casa, debe ser limpio y seguro. Observa como juega, no dirijas ni interrumpas su juego, también en este momento debes a provechar de dar las comiditas.

ANEXO 10

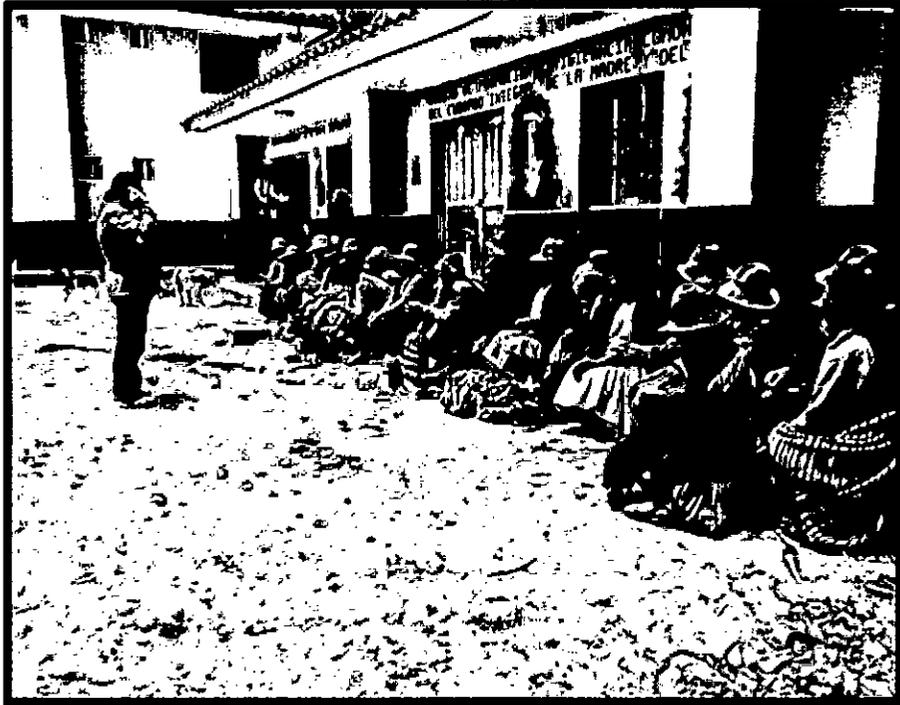
**ELABORACIÓN DE CHISPITEROS. EN LA COMUNIDAD DE
CCOTATAQUI**



CAPACITACIÓN DE AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD

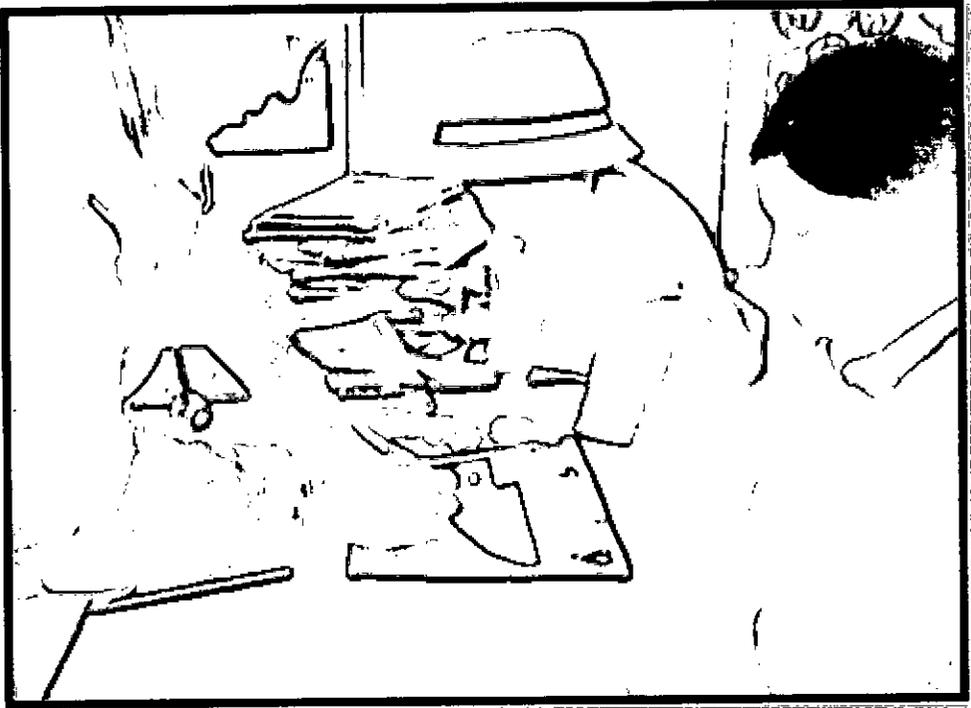


**SESIÓN EDUCATIVA Y DEMOSTRATIVA A MADRES GESTANTES Y
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS**



FUENTE: Elaboración Propia, 2016

CONSEJERÍA NUTRICIONAL Y SESIÓN EDUCATIVA A GESTANTES.



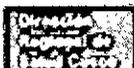
FUENTE: Elaboración Propia, 2016

ANEXO 11

EVALUACIÓN DE ANUAL 2017 DIRECCIÓN REGIONAL DE CUSCO



Gobierno Regional
CUSCO



Dirección Regional de Atención
Integral de Salud

Dirección de Salud de los
Parroquianos



PORCENTAJE DE NIÑOS < 3 AÑOS CON ANEMIA POR PROVINCIAS 2014 – OCT.2017 / REGION CUSCO

PROVINCIA	2014			2015			2016			2017		
	Entrevistas	Casos	%									
CALCA	463	281	61.1%	566	318	56.2%	748	313	41.8%	679	300	44.2%
COYA	130	97	74.6%	142	84	59.2%	107	49	45.8%	105	48	46.0%
EL TIPSAY	207	135	65.2%	223	117	52.5%	229	131	57.2%	201	126	62.5%
LAPAZ	365	195	54.2%	373	153	41.2%	330	101	30.7%	330	114	34.5%
PISAC	377	203	53.8%	368	124	33.7%	404	106	26.2%	400	91	22.8%
SAN SALVADOR	255	193	75.7%	284	175	61.6%	278	166	60.1%	269	160	59.5%
TAPAY	163	107	65.7%	339	73	21.5%	330	53	16.0%	370	60	16.2%
YANATILLO	459	117	25.5%	525	179	34.1%	428	135	31.3%	360	68	18.9%

FUENTE: EMBAJADA COLOMBIANA EN CUSCO - DEL IMA - 2017

En este cuadro podemos evidenciar la disminución de casos de anemia des el año 2014 se toma como base del trabajo que era de 53.8%, y para el año 2017 de 22.8%, en el transcurso de los años la disminución de casos de anemia es considerable por encima del promedio nacional. Esto se logra gracias al trabajo realizado de los establecimientos de salud en coordinación con el gobierno local y la participación activa de los agentes comunitarios de salud.