

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN NIÑOS CON ANEMIA MENORES DE
3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD QUELLO QUELLO CUSCO 2015 -
2017**

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

MARLENE YRENE ZEGARRA YBARRA *Marlene Yrene Zegarra Ybarra*

Callao, 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA SECRETARIA
- DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS VOCAL

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 316

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 25/05/2018

Resolución Decanato N° 1259-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo 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	8
2.3 Definición de Términos	35
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	36
3.1 Recolección de Datos	36
3.2 Experiencia Profesional	36
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	38
IV. RESULTADOS	40
V. CONCLUSIONES	43
VI. RECOMENDACIONES	44
VII. REFERENCIALES	45
ANEXOS	47

INTRODUCCIÓN

En el mundo existe 293 millones de niños menores de cinco años con anemia, que representa alrededor del 47.5% de niños en países de bajos y medianos ingresos esta enfermedad sería causada, principalmente, por deficiencia de hierro sin embargo la organización mundial de la Salud (OMS) define la anemia como un trastorno en el cual el número de eritrocitos y por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Las deficiencias de hierro, folato (ácido fólico), vitamina B12 y proteínas son causa de anemia.

Otros nutrientes, como el ácido ascórbico (vitamina C), α -tocoferol (vitamina E), la piridoxina (vitamina B6), la riboflavina (vitamina B2), el cobre y la vitamina A son necesarios para producir y mantener la estabilidad de los glóbulos rojos la anemia de origen nutricional, en gran proporción es causada, por el consumo de dietas que carecen de suficiente nutrientes hematopoyéticos para sintetizar la hemoglobina sin embargo, otros factores ambientales como la parasitosis también pueden conducir a pérdida excesiva de sangre o competencia por estos nutrientes esenciales.

Estas deficiencias pueden ser reversibles si se tratan a tiempo antes y durante la gestación y el periodo de la lactancia, intervenciones nutricionales que se llevan a cabo antes de los 2 años son cruciales para asegurar la productividad el nivel académico y social de estos individuos, pues casi todo el retardo en el crecimiento se presenta durante este periodo; si las deficiencias en vitaminas y minerales no se corrigen entre la concepción y la edad de 2 años puede ser demasiado tarde más adelante y constituirse en un problema de salud pública.

La realización de este informe tiene como objetivo disminuir los casos de anemia que es una enfermedad silenciosa que no duele pero afecta la inteligencia y el desarrollo físico de los niños en forma irreversible en la

población Infantil, desarrollando y evaluando actividades preventivas promocionales a través de consejerías nutricionales, sesiones demostrativas, visitas domiciliarias, charlas Educativas para poder trabajar con las madres, familias y comunidades. Llegando a la conclusión que un trabajo concertado con las autoridades locales, comunales, vaso de leche, de mi ámbito jurisdiccional va ayudar a disminuir los casos de anemia ya que los niños son el futuro de nuestro País.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

La anemia sigue representando un grave problema en el Perú este problema está exacerbado por el hecho de que parte de su población habita a gran altura sobre el nivel del mar y requiere por ello mayor cantidad de hierro. Dado que el hierro es necesario en varios procesos biológicos del cuerpo humano, su deficiencia tiene consecuencias dañinas los relativos a la baja productividad en los adultos que la padecen, pérdida del desarrollo cognitivo de los infantes que la sufren, los cuales dan como resultado menores logros educativos y en un futuro menor productividad y menores ingresos económicos la anemia severa puede causar niveles bajos de oxígeno en órganos vitales, como el corazón , puede llevar a que se presente un ataque cardiaco y por consiguiente la muerte.. A su vez que las intervenciones para mejorar el consumo de hierro no son muy costosas y son efectivas y seguras, se indica que dichas intervenciones deberían tener una alta prioridad en la definición de las políticas de estado.

Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud (ENDES), para el 2013 ha encontrado a nivel nacional aproximadamente uno de cada tres niños entre 6 y 59 meses, tiene anemia (34%), siendo este problema más común entre los niños que viven en las zonas rurales que entre los que viven en las 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 ENDES y donde resulto ser de 56.8% a nivel nacional. por la falta de oportunidades a la que se enfrentan familias numerosas, lo que hace difícil un balance nutricional.

Según la Encuesta de Salud Familiar 2014 en las mujeres en edad fértil un 18.2% presenta anemia y su estado nutricional antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos maternos infantiles.

Los resultados de la Encuesta Demográfica y de salud Familiar (ENDES) 2016 a cargo del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), revelan que el 43.6% de la población comprendida entre los 6 meses y 3 años presenta este problema de salud.

En el distrito de Pisac según la Dirección Regional de Salud Cusco 2014 un 41.4% de niños tienen anemia, en el Puesto de Salud Quello Quello en el 2013 un 48.5% de niños tienen anemia

1.2 Objetivo

Evaluar la experiencia profesional de enfermería en los cuidados de niños menores de 3 años con anemia.

1.3 Justificación

La anemia visto como un indicador del estado nutricional puede advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones no solo en lo físico sino también en lo cognitivo genera retraso en el desarrollo psicomotor en los niños, aumenta el riesgo de retardo mental.

La alimentación condiciona de forma importante el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo por ello, la nutrición se constituye en un pilar fundamental en la salud y desarrollo del ser humano en especial en los niños en sus tres primeros años de vida. Los padres como principales responsables del cuidado y nutrición de sus hijos deben conocer los

diferentes tipos de alimentación que puedan ayudar a prevenir la anemia y a su vez ponerlos en práctica.

La Enfermera juega un rol muy importante en la prevención y tratamiento de la anemia brindando un tratamiento holístico, previamente al diagnóstico inicia el tratamiento con sulfato ferroso entrega personalmente a la madre o cuidador el suplemento, motiva a las madres para su cumplimiento.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Se estima que a nivel mundial dos billones de personas tienen deficiencia nutricional en uno o más micronutrientes principalmente en el hierro, vitamina A y zinc. En los países en vías del desarrollo, el déficit hierro se observa en una proporción del 40 al 60 % de los niños, en cerca del 35-40% de las mujeres en edad fértil y entre el 60 y 80% en mujeres embarazadas **Martínez y otros.**

El hierro es un elemento vital para varios procesos metabólicos y el desarrollo cognitivo **LOZOFF 2010.** La anemia está asociado con la mortalidad infantil y problemas irreversibles en el desarrollo físico mental y psicomotor del niño. Las deficiencias de micronutrientes también representan uno de los factores asociados a la desnutrición crónica A largo plazo, estas carencias tienen alto costo para el individuo y la sociedad durante todo el ciclo de vida entre las que destaca una capacidad disminuida para el trabajo y productividad. En este contexto, las intervenciones de micronutrientes se consideran una de las mejores inversiones para el desarrollo debido a su bajo costo y su alto potencial de rendimiento a largo plazo **Consenso de Copenhague, BHUTTA.**

Según **el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN)** sobre la dieta de la población, menciona que otras carencias de micronutrientes también imperan en el Perú. Además de señalar que el 73.3% de todas las familias peruanas tiene una dieta deficiente en hierro.

Los efectos de las deficiencias de micronutrientes son muchos más pronunciados y preocupantes cuando ocurren en la primera infancia, periodo durante el cual sus consecuencias son irreversibles debido a sus necesidades relativamente mayores de vitaminas y minerales para sostener el proceso natural de rápido crecimiento que atraviesan hasta los 23 meses, los neonatos y niños entre los 6 meses hasta los 2 años son considerados como la población más vulnerable ante estas deficiencias

PAHO 2013. Los niños en este grupo etario no comen grandes cantidades de comida por lo tanto la ingesta diaria de alimentos, particularmente en países vías de desarrollo, muchas veces no es suficiente para cubrir sus necesidades de micronutrientes esenciales. En específico, la anemia por deficiencia de hierro afecta a la mitad de la población global y es la deficiencia nutricional prevenible más frecuente.

2.2 Marco Conceptual

ANEMIA

Se denomina anemia a la falta de hemoglobina o de glóbulos rojos en el cuerpo. La hemoglobina es la proteína rica en hierro presente en los glóbulos rojos que permite el transporte de oxígeno a los tejidos.

Anemia se produce cuando la cantidad de hemoglobina en la sangre de una persona es demasiado baja.

SÍNTOMAS GENERALES

Astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, sueño incrementando, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, vértigos mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento.

ALTERACIONES DIGESTIVAS

Queilitis angular, glositis.

ALTERACIONES EN PIEL Y FANERAS

Piel y membranas mucosas pálidas, pelo ralo y uñas quebradizas.

SÍNTOMAS CARDIOPULMONARES

Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo estas condiciones se pueden presentar cuando la hemoglobina es <5 g/dl.

ALTERACIONES INMUNOLÓGICAS

En laboratorio defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutro filos.

SÍNTOMAS NEUROLÓGICOS

La ferropenia altera la síntesis y catabolismo de las mono amidas, dopamina y noradrenalina, implicadas en el control del movimiento, el metabolismo de la serotonina, los ciclos del sueño y actividad así como de las funciones de memoria y aprendizaje.

DIAGNOSTICO

CLÍNICO. Identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico completo.

LABORATORIO. Se establece determinando la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa.

Para determinar el valor de la hemoglobina se utilizaran métodos directos como la espectrofotometría y el hemoglobímetro.

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.

En Gestantes

- Retardo del crecimiento intrauterino.
- Niños con bajo peso al nacer.
- Mayor riesgo de parto prematuro
- Mayor riesgo de muerte por hemorragia al momento del parto.
- Mayor morbimortalidad perinatal

En niños e infantes

- Retardo en el crecimiento
- Mayor riesgo de anemia en lactantes
- Retardo en el desarrollo cognoscitivo
- Resistencia disminuida a las infecciones

RELACIONADOS AL MEDIO AMBIENTE

Incrementan el riesgo de presentar anemia por deficiencia de hierro.

- Zonas con alta inseguridad alimentaria
- Zonas endémicas con parasitosis
- Zonas endémicas de malaria
- Zonas con saneamiento ambiental deficiente
- Población expuesta a contaminación con metales pesados (plomo, mercurio, etc.)
- Familias con acceso limitado a información nutricional

- **Hierro:** El hierro desempeña una función en el transporte de oxígeno a los diferentes tejidos por medio de la hemoglobina, que capta el oxígeno en los pulmones y lo cede al resto de los tejidos del cuerpo.

En los alimentos se encuentran dos tipos de hierro: el de origen animal, carnes rojas, hígado, corazón, riñón, vísceras, pescado oscuro, sangrecita etc.) y el de origen vegetal. (Menestras, trigo, cereales fortificados, etc.). El hierro que encontramos en los alimentos de origen animal se absorbe 2 a 3 veces mejor que el hierro de origen vegetal. Mientras que el hierro de origen animal se absorbe hasta un 25%, el hierro de origen vegetal solo se absorbe hasta el 5%. La deficiencia de hierro produce anemia.

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 porque tiene principalmente un efecto protector gastrointestinal disminuyéndolos 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 poli saturados tales como ácido linoleico, alfa linolénico y ácido araquidónico que ayudan al crecimiento y desarrollo infantil. Aproximadamente llega a cubrir de 35 a 40% de los requerimientos energéticos. La importancia de continuar con la leche materna hasta los dos años se evidencia durante los periodos de enfermedad, cuando el apetito de la niña o niño por los alimentos disminuye, lo que no ocurre con la leche materna que se mantiene. La leche materna previene la deshidratación y provee los nutrientes requeridos para la recuperación de los niños después de enfermedades infecciosas.

VENTAJAS DE LA LACTANCIA MATERNA

CONTACTO PRECOZ

El contacto precoz brinda beneficios tanto para la madre y la niña o niño, como por ejemplo:

- La succión estimula las contracciones uterinas, ayuda en la expulsión de la placenta y a controlar la pérdida de sangre materna.
- El reflejo de succión es intenso después del nacimiento. Este reflejo “imprime” este bio-comportamiento 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.
- Las madres logran una lactancia por más tiempo.

El Calostro: Es la secreción mamaria que se da entre los tres a cinco días posteriores al nacimiento. El calostro es la leche más apropiada para el recién nacido; es un líquido de color amarillo, espeso, rico en proteínas, vitamina A y sustancias inmunológicas que protegen a la niña o niño contra las infecciones; tiene también un efecto laxante ayudando al recién nacido a eliminar el meconio (deposiciones negruzcas de los primeros días) evitando de esta manera la ictericia fisiológica del recién nacido

NO DEBE SUSPENDERSE LA LACTANCIA MATERNA CUANDO LA NIÑA O EL NIÑO ESTÁ ENFERMO

La lactancia Materna no debe suspenderse porque evita un mayor deterioro del estado de salud y nutrición en la niña o niño. Por ejemplo, en el caso de que un niño tenga diarrea, el continuar con la lactancia materna contribuye a restablecer la función intestinal mejorando con ello

el estado nutricional del mismo. La leche materna es bien tolerada por lo que se debe seguir ofreciendo el pecho con mayor frecuencia que antes.

1. ¿DE QUÉ FORMA PUEDE CONSERVARSE LA LECHE MATERNA?

La leche materna puede conservarse en buen estado en un ambiente a temperatura de hasta 25° C por un tiempo de 6 a 8 horas. Ambientes con temperaturas mayores a 25° C no son seguros para una buena conservación. Los recipientes utilizados deben ser cubiertos y mantenerse lo más frío que sea posible, cubrir el recipiente con una toalla húmeda puede ayudar a mantener la leche más fría.

Asimismo, la leche materna puede mantenerse refrigerada hasta por 5 días a una temperatura de 4° C. La leche debe colocarse en la parte posterior del cuerpo del refrigerador, debido a que en esta parte la temperatura es más fría.

- El congelador localizado dentro del refrigerador a una temperatura de -15° C hasta 2 semanas.
- En el refrigerador / congelador con puertas separadas a una temperatura de -18° C: de 3 hasta 6 meses.
- En congelador que mantiene temperaturas constantes de -20° C hasta 6 a 12 meses.

2. ¿QUÉ ELEMENTOS SON CLAVE EN LAS TÉCNICAS DE LACTANCIA MATERNA PARA NO DAÑAR EL PEZÓN DE LA MADRE?

Postura de la madre, posición del niño, colocación de la niña o niño al pecho de la madre (complejo pezón- areola).

3. ¿CUÁLES SON LAS CONTRAINDICACIONES EN LA LACTANCIA MATERNA?

Está prohibida la lactancia materna a todo hijo de madre infectada por el VIH, considerándose esta como único causal de impedimento de la lactancia natural.

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 la brecha nutricional entre lo que necesita el niño.

Las niñas y niños a término nacen con una reserva suficiente de hierro, las cuáles son utilizadas para cubrir sus necesidades en los primeros 6 meses. Se puede observar que gradualmente este requerimiento de hierro va disminuyendo desde el nacimiento hasta los 24 meses. Esto, debido a que la cantidad necesaria está en relación a la formación de nueva sangre, más sangre se produce en el primer año (cuando el crecimiento es acelerado) respecto al segundo año.

INICIO DE LA ALIMENTACIÓN 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, ya que a esta edad los niños:

- 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, mazamorra, 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.

Consistencia de las preparaciones

EDAD (meses)	CONSISTENCIA DE LAS PREPARACIONES	TIPO DE ALIMENTO
6 a 8	Espesas o Semisólida	Papillas mazamorra, purés
9 a 11	Picados, puede comer con los dedos	Picadito de hígado, arroz, espinaca.
12 a 23	Alimentos que consume la familia, deben evitarse alimentos que pueden causar que los niños se atoren o atraganten	Segundos

Fuente. Sesiones Demostrativas de Alimentos

El desarrollo neuromuscular de los niños determina la edad mínima según la cual puede comer ciertos tipos de alimentos (Los alimentos semisólidos o purés son necesarios al comienzo, hasta que aparezca la habilidad de morder (movimientos de la mandíbula hacia arriba y abajo) o masticar (uso de los dientes).

Las habilidades descritas representan las aptitudes normales de niños sanos a diferentes edades.

Cuando se ofrece alimentos de consistencia inapropiada, es posible que el niño o niña no logre consumir una cantidad significativa, o que demore tanto en comer que su ingesta de alimentos se vea comprometida. Los resultados de varios estudios **Dewey Brown** demuestran que a los 12 meses, la mayoría de los niños o niñas ya puede consumir los alimentos familiares de consistencia sólida, aunque muchos aún reciben alimentos semisólidos (presumiblemente porque pueden consumirlos más eficientemente y por ende, significa una demanda más baja del tiempo requerido para alimentarlos).

Algunas pruebas sugieren que existe una “ventana crítica” de tiempo para introducir alimentos sólidos “grumosos”: si estos no se introducen antes de los 10 meses de edad, es posible que aumente el riesgo de dificultades durante la alimentación en el futuro según **Northstone**. Por ello, aunque dar alimentos semisólidos ahorre tiempo, para provecho del desarrollo infantil se recomienda aumentar la consistencia de los alimentos gradualmente de acuerdo con la edad del niño.

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, ver el detalle en el siguiente cuadro.

EDAD (meses)	CANTIDAD DE COMIDA POR VEZ		
	MEDIDA EN CUCHAR ADAS	MEDIDA EN PLATOS	MEDIDA APROX. EN GRAMOS
6- 8	3 a 5	½ plato mediano	100
9-11	5 a 7	¾ de plato mediano	150
12-24	7 a 10	1 plato mediano	200

Fuente. Sesiones Demostrativas de Alimentos

En la práctica, la persona encargada de la niña o niño no podrá saber la cantidad exacta de leche materna que consume y tampoco podrá medir el contenido energético de los alimentos complementarios ofrecidos. Por lo tanto, la cantidad de alimentos ofrecidos debe estar basada en la alimentación perceptiva, asegurando que la densidad energética y la frecuencia de las comidas sean las adecuadas para cubrir las necesidades del niño o niña.

Es importante no ser muy prescriptivo en cuanto a las cantidades de alimentos complementarios que deben ser consumidos, pues las necesidades de cada niño o niña varían debido a las diferencias en la ingesta de leche materna y la variabilidad de la tasa de crecimiento. Más

aún, los niños en proceso de recuperación de enfermedades o que viven en ambientes donde el desgaste de energía es mayor, pueden requerir de más energía que la aportada por las cantidades promedio descritas.

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 refrigerio.

Frecuencia de comidas

EDAD (MESES)	Nº DE COMIDAS
6 a 8	Tres comidas diarias
9 a 11	Tres comidas diarias más un refrigerio
12 a 23	Tres comidas principales y dos refrigerios

Fuente Sesión Demostrativa Alimentos

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 VARIEDAD DE ALIMENTOS EN LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO

La mayoría de las localidades, especialmente las zonas rurales, tienen una preparación básica, elaborada principalmente con cereales (arroz, maíz, trigo, otros), tubérculos o raíces (papa, camote, yuca, entre otros).

Así, las comidas, tales como papillas, purés, mazamorras o segundos brindados al niño o niña aun cuando están elaborados con alimentos que proveen energía y algunos nutrientes, tienen una baja densidad energética o un bajo contenido de nutrientes.

Por tanto, resulta importante que exista una variedad de alimentos en la alimentación del niño con el objetivo de cubrir las brechas de energía y nutrientes, que permita mantener la velocidad de crecimiento y desarrollo del niño o niña.

De esta manera, se recomienda incluir diariamente alimentos de origen animal, menestras, semillas oleaginosas, frutas y verduras de color amarillo-anaranjado y verde oscuro, azúcares y grasas.

Seguidamente vamos a mostrar cómo esta variedad de alimentos en la alimentación complementaria pueden cubrir las brechas de energía, proteínas y nutrientes para un adecuado crecimiento y desarrollo del niño o niña.

NECESIDADES DE HIERRO SEGÚN EDAD Y CONDICIÓN FISIOLÓGICA

EMBARAZO FETO Y RECIÉN NACIDO

La gestante tiene necesidades elevadas de hierro (27 mg/día), necesidades que difícilmente pueden ser cubiertas con el tipo de alimentación de la población peruana (dieta compuesta

predominantemente por cereales, legumbres y granos sin cantidades suficientes de alimentos de origen animal (carnes y vísceras) por

Lo que la suplementación profiláctica se torna de vital importancia.

En el Perú, la suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes está establecida en la normatividad que regula la atención de la mujer en este periodo, la misma que precisa que la suplementación debe iniciarse desde las 14 semanas de gestación con el fin de garantizar un transporte eficiente de hierro desde la madre al feto y continuar hasta las 42 días después del parto

En el 3er trimestre del embarazo el feto adquiere el 80% de las reservas de hierro, por ello que los prematuros y los recién nacidos de bajo peso tienen bajas reservas, originándose anemia en edad temprana.

Ciertas condiciones maternas como la anemia, diabetes o hipertensión también puede condicionar bajos depósitos de hierro en el niño niña al nacimiento.

La ligadura tardía del cordón umbilical 2-3 minutos después del nacimiento otorga al niño una reserva de hierro que lo protege de la anemia durante los primeros 4 a 6 meses de vida, la misma que se hace colocando al niño sobre el vientre de la madre. La concentración de hemoglobina al nacer es normalmente elevada por un mecanismo de adaptación del feto ambiente hipógeno intrauterino.

En el pre término, el déficit de hierro se correlaciona inversamente con la edad gestacional. Esta situación carencial se agrava por el rápido crecimiento extrauterino. Los depósitos de hierro en los niños pre término son muy variables.

NIÑA Y NIÑO MENOR DE 1 AÑO

En los primeros 2 meses, se produce en forma fisiológica un descenso marcado de hemoglobina. En los primeros 6 meses de vida, un niño

nacido a término y alimentado exclusivamente con leche materna, tiene menor riesgo de desarrollar anemia. Si la madre tuvo deficiencias de hierro durante el embarazo el niño no nace con las reservas necesarias.

Los niños menores de un año tienen las necesidades de hierro más elevada que en cualquier otro momento de la vida, hasta los 6 meses su requerimiento de hierro (0,27 mg/día) es cubierto básicamente con las reservas que obtuvo durante la gestación, a partir de los 7 a 12 meses su necesidad se incrementa a 11 mg/día.

En caso de recién nacidos prematuros con bajo peso al nacer, esta suplementación debe iniciarse a partir de los 30 días de nacido.

NIÑA Y NIÑO DE 1 A 8 AÑOS

En este grupo de edad la recomendación de ingesta de hierro es de 1 a 3 años es de 7 mg //día y de 4 a 8 años es de 10 mg/día al igual que en el grupo anterior, se requiere brindar recomendaciones para aumentar la ingesta y la absorción de hierro de la dieta ya que en esta etapa se presenta una alta exposición del niño al consumo de alimentos de bajo valor nutricional.

Consejería para la suplementación

El personal de la salud (médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería) responsable de la suplementación con multimicronutrientes 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.

MANEJO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO DE GRADO LEVE Y MODERADO

TRATAMIENTO EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS.

1a ESQUEMA DE TRATAMIENTO CON HIERRO PARA NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 MESES CON ANEMIA.

Sulfato Ferroso en gotas 3 mg/día, administrar hasta que la niña o niño comience a consumir alimentos 6 meses continuos luego consume micronutrientes

1b ESQUEMA DE TRATAMIENTO CON MULTIMICRONUTRIENTES Y HIERRO PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA DE GRADO LEVE Y MODERADO

ANEMIA LEVE Hb 10-10.9 tratamiento con micronutrientes en polvo durante 12 meses continuos

El Micronutriente contiene:

Hierro elemental 12.5 mg

Vitamina A 300 ug

Vitamina C 30 mg

Zinc 5 mg

Ácido Fólico 160 ug

ANEMIA MODERADA

De 9-9.9 Sulfato Ferroso 3mg/kg de peso y Micronutrientes en polvo

ANEMIA SEVERA

De 7-8.9 Sulfato Ferroso 3 mg/Kg de peso y Evaluación Médica los Multimicronutrientes se distribuyen de manera gratuita en todos los establecimientos de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud y de las Diresas.

En caso que no haya buena adherencia al sulfato ferroso o se presenten efectos adversos que limitan la continuidad del tratamiento con este producto se podrá emplear como alternativa de tratamiento el hierro polimaltosado.

3b ESQUEMA DE TRATAMIENTO CON HIERRO PARA NIÑAS Y NIÑOS DE 6 A 35 MESES CON ANEMIA DE GRADO LEVE Y MODERADO EN CASO DE NO DISPONER MULTIMICRONUTRIENTES

El Tratamiento es de Sulfato Ferroso en gotas 2 mg/Kg de peso, y 3mg/Kg de peso de Sulfato Ferroso en jarabe

-Cuando la hemoglobina alcance valores normales para la edad se continuara el tratamiento complementario por un lapso de tiempo similar al que se necesitó para superar la anemia.

-Los exámenes de hemoglobina de control se realizaran a los 3, 6,12 meses de iniciado el tratamiento

MONITOREO DEL TRATAMIENTO DEL PERSONAL DE SALUD

-En caso que la niña, niño no responda al tratamiento, deberá ser referido a un establecimiento de mayor capacidad resolutive a fin de descartar una afección secundaria.

-En caso de anemia severa (<7 gr/dl) referir a un establecimiento de mayor complejidad.

-En zonas endémicas de malaria, se debe practicar un examen de gota gruesa antes de brindar el tratamiento de la anemia.

-Se debe suspender el tratamiento con hierro cuando la niña curse un proceso infeccioso o mientras dure el tratamiento antibiótico.

MEDIDAS ALIMENTARIAS.

Existen 2 tipos de hierro en la dieta hierro hem y hierro no hem

El hierro hem es absorbido con mucha mayor eficiencia del 15 al 35% que el hierro no hem.

Los alimentos con mayor contenido de hierro hem son sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo riñones y bofe, pescado carne res.

El hierro no hem se encuentra en los alimentos vegetales el hierro no hem presenta una menor bio disponibilidad se absorbe del 2 al 10% y depende de factores dietéticos .El 10% puede disminuir fácilmente con la presencia de fitatos, oxalatos, polifenoles, y pectinas presentes principalmente en cereales, menestras, legumbre, vegetales de hoja verde raíces y frutas.

Además los taninos presentes en el té, café, cacao, infusiones de hierbas o mates bloquean de manera considerable la absorción del hierro.

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA EVITAR LA ANEMIA

-Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento y de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.

-Control de la parasitosis intestinal en zonas endémicas de parasitosis.

-Corte tardío del cordón umbilical(a los 2-3 minutos) después del nacimiento.

- Suplementación de la gestante y puérpera con hierro y ácido fólico.
- Suplementación preventiva con hierro en niños menores de tres años.
- Alimentación variada que considere la incorporación diaria de alimentos de origen animal ricos en hierro.
- Alimentación Complementaria a partir de los 6 meses de edad que incluya alimentos ricos en hierro como la sangrecita, bazo, hígado.

CONSEJERIA NUTRICIONAL:

Es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería.

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

Este proceso educativo se puede desarrollarse de modo intramural y extramural pues el agente comunitario en salud o el personal de salud del establecimiento deberá visitar periódicamente el hogar de la niña, el niño o la gestante con la finalidad de apoyar en el usuario el proceso de mejora de prácticas con relación al cuidado de la nutrición, la salud y la higiene, así como el acompañamiento eficaz del padre. Las visitas domiciliarias deben ser consensuadas previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes.

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(riesgo 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.

La consejeria nutricional se realiza en cada control o contacto con el niño, la consejeria puede reforzar en actividades grupales con las sesiones educativas y demostrativas.

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, entre otros.

Metodología "aprender haciendo"

1.- 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.

2.- Metodología

Para organizar correctamente una sesión demostrativa de preparación de alimentos es necesario tener en cuenta los siguientes momentos.

2.1. Antes de la Sesión Demostrativa, A continuación se desarrollan cada una de las actividades previas a la sesión demostrativa.

1.1 Las responsabilidades El personal de salud responsable y capacitado de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable o de Promoción de la Salud, coordinará el desarrollo de la sesión demostrativa en el ámbito local.

1.2 La fecha Anote la fecha y el horario de la sesión demostrativa, teniendo en cuenta que debe ser un día que el equipo de facilitadores e invitados puedan asistir.

1.3 El local Busque un 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.

1.4 La convocatoria En el establecimiento de salud solicite la relación de niños menores de tres años y madres gestantes. Elabore su lista de participantes con un mínimo de seis (06) y un máximo de quince (15) personas. Los participantes deben ser padres y madres de familia, 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

como comedores, entre otros responsables del cuidado de la niña o niño. Prepare las invitaciones utilizando como referencia el ejemplo de

Materiales para realizar una sesión demostrativa

- Días previos a la sesión, asegúrese de contar con los materiales y llene la Ficha de Control de Préstamo de materiales para sesión demostrativa,
- Asegúrese de contar con todos los materiales necesarios. Si no tiene los materiales, coordine para poder conseguirlos del comedor popular, vaso de leche, clubes de madres, municipalidad; o de los vecinos.

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 Platos medianos, 12 Cucharas, 12 Tenedores, 12 Cuchillos de mesa, 3 Cuchillos de cocina, 1 Vasos de plástico, 6 Mandiles, 18 Jarras, 3 Coladores, 1 Tabla de picar ,1 Envases con tapa 10 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. Tamaños de plato Chico Mediano Grande. 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. Es común confundirlas. Por ello es indispensable tener en cuenta los tamaños.

Preparación del material educativo de apoyo

Para desarrollar la sesión demostrativa se necesita contar con carteles, tarjetas de cartulina, plumones gruesos, masking tape, imperdibles, papel sábana o papelote, tijeras, etc. Preparar • Sola pines con tarjetas de

cartulina, papel o masking tapé donde se anota el nombre de cada participante

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 (cucharas, unidad, etc.)
Ejemplo: • El encargado de la sesión demostrativa debe asegurar la provisión o adquisición de alimentos.

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 (limpia de plumas) 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 un cucha, 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, el atajo, 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.

DURANTE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

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 y la información requerida, Escriba el nombre de cada participante en un solapen y colóquelos a la altura del pecho.
- 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.

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.

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.

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

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

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

DESPUÉS DE LA SESIÓN DEMOSTRATIVA

Verificación del aprendizaje Verificar que los participantes han captado los mensajes importantes. Puede elegir una dinámica o un socio drama, de acuerdo al tiempo y a la disposición de los participantes. A. Dramatización o socio drama (30 minutos) Materiales: Se elegirá la mejor preparación de alimentos que contengan hierro para un niño de 6 a 8 meses, mayor de 1 año y gestante o mujer que da de lactar.

- Felicita la participación de cada uno 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, no debe ser causa de preocupación.

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).
- Devuelva los materiales completos y la relación de participantes al personal encargado en el establecimiento de salud.

VISITA DOMICILIARIA

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 . Dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga, 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 técnico 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.

Principios de la enfermería comunitaria o Tareas de la enfermera comunitaria

- Conoce las características de la población y sus necesidades de cuidados adecuándose a ellas (investigación, recogida de datos, análisis)
- Posee los conocimientos, habilidades y actitud técnica para proveer los cuidados
- Reconoce, respeta y promueve la participación activa de la comunidad en las acciones de salud
- Cuidar donde estén las personas o en el centro de salud: Su servicio es extensivo a toda la comunidad
- Trabaja como miembro activo del equipo de salud
- Promueve el auto cuidado o promueve la responsabilidad de la población sobre su salud
- Actúa dentro de sistema sanitario y la política general del estado.
- Conciencia y responsabiliza a la población de las necesidades y problemas de salud.

TEORÍA DE ENFERMERÍA DE DOROTHEA OREM

TEORÍA DEL AUTOCUIDADO

El auto cuidado es una actividad aprendida por los individuos orientados hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida dirigidas por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar.

2.3 Definición de términos

-HIERRO.-Es un mineral esencial que ayuda a producir las proteínas y mioglobina que transporta el oxígeno en la sangre todas las células del cuerpo interviniendo así en el desarrollo cognitivo, motor socioemocional de las niñas y niños.

HIERRO HEM.- Es debido a su presencia que solo se encuentra en alimentos de origen animal.

HIERRO NO HEM.- La forma se encuentra en alimentos de origen vegetal.

MICRONUTRIENTES.-Es una mezcla de vitaminas y minerales que ayudan a prevenir la anemia y otras enfermedades, aumentan el valor nutricional de los alimentos.

HEMOGLOBINOMETRO. -Aparato para determinar, por colorimetría, el contenido de la hemoglobina de la sangre.

MORBIMORTALIDAD. -Proviene de la ciencia médica que combina dos subconceptos como la morbilidad y mortalidad la morbilidad es la presencia de un determinado tipo de enfermedad en una población.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de datos

Las fuentes de recolección de datos para el presente informe de experiencia profesional han sido.

- Historias Clínicas
- Informes de seguimiento
- Padrón Nominal

3.2 Experiencia Profesional

Lo inicie con mi SERUMS equivalente en el Centro de Salud de San Pedro-Cusco trabaje en las diferentes Estrategias aportando en el consultorio de Niño con las visitas domiciliarias a niños para que acudan a su control oportunamente. Actualmente trabajo en el Puesto de Salud de Quello Quello de la Micro red Pisac nivel 1.1 se cuenta con un equipo básico.

01 Medico SERUMS

01 Enfermera

01 Obstetra

01 Técnica de Enfermería

Durante 12 años estuve con la jefatura del establecimiento de salud haciéndome cargo de la conducción del Puesto de Salud con todas sus responsabilidades además con la Estrategia del Articulado Nutricional (Crecimiento y Desarrollo, Inmunizaciones, Micronutrientes), Tuberculosis, Promoción de la Salud, Salud del escolar se cuenta con las comunidades de Amaru, ParuParu, Sacaca del distrito de Pisac las comunidades son lejanas se tiene dificultad en casos de emergencia no

hay mucha movilidad se tiene que contratar carros particulares para llevar emergencias. En la estrategia de inmunizaciones he caminado casa por casa para vacunar a niños que les faltaba alguna vacuna encontrando a las mamás de 6 a 8 de la mañana ya que después se iban al pastoreo de sus ovejas y no se les podía encontrar, las vacunas protegen de enfermedades principalmente la vacuna del neumococo que protege de la neumonía ya que por ser comunidades alto andinas los niños se enfermaban con neumonía gracias a esta vacuna ya no hay niños con neumonía, en las niñas la vacuna del papiloma virus que protege del cáncer del cuello uterino es muy beneficioso en la salud de estas niñas. En la estrategia de Tuberculosis se ha presentado casos de pacientes con tuberculosis por su mala alimentación, algunos venían de Lima del valle que trabajaban en minería y venían enfermos a los cuales en el establecimiento de salud se ha podido detectar por su sintomatología y examen de esputo y como personal de enfermería se ha sensibilizado a estos pacientes su familia ya que es una enfermedad contagiosa para que puedan ser examinados en un hospital con todos sus exámenes pertinentes y en el Puesto de Salud se le pueda administrar su tratamiento supervisado, realizando visitas domiciliarias para ver el estado del paciente y la familia y también el paciente pueda salir de alta de esta enfermedad por ahí la importancia de no descuidar la salud de la población de las comunidades. En la Estrategia de Salud del Escolar se ha podido trabajar con los escolares realizando su antropometría, examen de su visión para detectar niños con problemas en su visión, tamizaje de anemia en los cuales se ha podido detectar niños con baja talla para su edad, niños con anemia en los cuales se ha dado tratamiento para la anemia y se ha estado trabajando con los docentes mediante capacitaciones a estos sobre temas de salud, nutrición, lonchera saludable, lavado de manos, cepillado de dientes, uso de sombreros, bloqueador solar en la población estudiantil, con los padres de familia, APAFA se tubo reuniones para que se mejore en los

hogares la alimentación que sea balanceada con carnes rojas, menestras, que se mejore las practicas saludables de higiene en el hogar, la escuela . En el Consultorio del niño durante su atención integral se han podido detectar niños con anemia y es un preocupación como personal de salud por la pérdida del desarrollo cognitivo, bajo nivel académico en los niños, en los adultos baja productividad, menores ingresos económicos siendo este un problema por el poco consumo de carnes en su dieta de los niños y más el consumo de carbohidratos como es papa, chuño, fideos, caldos aguados que no ayudan en el crecimiento y prevención de la anemia.

Donde se ha estado trabajando con las madres, padres, familias en las actividades preventivas promocionales como son las sesiones demostrativas de alimentos con alimentos propios de la zona y de acuerdo a la edad del niño, consejerías nutricionales, visitas domiciliarias, charlas educativas, profilaxis antiparasitaria en las familias de ahí la importancia de brindar los cuidados oportunos al niño menor de 3 años para la prevención de la anemia.

3.3 Procesos realizados en el tema del trabajo académico

1. En el Establecimiento de Salud

- Durante la jefatura del Establecimiento de Salud se realizó la ampliación del establecimiento de salud donado por la comunidad se mejoró el consultorio del niño ampliándolo y haciéndolo más cómodo para la atención de usuarios.
- Se sensibilizo a todo el personal de salud para la atención integral del niño y la prevención de la anemia ya que produce daños irreversibles en un futuro.

2. En la Comunidad

- Con las juntas directivas se tuvieron acuerdos para brindar espacios para que el personal de salud pueda hablar sobre temas de la alimentación Infantil adecuada.

- En los Centros de Vigilancia Comunal se ha estado trabajando con las madres, padres y cuidadores en las sesiones demostrativas de alimentos con productos propios de la zona.
- Campañas de atención Integral en las comunidades brindando información sobre alimentación balanceada en las familias.

3. Con el Municipio

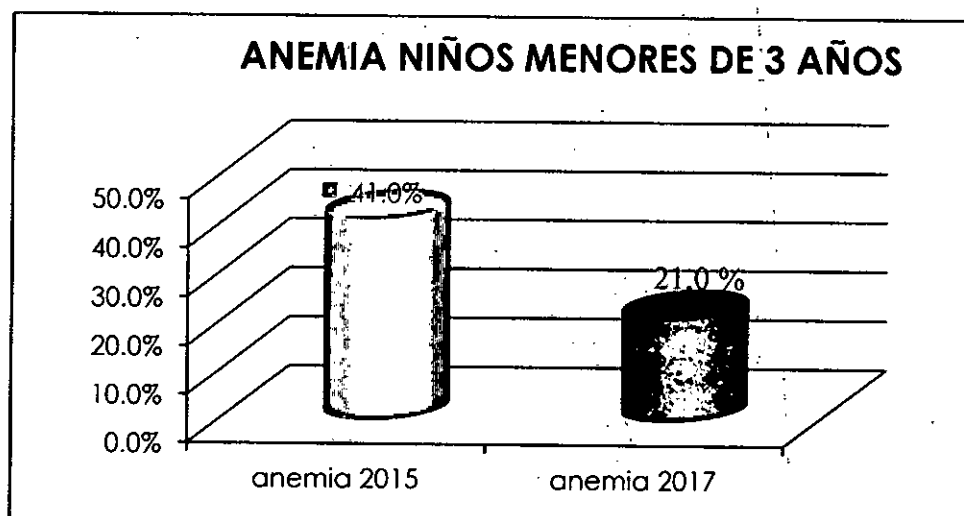
- Reuniones concertadas con autoridades del Municipio distrital de Pisac y Gerencia de desarrollo humano y otras organizaciones como es el Programa Nacional de apoyo directo a los más pobres (JUNTOS), vaso de leche, DEMUNA para poder proteger la salud de la primera Infancia.
- Se realizan capacitaciones los promotores de Salud de las comunidades de Amaru, ParuParu, Sacaca sobre temas de nutrición, higiene para que ellos nos puedan ayudar con las referencias al Puesto de salud de Quello Quello de niños que no acuden a sus controles, vacunas, y su administración de micronutrientes.

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 1

P.S. QUELLO QUELLO NIÑOS CON ANEMIA			
	% COBERT	AVANCE	META
ANEMIA-2015	41%	41	100
ANEMIA-2017	21%	21	100

Grafico N° 1



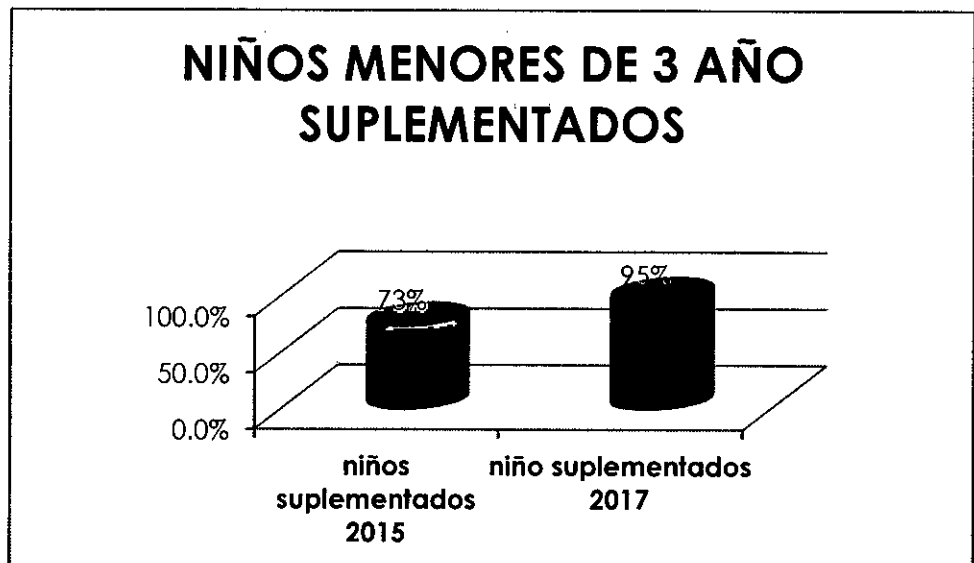
Fuente. Evaluación Anual-2015-2017

En el Puesto de Salud de Quello Quello entre el año 2015 un 41% de niños tienen anemia y 2017 un 21% se ve que la anemia va disminuyendo progresivamente por las actividades preventivas promocionales que se da a la familia.

Cuadro N° 2

P.SQUELLO QUELLO NIÑOS SUPLEMENTADOS			
	% COBERT	AVANCE	META
niños suplementados 2015	73%	73	100
niño suplementados 2017	95%	95	100

Grafico N° 2



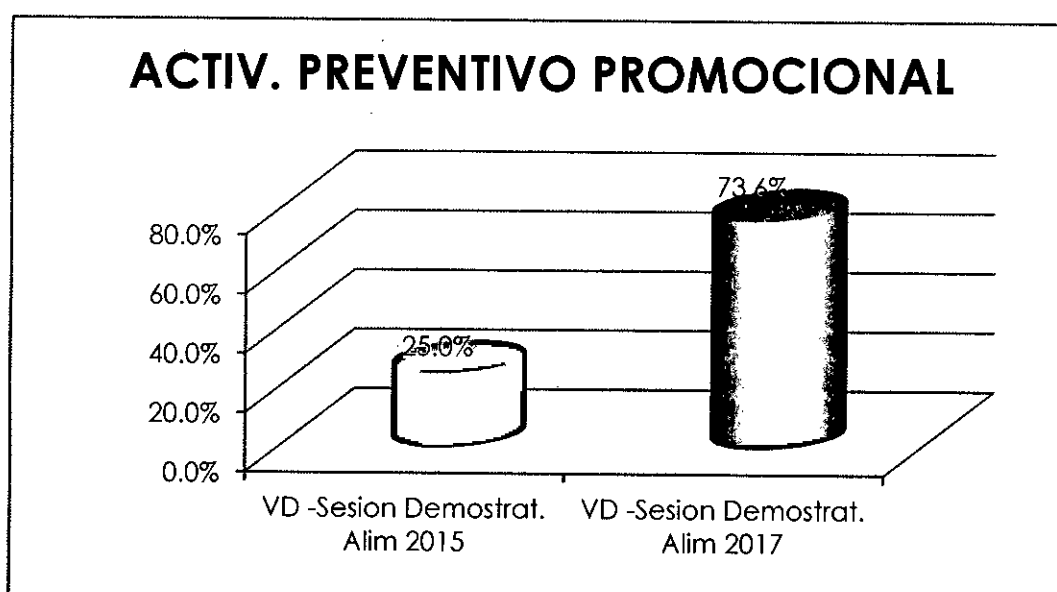
Fuente. Evaluación Anual-2015-2017

En el Puesto de Salud de Quello Quello se ve un cuadro comparativo entre los años 2015 un 73% y 2017 un 95% donde se va mejorando la suplementación con sulfato ferroso y micronutrientes a niños menores de 3 años.

Cuadro N° 3

ACTIV. PREVENTIVO PROMOCIONAL	% COBERT	AVANCE	META
VD -Sesión Demostrativa. Alim 2015	25%	20	80
VD -Sesión Demostrativa. Alim 2017	73.6%	70	95

Grafico N° 3



Fuente. Registro de Sesiones demostrativas y visitas Domiciliarias

En el Puesto de Salud de Quello Quello las actividades preventivo promocionales como son las visitas domiciliarias y sesiones demostrativas en el año 2015 es de un 25% y en el año 2017 es de 73.6% hubo incremento de actividades extramurales los cuales ayudan a disminuir la anemia en niños menores de tres años.

V. CONCLUSIONES

- a) La anemia en niños menores de 3 años es un gran problema de salud Pública en el que debemos trabajar con las madres, padres y cuidadores, por el daño cognitivo, e irreversible en la Población Infantil.
- b) En las consejerías nutricionales, y visitas domiciliarias se ha visto que se va cambiando las actitudes en las madres en la alimentación de sus hijos ya van dando comidas sólidas y no caldos a sus hijos además están agregando ya carnes rojas para prevenir la anemia, también a dar la lactancia materna exclusiva hasta los meses de edad.
- c) En el Puesto de Salud de Quello Quello en el año 2015 un 41% de niños tienen anemia y en el año 2017 un 21% de niños con anemia el cual ha estado disminuyendo progresivamente por las actividades preventivas promocionales al cual como personal de salud debemos estar alertas.
- d) En las sesiones demostrativas realizadas en los Centros de vigilancia Comunal las madres participan realizándolo con alimentos propios de su zona como es el cuy, la sangrecita fuentes de hierro para la prevención de la anemia, además se incide en colocar en sus comidas espesas los micronutrientes el consumo de sulfato ferroso en jarabe, además incidir en las madres gestantes al consumo de sulfato ferroso para que desde la gestación el niño este bien alimentado.

VI. RECOMENDACIONES

- a)** El personal de Salud debe promover reuniones intersectoriales con instituciones públicas, privadas gobiernos locales, Sector Educación, DEMUNA en favor de la población infantil.

- b)** El personal de Salud debe incidir en actividades preventivo, promocionales trabajo con familias, comunidades.

- c)** En el momento del parto el personal de Salud deberá realizar el pinzamiento tardío del cordón umbilical para que el recién nacido reciba mayor cantidad de hierro y así reducir la anemia.

- d)** Capacitación permanente del personal de salud sobre diferentes estrategias y realizar un trabajo en equipo en el establecimiento de salud.

VII. REFERENCIALES

1. American Academy of Pediatrics, Committee on Drugs , The transfer of drugs and other chemicals into human milk, *Pediatrics* Vol. 108 N° 3 September 2011.
2. Committee on Nutrition. AAP. Prevention of Pediatric Overweight and Obesity. *Pediatrics* 2013; 112:424-430.
3. Directiva Sanitaria N°056 MINSA/DGSP-V-01-2014 Directiva que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niños y niñas menores de 36 meses.
4. Directiva Sanitaria N°068-MINSA DGSP-V01-2016. Para la prevención de la anemia mediante la suplementación con micronutrientes y Hierro en niños y niñas menores de 36 meses.
5. Dewey K, Cohen R, Brown K, Landa-Rivera L. Effects of exclusive breastfeeding for four versus six months on maternal nutritional status and infant motor development: Results of two randomized trials in Honduras. *J Nutr* 2011; 131:262-267.
6. Guo SS, Chumlea WC. Tracking of body mass index in children in relation overweight in adulthood. *Am J Clin Nutr* 2010; 70 Suppl: 145-148.
7. Hoppe C, Molgaard C, Thomsen BL. Protein intake at 9 months of age is associated with body size but not with body fat in 10-y-old Danish children. *Am J Clin Nutr* 2014;79:494-501
8. Instituto Nacional de Salud, Centro Nacional de alimentación y Nutrición (CENAN). Lineamientos de nutrición Materno infantil del Perú. Lima – Perú, 2014.
9. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Anemia durante el embarazo. Boletín. Lima – Perú, 2010.
10. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Recetas variadas, nutritivas y baratas. Recetario. Lima – Perú, 2010.

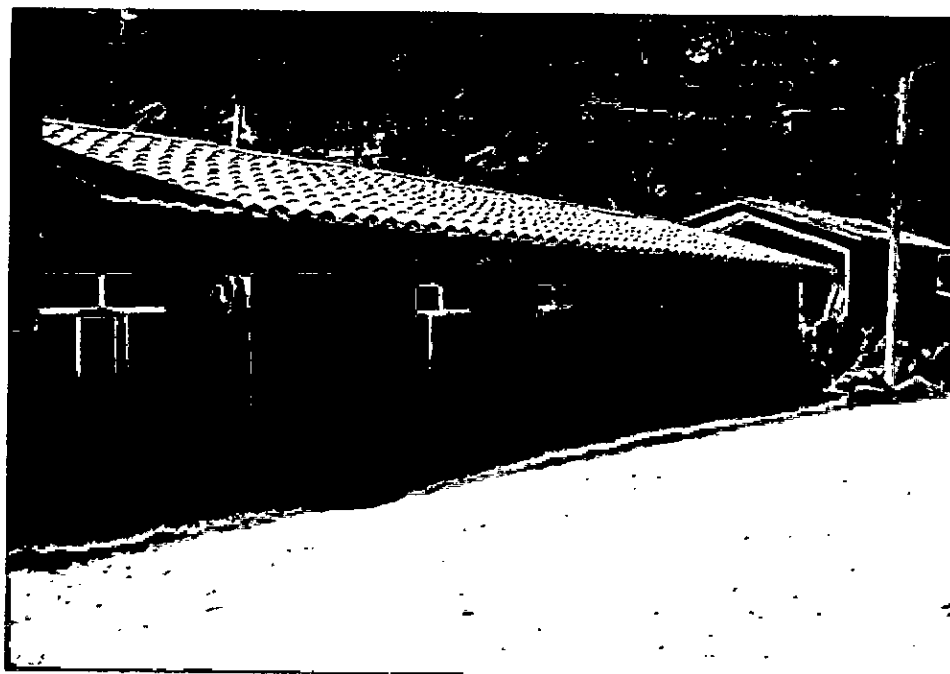
11. Ministerio de Salud. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Guía de Sesión Demostrativa de Preparación de Alimentos para Niños y Mujeres en Edad Fértil. Lima – Perú, 2011.
12. Ministerio de Salud. Lineamientos de política de promoción de la Salud. Lima-Perú, 2010 7. Care Perú. Sesión Demostrativa para hacer preparaciones nutritivas. Lima – Perú, 2010.
13. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2014. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, Decreto Supremo N° 007-2014-SA, 14 de enero del 2014. Resolución Ministerial N° 126-2014/MINSA.
14. OPS Conocimientos actuales sobre Nutrición. 2011. Pág. 579-592
15. Plan para reducir la desnutrición Crónica Infantil y prevención de anemia en menores de 3 años en el Perú 2014-2016.
16. Riordan Jan, Breastfeeding and Human Lactation, Perinatal and Intrapartum Care, Chapter 7, Page 186. 2010.
17. Tackling obesities: Future Choices Project Report UK 2010
18. WHO Technical Report Series N° 894. Obesity: Preventing and managing the global epidemic. 2010.

ANEXOS

AMPLIACIÓN Y MEJORAMIENTO PUESTO DE SALUD QUELLO QUELLO



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

MADRES QUE DAN LACTANCIA MATERNA



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

TARJETA BUEN CRECIMIENTO

EL CAMINO DEL BUEN CRECIMIENTO

Mis acuerdos y compromisos

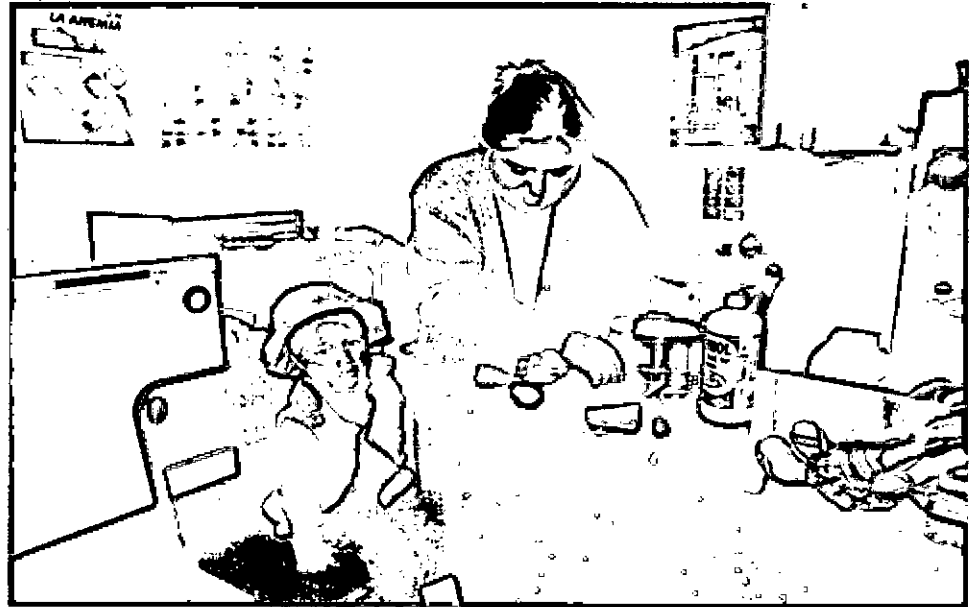
HC _____
 Ficha familiar _____
 Nombre del niño/niña _____

	Edad en meses												
Dar solo leche en tetera hasta los 6 meses. Continuar la lactancia materna hasta los 2 años.													
Dar comida espesa desde los 6 meses.													
Darle alimentos de origen animal (hígado, hígoreta, pescada, huevo) cada día.													
Darle 3 comidas al día. A partir del mes 9 aumentar 1 o 2 refrigerios más.													
Darle medio plato de comida desde los 6 meses, aumentando a un plato al año de edad.													
Darle verduras y frutas secas los días.													
Darle frijoles, frejolitos, lentejas a su niño/niña.													
Darle gatas o jarabe de sulfato ferroso e micronutrientes.													
Lavarse las manos y las manos del niño/niña.													
Anímelo a su hijo/hija a comer y hágale cariñosos.													
Si su niño/niña está enfermo darle de comer más veces al día.													
Que la familia le apoye con la alimentación de su hijo/hija.													
¿Está creciendo bien?													

COSTA

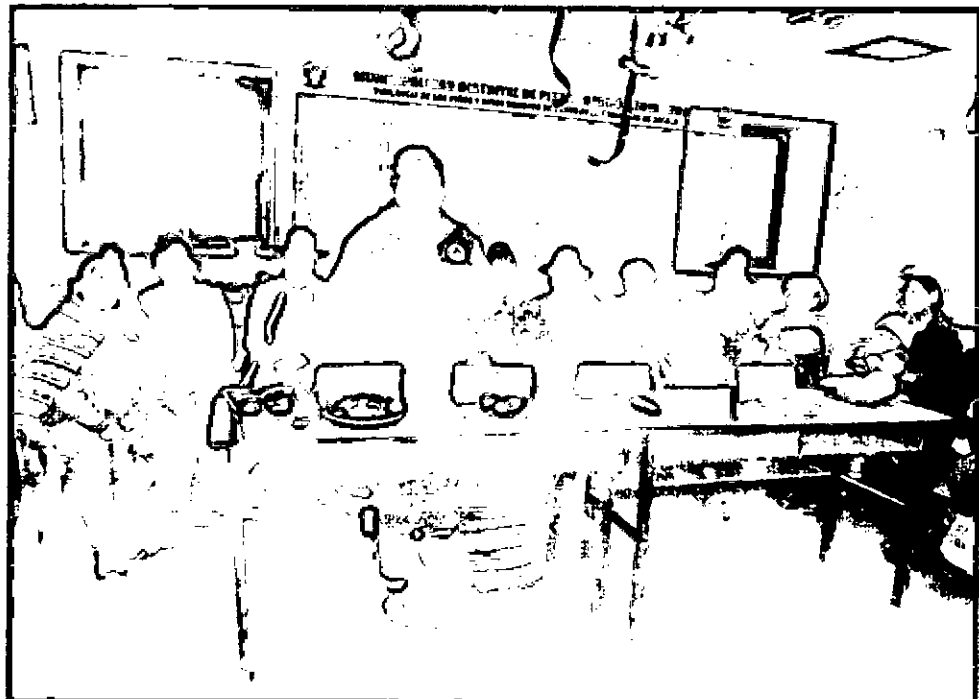
FUENTE: MINSA CRED PLUS

NIÑA QUE SE LE ESTA TOMANDO EL TAMIZAJE DE ANEMIA



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

MADRES REALIZANDO SESIONES DEMOSTRATIVAS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

SESIONES DEMOSTRATIVAS CON MADRES DE LA COMUNIDAD



FUENTE: Elaboración Propia, 2017