

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Faculta Regional Multidisciplinaria Matagalpa.

SEMINARIO DE GRADUACIÓN PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA CON ORIENTACIÓN MATERNO INFANTIL.



Tema General:

Intervención de enfermería en la prevención de la desnutrición a menores de 5 años en las unidades de salud, Matagalpa 2012.

Tema Específico:

Intervención de enfermería en la prevención del riesgo a desnutrición a menores de 5 años del puesto de salud Lacayo Farfán, Matagalpa 2012.

Autoras:

Br. Geidin Dalila Rodríguez Castro

Br. Oneyda del Socorro Ortiz López

Tutor:

MSC. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan.

Matagalpa 08 de febrero de 2013.

i. Dedicatoria.

A Dios por haberme dado la vida y sabiduría necesaria para continuar mis estudios y en especial a mis padres: Ricardo José Ortiz Castro y Ramona López Martínez que siempre me han brindado su apoyo incondicional y amor en los momentos más difíciles de mi vida y ser ejemplos de lucha, a mis hermanos quienes con mucho cariño siempre me han motivado para llegar a culminar mis metas.

Oneyda del Socorro Ortiz López.

Damos gracias en primer lugar a Dios que nos ha dado la vida, la sabiduría y el entendimiento para poder realizar este trabajo y poder culminar nuestros estudios.

A mis padres, mi esposo y mis hermanos que son la razón de ser de mi vida porque gracias a su amor, dedicación y educación he llegado a culminar mis estudios.

Geidin Dalila Rodríguez Castro.

ii. Agradecimiento

A nuestro Dios todopoderoso, por habernos iluminado cada día y darnos la sabiduría necesaria para culminar nuestras metas en esta etapa de nuestra vida.

A nuestros padres por el apoyo incondicional brindado ya que sin ayuda de ellos no hubiéramos tenido la oportunidad de culminar nuestros estudios.

De manera especial a nuestro tutor MS.c. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan por ser el mejor docente durante toda nuestra carrera, gracias por brindarnos su enseñanza y transmitirnos sus conocimientos, consejos, confianza y apoyo incondicional.

Al personal que labora en el puesto de salud Lacayo Farfán, por la información proporcionada.

Agradecemos también a nuestros amigos por la confianza, apoyo y momentos de alegría.

Gracias

iii. Resumen

El presente seminario de graduación se titula intervención de enfermería en la prevención de la desnutrición a menores de 5 años en las unidades de salud, Matagalpa 2012 y teniendo como sub-tema intervención de enfermería en la prevención a riesgo de desnutrición a menores de 5 años del puesto de salud Lacayo Farfán, Matagalpa 2012, el tema es de gran importancia ya que es un problema de salud pública que se vive a diario en cualquiera de las unidades de salud, en el estudio, se establecieron objetivos específicos, siendo el de mayor relevancia proponer estrategias al personal de salud, para el mejoramiento de la desnutrición infantil para optimizar el manejo y seguimiento a niños con riesgo de desnutrición de 0 – 5 años de edad. En conclusiones, encontramos que los problemas nutricionales en niños menores de 5 años se da más en zonas rurales que en urbanas, los principales factores de riesgos son el bajo peso al nacer, desnutrición materna y pobreza, las consecuencias encontradas son: anemia, retardo del crecimiento y déficit del desarrollo, el personal de enfermería cumple lo establecido con las normas de AIEPI en lo que se refiere al manejo para tratar a niños que presentan riesgo nutricional, en base al seguimiento a niños en riesgo de desnutrición existe un incumplimiento en lo que se refiere a las citas correspondientes según lo establecido por las normas de AIEPI, las estrategias establecidas surgieron según las necesidades encontradas en la unidad de salud.

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, Managua
Facultad Regional Multidisciplinaria Matagalpa
Departamento Ciencia-Tecnología-Salud.



Matagalpa, febrero del 2013

iv. VALORACION DEL DOCENTE

Por este medio se informa, que el Seminario de Graduación para optar al Título de **Licenciatura en Enfermería con Orientación Materno Infantil**, que lleva por Tema general: *INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA DESNUTRICIÓN A MENORES DE 5 AÑOS EN LAS UNIDADES DE SALUD, MATAGALPA 2012.* y con Sub tema, **Intervención de Enfermería en la Prevención de la Desnutrición a menores de 5 años del puesto de salud Lacayo Farfan, Matagalpa 2012.** Reúne los requisitos científicos y metodológicos para ser presentada y defendida ante un tribunal examinador.

Autoras: Br. Geidin Dalila Rodríguez Castro
Br. Oneyda del Socorro Ortiz López

MS.c. Miguel Ángel Estopiñan Estopiñan.
Tutor de Seminario.

Índice.

I.	Introducción.....	1
II.	Justificación.....	3
III.	Objetivos.....	4
IV.	Desarrollo del tema.....	5
	4.1 Características sociales y demográficas que interfieren en la salud nutricional del niño	
	4.2 Factores de riesgo de la desnutrición infantil.....	8
	4.3 Consecuencias reflejadas por la desnutrición en los niños en estudio.....	20
	4.4 Manejo de enfermería.....	25
	4.5 Seguimiento de enfermería.....	40
	4.6 Clasificación de la desnutrición.....	45
	Instrumento para diagnosticar a un niño con desnutrición.....	50
	4.7 Estrategias para el mejoramiento de la desnutrición infantil.....	57
V.	Conclusiones.....	63
VI.	Bibliografía.....	64
VII.	Anexos	

I. Introducción

Hace más de 20 años que en la Convención de los Derechos del Niño se reconoce el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social, además de reconocer su derecho a la vida y a la supervivencia.

El problema del hambre en África es solo la punta del problema de la pobreza y la desnutrición a nivel mundial. A la fecha y de acuerdo a estudios realizados por UNICEF en el 2009 e informes presentados por representantes de la ONU se sabe que más de la mitad de la población de África necesita alimentos de manera urgente.

Un estudio realizado por el Centro de Prevención de la desnutrición infantil, tiene como misión prevenir y luchar contra la desnutrición infantil, que se ha expandido mediante franquicias en 29 centros a lo largo de toda Argentina. El programa está destinado a niños de 0 a 5 años en riesgo social y/o nutricional.

Un reciente estudio de la revista The Lancet (octubre 24 de 2009) afirma que, “en los países pobres, la desnutrición materno–infantil es la causa subyacente de más de un tercio (3,5 millones) de todas las muertes de niños menores de 5 años de edad, muchas de las cuales se pueden prevenir mediante intervenciones efectivas que aborden la desnutrición en gran escala.

En el 2011 se realizó un estudio en el Perú, donde reveló que el acceso a los alimentos nutritivos, junto con los conocimientos y prácticas inadecuadas sobre la alimentación e higiene, la falta de agua segura y saneamiento básico, y los limitados servicios de salud de calidad son los factores principales de la desnutrición.

Recientemente, en el año 2000, 189 países acordaron, también en el marco de Naciones Unidas, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Se trata de 8 objetivos

desglosados en metas concretas y medibles que deben alcanzarse en 2015, con la finalidad de acabar con la pobreza y el hambre e impulsar el desarrollo humano.

En todo el mundo, de los casi 11 millones de niños menores de cinco años que mueren anualmente, la mitad lo hacen a causa de la desnutrición.

La procuraduría de la niñez y la adolescencia reveló que Nicaragua acumula el mayor índice de pobreza y desnutrición infantil de centro América.

La desnutrición infantil en Nicaragua está asociada con el bajo rendimiento de los niños en la escuela, la deserción escolar, la morbilidad y mortalidad infantil.

El ministerio de salud se ha preocupado por la salud infantil por lo que cada vez ha implementado nuevos métodos para identificar los problemas desde que es un feto.

En Matagalpa según datos emitidos por el SILAIS revela que 1083 niños sufren desnutrición.

El presente estudio tiene un enfoque cualicuantitativo, es de tipo descriptivo, de corte transversal, el cual se aplicó al riesgo de la desnutrición infantil, con una muestra no probabilística, el área de estudio fué el puesto de salud Lacayo Farfán ubicado en la ciudad de Matagalpa en la parte noreste de la ciudad, está clasificado como puesto de salud con énfasis en atención primaria, atiende a una población de 11,250 habitantes, con un universo de 320 niños y con una muestra de 47 pacientes, las fuentes de información: fuente primaria el personal de salud del puesto y fuente secundaria expediente clínico, libros, internet, encuesta, artículos, los instrumentos utilizados fueron la guía de observación, hoja de seguimiento del VPCD, revisión documental de expediente clínico, encuesta dirigida al personal de salud que labora en dicho centro, el objeto de estudio fueron los niños en riesgo de desnutrición, el trabajo fue procesado en los programas de Microsoft Office Word, Excel para tablas y gráficos y power point para medio audiovisual.

II. Justificación

Considerando el riesgo de desnutrición como un problema de salud pública estrechamente relacionada con la mala alimentación, problemas económicos, social, ambiental y sin obviar las enfermedades a la que los niños están propensos durante la infancia y característica de la pobreza a la que nuestro país se encuentra sometido y al poco desarrollo de este, se pretende evaluar las intervenciones de enfermería en la prevención del riesgo de desnutrición a menores de 5 años del puesto de salud Lacayo Farfán, Matagalpa 2012.

He aquí la importancia de realizar el estudio porque nos enfrentamos ante una situación prevenible siempre y cuando se cumpla con un adecuado control dirigido a la detección precoz del riesgo de desnutrición, describiendo las características socio demográficas que interfieren la salud nutricional del niño, identificando factores de riesgo de la desnutrición infantil, determinando las consecuencias reflejadas por la desnutrición en niños en estudio, Indagando el manejo de enfermería aplicados a niños con riesgo de desnutrición, evaluando el seguimiento de enfermería destinados a niños con riesgo de desnutrición.

En lo personal este estudio nos ayudará a enriquecer conocimientos científicos-técnicos, así también poder brindar una atención de calidad y calidez a niños que presenten este tipo de problema. En el orden gerencial y administrativo, nos facilitará insumos para la creación de estrategias en el sector salud, que se presten a mejorar la organización del trabajo comunitario y a su vez prevenir las complicaciones.

Por tal razón nos hemos propuesto la elaboración de este estudio, para hacer puntos de referencia a estudios posteriores y así contribuir a mejorar la calidad de atención.

Esta información servirá de base tanto a estudiantes de enfermería interesados en el tema como a profesionales.

III. Objetivos:

Objetivo General:

Evaluar la intervención de enfermería en la prevención del riesgo a desnutrición a menores de 5 años del puesto de salud Lacayo Farfán, Matagalpa 2012

Objetivos Específicos:

1. Describir las características socio demográficas que interfieren la salud nutricional de los niños atendidos en el puesto de salud.
2. Identificar factores de riesgo de la desnutrición infantil en la población en estudio.
3. Determinar las consecuencias reflejadas por la desnutrición en niños en estudio.
4. Indagar el manejo de enfermería aplicados a niños con riesgo de desnutrición.
5. Evaluar el seguimiento de enfermería aplicados a niños con riesgo de desnutrición.
6. Proponer estrategias para el mejoramiento de la desnutrición infantil.

IV. DESARROLLO

4.1 Características sociales y demográficas que interfieren en la salud nutricional del niño.

Demografía: Es la ciencia que tiene como objetivo el estudio de las poblaciones humanas y que trata de su dimensión, estructura, evolución y características generales, estadísticamente la estructura y la dinámica de las poblaciones, así como los procesos concretos que determinan la formación, la conservación y la desaparición de las poblaciones. Tales procesos, en su forma más agregada, son los de fecundidad, mortalidad y migración e inmigración.

Sexo: condición orgánica que distingue el macho de la hembra en los organismos heterogaméticos, es un proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos a menudo dando por resultado la especialización de organismos en variedades femenina y masculina (conocidas como sexos), se define por los gametos que produce: los sexo masculino producen gametos masculinos (espermatozoides) mientras que los de sexo femenino producen gametos femeninos (óvulos), los organismos individuales que producen tanto gametos masculinos como gametos femeninos se denominan hermafroditas. (LAROUSSE, 1998)

Edad: Con origen en el latín *aetas*, es un vocablo que permite hacer mención al tiempo que ha transcurrido desde el nacimiento de un ser vivo. Fase de la vida o grupo de edad en el que se encuentra un individuo, medido en años de vida (edad cronológica), o teniendo en cuenta la evolución y transformación de sus órganos, funciones corporales y capacidad psíquica (edad biológica) por razón de las diferencias individuales en la forma de envejecer, se produce divergencias en la edad cronológica y la edad biológica. (LAROUSSE, 1998)

Sociocultural: El término sociocultural viene de las palabras "social" y "cultural"; lo social según la Real Academia Española es lo perteneciente o relativo a la sociedad. Se

define sociedad como una agrupación natural o pactada de personas que contribuyen unidad distinta de cada uno de sus individuos, con el fin de cumplir, mediante la mutua cooperación, todos o alguno de los fines de la vida. Y lo cultural es el conjunto de modos de vida y costumbres, conocimientos y grado de desarrollo artístico, científico, industrial, en una época, grupo social.

Hace referencia a cualquier proceso o fenómeno relacionado con los aspectos sociales y culturales de una sociedad o comunidad. Cuando se aplica el adjetivo de sociocultural a algún fenómeno o proceso se hace referencia a una realidad construida por el hombre que puede tener que ver cómo interactúan las personas entre sí mismas, con el medio ambiente y con otras sociedades. (Wikipedia, 2012)

Socioeconómico: adj. Que interesa a la sociedad definida en términos económicos. (LAROUSSE, 1998)

Una región rural es aquella que se caracteriza por la inmensidad de espacios verdes que la componen y que por esta razón está destinada y es utilizada para la realización de actividades agropecuarias y agroindustriales, entre otras.

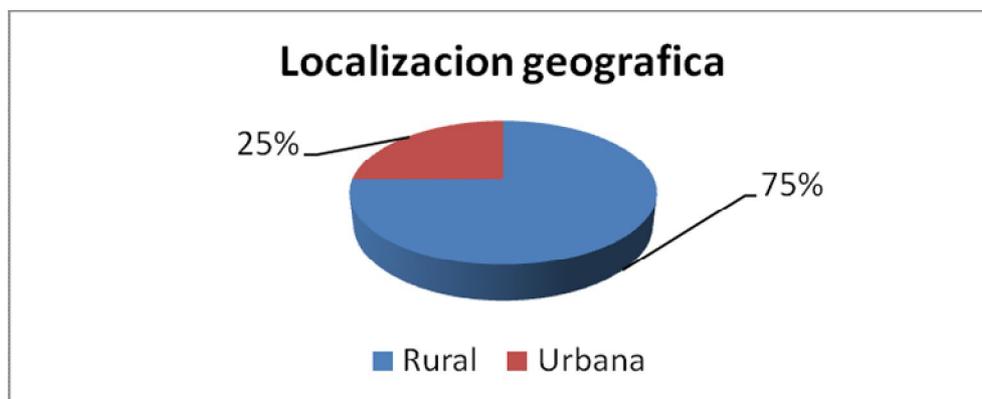
La mayoría de las personas que padecen hambre viven en las zonas rurales, y tanto sus ingresos como su alimentación dependen del consumo y la venta de los productos naturales. Suelen padecer hambre los que no tienen tierra o las familias de los agricultores cuyos terrenos son demasiado pequeños para cubrir las necesidades del hogar.

La zona urbana refiere a aquella población que ostenta más de dos mil habitantes, un poderoso desarrollo en cuanto a infraestructuras y una primacía del sector secundario y terciario, industria y servicios, respectivamente.

En las zonas urbanas se concentra la mayor parte de la población desnutrida; no obstante, la incidencia de la desnutrición es más elevada en la zona rural, donde se

encuentra la mayor parte de la población indígena. La persistencia de la pobreza extrema en esta zona está estrechamente ligada al declive de la agricultura y del sector rural en general. Por ende, al desarrollo agrícola y rural le cabe una función central en las estrategias para reducir el flagelo del hambre. La agricultura no es sólo una fuente de alimentos, sino que también ofrece empleo e ingreso a la población más pobre. (Vargas O. R., 2006)

Grafico 1



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Un 75 % (3) del personal de salud refiere que los niños que presentan riesgo de desnutrición son de la zona rural y un 25% (1) opina que son de la zona urbana.

El riesgo de la desnutrición está latente en todos los niños de 0 – 5 años ya que están expuestos a enfermedades, debido a los cambios climáticos, a la destrucción de la naturaleza provocada por el hombre.

La zona rural es la más propicia para que los niños tengan un mejor estilo de vida y con excelente alimentación ya que en ese ambiente, cuentan con un contexto más saludable, y las familias adquieren los alimentos de cultivos propios.

Sin embargo el riesgo a desnutrición está presente en toda la población ya sea rural o urbano y en cualquier parte de Nicaragua, en comparación a la encuesta aplicada y la

teoría de Vargas se cumple con la realidad en la que vivimos. La mayor parte del riesgo de desnutrición infantil se centra en la zona rural debido al poco ingreso económico, las condiciones de vida que obtienen estas familias ya que dependen del consumo y ventas agrícolas.

En efecto la agricultura no siempre genera grandes ingresos económicos debido a las pérdidas de las cosechas, ya sea por plagas, sequías, invierno, o por mala calidad del producto. Dado este problema las familias no tienen otras opciones de trabajo que le garantice un salario digno para el hogar y por el desconocimiento de otros empleos.

4.2 Factores de riesgo de la desnutrición infantil.

Factor de Riesgo: Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de sufrir un daño. (MINSA, 2009)

Factores de riesgos para desnutrición (biológicos y dietéticos)

- Desnutrición materna

La desnutrición materna es causa de malformaciones y partos prematuros.

Los especialistas consideraron que controlar la nutrición antes, durante y luego del embarazo es fundamental para evitar los problemas en la madre, el bebé y la lactancia.

La Dra. Navarro Cruz en la Revista Domingo, puntualizó que "cuanto peor sea la condición nutricional de la madre al iniciar la gestación, más valor tiene la necesidad de mejorar la dieta prenatal, en la que hay que aportar suplementos nutricionales".

La especialista destacó que hay casos en que la falta de ácido fólico en las semanas previas y posteriores a la concepción "aumenta el riesgo de tener neonatos con espina bífida y otras malformaciones congénitas". (Desnutricion Materna , 2007).

Durante los años de estudios de nuestra carrera, los maestros que impartieron las clases relacionadas a niñez y mujer siempre hacían mucho énfasis sobre la importancia de una adecuada alimentación durante la gestación para prevenir daños tanto en la madre como en el bebé.

La alimentación y nutrición de la mujer es fundamental antes del embarazo, durante el embarazo y durante los primeros 6 meses de la vida de su hijo (a), al que tiene que alimentar exclusivamente al pecho. Si en alguna de estas etapas, se produce un desequilibrio entre los nutrientes que circulan en la sangre materna o en sus reservas corporales, se verá afectado el crecimiento y desarrollo del embrión y/o el desarrollo físico, el potencial de crecimiento, las capacidades de pensar, aprender, razonar y en general la salud y bienestar del niño o niña.

La importancia del ácido fólico, fue muy enfatizada por los maestros, nos explicaban que un niño con déficit de ácido fólico podría nacer con una malformación congénita o problemas de tubo neural más conocida como espina bífida y esto acortaba la vida del infante.

Un buen estado de nutrición pre-gestacional que incluya las reservas orgánicas necesarias para iniciar una gestación saludable y el cumplimiento de las recomendaciones nutricionales a través de una alimentación variada y suficiente, durante las etapas de gestación y lactancia; constituye un pilar fundamental en el conjunto de factores encaminados a promover mejores condiciones de salud para la población.

El brindar a la mujer Atención Prenatal desde el inicio del embarazo, le permite al personal de salud vigilar su salud, su ganancia de peso y en general el desarrollo de su embarazo, para que llegue a buen término. Además, brindarle la consejería de cómo cuidar su salud, como alimentarse adecuadamente durante el embarazo, parto y puerperio, como prepararse para dar lactancia materna y de entregarle los suplementos de hierro, ácido fólico y vitamina A, cuando corresponda.

La ganancia escasa de peso materno se asocia con un mayor riesgo de retraso del crecimiento intrauterino, de mortalidad perinatal y de bajo peso al nacer. (MINSA, 2009)

GANANCIA DE PESO MATERNO:

Para cubrir los requerimientos adicionales del embarazo y la lactancia, la madre ganara peso durante el segundo y tercer trimestre. Este aumento corresponde al peso del bebé, al peso de la placenta y al aumento de los tejidos maternos (uterino y mamario).

La ganancia de peso durante los distintos periodos también es muy importante. Lo habitual es que durante el primer trimestre no se aumente de peso, mientras que la ganancia del mismo durante el segundo y el tercer trimestre dependerá del peso previo al embarazo.

El aumento de peso materno (Vargas O. R., 2006)

- Peso bajo al nacer:

Peso al Nacer: Es la primera medida del peso del feto o recién nacido hecha después del nacimiento. Para los nacidos vivos, el peso debe ser tomado preferiblemente dentro de la primera hora de vida antes de que ocurra cualquier pérdida significativa de peso.

Peso bajo al nacer: Peso al Nacer menor de 2,500 gramos. (MINSA, 2008)

Hay dos categorías de recién nacidos de bajo peso:

Los bebés nacidos antes de tiempo (también llamados bebés prematuros), que son aquellos que nacen antes de la semana 37 del embarazo. Más del 60 por ciento de los bebés que nacen con peso bajo son prematuros. Cuanto antes nace un bebé, menos probable es que pese lo suficiente y mayor es el riesgo de que tenga problemas de salud.

Los bebés pequeños para su edad (pequeños para su edad de gestación o de crecimiento retardado) son los que nacen al terminar el ciclo de gestación, pero pesan

menos de lo normal. Este problema es debido a un crecimiento inadecuado dentro del vientre.

Aproximadamente 20 millones de niños y niñas en un año tiene un mayor riesgo de morir durante los primeros meses y años de vida y los que sobreviven están propensos a sufrir alteraciones del sistema inmunológico y en el futuro pueden presentar alguna de las enfermedades crónicas. (UNICEF, 2008)

ALIMENTACION Y NUTRICION PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE CINCO AÑOS.

La alimentación y nutrición adecuada de un menor depende directamente de los alimentos que recibe, de acuerdo a su edad. La edad a su vez, condiciona el tipo o calidad del alimento, la frecuencia, la cantidad y consistencia de los mismos.

En los niños y niñas menores de seis meses la leche materna exclusiva es el alimento de mejor calidad con el que se deben alimentar, porque les proporciona todos los nutrientes y la cantidad de agua que ellos necesitan. En los mayores de seis meses se evalúa la calidad de la alimentación, cuando en 24 horas reciben lactancia materna y al menos un alimento de los agrupados en cada una de las partes del cuadrado de los alimentos, para lograr una alimentación equilibrada o balanceada.

Dependiendo de la edad, será el número de veces o la frecuencia con que debe ser alimentado el niño o niña en 24 horas. También, la cantidad de alimento que se le debe dar en cada comida, que se mide en número de cucharadas soperas (15 gramos) o en tazas (aproximadamente 16 cucharadas). Además de la consistencia o forma de presentación del alimento, que puede ser líquido espeso o ralo; semisólidos (puré) y sólidos que pueden estar picados, desmenuzados o cortados en cuadritos. (MINSAL, 2009)

-Infecciones frecuentes: Las infecciones frecuentes que pueden estar causadas por malas condiciones de higiene y de saneamiento ambiental contribuyen también a la

presencia de la desnutrición en los hogares. Por otro lado, los niños con desnutrición tienen menor resistencia a las infecciones y por esta razón se enferman con mayor facilidad. Por otra parte los niños que están frecuentemente enfermos pueden tener una pérdida de apetito, esto limita aún más el consumo de alimentos, que ya estaban reducido ya sea por una baja disponibilidad de alimentos.

La primera manifestación importante de este problema nutricional es una detención del crecimiento (los niños son más pequeños en estatura y tienen un menor peso que otros niños de la misma edad). Este proceso se encuentra frecuentemente agravado por la presencia de infecciones. Los niños que presentan desnutrición proteico-energética tienen menos energía para realizar sus actividades diarias, aprenden con dificultad y presentan baja resistencia a las infecciones. (FAO, 2000)

- Enfermedades crónicas (VIH, Tuberculosis, cardiopatías, entre otras.)

Factores sociales y económicos

- Pobreza: Se define como una situación social, protagonizada por grupos marginales, que se caracterizan por el estado de necesidad material y por lo mismo también existencial.

La erradicación de la pobreza implica también hacer un esfuerzo sustancial para erradicar el hambre. La línea de extrema pobreza o indigencia corresponde al monto de recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de calorías y nutrientes; por lo tanto, es de esperarse que se constate una correlación relativamente alta entre indigencia y desnutrición.

Si bien la lucha contra la pobreza extrema es parte importante del abatimiento del hambre, no puede esperarse que los esfuerzos destinados a reducirla garanticen por sí solos y en un plazo razonable la erradicación del hambre y su principal consecuencia: la desnutrición infantil, la cual es uno de los aspectos más difíciles de la pobreza, ya que

afecta no sólo la salud y el bienestar, sino también la capacidad de producción. (Vargas O. R., 2006)

- Reducción en la práctica y duración de la Lactancia Materna.

“La Lactancia Materna es una de las estrategias para disminuir la mortalidad materna y neonatal, porque una vez iniciada contribuye a que la matriz se contraiga y disminuya el sangrado; en el niño disminuyen las enfermedades que él pueda tener en los primeros seis meses y hasta los dos años de vida” (MINSA, 2012)

No sabemos cual es la conexión que existe en dar lactancia al momento del nacimiento con la disminución del sangrado y contracción del útero, pero durante nuestras prácticas, nos pudimos dar cuenta que las pacientes al momento del apego precoz se sentían mucho mejor, es por ello que la enfermera siempre debe brindar promoción sobre lactancia materna y así también estaremos previniendo el riesgo de desnutrición.

A pesar de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda dar el pecho hasta los 24 meses, son pocas las mujeres que siguen este consejo. Está demostrado que cuanto más tiempo dure la lactancia, mayor es la protección contra riesgos cardiovasculares. Sin embargo, la tendencia es al contrario; en general se reduce la duración de la lactancia materna.

La práctica de dar el pecho altera el metabolismo de los lípidos y la glucosa, así como facilita la movilidad de los depósitos de grasa del organismo. De este modo reduce el riesgo de problemas cardiovasculares. Además, también reduce el riesgo de diabetes y aumenta la cantidad de colesterol bueno.

Por algo es la forma natural de transmitir los nutrientes de la madre al bebé e inmunizarlo.

Preparación para la Lactancia Materna:

Durante la atención prenatal, la primera acción para preparar a la mujer embarazada para la lactancia, es examinar los pechos, para que ella conozca el tipo de pezón que tiene y pueda practicar los ejercicios de preparación para lactar. Estos consisten en imitar la acción del mamar del bebé, jalándose repetidamente los pezones con los dedos y estirándolos o alargándolos lo más posible sin lastimarlos. Unas cuantas docenas de jalones todos los días, especialmente durante el último mes del embarazo, sirve para que sus pechos se acostumbren a la acción del mamar. Posteriormente aconsejar sobre la posición, el agarre y la succión del bebé adecuados.

Así mismo, durante el control del embarazo el personal de salud le dirá todo lo que necesita saber sobre la lactancia materna:

- Que se debe iniciar en la primera hora después de un parto normal o cesárea.
- La primera leche o calostro de color amarillo brillante es buena para el bebé, porque contiene sustancias que protegen al niño (a) contra enfermedades.
- Es esencial que el bebé mame durante los primeros días, aunque se produzca poca leche, el mamar ayuda a que “baje” más leche y también ayuda a preparar el tracto digestivo del bebé, al limpiarlo del meconio (las primeras evacuaciones que son de un color negro verdoso).
- La leche materna contiene todos los nutrientes necesarios para asegurar un buen crecimiento y desarrollo de los menores de seis meses, inclusive llena sus necesidades de agua.
- La leche materna además, protege al niño/a de enfermedades respiratorias, diarreas, alergias y desnutrición.
- La leche materna siempre es de buena calidad en cuanto a su aporte de sustancias nutritivas, aun en los casos en que la dieta de la madre sea pobre, porque ella come y bebe muy poco, solamente disminuirá el volumen de leche producido y posiblemente su contenido de grasa.

- Es importante disminuir la cantidad de trabajo pesado (traer agua, acarrear leña, caminar largas distancias, hacer sola todos los trabajos del hogar o hacer trabajos agrícolas) durante el último trimestre del embarazo. Esto le ayudará a ir ahorrando energía para el parto y a que el niño (a) nazca con un peso adecuado.

- Estimular al niño desde antes de su nacimiento, ya que esto permite darle amor y atención. Se recomienda durante el embarazo, sobar la barriga de la mujer, hablarle al niño (a), cantarle canciones o contarle cuentos para niños, especialmente decirle cuanto se le quiere, esto ayuda a que los niños (as) nazcan más seguros y se desarrollen mejor. (MINSa, 2009)

- Problemas sociales: tales como el abuso físico y emocional de los niños(as):

El síndrome del niño maltratado es una entidad causada por una psicopatología familiar que hace víctima al niño en la época de su vida cuando se encuentra más indefenso, aprovechándose de su capacidad para canalizar hacia él una agresión largamente reprimida.

La mayoría de las agresiones físicas ocurren en el hogar, y al menos en nuestro medio el agresor identificado o altamente probable resulta ser, con mayor frecuencia la madre. “Síndrome del Niño Maltratado” es sólo una de las formas extremas del maltrato o crueldad hacia el niño, pues existen otras formas de maltrato como son el rechazo extremo, actitudes portadoras de lo que podríamos llamar maltrato emocional, privación extrema de estímulos necesarios para el desarrollo del niño.

El maltrato infantil es “una enfermedad social, presente en todos los sectores y clases sociales, producida por factores multicausales, interactuantes y de diversas intensidades y tiempos. Esta situación afecta al desarrollo armónico, integral y adecuado de un menor, comprometiendo su educación, su desempeño escolar, su socialización y su formación personal y profesional.”

Maltrato físico: es cualquier acción, no accidental, por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño (a).”Puede incluir hematomas, fracturas y/o lesiones internas. Puede ser el resultado de uno o dos incidentes relativamente aislados, o bien constituir una situación crónica de abuso. Los signos de abuso físico en un niño puede ser alguno de los siguientes:

Lesiones cutáneas, que suelen ser múltiples, en fases de evolución diferentes y afectando zonas protegidas. Las lesiones que generalmente se observan son: hematomas, quemaduras y equimosis.

Lesiones internas, generalmente provocados por movimientos bruscos del niño (a) y localizados a nivel ocular, neurológico o visual.

En este tipo de maltrato, el niño puede mostrar conductas que pueden actuar como signos de alerta, actitud recelosa, llanto inconsolable, inquietud, actitud autodestructiva y baja autoestima. (MICHUA, 2004)

-Prácticas culturales y sociales que imponen tabúes o prohibición de algunos alimentos.

Los factores sociales y culturales tienen una influencia muy grande sobre lo que come la gente, cómo preparan sus alimentos, sus prácticas alimentarias y los alimentos que prefieren. Sin embargo, los hábitos y prácticas alimentarias son rara vez la causa principal, o importante de la malnutrición. Por el contrario, muchas prácticas son específicamente diseñadas para proteger y promover la salud; un ejemplo es suministrar a las mujeres alimentos abundantes, densos en energía, durante los primeros meses después del parto. Es verdad también, que algunas prácticas alimentarias tradicionales y tabúes de ciertas sociedades pueden contribuir a deficiencias nutricionales en grupos específicos de la población.

Las personas que no consumen tales alimentos carecen de la oportunidad de obtener con facilidad estos nutrientes y numerosos hábitos, costumbres alimentarias son inadecuadas desde el punto de vista nutricional.

Un tabú puede existir en un país, en una tribu, en parte de ésta, o en ciertos grupos de la población. Dentro de una sociedad puede haber costumbres alimentarias definidas en grupos de mujeres y niños, o mujeres embarazadas y niñas. En algunos casos las costumbres alimentarias tradicionales tienen que ver con un grupo de edad en particular. Otras veces, para algunos individuos, el tabú puede haber sido causado por algún suceso particular, como una enfermedad o una ceremonia de iniciación religiosa. (FAO D. d., 2012)

Factores ambientales:

- El hacinamiento: El hacinamiento refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres. En general, esto se refiere a la ubicación, la infraestructura, equipamientos y servicios colectivos y de la vivienda. La idea del hacinamiento depende de un juicio normativo acerca de los niveles apropiados de ocupación, densidad y privacidad. Las normas que se aplican varían considerablemente entre sociedades diferentes.

La ocupación se determina a partir de identificar el número de personas por unidad de alojamiento. Cuando múltiples ocupantes de diferentes hogares tienen que compartir los servicios, esto puede interpretarse como un problema de espacio o como evidencia de “hogares ocultos”, una forma de “no tener domicilio fijo”. Dado que los servicios son compartidos, altos niveles de ocupación pueden llevar implícitos problemas relacionados con la higiene y la sanidad. (Paul Spicker, 2005)

- Las condiciones no higiénicas de la vivienda: Higiene de la vivienda.

El aseo diario de la vivienda se constituye en una de las principales formas de evitar la contaminación de los diferentes espacios y de prevenir la presencia de plagas y por ende de enfermedades.

Esta rutina incluye:

La limpieza de la cocina, quitando la basura y limpiando las hornillas y todos los utensilios (loza, molino o piedra de moler, estantes, alacenas, nevera).

Es necesario barrer y limpiar diariamente la vivienda y sus alrededores, tomando en cuenta que si el suelo es de tierra es necesario humedecerlo, para evitar el amontonamiento de residuos.

En el interior de la vivienda es necesaria la limpieza de techos, paredes, puertas, ventanas y muebles, incluyendo las camas o los chinchorros. Se recomienda mover o cambiar periódicamente de sitio los muebles por lo menos unas dos veces al año.

Es importante el aseo diario del baño, letrina o unidad sanitaria para evitar malos olores y proliferación de gérmenes, hongos y bacterias. Para ello es importante usar jabón y desinfectante.

La ropa de camas, debe lavarse con cierta periodicidad, dado que allí por falta de aseo se reproducen ácaros que causan problemas en la piel y alergias en las personas.

De igual forma el lavado de la ropa exterior e interior de las personas es fundamental.

En lo posible esta ropa debe ser expuesta al sol, con lo cual se logran erradicar muchos microbios.

Es importante ventilar diariamente la vivienda. Para ello se deben abrir puertas y ventanas.

Los alrededores de la vivienda como patios, jardines y solares, deben mantenerse limpios y libres de basuras, para evitar la proliferación de ratas, zancudos, moscos y plaga.

En sitios de tierra caliente en donde proliferan los insectos es importante colocar angeos en las ventanas y utilizar toldillos en las camas. De esta forma se pueden evitar picaduras de insectos y sus consecuentes enfermedades.

Los recipientes con agua para consumo humano y para otros usos, deben mantenerse bien tapados.

El lugar en donde duermen y permanecen los animales debe estar lejos de la vivienda y mantenerse también aseado y libre de estiércol.

Es necesario disponer de canecas o recipientes con tapa para el almacenamiento adecuado de las basuras. Estas deben estar alejadas de la cocina, los dormitorios y el comedor.

-Desastres naturales como sequías o inundaciones, producen escasez súbita, prolongada o cíclica de alimentos.

Grafico 2



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Entre los factores de riesgo, se reflejó un 50%(2) bajo peso al nacer y un 25%(1) desnutrición materna, y un 25%(1) pobreza.

El personal que labora para el ministerio de salud, está capacitado en trabajar con la población, en la prevención de las enfermedades. Durante nuestros estudios, a partir de segundo año se ha hecho énfasis en los controles prenatales desde el momento de la concepción, también en la vigilancia del desarrollo y crecimiento del niño, a partir de los once días de nacidos, esto facilita la valoración constante y determinar acciones a favor de los pacientes.

Según NORMAS DE ALIMENTACION Y NUTRICION, 2009, encuesta realizada y revisión de expediente clínico, el comentario del medico y la enfermera son aceptables debido que se comprueba que el factor que más influye en el riesgo de desnutrición es el bajo peso al nacer, debido a que las madres presentaron algún tipo de problema durante el embarazo.

4.3 Consecuencias reflejadas por la desnutrición en los niños en estudio.

Las consecuencias más comunes son:

- Efectos de larga duración en la actividad física.

Gonzalo Franco, pediatra y director del Centro Colombiano de Nutrición Integral Cecni, asegura que “diversos estudios señalan que los sobrevivientes de desnutrición grave demuestran deficiencias no solo en el desarrollo psicomotor, sino en muchos campos que incluyen lenguaje y audición, conducta social e interacción, habilidad para resolver problemas, coordinación ojo-mano, capacidad de categorización, integración intersensorial, competencia en la percepción visual, disminución de las habilidades motoras, bajo coeficiente intelectual y deficiente desempeño escolar”. (La desnutrición puede afectar el desarrollo neurológico e intelectual de un niño, 2009)

- Disminución de la mineralización y densidad de los huesos.

El hueso está formado por un tejido vivo que forma el esqueleto humano, junto al tejido Cartilaginoso. El tejido óseo presenta tres componentes fundamentales: minerales, matriz orgánica y células óseas.

El hueso está formado por tejido activo que se forma y destruye continuamente, es decir, parcelas de hueso viejo son destruidas y reemplazadas por hueso nuevo. Para favorecer la formación de hueso nuevo (metabolismo óseo), es necesaria una ingesta adecuada de nutrientes y minerales como el calcio y la vitamina D, aunque no sólo influye este aspecto, ya que el metabolismo óseo está regulado por intrincadas interacciones entre el potencial genético del individuo, el ambiente y, por supuesto, los factores nutricionales.

La deficiencia primaria de vitamina D es la causa más común de raquitismo. El mantenimiento de unos niveles suficientes de vitamina D requiere la exposición al sol, ya que las dietas normales generalmente son deficientes en esta vitamina. Se ha demostrado que la suplementación con vitamina D reduce la pérdida de hueso y que combinada con calcio reduce significativamente la incidencia de fractura ósea.

La vitamina K juega un papel muy importante en las proteínas denominadas vitamina K dependientes. Entre éstas, las más conocidas son las que participan en la coagulación, pero también se han descrito tres en el hueso; una de ellas, la más conocida, es la osteocalcina, que se encuentra en el tejido mineralizado y es sintetizada por las células formadoras de tejido óseo. Se ha sugerido que esta vitamina (osteocalcina) podría participar en el control de la resorción ósea. Esto se podría traducir, según diferentes estudios, en que existe una relación inversa entre la ingesta de vitamina K y la prevalencia de fractura de cadera y de pérdida de densidad mineral ósea.

° Disminución del nivel cognitivo.

El Desarrollo Cognitivo, es el esfuerzo del niño por comprender y actuar en su mundo. También se centra en los procesos del pensamiento y en la conducta que estos reflejan.

El bebé desde que nace, no cesa de descubrir y conocer el mundo que le rodea. Despertar los sentidos del bebé, para que pueda percibir y relacionar estímulos entre sí, es ya un acto cognitivo y perceptivo que estimula sus capacidades intelectivas. (tareas.com, 2012)

Anemia: Recuento de eritrocitos por debajo 3, 000,000 por milímetro cúbico, con hematocrito inferior al 30%; y cuyos niveles de hemoglobina no alcanzan los 10 gramos por ciento. (MINSA, Normas y protocolo para la atención prenatal, parto, recién nacido, puerperio de bajo riesgo., 2008)

Estatura baja: Se refiere a cualquier persona que esté considerablemente por debajo de la estatura promedio para una persona de la misma edad y sexo. (Multimedia, 2011)

(Baja talla para la edad) afecta en forma dramática el crecimiento de los niños y se detecta con la antropometría y los índices bioquímicos.

La talla refleja la historia nutricional pasada de un individuo; si bien no se modifica con la rapidez del peso, cuando una noxa actúa en forma intensa y/o prolongada, se produce una detención del crecimiento longitudinal y su posibilidad de recuperación dependerá: de la gravedad del daño, de la pronta instalación de tratamiento y de la edad del niño.

En el niño menor de dos o tres años el retraso de la talla puede producirse rápidamente. Por ello, en el niño pequeño una talla baja indica por lo general la existencia de factores negativos activos que están actuando en detrimento de su crecimiento, en niños mayores suele indicar un proceso pasado, secuelar (Vellafañe, 2006).

Marisol Nuevo, editora de Guíainfantil.com realizó un artículo de retraso y problemas en el crecimiento infantil, donde hace referencia que el crecimiento de los niños representa un indicador muy sensible para valorar su estado de salud, y cualquier desviación de los parámetros normales constituye una alarma. Los parámetros a tener en cuenta para realizar la evaluación del crecimiento de un niño son tres: el peso, la talla y velocidad del crecimiento. Los valores normales de estas variables se han reflejado en curvas especiales de crecimiento para realizar un correcto seguimiento de los niños. Para ello, las mediciones deben ser frecuentes. Esto es muy importante, ya que las mediciones aisladas de la estatura tienen escaso valor.

En los centros de salud que conocemos (Trinidad Guevara Narváez, Primero de mayo, Lacayo Farfán) constatamos, que el personal de enfermería tiene precaución al realizar los controles de los niños menores de cinco años, es importante, realizar todo el procedimiento que normaliza la estrategia AIEPI, esto verifica y corrobora el riesgo que puede aparecer durante su crecimiento y desarrollo.

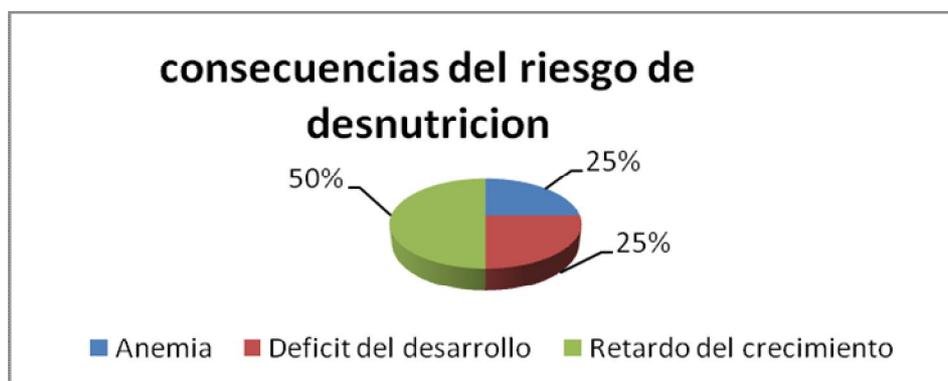
En términos generales, la talla baja es aquella que se sitúa por debajo de dos desviaciones estándar para su edad y sexo en la curva de altura de las tablas de percentiles. Las causas que pueden producir un retraso en el crecimiento son varias y se pueden agrupar en tres categorías:

- La baja talla familiar, que presentan niños con padres de baja talla; el retraso constitucional en el crecimiento, que afecta más a los varones y comienza en la infancia con una desaceleración de la velocidad del crecimiento, a pesar de haber nacido con talla y peso normales.

- Trastornos congénitos para los que, en muchos casos, no existe un tratamiento. La causa más común es el retraso del crecimiento dentro del útero de la madre, debido a una infección, exposición a radiaciones o toma de algún medicamento, droga, alcohol o tabaco.

- Enfermedad para la que, en muchos casos, existe un tratamiento efectivo. Las patologías que más incidencia tienen en el patrón de crecimiento infantil son: la desnutrición, las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares y renales, y los trastornos endocrinos como el hipotiroidismo, el déficit de la hormona del crecimiento y el síndrome de Cushing. (Nuevo, 2000-2012)

Grafico 3



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Un 50%(2) de los niños con desnutrición van a presentar retardo del crecimiento, un 25%(1) déficit del desarrollo psicomotor y un 25%(1) anemia.

Estar con riesgo a desnutrición, rompe todos los patrones de necesidad, el alimentarse, el recrearse, el de eliminación, entre otros. No tener un desarrollo adecuado según la edad, puede contribuir en retraso mental, déficit de aprendizaje, problemas psicológicos, que imposibilitan integrarse a la sociedad.

De ahí parte el trabajo de enfermería, cuando se recibe a un infante que recién nació, el interés del personal de salud por llevarle al día su vacunación que facilita la inserción y ambientación con el medio, el orientar a la madre sobre los signos de peligros que pueden interrumpir el buen desarrollo del bebé.

4.4 Manejo de enfermería.

Primeras estrategias de AIEPI.

La O.M.S. y UNICEF comenzaron a preparar la estrategia AIEPI en 1992. Al comienzo se tomó la decisión de concentrar los objetivos en mejorar la atención de las instalaciones de salud del primer nivel, donde millones de niños y niñas llegan todos los días con alguna enfermedad, la mayoría con una o más de las principales causas de enfermedad y muerte. En 1996 se concluyó una serie de directrices generales para la atención a las enfermedades de los niños y las niñas a este nivel, y actualmente estas directrices se han ampliado contemplando temas como atención materna y perinatal, diabetes, tuberculosis.

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) es una estrategia elaborada en conjunto por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para dar respuesta y solución a los problemas de salud infantil, que causan mayor número de enfermedad y muerte.

2. CARACTERISTICAS DE LA ESTRATEGIA (AIEPI)

La Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) está basada en un enfoque que considera que el acceso a una buena atención tanto a nivel de las instituciones de salud como en el hogar y en la comunidad, es un derecho fundamental de los niños y niñas.

La Estrategia se caracteriza por las siguientes condiciones:

- Aborda los principales problemas de salud del niño. El enfoque está dirigido a evaluar en forma sistemática en la atención de todos los niños, las causas más

importantes de mortalidad, morbilidad, los antecedentes de vacunación, los problemas de alimentación, la lactancia materna, desarrollo, afecto entre otros.

- Asegura en primer lugar la identificación precoz, de todos los niños gravemente enfermos, con enfoque de riesgo.
- Responde a la demanda actual de atención de la población, 3 de cada 4 niños que acuden diariamente a instituciones de salud, tienen una o varias de las enfermedades a cuyo control está dirigida la estrategia
- Promueve la aplicación de acciones de promoción y de prevención como condición necesaria para propiciar salud integral a la niñez, posicionando a la familia y a la comunidad como actores principales en el mejoramiento de las condiciones de vida de los niños y niñas.
- Es eficaz en función del costo y su disminución. El Banco Mundial (Invertir en salud, 1993) clasificó AIEPI entre las 10 intervenciones más eficaces en función del costo para los países de ingresos bajos y medianos. El tratamiento incorrecto de enfermedades de la infancia lleva al derroche de recursos escasos y poco impacto de las intervenciones.
- Mejora la equidad. La estrategia AIEPI asegura una atención de calidad en el primer nivel de atención a través de la incorporación de medidas preventivas y curativas sencillas que protegen al niño de la muerte por neumonía, diarrea, sarampión, malaria, maltrato y desnutrición, disminuyendo de esta manera la inequidad en la atención de salud.
- Refuerza el concepto de integralidad. Modifica la atención del niño, ya que su abordaje se hace desde su condición de salud y no solo por la enfermedad que pueda presentar.
- Fortalece la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención, poniendo a disposición del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud,

las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño, y son motivo de consulta.

- Fortalece la participación de la comunidad en el cuidado, protección y promoción de la salud del niño. La educación para la salud, la comunicación y la información permiten conocer, intercambiar y/o mejorar los conocimientos, actitudes y prácticas de los padres, maestros y otras personas encargadas de su atención en el hogar y en la comunidad.
- Puede adaptarse a la situación epidemiológica local. Retoma los problemas de salud del país o del área donde se implementará y los incluye en la estrategia.
- Posee ámbitos de aplicación en el servicio de salud y en la comunidad. Enfatiza en el servicio de salud el manejo de casos y en la comunidad la promoción, prevención, manejo de la enfermedad, detección oportuna de signos de alarma y factores protectores.

3. OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La OPS y la OMS (2009) han venido capacitando constantemente sobre las estrategias de AIEPI que nos guía para cumplir los siguientes objetivos:

- Reducir la mortalidad en los niños menores de 5 años, especialmente la ocasionada por neumonía, diarrea, malaria, dengue, meningitis, trastornos nutricionales y enfermedades prevenibles por vacunas, así como sus complicaciones.
- Reducir la incidencia y/o gravedad de los episodios de enfermedades infecciosas que afectan a los niños, especialmente neumonía, diarrea, parasitosis intestinales, meningitis, malaria, maltrato y trastornos nutricionales.

- Garantizar una adecuada calidad de atención de los niños menores de 5 años tanto en los servicios de salud como en el hogar y en la comunidad.
- Fortalecer aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de la niñez en la rutina de la atención de los servicios de salud y en la dinámica familiar y comunitaria.

4. COMPONENTES DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La estrategia AIEPI tiene tres componentes: El mejoramiento de las habilidades del personal de salud, el fortalecimiento de los servicios de salud, el mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección del niño en el hogar.

El mejoramiento de las habilidades del personal de salud está destinado a mejorar las habilidades del personal de salud en la efectiva aplicación de la estrategia AIEPI para la atención de los menores de 5 años. Incluye básicamente la capacitación teórica y práctica en los contenidos y procedimientos necesarios para la atención adecuada y oportuna de los niños menores de 5 años.

El fortalecimiento de los servicios de salud promueve servicios de salud con calidad o calidez, tanto en la planta física como en la atención brindada por el equipo de salud. Enfatiza en el aprovechamiento de todo contacto del niño y su familia con los servicios de salud para la aplicación acciones de promoción y prevención. La estrategia AIEPI contribuye a evitar las oportunidades perdidas de prevención y, de este modo, reduce el riesgo de enfermar. Este componente fortalece la integración de los servicios de salud, permitiendo que se establezcan o refuercen redes de atención entre servicios, tanto en una misma institución como entre instituciones y comunidad. Este componente fortalece los sistemas de información, de vigilancia, suministros, referencia y contra referencia, de trabajo interprogramático y de supervisión.

El mejoramiento de las prácticas familiares y comunitarias en el cuidado y protección del niño está dirigido a fortalecer los conocimientos y generar habilidades y actitudes

para la oportuna y adecuada toma de decisiones de la familia y la comunidad en el cuidado y atención del niño y la niña menor de 5 años. Esto implica generar y construir procesos de negociación, concertación y coordinación entre todos los actores sociales e institucionales. El análisis y reconocimiento de la realidad local trasciende la descripción demográfica y la oferta de demográfica y la oferta de servicios pues debe llegar a comprender los procesos culturales, sociales que ocurren en la población y que de alguna manera influyen en la toma de decisiones de la familia y comunidad en el cuidado del niño y el acceso a los servicios de salud.

5. METODOLOGÍA DE LA ESTRATEGIA AIEPI

La estrategia asegura la capacitación de los recursos humanos, la organización de los servicios y los suministros necesarios para cumplir adecuadamente con los siguientes componentes:

- Evaluación del niño e identificación de signos de peligro
- Evaluación del niño con dificultad para respirar y identificación de signos de neumonía
- Evaluación del niño con diarrea e identificación de signos de deshidratación
- Evaluación de la fiebre e identificación de signos de meningitis, neumonía, malaria o sarampión
- Evaluación de problemas de oído
- Búsqueda de signos de maltrato
- Identificación de signos de desnutrición y anemia
- Evaluación y consejos sobre lactancia materna y alimentación
- Evaluación del estado de inmunización del niño
- Tratamiento de enfermedades y problemas detectados
- Estimula prácticas saludables para el crecimiento y desarrollo del niño
- Educación al responsable de la atención del niño en el hogar sobre cuidados relativos a la enfermedad y vigilancia de los signos de gravedad para volver a consulta
- Orientar sobre pautas generales para asegurar crecimiento y desarrollo saludable.

La estrategia se basa en el siguiente método: todo niño que llega a consulta, independientemente del motivo de la misma, o aún si llega para control de niños sanos, es sometido sistemáticamente a un protocolo de interrogatorio, dirigido a los responsables de su cuidado y a una exploración que permite el hallazgo de los signos y síntomas que orientan sobre la presencia de las principales enfermedades que afectan a los niños. La presencia de estos signos o síntomas permiten la clasificación del caso y el tratamiento adecuado de acuerdo a la aplicación rigurosa del protocolo AIEPI. La consulta se aprovecha siempre para conocer el estado nutricional y de vacunación del niño y actuar en consecuencia, de acuerdo al protocolo. En toda consulta se explica a la madre cuando debe regresar para proceder a verificar la evolución de la enfermedad o a control, cuando debe regresar con urgencia, qué tratamiento se da al niño y cómo debe suministrarlo. Tras las explicaciones y demostraciones prácticas se realizan las preguntas necesarias y pruebas de verificación. En todas las consultas se dan las orientaciones necesarias para asegurar hábitos saludables relacionados con la lactancia materna y la alimentación en general.

Por otro lado, la estrategia AIEPI se adapta para dirigirla a otros recursos humanos vinculados a la salud: AIEPI dirigido a agentes comunitarios y AIEPI “conversando con las madres”. Esto permite la incorporación a la estrategia de educadores sanitarios, nutricionistas, asistentes sociales, promotores de salud y líderes comunitarios.

6. ADAPTACION DE LA ESTRATEGIA

La estrategia ha sido concebida en forma genérica adaptable a las diferentes realidades epidemiológicas de los distintos países, así como a las condiciones operativas de la implementación de acciones que existen en cada uno de ellos. De este modo algunos componentes de control de enfermedades prevalentes en algunos países pueden ser agregados a la estrategia AIEPI y en contraste, otros componentes no prevalentes, pueden ser suprimidos, en función de las características del área de aplicación.

La implementación de la estrategia AIEPI requiere una planificación local, que tome en cuenta el desarrollo armónico de los tres componentes, el compromiso político, como la coordinación interinstitucional e interagencial, la movilización de recursos así como la planificación, ejecución, seguimiento, supervisión, monitoreo y evaluación. (MINSa, 2009)

AIEPI constituye una ruta para lograr la equidad en salud, un reto que obliga a garantizar el acceso a los servicios de salud y reducir las brechas de atención, respondiendo a las necesidades de salud de la población con calidad, calidez, respeto, garantizando el derecho a la salud y haciendo cumplir los principios de gratuidad, universalidad, solidaridad. Enfoca la atención por ciclos de vida como un proceso continuo, con acciones interrelacionadas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, atención integral y rehabilitación con un enfoque familiar y comunitario. La estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) fue ideada por la organización panamericana de la salud / Organización mundial de la salud. (OPS/OMS) y por el fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) Con la finalidad de disminuir la mortalidad y la morbilidad en los niños y niñas menores de 5 años de edad y mejorar la calidad de la atención que estos reciben en los servicios de salud y en el hogar. Las distintas estrategias para el control de determinadas enfermedades y problemas de salud se incorporan para permitir la evaluación integrada de la salud de un niño y niña cuando entran en contacto con un proveedor de asistencia sanitaria, ya sea en una institución o en la comunidad. La estrategia AIEPI, por otro lado, incluye actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud a través de distintos actores sociales.

AIEPI es una estrategia que integra las mejores medidas disponibles:

Para la promoción de la de vida sana (ambientes y estilos de vida saludables).

Para la prevención de enfermedades (con vacunas, evaluación de la alimentación, buena alimentación, uso de micronutrientes como hierro, vitamina A, zinc, control de crecimiento y desarrollo).

Para la detección precoz y tratamiento efectivo de las enfermedades más frecuentes prevalentes (problemas perinatales, neumonía, diarrea, sarampión, malaria, desnutrición y anemia, u otros problemas.

(AIEPI, 2008) basándose en las normas de AIEPI, el manejo seda según puntuación z, si las tendencias del crecimiento es ascendente, elogiar a la madre, si las tendencias de crecimiento se mantiene horizontal o es descendente, aconsejar a la madre con respecto a los problemas de alimentación. Verificar que esté tomando el zinc, identificar retardo en talla y dar consejería sobre alimentación, sino hay palidez palmar dar hierro en formas preventivas.

Micronutrientes:

Los micronutrientes son las vitaminas y los minerales, que tienen la función de proteger la salud, ya que son indispensables para que ocurran los procesos químicos como la digestión, la producción de energía, la formación de la sangre, huesos y otros tejidos. Así mismo, participan en el transporte de oxígeno a los tejidos y fortalecen el sistema inmunitario, que protege al cuerpo contra las enfermedades.

El consumo de cantidades pequeñas de ciertos minerales y vitaminas puede marcar la diferencia entre la vida y la muerte durante el embarazo y la niñez. Los micronutrientes (en especial el hierro, la vitamina A, el yodo, Folatos y zinc) son de vital importancia para el desarrollo de los niños (as), así como también para la mujer durante el embarazo y el alumbramiento.

Los micronutrientes pueden ser agregados a un alimento, para facilitar a la población su consumo en las cantidades necesarias, a lo que se llama suplementación con micronutrientes. En este manual revisaremos: el hierro, vitamina A, yodo, Folatos, zinc, calcio, flúor, vitamina C y multivitaminas y minerales combinados encapsulados.

a) Hierro: Es un componente fundamental en muchas proteínas y enzimas que nos mantienen en un buen estado de salud. Alrededor de dos tercios de hierro de nuestro organismo se encuentra en la hemoglobina, proteína de la sangre que lleva el oxígeno a los tejidos y le da la coloración característica. (Licata, 1999-2012)

El cuerpo necesita hierro para producir hemoglobina que es una proteína de los glóbulos rojos que transporta oxígeno al cerebro, sistema muscular, sistema inmune y otras partes del cuerpo.

La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia nutricional en niños (as) y adultos. Los grupos más vulnerables son los adolescentes de ambos sexos, las mujeres en edad reproductiva y las embarazadas.

La deficiencia de hierro durante el embarazo se asocia a bebés de bajo peso, parto prematuro, muerte materna e inclusive muerte peri-natal y fetal. Los recién nacidos de madres con deficiencia de hierro, tienen pocas reservas del mineral y están más propensos a desarrollar anemia antes del primer año de vida, que los recién nacidos cuyas madres tienen buenos niveles de hierro. Cuando hay deficiencia de hierro durante la niñez, se produce una reducción de la capacidad de aprendizaje, el desarrollo motor y el crecimiento. En los adultos, la deficiencia de hierro causa la disminución de la actividad física y la capacidad de trabajo.

Como el hierro participa en la función intelectual y el desarrollo psicomotor, las bases bioquímicas del desarrollo deficiente y las alteraciones en el comportamiento en personas con deficiencia de hierro (falta de atención, inseguridad, fatiga, deficiencia en el desempeño escolar y en el desarrollo del lenguaje, etc.) no están claras en su totalidad, aunque pueden estar relacionadas con ciertos cambios funcionales a nivel celular, ejemplo: alteraciones en ciertas enzimas que contienen hierro. Aparte de producir anemia, la deficiencia de hierro ha sido asociada con alteraciones del sistema inmunológico y por lo tanto, con la susceptibilidad a las infecciones. Además, este mineral participa en el transporte del dióxido de carbono de las células a los pulmones y

en el proceso de la respiración celular. Por otro lado, el hierro contribuye en la conversión de beta caroteno a vitamina A, en la síntesis de las purinas y en el aclaramiento de lípidos sanguíneos. En el organismo, el hierro se encuentra metabólicamente activo en forma de hemoglobina, mioglobina y otras proteínas. Los componentes metabólicamente activos, la ferritina y la hemosiderina, constituyen los depósitos o reservas en el cuerpo (hígado, bazo y médula ósea).

Requerimientos Nutricionales de Hierro: Los requerimientos de hierro varían según la edad y el sexo. Existe un consenso sobre las cantidades absolutas que se requieren, sin embargo, deben considerarse los factores que afectan la absorción del hierro, como los inhibidores dietéticos y los parásitos intestinales. (MINSA, 2009)

La importancia de la vitamina A:

- 1) Es importante para el desarrollo de la buena visión, especialmente ante una luz tenue o escasa.
- 2) Es importante para el crecimiento óseo y la diferenciación del tejido epitelial.
- 3) También es importante para el crecimiento, mantenimiento y reparación de las células de las mucosas, epitelios, piel, uñas, cabello y esmalte de dientes.
- 4) La vitamina A aumenta la función inmunitaria de manera que contribuye a la aparición de enfermedades infecciosas.
- 5) Es necesaria para la reproducción y la lactancia.
- 6) Es un antioxidante natural.

Por lo general, la vitamina A se encuentra en vegetales de colores anaranjados (calabaza, zanahoria), amarillos, rojos (tomate, fresas) y en las verduras de hoja verde (espinaca, lechuga de hoja verde). Cuanto más intenso es el color, mayor es el contenido en beta caroteno (precursor de la vitamina A).

Efectos de la carencia de vitamina A

- Alteraciones oculares
- Defensas bajas

- Alteraciones óseas
- Alteraciones de la piel: se vuelve seca y el cabello y uñas se vuelven quebradizos.
- Otros: cansancio general, pérdida de apetito, pérdida de peso, audición y visión alteradas, y el gusto y el olfato también.

Efectos del exceso de vitamina A

- Malformaciones en el feto
- Anormalidades en el hígado
- Problemas óseos
- Desórdenes en el sistema nervioso central
- Anorexia
- Pérdida de peso
- Vómitos y náuseas
- Visión borrosa
- Irritabilidad
- Pérdida de cabello
- Dolores de cabeza, jaquecas
- Dificultades para dormir: insomnio
- Debilidad, poca fuerza muscular
- Amenorrea (cese del periodo menstrual)
- Hidrocefalia e hipertensión craneana en niños. (Ciencia y Biología, 2010)

A todos los pacientes se dará por vía oral:

Vitamina A una dosis en los días uno, dos y 14 de manejo nutricional:

- 200 000 UI en niños >12 meses
- 100 000 UI en niños 6-12 meses
- 50 000 UI en niños 0-5 meses

Ácido fólico en el día uno 5 mg y en los subsecuentes 1 mg.

Zinc: 2 mg/kg/d

Cobre: 0.3 mg/Kg/d

Hierro: 3 mg/Kg/d, No dar antes de la segunda

Las dosis elevadas de Zinc (6mg/kg/d se asocian a mayores tasas de mortalidad en desnutridos mientras que las dosis totales de 10 a 20 mg se asocian a una menor frecuencia de infecciones gastrointestinales y respiratorias así como una mejor recuperación nutricia.

La administración de Fe antes de la fase de anabolismo o en presencia de infecciones se asocia a mayor mortalidad en pacientes desnutridos.

La administración de Fe no dietético se asocia a mayor frecuencia de diarrea en el desnutrido.

La administración de alimentos enriquecidos en hierro más que en forma medicamentosa parece apropiada.

La vitamina A no previene la diarrea y se asocia a una mayor incidencia de infecciones respiratorias en niños de cero a siete años. Las dosis elevadas de vitamina A solo pueden recomendarse en pacientes con carencia de vitamina A (Dr. Sergio Miranda Sánchez, 2008)

El cobre es un mineral esencial para el cuerpo humano. Asegura el normal funcionamiento del cerebro, del sistema nervioso y cardiovascular, y además transporta el hierro, ayuda al crecimiento de los huesos y fortalece el sistema inmunitario.

Juega un papel primordial en el desarrollo del feto. Una deficiencia de cobre, aunque sea pequeña, puede provocar abortos espontáneos, malformaciones y anemia.

Las fuentes de cobre son: mariscos (siempre cocidos), cereales, nueces, uvas, legumbre, chocolate, patatas, guisantes, carne roja, champiñones, coco, papaya y manzana. (Silvia, 2009).

Guía para el manejo del expediente clínico.

Durante los últimos años se han realizado modificaciones a la Normativa del expediente clínico, sin embargo no se contaba con una Guía que facilitara el cumplimiento de la Norma, dando como resultado la ausencia de uniformidad en el manejo del expediente. Muchos países han elevado la calidad de sus expedientes clínicos unificando criterios y estableciendo normas y patrones de expedientes.

Para el año 2008 contamos con una Norma de Manejo del Expediente Clínico, actualizada para todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, que sirve de base para la presente Guía.

El objetivo de esta guía es, Facilitar al personal de los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, el cumplimiento de la Norma de Manejo del Expediente Clínico.

Expediente Clínico: Conjunto de hojas o documentos ordenados sistemáticamente, correspondientes a la atención integral en salud del usuario en un establecimiento proveedor de estos servicios.

Todo expediente clínico debe utilizar el Sistema Médico Orientado por Problemas (SMOP), independientemente de las características del establecimiento de salud (atención ambulatoria exclusivamente, atención ambulatoria y hospitalización, públicos o privados). Al utilizar esta metodología este documento se convierte en un Expediente Médico Orientado por Problemas (EMOP).

Descripción de los Componente Expediente Médico Orientado por Problemas.

1. Datos Básicos

Los datos básicos son la información que se registra en relación con el o los problemas en un tiempo dado. Los datos básicos se obtienen a partir de:

- a. Anamnesis o interrogatorio.
- b. Examen físico.

- c. Exámenes complementarios.
- d. Toda nueva información.

Una vez obtenidos los datos iniciales, pueden agruparse para formular una lista por problemas que muestre la recolección de los mismos. Si todos los datos importantes aún no están contenidos en los iniciales, se indicarán y registrará información más detallada para cada problema.

Lista de Problemas

Comprende la formulación y seguimiento de los datos básicos iniciales, y su rasgo esencial es la objetividad; por tanto, deberán ser lo más explícito posible, asegurando una solución específica. No se admiten conclusiones diagnósticas erróneas o términos imprecisos como “probable”, “en estudio”, “a descartar”.

Planes iniciales

Una vez identificados los problemas en la lista es necesario preparar un plan racional y accesible para solucionar cada uno de ellos. Las condiciones que determinan el manejo de un problema son:

- a. El orden de importancia del problema en relación con la situación de salud del usuario.
- b. Beneficios, riesgos y costos de la investigación para concretar un diagnóstico o establecer un tratamiento.

El plan para cada problema contempla tres partes, las cuales van a depender de la situación de salud del usuario:

- a. Planes diagnósticos: Considera todos los estudios para obtener una mayor definición del problema y facilitar el tratamiento. Es entender el problema en su nivel más básico. A través del plan diagnóstico se pueden confirmar o excluir los diagnósticos diferenciales.

b. Planes terapéuticos: Son los planes específicos de tratamiento farmacológicos y no farmacológicos (cirugía, dieta, fisioterapia, ayuda social, religiosa, etc.) que representan los esfuerzos para interferir con la historia natural del problema.

c. Planes educativos: Comprende el proceso de educar al usuario o su representante legal, sobre las enfermedades y los cuidados. Es fundamental que el usuario y su familia entiendan su situación de salud, para que jueguen un papel activo en la solución del problema.

Notas de Evolución.

Las notas de evolución describen el proceso de atención recibido por el usuario en cada visita al establecimiento proveedor de servicios de salud. Inician con la fecha, hora, número y título del problema. Son narrativas y proporcionan información sistemática y cronológica sobre la evolución del usuario durante su atención.

Orden del expediente clínico.

-Carpeta

- Lista de problemas al reverso de la portada.

- Constancia de abandono cuando el caso lo amerite.

- Referencia y/o Contra referencia.

- Hoja de interconsulta y tránsito del usuario.

- Notas de evolución y tratamiento.

- Notas de enfermería.

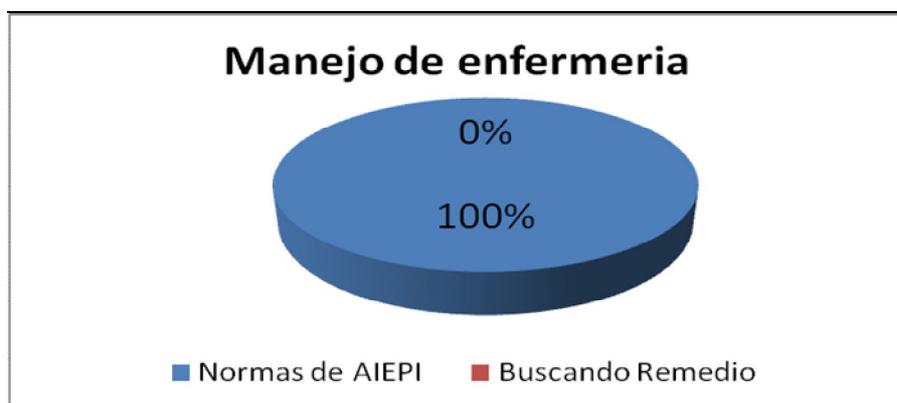
- Historia Clínica General.

- Consentimientos informados.

- Hoja de identificación del usuario.

- Reporte de exámenes y medios diagnósticos: reportes de laboratorios clínico, dictamen radiológico, ultrasonidos, electrocardiograma y otros (al reverso de la contraportada). (SALUD, 2008)

Grafico 4



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Un 100% (4) del personal se basa en las normas de AIEPI para dar manejo a niños con desnutrición.

Tomando las consideraciones de las respuestas del personal, todos se enfocan en las normas de AIEPI y protocolos, aunque existen otras normas que orienten los procedimientos que rigen y guían hacia el actuar ante cualquier problema.

Es cierto que las estrategias de AIEPI son escritas para hacer la práctica; pero a estas se les suma la experiencia y creatividad del personal de enfermería, donde la calidez humana favorece a la confianza de los pacientes a atender.

4.5 Seguimiento de enfermería.

En una visita de seguimiento los pasos son diferentes de los de la visita inicial.

Los tratamientos administrados en la visita de seguimiento pueden ser diferentes de los administrados en la visita inicial.

Según (MINSA, AIEPI, 2008) las citas correspondientes a niños con desnutrición son: Después de 14 días si es menor de 2 años, o después de 30 días si es mayor de 2 años, pesar al niño y determinar que si su peso es adecuado para la edad. Continuar

evaluando hasta que esta alimentandose bien y aumentando de peso, o hasta que su peso no sea bajo para su edad.

PROBLEMA DE ALIMENTACION

Después de 5 días:

Reevaluar la alimentación. Consultar las preguntas en la parte superior del Cuadro ACONSEJAR A LA MADRE O AL ACOMPAÑANTE

Preguntar sobre cualquier problema de alimentación que se haya constatado en primera consulta

Aconsejar a la madre con respecto a cualquier problema de alimentación nuevo o persistente.

Si se recomienda a la madre que haga cambios importantes en la alimentación, decirle que vuelva a traer al niño

Si el peso del niño es muy bajo para la edad, decir a la madre que vuelva 5 días después de la primera consulta para determinar si el niño ha aumentado de peso

Si el niño tiene peso muy bajo para su edad, pida a la madre que regrese 5 días después de la visita inicial. En esa visita se medirá el aumento de peso del niño para determinar si los cambios introducidos en la alimentación lo están ayudando.

En la visita de seguimiento el profesional de salud pregunta a la madre con que frecuencia le da al niño los demás alimentos y cada cuánto y por cuánto tiempo lo está amamantando. Ella dice que ahora le da solo 1 biberón de leche por día y que lo amamanta 5 ó más veces. El profesional de salud la felicita y le pide luego que deje por completo de dar la otra leche y que amamante al niño 6 veces o más en 24 horas. Como se trata de un cambio importante en la alimentación, se le pide a la madre que

regrese otra vez. En esa visita el profesional de salud verificará si el lactante se está alimentando con suficiente frecuencia y estimulará a la madre.

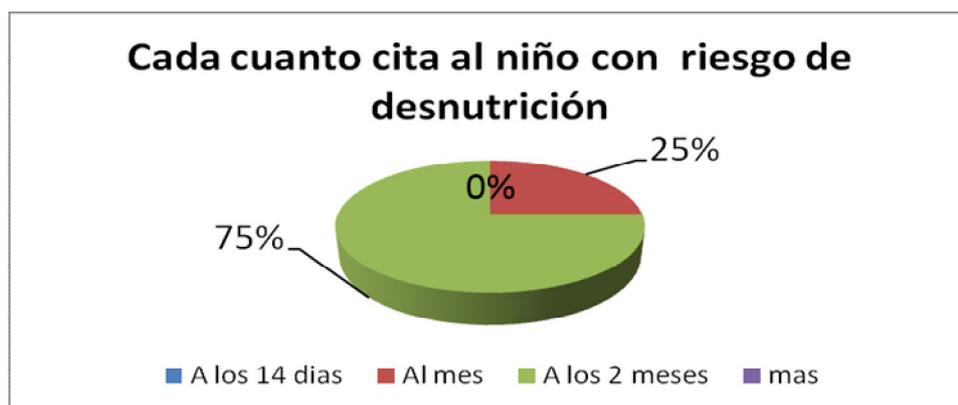
Para evaluar al niño, péselo mídalo y utilice los gráficos que correspondan a la edad. También reevalúe la alimentación haciéndole preguntas a la madre.

Pida a la madre que regrese con el niño al servicio al cabo de 14 días. Es importante el control cada dos semanas para recomendar y alentar a la madre hasta que el niño se esté alimentando bien y aumente regularmente de peso o ya no tenga peso bajo.

Si el niño continúa perdiendo peso y no hay probabilidad de que se introduzcan cambios en la alimentación, refiéralo al hospital o a un programa de alimentación.

Si el peso del niño mejora, se deberá elogiar a la madre e incentivarla a que continúe con las recomendaciones nutricionales. Pida a la madre que regrese una vez por mes hasta su recuperación. (seguimiento alimentación)

Gráfico 5



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

En efecto un 75%(3) del personal refiere citar a los niños cada 2 meses, un 25 %(1) al mes, un 0% a los 14 días, un 0% más.

En todo niño menor de 5 años, se puede prevenir cualquier tipo de riesgo más el de desnutrición es por ello la importancia del control del peso, la talla, desde la primera cita.

En cualquier momento que se detecte un niño en riesgo de desnutrición y no asista a la cita correspondiente tenemos que poner mayor énfasis e ir en su busca para cumplir con la inspección correspondiente y valorar su estado nutricional.

La enfermera de un área de salud, cuenta con horas de trabajo comunitario, lo que favorece la integración con la sociedad, recuerden que nuestra profesión se debe a las necesidades del ser humano que interfieran en su salud.

Ante la situación planteada, no se cumple con las normativas estratégicas de AIEPI, lo que quiere decir que la enfermera cita al niño de acuerdo a la fecha correspondiente a la vacuna y no por el estado nutricional del niño.

Grafico 6



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Un 100% (4) no realiza visitas de seguimiento a niños con desnutrición.

Hechas las consideraciones anteriores cabe decir que existe un incumplimiento en las visitas de seguimiento, el personal manifestó escasos recursos, falta de organización comunitaria en lo que corresponde a salud.

El trabajo de enfermería no se basa en la atención asistencial en un área de salud determinada, sino que también está dirigida a la promoción y prevención en la comunidad. La OMS a partir del año 2010 hace hincapié en que la salud no se puede estacionar entre cuatro paredes, sino que se debe llevar a donde está el doliente o el necesitado, la salud es derecho de todos y nosotros estamos comprometidos con expandirla.

Visita de seguimiento por desnutrición:

Un niño cuya clasificación es peso muy bajo para la edad deberá regresar para la visita de seguimiento después de 30 días (asimismo deberá regresar antes si hubiera un problema de alimentación). Algunos servicios programas sesiones especiales para dar consejos sobre nutrición y piden a sus pacientes con desnutrición que regresan para la visita de seguimiento durante esas sesiones. Una sesión especial permite que el profesional de salud dedique el tiempo necesario para hacer consejería de la alimentación con varias madres sobre alimentación del niño/a según edad y educar sobre alimentos nutritivos.

- Para evaluar al niño péselo y determine si es aun muy bajo para la edad.

Si tiene a un peso muy bajo para la edad, aconseje a la madre acerca de cualquier problema de alimentación encontrado.

- Pida a la madre que regrese al servicio en un mes. Es importante inspeccionar todos los meses para recomendar y alertar a la madre hasta que se esté alimentando bien y aumente regularmente de peso o ya no tenga peso muy bajo. (Minsa, 2007)

Clasificación de la desnutrición.

- Problema severo de nutrición (color rojo)

Si el niño(a) ha perdido más del 10 % de su peso al nacer en la primera semana de vida, tiene un problema severo de nutrición y debe ser referido urgentemente al hospital. (salud, 2004)

- Problemas de alimentación (color amarillo)

Si el niño(a) tiene un peso para la edad menor al percentil 10° O TIENE UNA TENDENCIA HORIZONTAL O UN DESCENSO, o si la madre informa que el niño(a) tiene algún problema para la alimentación (ej: no quiere agarrar el pecho o su agarre es deficiente, no mama bien o se alimenta al pecho menos de 8 veces al día, recibe otros alimentos o bebidas o recibe otra leche), clasifique al niño(a) como problemas en la alimentación.

Evalué la alimentación del niño(a) y asesore a la madre sobre la alimentación de su hijo de acuerdo con las instrucciones y las recomendaciones del recuadro de la pagina 6 en la columna tratamiento de los cuadros de procedimientos.

- No tiene problema de alimentación (color verde)

Si el peso para la edad del niño(a) es normal Y LA TENDENCIA DEL CRECIMIENTO ESTA EN ASCENSO o no hay ningún problema de alimentación, clasifíquelo como NINGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION.

SIGNOS	CLASIFICAR COMO	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso mayor del 10% en la primera semana 	PROBLEMA SEVERO DE NUTRICION	<ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE al hospital • Prevenir hipoglucemia • Prevenir hipotermia
<p>Uno de los signos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tendencia del crecimiento horizontal • Peso/edad < del percentil 10 • Agarre deficiente del pecho • No mama bien • Se alimenta al pecho menos de 8 veces al día • Recibe otros alimentos o líquidos • Recibe otra leche 	PROBLEMAS DE ALIMENTACION	<ul style="list-style-type: none"> • Si peso/edad menor del percentil 10 o tendencia horizontal o en descenso, referir a consulta por pediatra • Aconsejar a la madre que le dé el pecho las veces y el tiempo que el niño quiera de día y de noche, 8 veces al día. • Si el niño tiene agarre deficiente o no mama bien, enseñar a la madre la posición y el agarre correctos • Si recibe otros alimentos o líquidos: aconsejar a la madre que le dé el pecho más veces, reduciendo los otros alimentos o líquidos hasta eliminarlos y que no use biberón • Si el niño/niña no se alimenta al pecho: <ul style="list-style-type: none"> • Referir para asesoramiento sobre lactancia materna y posibles relactancia o iniciarla • Iniciar un suplemento vitamínico recomendado • En caso necesario enseñar a preparar correctamente otras formulas y a usar una taza • Hacer el seguimiento para cualquier problema de alimentación 2 días después • Hacer el seguimiento de peso a los 7 días • Si la madre presenta molestias en las mamas identificarlas, tratarlas • Enseñar a la madre medidas preventivas
<ul style="list-style-type: none"> • Peso/edad normal y no hay ningún problema de alimentación • Tendencia del crecimiento en ascenso 	NO TIENE PROBLEMA DE ALIMENTACION	<ul style="list-style-type: none"> • Elogiar y reforzar consejos a la madre porque alimenta bien a su hijo • Hacer una visita de seguimiento según normas establecidas de crecimiento y desarrollo • Enseñar a la madre medidas preventivas

El personal de enfermería utiliza la información de este cuadro para la identificación oportuna del estado nutricional del niño, realizando así un diagnóstico seguro y un manejo adecuado según el problema identificado.

CLASIFICACION CLINICA:

Nutrición: es un proceso biológico mediante el cual, el cuerpo recibe y utiliza de forma Equilibrada, energía y nutrientes de los alimentos que se consumen cada día.

La Nutrición nos permite que nuestro organismo funcione adecuadamente para crecer, Trabajar y desarrollarnos plenamente. (MINSA, 2009)

Desnutrición: Es el resultado de una ingesta de alimentos de forma continuada, insuficiente para satisfacer las necesidades de energía alimentaria, de una absorción deficiente y/o de un uso biológico deficiente de los nutrientes consumidos. Habitualmente, genera una pérdida de peso corporal.

3.1 Desnutrición primaria; por insuficiencia exógena, comprende los siguientes tipos:

3.1.1 Kwashiorkor o forma húmeda.

3.1.2 Marasmo o forma seca.

KWASHIORKOR: La causa principal es una dieta muy escasa en proteínas, se presenta en la primera infancia, entre 1 y 3 años.

Manifestaciones Clínicas

- Edema suave, depresible sin dolor, generalmente en pies, tobillos y piernas, pero en casos severos se puede extender a perineo, extremidades superiores y cara.

-Cabello seco, quebradizo, sin brillo y fácilmente desprendible, con cambios en la pigmentación.

- Lesiones cutáneas pelagroides en sitios de edema y áreas de presión

(Nalgas y espalda) o irritación frecuente (perineo y cara interna de los muslos).

-Piel eritematosa o brillante en las regiones del edema alternada con zonas de resequedad, hiperqueratosis e hiperpigmentación.

-Epidermis fácilmente desprendible con exposición de tejidos que se infectan fácilmente.

Ministerio de salud / dirección general de servicios de salud

- La deficiencia de peso no es tan severa, una vez corregido el peso del edema, los niños(as) pueden tener una talla baja o normal, dependiendo de la duración del episodio actual y su historia nutricional.

- Puede observarse palidez, extremidades frías o cianóticas.

- Apáticos e irritables, lloran fácilmente con una expresión de tristeza o malestar.

- Anorexia, vómitos postprandiales y diarrea.

- A menudo presentan hepatomegalia con un hígado suave a la palpación, debido a la infiltración grasa marcada.

- Abdomen prominente debido a asas intestinales y abdomen distendidos.

- Peristalsis irregular y lenta.

- Tono y fuerza muscular reducidos.

- Frecuentemente presentan taquicardia.

- Pueden tener hipotermia e hipoglucemia después de periodos cortos de ayuno.

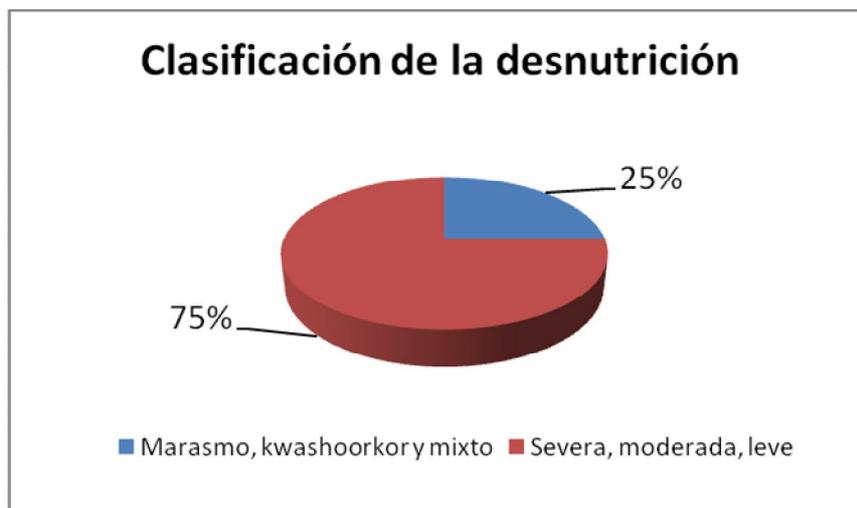
MARASMO: Causa principal es la inanición por dieta deficiente tanto en proteínas como en calorías, aparece en los 3 primeros años de la vida.

Manifestaciones Clínicas

- Marcada emaciación muscular y la reducción extrema de grasa subcutánea.

- < 60% del peso esperado para talla y muestran una talla baja.
- Cabello seco, delgado, sin brillo y algunas veces escaso.
- Piel seca, delgada con poca elasticidad y se arruga fácilmente al pellizcarla.
- Apatía, pero generalmente consciente a su alrededor, con mirada de ansiedad y tristeza.
- Aspecto de cara de anciano.
- Raras veces toleran grandes cantidades de alimentos y vomitan con facilidad.
- Debilidad marcada.
- Hipotensión, hipoglucemia e hipotermia, con pulso normal o elevado.
- Distensión abdominal con ganglios linfáticos fácilmente palpables.
- Vísceras usualmente pequeñas a la palpación. (MINSA, 2009)

Grafico 7



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Por las consideraciones anteriores un 75%(3) del personal de salud, clasifica la desnutrición en severa, moderada, leve y un 25%(1) clasifica en marasmo, kwashiorkor y mixto.

Ante la situación planteada y resultado de la encuesta la mayoría del personal de salud se basa en normas de AIEPI debido a que es una herramienta esencial y confidencial, para hacer un buen diagnóstico y clasificación de la desnutrición.

Instrumentos para diagnosticar a un niño con desnutrición.

Historia clínica.

Concepto: La historia clínica de atención integral a la niñez es el instrumento que permite monitorear de una manera integral una serie de eventos que inciden positiva o negativamente en el crecimiento y desarrollo de cada niño siendo a la vez una importante fuente de datos para el sistema local de información gerencial, constituyéndose en cada documento base de la atención integral a la niñez en la unidad de salud. Consta de dos secciones; una básica y otra de seguimiento, localizadas en hojas diferentes, ambas deberán ser utilizadas a partir de la primera consulta.

Importancia:

Nos permite identificar los factores importantes de riesgo y estos están en gris cuando estos se marquen hay que tenerlos en cuenta para evaluar la conducta a seguir.

Indicadores antropométricos:

Peso, talla, perímetros.

La edad del niño, el sexo y las mediciones de peso y longitud o talla; se usaran para calcular los siguientes indicadores de crecimiento, los cuales serán descritos:

Longitud / talla para la edad

Peso para la edad

Peso para la longitud

IMC

Valoración de la talla:

La talla de los primeros 6 meses aumenta a razón de 2,5 cm mensuales, por lo que la altura media a los 6 meses es de 67cm. En el segundo semestre el crecimiento de la talla es menor, así que al año de vida el niño aproximadamente mide 77 cm. La talla suele guardar una estrecha relación con el nivel socioeconómico, aunque es menos sensible al déficit nutritivo puntual. Sin embargo, sí que guarda una relación directa con la desnutrición prolongada.

Los trastornos del crecimiento están habitualmente relacionados con las tallas bajas, por lo que se debe considerar la desviación de la normalidad y las características de la familia. La talla media de los padres es útil para determinar si el niño se adapta a los patrones de crecimiento familiar.

Dependiendo de la edad del niño y de habilidad de pararse, mida longitud y talla del niño. La longitud del niño se mide en posición acostado (decúbito supino). La talla se mide de pie en posición vertical.

Si un niño es menor de 2 años de edad, mida la longitud en posición acostado boca arriba.

Si el niño tiene 2 años de edad o más y es capaz de pararse, mida la talla de pie.

En general la talla de pie es alrededor de 0,7 cm menos que la longitud en posición acostada boca arriba. Esta diferencia fue tomada en cuenta al desarrollar nuevos patrones de crecimiento de OMS usados para elaborar las curvas del crecimiento. Por lo tanto es importante ajustar las mediciones si se tomó la longitud de la talla y viceversa.

- Si un niño menor de dos años de edad no permite ser acostado boca arriba para medirle la longitud, médale la talla en posición de pie y sume 0.7 cm para convertirla en longitud.

- Si un niño tiene dos años de edad o más y no es capaz de ponerse de pie, mida la longitud en posición acostado boca arriba y reste 0.7 cm para convertirla en talla.

Valoración de los perímetros:

El perímetro cefálico es una dimensión que debe medirse a todos los niños lactantes, pues es un buen índice de crecimiento del cerebro. Un perímetro craneal grande o pequeño constituye una señal de alarma.

El crecimiento de la cabeza es rápido durante el primer semestre, pues aumenta 1.5 y 1 cm en el segundo semestre.

El tamaño medio a los 6 meses es de 44 cm y de 47 cm al año. La fontanela anterior se une a los dos meses de vida, mientras que la fontanela posterior lo hace entre los 12 y los 18 meses. La cabeza debe ser simétrica y con iguales prominencias frontales, parietales y occipitales.

Valoración del peso:

El crecimiento físico está influido por la predisposición genética y étnica. Debe ser registrado en las tablas adecuadas, según el sexo y la edad. El mayor aumento de peso del niño tiene lugar en el primer semestre de vida. En los seis primeros meses, el niño aumenta 650 gramos mensuales y duplica su peso al nacer, por lo que a esa edad suele pesar unos 7 kg. En el segundo semestre, la ganancia de peso ya es más lenta; al año, el niño suele pesar entre 9.5 y 10 kg. Todas estas medidas deben ser reflejadas en las gráficas de percentiles.

Se recomienda pesar a los niños usando una balanza con las siguientes características:

Sólidamente fabricada y durable.

Pesa de calzón

Pesa electrónica

Permite mediciones hasta de 150 kg

Permite mediciones con precisión de 0.1 kg

Permite la toma de pesos reprogramados (función tara)

Si el niño tiene menos de dos años de edad o no es capaz de ponerse de pie, se aplicara la toma de peso reprogramado.

Si el niño tiene más de dos años de edad, usted pesara al niño solo si ya es capaz de pararse sin moverse. Desvista al niño. Explicar que es necesario que el niño se quite la ropa exterior para obtener un peso exacto. Si está demasiado frio como para desvestir al niño o si el niño se niega a permitir que se le quite la ropa y se inquieta, puede pesar al niño vestido, pero anotar que estaba vestido.

Es importante pesar rápidamente y sin titubeos de la balanza al infantómetro / tallímetro para evitar que el niño se irrite, especialmente en el caso de la medición de longitud en los niños pequeños. Asegúrese que la balanza este en una superficie plana, solida y pareja.

Grafica de crecimiento:

Las líneas impresas en la curva de crecimiento le ayudaran a interpretar los puntos marcados que representan el estado de crecimiento de un niño. La línea rotulada con O en cada curva representa la mediana, lo cual es generalmente el promedio. Las otras líneas trazadas son líneas de puntuación Z, las cuales indican la distancia de la mediana.

La mediana y las puntuaciones Z de cada curva de crecimiento proceden de mediciones de niños del estudio multicentrico de referencia de crecimiento de la OMS quienes fueron alimentados y crecieron en un entorno que favoreció su crecimiento optimo.

Las líneas de puntuación Z de las curvas de crecimiento están enumeradas positivamente (1,2,3) o negativamente(-1,-2,-3), en general, un punto marcado que esta lejos de la mediana a cualquier dirección puede representar un problema , sin embargo, deben considerarse otros factores, como el patrón de crecimiento, las condiciones de salud del niño y la talla de los padres.

INTERPRETACIÓN:

Cuando se tiene una sola evaluación. Utilice la tabla de crecimiento para establecer el percentil en que se encuentra el peso del niño/a en relación a su edad (estado nutricional) y la grafica para ubicar el punto obtenido:

- Baja talla, baja talla severa.
- Bajo peso, bajo peso severo
- Emaciado, severamente emaciado.
- Posible riesgo de sobre peso, sobre peso y obeso.

Cuando se tiene evaluaciones sucesivas. Permiten la vigilancia individual del crecimiento y su tendencia comparando el percentil obtenido en la evaluación actual. Con el percentil de la evaluación anterior. Cuando tenga dos o más evaluaciones determinen si el crecimiento es satisfactorio o insatisfactorio.

Para determinar el peso para la edad y la tendencia de crecimiento: siga los pasos descritos a continuación:

1- Calcular la edad del niño/a en meses

2- Pesar al niño/a si aun no se ha pesado en esta consulta. Use una balanza calibrada. Al pesarlo deberá estar sin ropa o con ropa muy liviana

3-Utilizar la tabla de crecimiento.

Ubique el percentil

Si tiene un percentil anterior compárelo con el actual (Si no lo tiene continúe con el punto 4)

Determine si el percentil actual es mayor, igual o menor al anterior

4- Utilizar la grafica de peso para la edad.

- Ubique en el eje vertical el peso del niño/a en kg
- Ubique en el eje horizontal la edad del niño/a en meses.

5- determine el estado nutricional

6- determine la tendencia de la curva de crecimiento.

Crecimiento satisfactorio: cuando entre dos evaluaciones el percentil obtenido es igual o mayor al percentil de la evaluación anterior o cuando en la curva de crecimiento se observa que ésta es ascendente, paralela a la línea de referencia de la grafica.

Crecimiento insatisfactorio: cuando entre dos evaluaciones el percentil obtenido es menor en uno o más, que en la evaluación anterior, o cuando en la curva de crecimiento, el trazado tiende a ser horizontal o descendente separándose de la línea de referencia de la grafica.

LONGITUD/TALLA PARA LA EDAD.

La longitud/ talla para la edad refleja el crecimiento alcanzado en longitud o talla para la edad del niño en una visita determinada. Este indicador permite identificar niños con baja talla (longitud o talla baja) debido a un prolongado aporte insuficiente de nutrientes o enfermedades recurrentes. También puede identificarse a los niños que son altos para su edad, sin embargo longitud o talla alta raras veces es un problema, a menos que este aumento sea excesivo y pueda estar reflejando desordenes endocrinos no comunes.

Para marcar un punto en la curva de longitud/talla para la edad:

- Marque las semanas, los meses o años y meses cumplidos sobre la línea vertical (no entre las líneas verticales), por ejemplo, si un niño tiene 5 ½ meses de edad, el punto será marcado para en la línea para 5 meses no entre las líneas para 5 y 6 meses.

- Marque la longitud o talla sobre las líneas horizontales tan exacta como sea posible. Por ejemplo, si la medición es de 60.5 cms, ubique el punto en la mitad del espacio entre las líneas horizontales.
- Cuando hay puntos marcados de dos o más visitas una los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia.

Juzgue si un punto marcado parece dudoso, y si es necesario vuelva a medir al niño. Por ejemplo, la longitud de un bebé no debe ser menor de la obtenida en la visita anterior. Si lo es, una de las mediciones fué errónea.

Peso para la edad:

El peso para la edad refleja el peso corporal en proporción al crecimiento alcanzado en longitud o talla. Este indicador es especialmente útil en situaciones en las que la edad de los niños es desconocida (por ejemplo en situaciones de refugiado). La curva de peso para la longitud / talla ayuda a identificar niños con bajo peso para la talla que pueden estar emaciados o severamente emaciados. Estas curvas sirven también para identificar niños con peso para la longitud / talla elevado que pueden estar en riesgo de presentar sobre peso u obesidad.

Para marcar puntos en la curva de peso para la longitud / talla:

- Marque la longitud o talla en una línea vertical (por ejemplo, 75 cm, 78 cms). Será necesario aproximar la medición hasta el centímetro completo más cercano.
- Marque el peso tan exacto como sea posible dado el espaciado entre las líneas de la curva.
- Cuando hay puntos marcados de dos o más visitas, una los puntos con una línea recta para una mejor apreciación de la tendencia. (Minsa, Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI, 2007)

Grafico 8



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Un 75%(3) utiliza los indicadores antropométricos y un 25%(1) a través de la historia clínica.

Aunque el resultado muestre que una persona utiliza la historia clínica es porque en realidad es un documento legal que refleja todo el crecimiento y desarrollo del niño. Sin obviar el estricto monitoreo del expediente clínico y sus escritos, ya que es un documento legal donde reflejamos todo lo que se le realiza al paciente.

Significa entonces que el personal de salud se basa en los indicadores antropométricos para diagnosticar el riesgo de la desnutrición infantil ya que es de suma importancia para evaluar crecimiento y desarrollo del niño, sin obviar el examen físico debido a que este nos muestra el estado general del paciente.

4.6 Estrategias para el mejoramiento de la desnutrición infantil:

Estrategias establecidas por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional.

La desnutrición infantil afecta a 200 millones de niños en todo el mundo, pero si no se toman medidas, sus consecuencias alcanzarían a 450 millones de pequeños. Ciudadanos, ONG y estados pueden contribuir a evitarlo.

Entre las estrategias, a continuación se destacan cinco: sensibilizar a los ciudadanos contra la desnutrición infantil; realizar donaciones para paliar la hambruna en los lugares más aquejados, como el Cuerno de África y Sahel; poner en marcha proyectos para mejorar las cosechas; adquirir alimentos terapéuticos e implantar el Plan Integral de Implementación de la Nutrición en los 194 países miembros de la Organización Mundial de la Salud.

Programa hambre cero (implementado por el gobierno)

Erradicar la pobreza extrema y el hambre, es una de los objetivos de desarrollo del milenio, el Programa Productivo Alimentario PPA-MAGFOR llamado también Hambre Cero es el primer programa generado por el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional para contribuir al logro de este gran objetivo.

El componente principal de este programa es el BONO PRODUCTIVO ALIMENTARIO (BPA), que es ejecutado por MAGFOR y va dirigido a las mujeres campesinas.

El programa, que ha beneficiado a unas cinco mil comunidades, funciona a través de la entrega de un bono productivo alimentario a las mujeres de las familias más pobres a fin de mejorar su nutrición e ingresos.

La viceministra de agricultura hizo notar que "desde que el gobierno sandinista comenzó a ejecutar este programa productivo alimentario, las familias encabezadas por mujeres, recibieron un total de 35 mil 955 vacas de las cuales han parido 20.799 terneros, aumentando considerablemente el hato ganadero". El programa productivo "Hambre Cero" ha entregado a las mujeres campesinas 23.662 cerdas preñadas, las que han parido 85.669 lechones, además de 379.798 aves de corral, entre gallinas y gallos, reproduciendo 34.000 pollitos vivos, y cerca de un millón de docenas de huevos.

Según las autoridades Nicaragüenses, con la cantidad de cerdos, huevos, leche y carne, que las beneficiarias del bono productivo alimentario han producido, ahora existe un mayor nivel de nutrición en las familias campesinas, un impacto positivo en sus

ingresos, y la organización de las mujeres beneficiarias en 968 núcleos, con miras a fundar cooperativas agrarias. (spanish.news, 2011)

El programa Hambre Cero, iniciado en 2007 en Nicaragua, ha tenido efectos positivos en varios ámbitos, tales como la revaloración del medio rural, el reconocimiento de la mujer como productora y dueña de la tierra y un proceso de organización de las campesinas, además de que ha logrado mitigar el hambre rural, su principal objetivo, pero no puede hablarse de resultados espectaculares respecto de abatimiento de pobreza.

Este programa, señala Bernardo González, un mexicano que colaboró hasta hace un año con el gobierno de Daniel Ortega, cuenta con recursos verdaderamente escasos, pues ha aplicado apenas unos 120 millones de dólares, pero, al haber regularizado la tierra a nombre de las mujeres que trabajan el campo, pues muchos hombres han emigrado en busca de opciones de ingreso- y al dotarlas de animales para garantizar el alimento familiar, ha logrado mejorar las condiciones de las familias pobres.

Nicaragua es el país con el ingreso per cápita más bajo de todo Centroamérica.

El programa Hambre Cero, diseñado por un colaborador importante de Daniel Ortega, Orlando Núñez, como producto de su investigación y presencia en el medio rural se enfoca a las mujeres con tierra, para así revalorizar su trabajo, y las dota de recursos tales como vacas paridas, cerdas, gallinas para que garanticen su alimentación y puedan concurrir al mercado con sus excedentes.

Asimismo, el programa propicia que las mujeres se agrupen localmente en cajas de ahorro, para que puedan autofinanciarse.

“El resultado ha sido el que tengan mayores posibilidades de alimentación lo cual es un indicador en la medición de la pobreza, pero no me atrevo a afirmar que la pobreza haya disminuido” gracias a este programa, señala Bernardo González.

Algo que sí ha logrado Hambre Cero es la recampesinización; la valoración de la mujer, y el impulso a la organización, lo cual dota a las campesinas de capacidades para

acceder a políticas públicas, y ha conseguido también fortalecer la idea de que con la tierra es posible sobrevivir”. Esto luego de que el país sufrió un gravísimo abandono de tierras por causa de problemas de mercado y por falta de políticas públicas para el campo por parte de los gobiernos anteriores (precios bajos, escaso financiamiento, falta de tecnología), pero también por agotamiento de los suelos y por la desesperanza sobre el campo dadas las condiciones de vida precarias que se tienen allí, y por la fuerte migración. Hay muchos nicaragüenses en Costa Rica, El Salvador, Honduras, Guatemala, México y Estados Unidos.

Los resultados de Hambre Cero están coincidiendo hoy día con los precios positivos que registran los productos cárnicos (ganado, pieles, carne, queso, leche), el azúcar y el café, que son fundamentales en las exportaciones agropecuarias de Nicaragua. Esto ha mejorado la situación general del medio rural, pero se sabe que los precios de las materias primas no son estables. No hay certeza de que la bonanza dure.

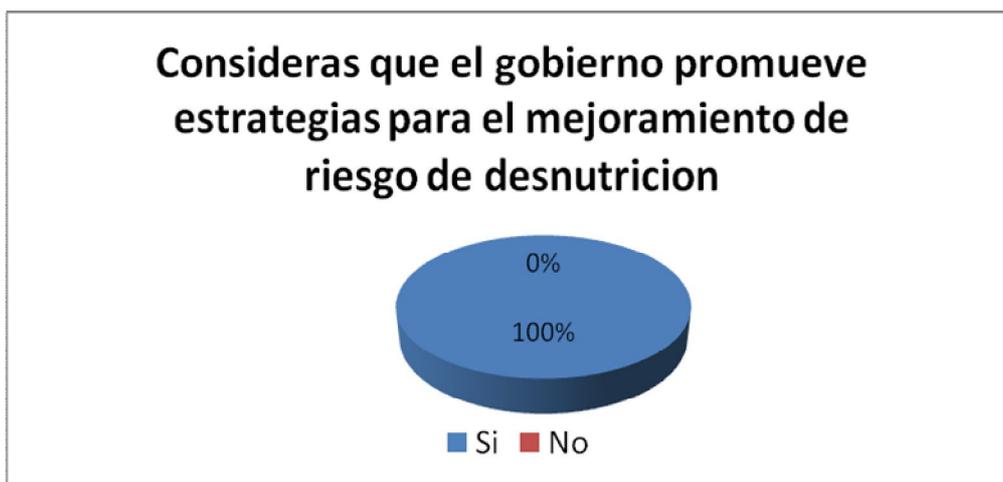
Bernardo González comenta que adicionalmente el gobierno de Daniel Ortega ha impulsado programas tales como Usura Cero para mejorar el acceso al crédito u otro denominado Amor, para apoyar a niños en condiciones de vulnerabilidad y abandono. Todos éstos diseñados por Rosario Murillo, la esposa de Ortega y que opera en los hechos como jefa de gobierno, pues el matrimonio aplica un esquema de “pareja presidencial”.

Hambre Cero implica la participación de técnicos comprometidos, pues se complementa con capacitación y asistencia técnica para las mujeres. (Hambre cero-jornada, 2011)

El gobierno de Unidad y Reconciliación ha creado cartillas de estimulación temprana en cumplimiento con los compromisos internacionales de los derechos humanos de la niñez expresados en la convención sobre los derechos del niño y la niña de Naciones Unidas y otros tratados Internacionales y siguiendo los lineamientos del código de la Niñez y Adolescencia de la republica de Nicaragua.

La estimulación temprana consiste en apoyar el desarrollo de los niños y niñas a través de ejercicios, técnicas y actividades sencillas que se pueden realizar en casa o en la comunidad diariamente.

Grafico 9



Fuente: Encuesta realizada al personal del puesto de salud Lacayo Farfán.

Un 100%(4) del personal reflejó que el gobierno si implementa estrategias para el mejoramiento de la desnutrición infantil.

El gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional ha establecido programas de salud basándose en atención integral a la mujer, niñez y adolescencia, sin evadir la atención gratuita en salud dirigida a toda la población.

Es evidente entonces que el gobierno centra su atención ante este tipo de problema, estableciendo programas como: hambre cero, siendo el objetivo de este ayudar a las mujeres campesinas, implementando también el programa amor para los mas chiquitos basándose en la estimulación temprana, que ayudará al desarrollo psicomotor y de crecimiento a los niños que presenten estos problemas.

Estrategias propuestas al personal de salud para mejorar el riesgo de desnutrición.

Estrategias	Objetivos
Proponer al personal de salud que brinde capacitación a la red comunitaria.	Identificar oportunamente los riesgos nutricionales en niños de 0 – 5 años y a si refieran a tiempo a los niños a las unidades de salud.
Elaborar plan de salidas a terrenos dirigidas a niños con problemas nutricionales.	Coordinar con los brigadistas de cada comunidad para que ellos refieran oportunamente estos tipos de problemas y brindar una atención adecuada.
Enfatizar con el equipo técnico en salud, la atención en el seguimiento a niños con riesgo de desnutrición.	Tomar conciencia que el no brindar un seguimiento adecuado a niños (as) de 0-5 años en riesgo de desnutrición puede causar secuelas en el futuro sino es tratada.
Programar capacitaciones dirigidas al personal a través de la educación continua haciendo énfasis en las normas de AIEPI y hacer evaluaciones periódicamente.	Apropiar conocimientos científicos técnicos según normas de AIEPI para evaluar, clasificar y determinar el tratamiento de las enfermedades de la infancia y garantizar un manejo adecuado a niño (as).
Gestionar proyectos con ONG, actores sociales.	Concientizar al personal de salud sobre la importancia de la buena aplicación del AIEPI.

V. Conclusiones.

1. Los niños menores de 5 años permanecen en constante riesgo de desnutrición en cualquier comunidad, debido a la situación demográfica (hacinamiento, lejanía, contaminación ambiental.)
2. Los factores que ponen en riesgo el estado nutricional de los niños son: económicos, haciendo énfasis en el problema de desempleo de los padres de familia, dificultad en adquirir los alimentos que sustentan la vitalidad, antecedentes de desnutrición materna, y bajo peso al nacer.
3. Las consecuencias encontradas y manifestadas por el personal de salud son: anemia, retardo del crecimiento y déficit del desarrollo.
4. Se indagó, que el personal de enfermería cumple lo establecido en las normas de AIEPI en lo que se refiere al manejo para tratar a niños que presentan riesgo nutricional, solo cuando se presenta al centro de salud en su cita de VPCD.
5. Según la evaluación de la realización del seguimiento a niños en riesgo de desnutrición, encontramos deficiencia, existe un incumplimiento con respecto a las citas. (AIEPI, indica que en niños menores de 2 años, se valoran en 14 días y en mayores de 2 años, al mes de atendido).
6. Las estrategias propuestas están acordes con las necesidades encontradas en la unidad de salud: falta de organización comunitaria, educación continúa al personal de salud en lo que corresponde AIEPI, priorización de los problemas de salud de los niños, enfatizando los niños en riesgo a desnutrición.

VI. Bibliografía

La desnutrición puede afectar el desarrollo neurológico e intelectual de un niño. (Martes de 14 Julio de 2009). Obtenido de La desnutrición puede afectar el desarrollo neurológico e intelectual de un niño: <http://www.abcdelbebe.com/la-desnutricion-puede-afectar-el-desarrollo-neurologico-e-intelectual-de-un-nino>

Desnutricion Materna . (2007). *Revista Domingo*, 2.

Ciencia y Biología. (2 de Marzo de 2010). Obtenido de Ciencia y Biología: <http://www.cienciaybiologia.com/bgeneral/vitamina-a.php>

Hambre cero-jornada. (19 de marzo de 2011). Obtenido de Hambre cero-jornada: <http://www.jornada.unam.mx/2011/03/19/hambre.html>

spanish.news. (2011). *Nicaragua: Programa "Hambre Cero" para comunidades rurales*, 1-2.

AIEPI. (2008). *AIEPI*. Managua - Nicaragua: 3ra edicion.

Miranda Sánchez, Sergio et al(2008). *Diagnóstico y tratamiento de la desnutrición en menores de cinco años en el primer nivel de . Mexico.*

FAO. (2000). *Mejorando la Nutricion*. Roma.

FAO, D. d. (2012). *factores sociales y culturales en la nutricion* . Obtenido de factores sociales y culturales en la nutricion : www.fao.org

LAROUSSE. (1998). *diccionario enciclopedico*. colombia: 3ra edicion.

Licata,L.M. (1999-2012). *zonadiet*. Obtenido de *zonadiet*: <http://www.zonadiet.com/nutricion/hierro.htm>

MICHUA, E. M. (MAYO de 2004). *“EL MALTRATO EMOCIONAL Y SU RELACIÓN CON EL APRENDIZAJE EN NIÑOS Y NIÑAS”*. Bolivia: La Paz.

Minsa. (2007). *Manual clinico para el aprendizaje de AIEPI*.

MINSA. (2008). *AIEPI*. Nicaragua: 3ra edicion.

MINSA. (2008). *Normas y protocolo*. Managua: Nicaragua.

MINSA. (2009). *AIEPI Hospitalario*. Managua: 2da edicion.

MINSA. (2009). *Estrategias de Atencion a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia*. Bogota, Colombia.

MINSA. (2009). *Normas de Alimentación y Nutrición*. Managua: Normativa-029.

- MINSA. (30 de AGOSTO de 2012). *importancia de la lactancia materna en matagalpa*. obtenido de importancia de la lactancia materna en Matagalpa: http://www.minsa.gob.ni/index.php?option=com_content&view=article&id=2547%3Aimportancia-de-la-lactancia-materna-en-matagalpa&catid=66%3Anoticias-2012&Itemid=1
- Multimedia, A. E. (8 de febrero de 2011). *Avera*. Obtenido de Avera: <http://averaorg.adam.com/content.aspx?productId=118&pid=5&gid=003271>
- Nuevo, M. (2000-2012). Retraso y problemas en el crecimiento infantil. *guiainfantil.com*, 4.
- OMS. (s.f.). *Nutricion Materno Infantil*. Obtenido de nutricion materno infantil: <http://peru.nutrinet.org/bajo-peso-al-nacer>
- Paul Spicker, S. A. (2005). *biblioteca.clacso*. Obtenido de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/ar/libros/clacso/crop/glosario/h.pdf>
- SALUD, M. D. (2008). *Norma para el manejo del expediente clínico*. Managua: 004.
- Seguimiento alimentacion*. (s.f.). Obtenido de www.fmv-uba.org.ar/posgrado/.../4.../seguin-alim-desnt-4a.htm
- Silvia. (22 de Abril de 2009). *La importancia del cobre en la alimentacion*. Obtenido de La importancia del cobre en la alimentacion: <http://bebesyembarazos.com/la-importancia-del-cobre-en-la-alimentacion/>
- Tareas.com, b. (2012). *Desarrollo cognitivo 0-6 años*. Venezuela.
- UNICEF. (2008). *Modelo de vigilancia en salud publica del estado nutricional*. colombia.
- Vargas, O. R. (28 de Marzo de 2006). El Nuevo Diario. *Desnutrición y hambre en Nicaragua*, págs. 1-5.
- Vellafañe, D. (2006). *Comite de Crecimiento y Desarrollo*. Argentina: 34 congreso.
- Wikipedia. (2012). Sociocultural. *Enciclopedia libre*, 1.
- Yokita. (2008). *infoembarazadas*. Chile.

VII. ANEXOS

Anexo 1

Problemas de crecimiento en Términos de puntuación Z

Puntuaciones z	INDICADORES DE CRECIMIENTO			
	Longitud / talla para la edad	Peso para la edad	Peso para la longitud / talla	IMC para la edad
Por encima de 3	Ver nota 1	Ver nota 2	OBESO	OBESO
Por encima de 2			SOBRE PESO	SOBRE PESO
Por encima de 1			POSIBLE RIESGO DE SOBRE PESO (ver nota 3)	POSIBLE RIESGO DE SOBRE PESO (ver nota 3)
0 (mediana)				
Por debajo de -1				
Por debajo de -2	BAJA TALLA (ver nota 4)	BAJO PESO	EMACIADO	EMACIADO
Por debajo de -3	BAJA TALLA SEVERA (ver nota 4)	BAJO PESO SEVERO	SEVERAMENTE EMACIADO	SEVERAMENTE EMACIADO

(MINSa, 2008)

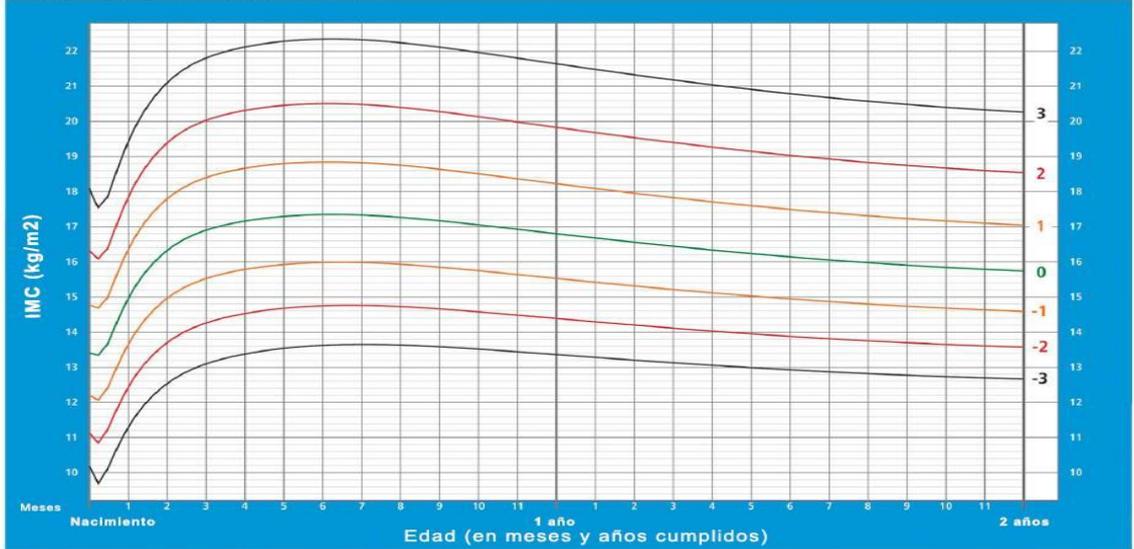
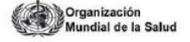
Notas:

1. Un niño en este rango es muy alto. Una estatura alta en raras ocasiones es un problema, a menos que sea un caos extremo que indique la presencia de desórdenes endocrinos como un tumor producto de la hormona del crecimiento.
2. Un niño cuyo peso para la edad cae en este rango puede tener un problema de crecimiento, pero esto puede evaluarse mejor con peso para la longitud / talla o IMC para la edad.
3. Un punto marcado por encima de 1 muestra un posible riesgo. Una tendencia hacia la línea de puntuación z 2 muestra un riesgo definitivo.
4. Es posible que un niño con baja talla o baja talla severa desarrolle sobre peso.

Anexo 2

IMC para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

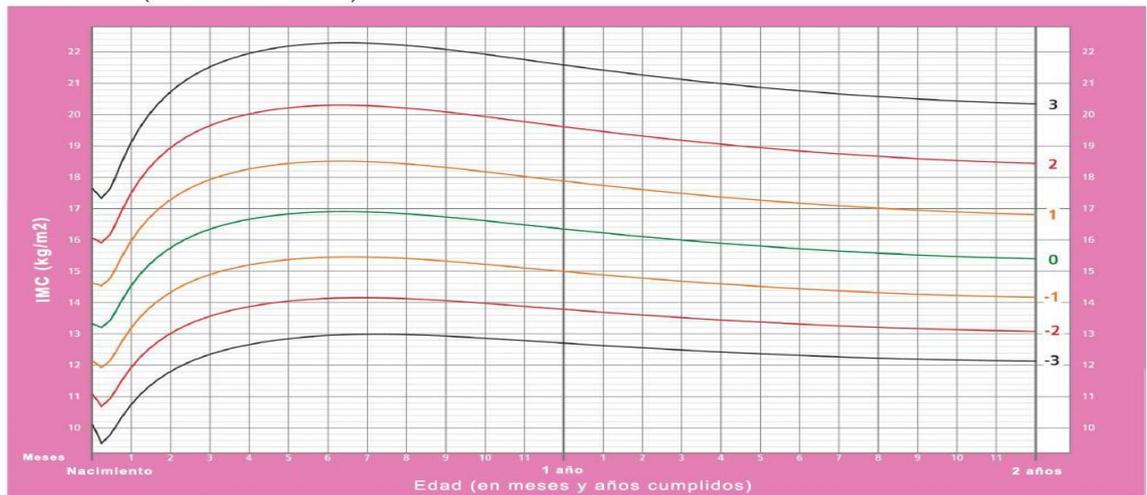


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2008)

IMC para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

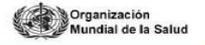


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

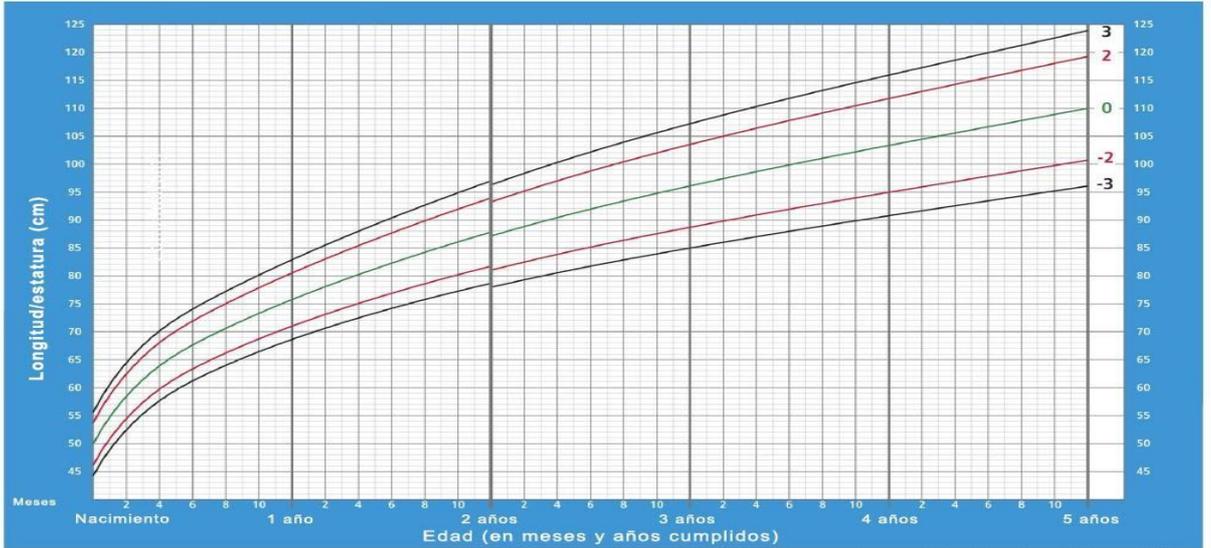
(MINSa, 2008)

Anexo 3

Longitud/estatura para la edad Niños



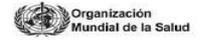
Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



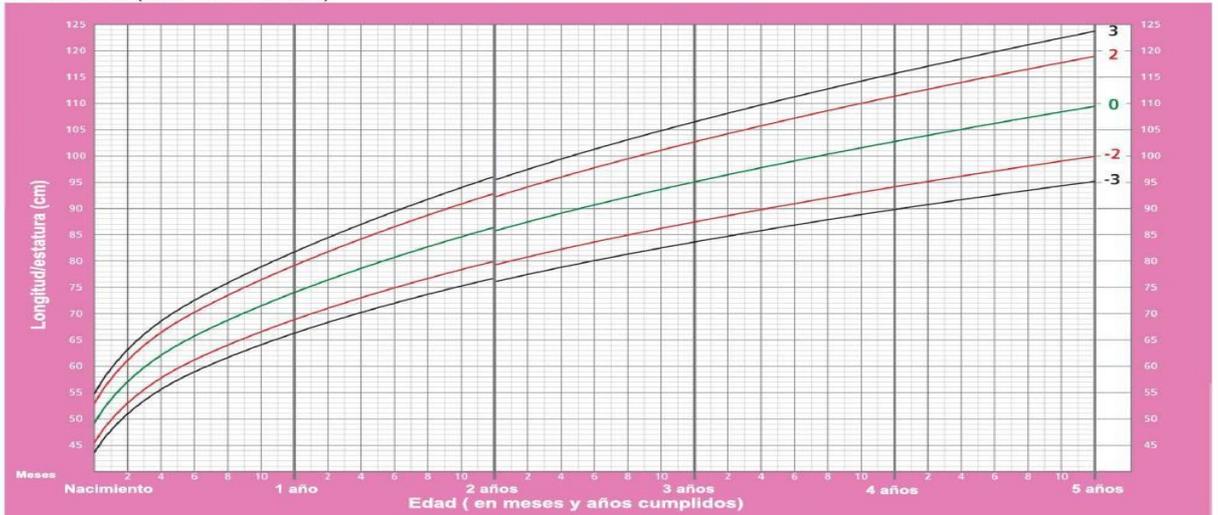
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2008)

Longitud/estatura para la edad Niñas



Puntuación Z (Nacimiento a 5 años)



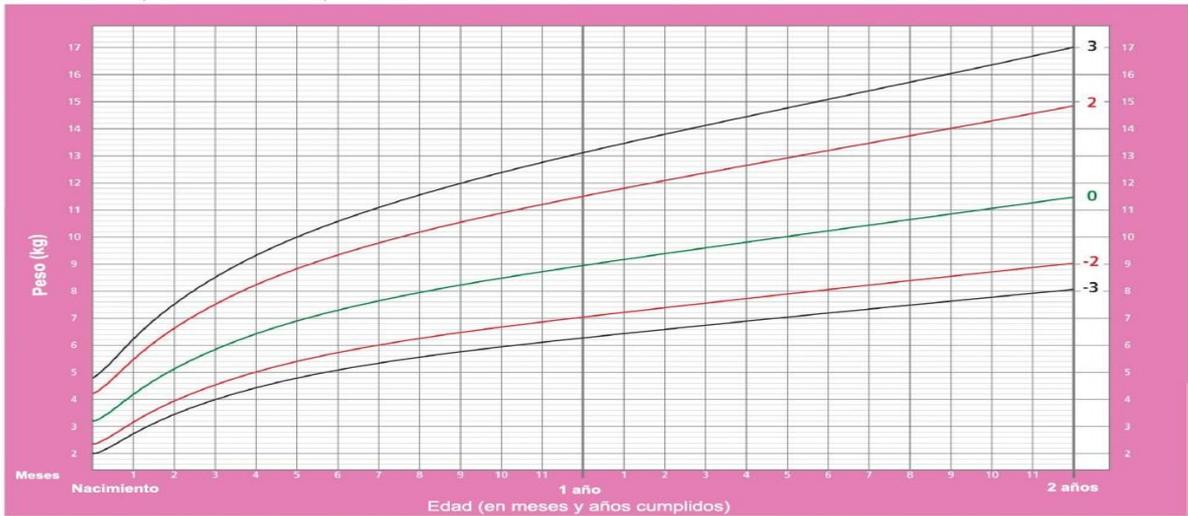
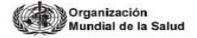
Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSa, 2008)

Anexo 4

Peso para la edad Niñas

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)

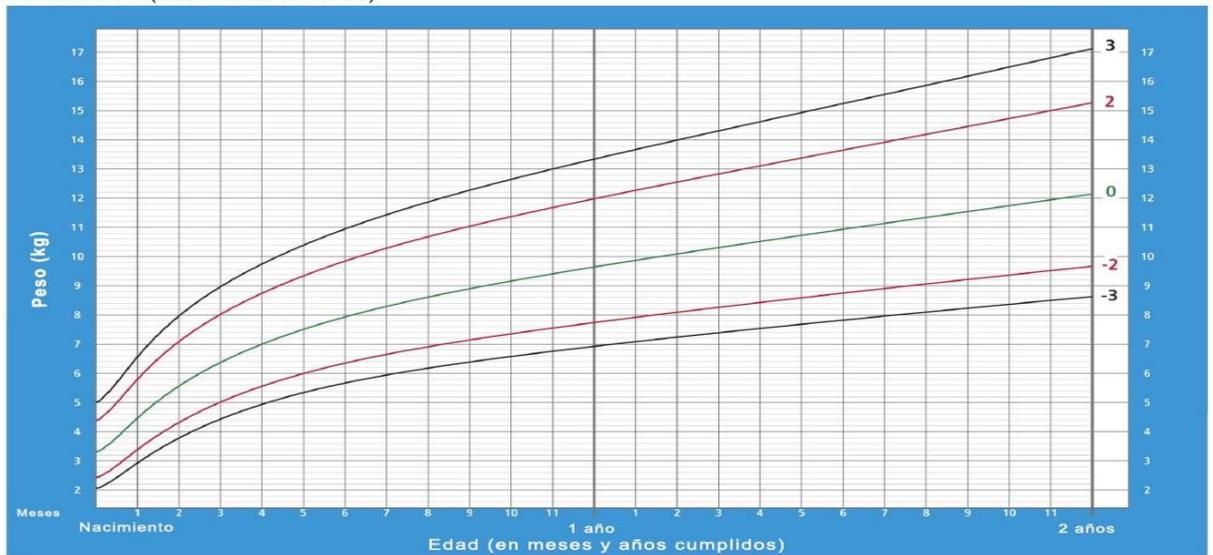
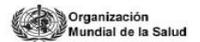


Patrones de crecimiento infantil de la OMS

(MINSA, 2008)

Peso para la edad Niños

Puntuación Z (Nacimiento a 2 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

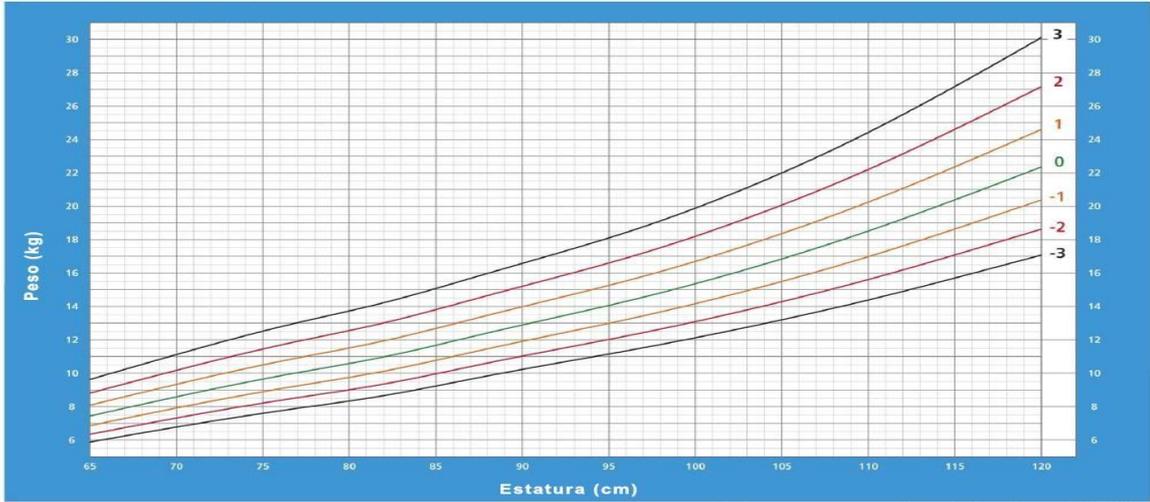
(MINSA, 2008)

Anexo 5

(MINSA, 2008)

Peso para la estatura Niños

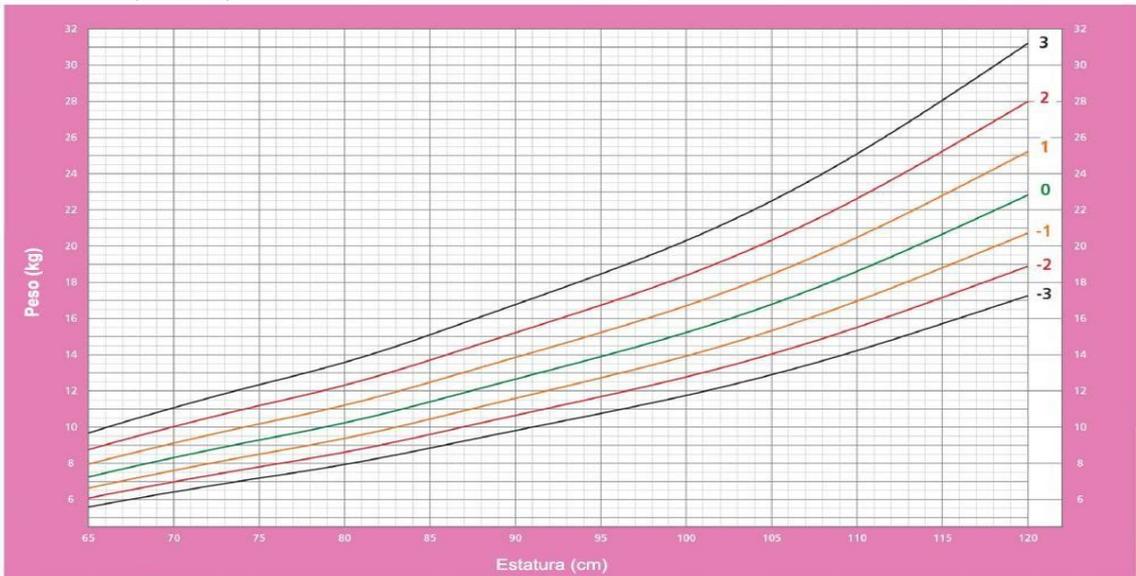
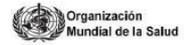
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Peso para la estatura Niñas

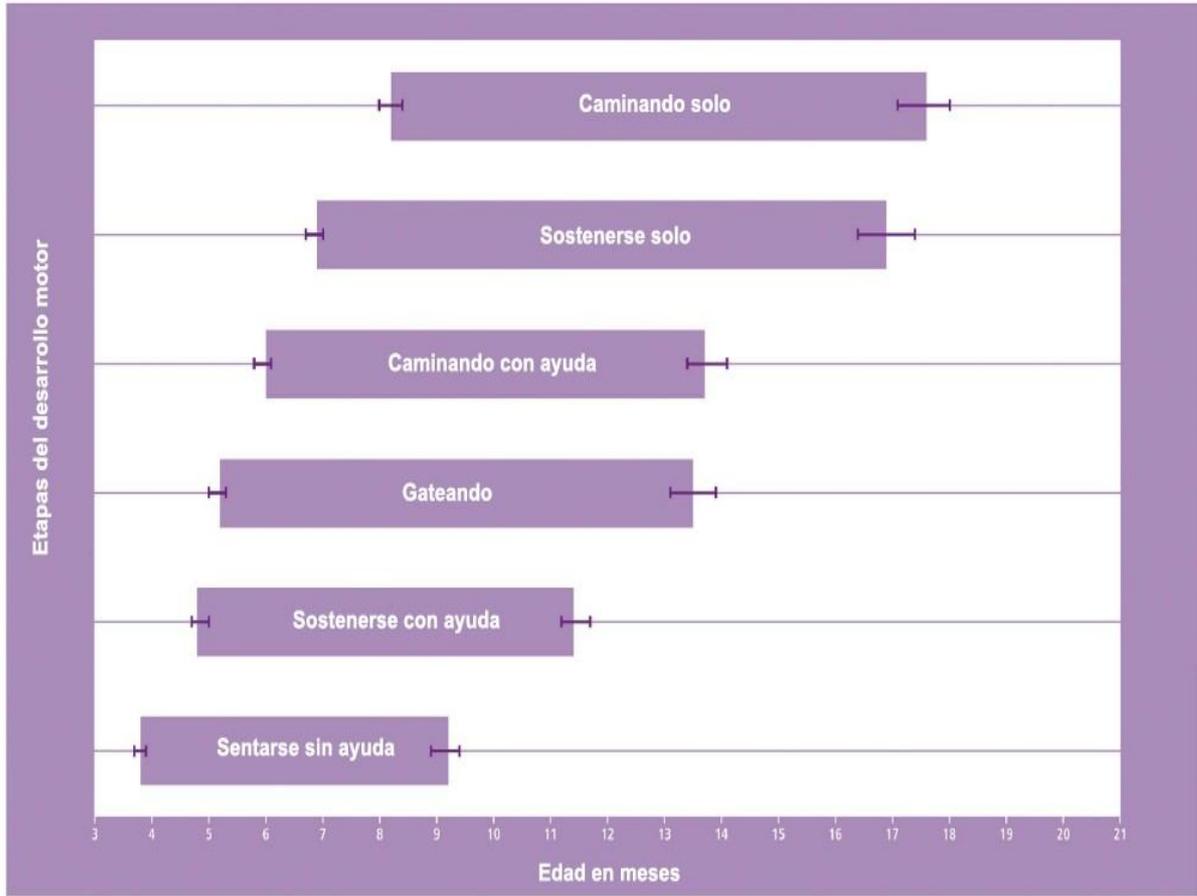
Puntuación Z (2 a 5 años)



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo 6

Períodos de los logros



Patrones de crecimiento infantil de la OMS

Anexo 7

Glosario

AIEPI: atención integral a las enfermedades prevalentes de la infancia.

Alumbramiento: Salida al exterior del feto que una hembra tiene en su vientre.

Anabolismo: *s. m.* Fase del metabolismo en la que se produce la síntesis de moléculas a partir de otras más simples

Concertación: *s. f.* Acuerdo entre dos o más personas o entidades sobre un asunto.

CPN: control prenatal

Calostro: *s. f.* Primera leche que da la hembra después de parir.

Emaciado: Persona que está bajo de peso.

Gestación: Periodo durante el cual se desarrolla el feto en el interior de la madre antes de su nacimiento: la gestación de un niño dura nueve meses.

HCP: historia clínica prenatal

Hemosiderina: *f.* Forma altamente insoluble de almacenamiento de hierro. Ocurre cuando la cantidad total de hierro del organismo supera la que puede contener el fondo común de depósito de apoferritina. Se almacena la hemosiderina en células, en las que puede detectarse con métodos de tinción para el hierro.

IMC: incremento de masa corporal

Mioglobina: Es un examen para detectar la presencia de mioglobina en una muestra de orina.

Osteocalcina: es una proteína de pequeño tamaño, producida por los osteoblastos durante la formación ósea, incorporándose dentro de la matriz del hueso.

Perinatal: *adj.* Que tiene lugar durante el período inmediatamente anterior o posterior al nacimiento.

Peristalsis: Contracción progresiva, de un extremo a otro, de ciertos órganos tubulares para hacer avanzar su contenido.

VPCD: vigilancia para el crecimiento y desarrollo del niño.

Encuesta dirigida al personal de salud.

Datos generales:

Localización geográfica en la que se presenta más el riesgo de desnutrición:

Rural: _____

Urbana: _____

1) ¿Cómo clasifica la desnutrición?

Severa, moderada, leve

Marasmo, kwashiorkor y mixto

2) ¿consideras que el gobierno promueve la prevención para el riesgo de la desnutrición infantil?

Si

No

3) una vez que diagnosticas el tipo de desnutrición ¿cuál es el tratamiento a seguir?

Alimentación complementaria

Suplementos multivitaminicos

4) ¿A través de que diagnostica a un niño en riesgo de desnutrición? A través:

Historia clínica

Indicadores antropométricos

5) En que se apoya para dar el manejo y seguimiento a un niño con riesgo desnutrición.

Normas de AIEPI

Buscando remedio

6) ¿cuentan con servicios dirigidos a los niños con riesgo de desnutrición?

Si

No

7) Realiza visita de seguimiento a estos niños con riesgo de desnutrición

Si

No

8) Se realiza visitas a niños inasistentes a VPCD

Si

No

9) ¿Cada cuanto cita al niño con riesgo de desnutrición?

Después de los 14 días _____

Después de 30 días _____

2 meses a más _____

10) ¿Cuáles son las consecuencias más comunes que presentan los niños con desnutrición?

Anemia

Déficit del desarrollo psicomotor inadecuado

Retardo del crecimiento

11) ¿Qué factores de riesgo influyen en el riesgo de desnutrición infantil?

Desnutrición materna _____

Bajo peso al nacer _____

Pobreza _____

Guía de observa

Actividades	Si	No	Observación
Aplicación de acogida al usuario	x		
Talla	x		
Peso	x		
Edad	x		
IMC	x		
Clasificar estado nutricional	x		Pero no dan cita por estado nutricional del niño, sino por fecha de vacuna.
Determinar tendencia de crecimiento	x		
Evalúa desarrollo psicomotor	x		
Determinar problemas de desnutrición, anemia o riesgo nutricional	x		
Brinda consejería sobre estimulación temprana	x		A través de la cartilla amor para los mas chiquitos.
Trata los problemas de desnutrición, anemia o riesgo nutricional o alteración del desarrollo psicomotor encontrado	x		
Administración de sulfato ferroso para prevención o tratamiento de anemia. <ul style="list-style-type: none"> • tratamiento de la anemia: 4mg/kg/día de hierro elemental durante 6 meses. 2 a 3 meses 10 gts/ día. 4 a 11 meses 20gts/día 1 a 2 años 40 gts/días 3 a 4 años 50 gts/día • forma preventiva: 3mg/kg/día fe elemental 1 a 5 m 10gts 6 a menos de 2 años 15 gts 2 a 4 años 30 gts 	x		
Administración de vit a 1 dosis cada 6 meses <ul style="list-style-type: none"> • a los menores de 6 meses: 50000ul solo en caso de diarrea persistente desnutrición grave o sospecha de sarampión 6 a11 meses 100000ul 1 a 4 años: 200000ul 	x		Pero no a niños menores de 6 meses.
Administración de tratamiento antiparasitario <ul style="list-style-type: none"> • mayor de 2 años que no ha recibido ninguna dosis en los últimos 6 meses: • mebendazol 100 mg bid por 3 días o mebendazol 500mg dosis única 	x		
Evalúa el estado de inmunizaciones	x		
Se acuerda cita de seguimiento de acuerdo a AIEPI	x		Pero seguimiento a niños en riesgo de desnutrición no lo basan en AIEPI
Referencia al hospital según protocolo		x	
Tiempo de la consulta			15 minutos

Tabla Nutricional de las Frutas

Frutas	Cal c/100g	Sodio mg. Na	Calcio mg. Ca	Hierro mg. Fe	Fósforo mg. P	Potasio mg. K	Vit A U.I.	Vit.B1 mg	Vit.B2 mg	Vit.B3 mg	Vit.C mg
Ananá (piña)	Cal c/100g	1	16	0.5	8	180	34	0.07	0.05	0.28	20
Arándano	42	1	10	0.4	10	75	40	0.03	0.02	0.2	15
Bergamota	50	1	25	0.3	18	180	400	0.05	0.4	0.2	40
Caqui (Kaki)	70	4	7	0.3	25	170	1000	0.03	0.04	0.2	14
Cerezas	70	0.4	25	0.4	20	200	200	0.05	0.05	0.2	12
Ciruelas	45	1	12	0.4	27	190	50	0.04	0.04	0.4	6
Coco	320	28	20	2.0	85	300	10	0.05	0.03	0.5	3
Chirimoya	95	-	30	0.6	35	-	20	0.09	0.12	1.1	15
Damasco	48	1	15	0.7	23	280	700	0.04	0.07	0.4	9
Durazno	50	1	10	1.0	20	180	800	0.02	0.05	0.9	15
Frambuesas	50	1	25	1.0	30	160	130	0.03	0.07	0.9	25
Frutilla (fresa)	35	1	22	1.0	22	160	30	0.02	0.05	0.4	70
Grosella	45	2	30	1.0	40	250	150	0.02	0.03	0.4	40
Guayaba (Goiaba)	50	3	20	0.7	35	250	280	0.03	0.05	1.0	75
Guinda	40	1	22	0.2	25	198	290	0.04	0.02	0.4	20
Kiwi	55	4	30	0.4	41	300	175	0.02	0.05	0.5	80
Lima	30	2	26	0.6	18	140	25	0.04	0.02	0.1	52
Limón	30	2	26	0.6	18	140	25	0.04	0.02	0.1	52
Mamón (papaya)	58	-	15	0.6	22	-	30	0.05	0.02	0.7	5
Mandarina	45	1	25	0.3	18	160	400	0.04	0.04	0.3	30
Mango	58	-	15	0.6	22	-	30	0.05	0.02	0.7	5
Manzana	59	1	7	0.3	12	110	50	0.03	0.03	0.2	6
Melón	30	12	14	0.4	16	250	1000	0.03	0.02	0.02	30
Membrillo	30	12	14	0.4	16	250	1000	0.03	0.02	0.02	30
Naranja	49	1	40	0.5	20	180	200	0.08	0.04	0.3	55
Papaya	35	3	20	0.3	15	230	1500	0.03	0.04	0.3	60
Pelón	55	6	4	0.3	20	250	900	0.01	0.04	0.9	7
Pera	55	2	9	0.3	13	125	20	0.02	0.03	0.2	5
Pomelo (toronja)	40	1	15	0.4	20	180	50	0.04	0.03	0.2	45
Sandia	30	1	10	0.4	9	120	350	0.03	0.03	0.2	6
Tamarindo	30	1	10	0.4	9	120	350	0.03	0.03	0.2	6
Zarzamora	50	2	32	0.6	25	170	180	0.02	0.04	0.4	20
Frutas B											
Banana	90	1	9	0.6	28	400	80	0.05	0.07	0.7	10
Higo	80	2	40	0.5	30	200	80	0.05	0.05	0.4	4
Uva	65	3	14	0.5	16	180	100	0.05	0.04	0.4	4

Aporte Nutricional de las Hortalizas

Hortalizas A	Cal c/100g	Sodio mg. Na	Calcio mg. Ca	Hierro mg. Fe	Fósforo mg. P	Potasio mg. K	Vit A U.I.	Vit.B1 mg	Vit.B2 mg	Vit.B3 mg	Vit.C mg
Acelga	25	140	90	3.5	39	400	6500	0.04	0.15	0.5	34
Apio	18	115	30	0.5	30	800	-	0.03	0.03	0.3	9
Berenjena	25	2	15	0.5	30	210	10	0.05	0.05	0.6	5
Berro	20	50	150	1.9	60	282	4900	0.10	0.15	0.9	75
Broccoli	35	16	105	1.3	78	400	2500	0.10	0.15	0.9	100
Coliflor	28	18	27	1.0	56	300	60	0.11	0.11	0.7	75
Esparrago	24	4	24	1.0	50	240	855	0.12	0.12	1.4	25
Espinaca	28	70	80	3.5	50	500	5000	0.1	0.2	0.6	45
Hinojo	25	86	100	2.5	55	400	3500	0.23	0.11	0.2	93
Lechuga	13	9	20	0.5	23	175	330	0.05	0.06	0.3	7
Pepino	15	5	20	0.8	23	170	250	0.03	0.04	0.2	13
Rabanito	15	17	20	1.2	35	320	10	0.03	0.03	0.3	26
Col de bruselas	40	11	22	1.5	80	400	550	0.11	0.14	0.9	100
Tomate	21	3	12	0.5	26	240	900	0.06	0.04	0.7	23
Zapallitos (zuchini)	18	1	22	0.9	22	250	350	0.04	0.07	0.5	19
Hortalizas B											
Ají	30	2	20	1.5	30	180	2000	0.08	0.07	0.8	100
Ajo	135	35	30	1.4	135	500	-	0.20	0.08	0.5	12
Alcaucil	30	45	45	1.0	60	400	150	0.08	0.1	0.8	8
Arvejas	80	2	25	2.0	115	310	500	0.3	0.15	2.0	28
Calabaza	28	2	20	0.7	40	250	1600	0.04	0.04	0.5	12
Cebolla	37	10	30	0.6	36	150	30	0.04	0.04	0.3	10
Cebolla de verdeo	28	3	70	1.5	40	300	5800	0.08	0.11	0.6	50
Chauchas	32	5	55	1.1	40	220	500	0.08	0.15	0.8	18
Habas	105	5	29	2.3	160	400	210	0.25	0.2	1.5	29
Nabos	29	40	35	0.5	30	290	7600	0.05	0.07	0.7	30
Palmitos	26	45	86	0.8	79	336	-	0.04	0.09	0.7	1.3
Palmitos (corazón)											
Puerro	52	5	58	1.1	50	320	50	0.1	0.06	0.5	17
Remolacha	45	70	20	1.0	35	340	20	0.03	0.05	0.4	10
Zanahoria	40	45	40	0.9	35	400	3500	0.06	0.05	0.6	8
Zapallo	40	2	25	1.0	30	320	3700	0.05	0.07	0.7	11
Hortalizas C											
Batata	115	6	35	1.1	45	400	400	0.11	0.05	0.8	25
Maiz (Elote)	95	4	6	0.8	105	280	400	0.12	0.09	1.7	9
Mandioca	145	2	36	1.1	50	350	7	0.05	0.04	0.7	42
Papa	76	3	7	0.8	50	410	-	0.1	0.05	1.4	17

Aporte Nutricional de la Carne

Cada 100 gramos		KCal	Prot. g	Grasa g	sodio mg	calcio mg	hierro mg	fósforo mg	potasio mg	vit. A U.I.	vit. B1 mg	vit. B2 mg
Carne vacuna	magra	200	19	13	70	9	1.8	-	-	20	0.05	0.14
	semigorda	255	18	20	-	9	1.8	-	-	30	0.05	0.13
	gorda	305	17	25	-	8	1.7	-	-	40	0.05	0.13
	muy gorda	410	14	40	-	7	1.5	-	-	60	0.05	0.11
Carne de ternera	muy magra	175	20	10	70	9	1.9	-	-	20	0.05	0.14
Cortes americanos	tapa de asado	400	15	37	65	9	2.2	151	350	70	0.06	0.13
	tapa de asado magra	200	21	12	65	12	3.1	208	350	20	0.08	0.18
	bife angosto	380	16	35	65	9	2.3	142	355	70	0.07	0.14
	bife angosto magro	150	21	8	50	6	3.2	220	360	20	0.09	0.19
	vacio	144	22	6	65	15	3.1	200	355	10	0.09	0.2
Hamburguesas	promedio (9 marcas)	209	18	15	-	-	-	-	-	-	-	-
	mínimo	181	18.5	11.3	-	-	-	-	-	-	-	-
	máximo	231	14	19	-	-	-	-	-	-	-	-
Hamburguesas caseras	desgrasadas	155	20	8	-	-	-	-	-	-	-	-
Carne de cerdo	magra	275	17	23	-	10	2.5	190	-	-	0.80	0.19
	semigorda	300	16	27	-	9	2.3	175	-	-	0.75	0.18
	gorda	350	15	31	-	8	2.2	160	-	-	0.70	0.17
	Tocino / Panceta	850	3	85	17	8	-	25	10	-	-	-
	Chicharrón	680	20	60	-	60	2.8	150	-	-	-	-
Pollo	con piel	170	28	10	80	11	2	200	350	65	0.08	0.15
	sin piel	115	23	2	50	10	1.1	210	320	60	0.05	0.1
	pechuga	110	20	2.5	-	-	-	-	-	-	-	-
	muslo	125	20	3.5	-	-	-	-	-	-	-	-
Pavo	sin desgrasar	240	19	20	60	20	2	220	250	400	0.6	0.1
	muslo	130	20	4	-	-	-	-	-	-	-	-
	pechuga	115	24	1.1	-	-	-	-	-	-	-	-
Carne de cordero	magra	165	18	10	95	-	-	-	-	-	-	-
	semigorda	315	16	28	75	-	-	-	-	-	-	-
	gorda	400	13	40	70	-	-	-	-	-	-	-

Aporte Nutricional de Huevos y Cereales

Cada 100 gramos		KCal	h.de.c.g	Prot.g	Grasa g	sodio mg	calcio mg	hierro mg	fósforo mg	potasio mg.
Arroces	blanco	360	80	6.5	0.6	05	25	0.7	95	95
	integral	350	75	6	2.0	9.5	26	2	250	170
Salvado de arroz		275	61	15	16	-	76	20	1000	1000
Germen de trigo		340	35	24	9	5	70	8	1000	850
Sémola		330	70	8.5	1	1	15	1	-	110
Fideos laminados		380	78	16	1	8	6	3	130	130
Harinas	de avena	400	68	10	6.5	6	55	4	400	250
	de gluten	380	45	42	2	2	40	-	140	60
	de maiz	360	75	5	2.5	1	10	3	290	290
	de mandioca	320	80	1.7	0.5	-	150	5	100	-
	de trigo	340	71	9	1	2	15	2	75	100
Levadura seca		280	40	35	1.5	50	44	16	1200	1900
Copos de maiz		385	85	8	1.0	370	10	2	250	-
Fainá		180	30	7	4	-	35	2	100	-
Panes	blanco (bolillo)	250	50	8	2	250	-	-	-	-
	de centeno	250	50	8	2	350	-	-	-	-
	de gluten	340	30	50	2	-	-	-	-	-
	integral	240	50	9	2.5	600	-	-	-	-
	de salvado	240	40	10	3	800	-	-	-	-
Pan dulce		390	65	9	10	-	-	-	-	-
Pan Lacteado		250	53	7.5	1.5	500	-	-	-	-
Pan Matze		400	85	10	1	-	-	-	-	-
Croissants	(medialunas)	320	55	9	7	250	-	-	-	-
Panqueques	(solo masa)	240	29	9	9	120	100	-	-	-
Galletas	de agua	430	70	12.5	10	600	-	-	-	-
	de agua s/sal	450	70	14	11	180	-	-	-	-
	de centeno	350	76	13	1.2	880	-	-	-	-
	de maizena	450	70	11.5	15	-	-	-	-	-
	de soja	500	70	23.5	15	650	-	-	-	-
Vainillas		390	82	8	3.5	110	-	-	-	-
Bizcochuelo	(terminado)	310	55	5.8	7.2	-	-	-	-	-

Aporte Nutricional de los Lacteos

Cada 100 gramos		KCal	Proteinas g	Grasa g	sodio mg	calcio mg	hierro mg	fósforo mg	potasio mg	vit.A U.I.	vit.B1 mg	vit.B2 mg	vit.B3 mg	
Leche	entera	60	3.0	3.0	30	110	0.2	80	140	200	0.1	0.2	0.2	
	parc.desc.	45	3.0	1.5	-	110	0.1	85	-	200	0.1	0.2	0.2	
	descremada	31	2.9	1.0	-	120	0.1	100	-	150	0.02	0.2	-	
	condensada	320	8.2	8.2	100	250	0.1	200	300	360	0.1	0.3	0.2	
	chocolatada	80	3.3	2.5	50	100	0.2	90	140	80	0.05	0.15	0.1	
Yogurt	cremoso	110	3.0	6.0	-	130	-	90	-	-	-	-	-	
	entero	85	2.8	3.3	60	150	0.1	100	190	1000	0.05	0.2	0.1	
	parc.desc.	75	3.0	1.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	descremado	40	4.0	0.1	-	130	-	90	-	-	-	-	-	
	bebible	parc. desc.	80	2.9	1.5	-	115	-	-	-	-	-	-	
c/cereales	p.desc.	120	5.2	1.8	-	180	-	-	-	-	-	-		
leche	cultivada entera	95	4.1	2.6	-	145	-	-	-	-	-	-		
leche	cultivada desc.	35	3.5	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-		
Quesos	blanco	150	11	10	70	150	-	-	-	-	-	-		
	blanco	descremado	110	12	4.5	250	150	0.5	150	90	15	0.02	0.2	0.1
	blanco	cremoso	300	18	25	470	300	1.0	400	80	500	0.03	0.4	0.1
		fundido	300	15	25	450	300	-	-	-	-	-	-	
	blando	entero	300	24	23	450	800	-	600	-	-	-	-	
	blando	descremado	240	28	14	450	800	-	600	-	-	-	-	
		mozzarella	240	20	16	750	75	0.3	200	110	400	0.03	0.2	0.1
		camembert	300	18	25	900	200	0.2	300	100	1000	0.04	0.6	0.9
		cheddar	400	25	31	700	750	1.0	500	90	1300	0.03	0.4	0.1
		de máquina	250	16	17	600	400	0.5	330	-	-	-	-	
		edam	320	25	20	700	700	0.6	500	80	500	0.06	0.3	0.1
		emmenthal	400	27	28	450	1000	0.3	600	100	600	0.05	0.3	0.2
		gouda	370	25	29	700	700	0.5	440	100	400	0.03	0.2	0.1
		gruyere	400	28	28	380	1000	-	600	100	-	0.05	0.3	0.1
		parmeggiano / parmesano	390	34	25	700	1100	0.8	800	130	1000	0.02	0.6	0.2
		provolone	390	28	28	1100	900	0.5	650	70	300	0.5	0.3	0.2
		roquefort	370	21	30	1800	500	0.5	360	90	1200	0.04	0.6	0.8

Aporte Nutricional del Pescado

Cada 100 gramos	KCal	Proteinas g	Grasa g	sodio mg	calcio mg	hierro mg	fósforo mg	potasio mg	vit.A U.I.	vit.B1 mg	vit.B2 mg
Abadejo	85	18.5	0.5	96	8	-	376	400	-	0.1	0.13
Arenque	170	18.5	10	120	100	1.2	260	320	110	0.03	0.2
Atún (Tuna)	170	24	6	40	30	1	200	-	450	0.15	0.15
Bacalao	80	17	0.4	60	20	0.5	190	350	-	0.05	0.05
Bagre	180	17	17	60	30	0.5	190	300	-	0.04	0.08
Besugo	100	20	2.5	-	15	1.8	220	-	-	-	-
Bonito	150	23	7	-	35	1.3	200	-	-	0.1	0.1
Brótola	80	17	0.8	90	25	2	180	280	-	0.1	0.2
Caballa	180	20	11	95	15	2	240	380	400	0.15	0.35
Carpa	95	16	3	-	40	1.9	165	-	-	0.04	0.05
Congrio	70	15	0.5	-	60	1	150	-	-	0.1	0.1
Corvina	90	19	1.4	-	42	1	200	-	-	0.04	0.12
Esturión	95	18	2	-	-	-	190	-	-	-	-
Lenguado	82	18	0.7	80	30	1	200	330	-	0.1	0.1
Merluza	80	18	0.7	80	25	1	190	300	-	0.05	0.05
Mero	84	18	0.8	-	25	1.5	200	-	-	0.1	0.1
Pejerrey	80	18.5	0.6	65	60	1.5	250	-	-	0.01	0.05
Róbalo	80	18	0.6	120	25	1	210	-	-	0.35	0.1
Salmón	180	22	10	-	60	0.8	200	-	-	0.08	-
Sardina	190	20	13	100	80	2.5	300	-	55	0.02	0.1
Surubí	110	18	4	72	20	2	200	250	-	-	-
Trucha	110	18.5	3	40	15	1	200	400	-	0.08	0.08

Aporte Nutricional de los Fiambres

Cada 100 gramos	KCal	Proteinas g	Grasa g	sodio mg	calcio mg	hierro mg	fósforo mg	potasio mg
Bondiola	260	24	19	4000	-	-	-	-
Chorizo (parrilla)	400	15	40	900	15	3.5	110	150
Chorizo colorado (guiso)	390	21	35	1400	-	-	-	-
Jamón cocido (york)	200	21	8	1200	15	4	140	160
Jamón crudo	250	22	18	2500	50	1.4	200	300
Jamón crudo ahumado	400	17	32	1400	10	2.0	200	250
Lomito ahumado	200	25	8	1000	-	-	-	-
Lomo de cerdo	190	25	7	2000	-	-	-	-
Longaniza	400	14	38	2500	-	-	-	-
Matambre	230	24	14	1200	-	-	-	-
Morcilla	260	17	20	1200	-	-	-	-
Mortadela	300	18	25	700	40	-	150	200
Paleta	100	16	4.5	1000	-	-	-	-
Pate	330	10.5	32	400	-	-	-	-
Salame	350	20	30	1200	35	-	167	300
Salchichas (hot-dog)	240	14	20	900	13	2.5	170	200
Salchicha (frankfurt)	310	12	15	850	-	-	-	-
Salchicha (parrillera)	410	11	41	900	-	-	-	-
Tocino ahumado (panceta)	440	17	40	1800	-	-	-	-
Tocino crudo (panceta)	660	8.5	70	700	13	1.0	100	130
Tocino salado (panceta)	400	28	27	3200	-	-	-	-