

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

**PRACTICAS SOBRE CUIDADO INFANTIL Y ANEMIA EN NIÑOS
DE 6 A 24 MESES, DEL CENTRO DE SALUD I-3 PUNO**

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

FIGURELA LILIANA ASCENCIO SILLO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:

**ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO Y
ESTIMULACIÓN TEMPRANA DEL NIÑO**

PUNO-PERÚ

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE SEGUNDA ESPECIALIDAD



TRABAJO ACADÉMICO

PRACTICAS SOBRE CUIDADO INFANTIL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24
MESES, DEL CENTRO DE SALUD I-3 PUNO

MONOGRAFÍA

PRESENTADO POR:

FIGRELA LILIANA ASCENCIO SILLO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ENFERMERÍA EN CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN
TEMPRANA DEL NIÑO

APROBADA POR EL SIGUIENTE JURADO:

PRESIDENTE

.....
MSc. JULIA BELIZARIO GUTIÉRREZ

PRIMER MIEMBRO

.....
Lic. PATRICIA ELISA TUEROS RAMOS

SEGUNDO MIEMBRO

.....
Lic. ÓLGA VELÁSQUEZ YUPANQUI

ASESOR / DIRECTOR

.....
Lic. ÓLGA VELÁSQUEZ YUPANQUI

TEMA : ANEMIA INFANTIL
ÁREA : CIENCIAS MÉDICAS Y DE SALUD: ENFERMERÍA

30 de mayo del 2019

DEDICATORIA

- A Dios, por haberme permitido llegar hasta éste punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

- A mi madre, Alejandra Sillo de Ascencio, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, los valores inculcados a mi persona, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

- A mi padre, Luis Apolinario Ascencio Mamani, por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan, y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mis más sentidos agradecimientos a:

- Mis padres, por su apoyo durante la elaboración de éste estudio y por incentivar me a ser mejor profesional, además de enseñarme a aprovechar las oportunidades.
- A la segunda especialidad de la Facultad de enfermería, por haber sido el lugar donde se me impartieron todos los conocimientos sobre crecimiento, desarrollo y estimulación temprana que poseo.
- Los docentes de la segunda especialidad en mención, por compartir sus conocimientos y experiencias.
- La Lic. Olga Velásquez Yupanqui, por todo el tiempo y paciencia destinado a la asesoría, y que permitieron la culminación de ésta monografía.
- La presidente de jurados: Mg. Julia Belizario Gutierrez y respectivos miembros: Lic. Patricia Elisa Tueros Ramos y Lic. Olga Velásquez Gutiérrez, por sus aportes y recomendaciones durante la elaboración de la actual monografía.
- El Jefe de la Micro Red Metropolitano Puno, así como a la jefa de enfermeras del C. S. I-3 Metropolitano Puno, por habérsele permitido a la autora de ésta monografía, el ingreso y posterior aplicación de los instrumentos en el ámbito de estudio.

ÍNDICE

RESUMEN	6
TÍTULO	7
I. PRESENTACIÓN DEL CASO	8
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:	8
1.2. JUSTIFICACIÓN:	12
1.3. OBJETIVOS:	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
II. REVISIÓN TEÓRICA	15
III. PROCEDIMIENTOS METODOLOGICOS:	45
3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS:.....	45
3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS.....	45
IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:.....	57
V. CONCLUSIONES:	69
VI. RECOMENDACIONES:	70
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:.....	71
ANEXOS	

RESUMEN

La anemia es un problema de salud pública severa en el Perú y se agrava en la población preescolar, actualmente en Puno existe 67.7% de anemia en niños menores de 3 años, y a pesar que se están implementando acciones recuperativas que ocasionan mucho gasto, aun no se soluciona éste problema.

El actual estudio tuvo el objetivo de determinar la relación entre practicas sobre cuidado infantil y anemia, en niños de 6 a 24 meses, que acuden al Centro de Salud I-3 Puno, el tipo de estudio fue descriptivo relacional, la población estuvo constituida por 60 padres de niños que acuden al Centro de Salud en mención, y la muestra 40 de ellos, la misma fue obtenida a través del muestreo aleatorio simple. La técnica fue la encuesta y como instrumento la guía de entrevista sobre prácticas sobre cuidado infantil y anemia. Los resultados muestran respecto a prácticas sobre cuidado infantil, que solo el lavado de manos (88%) y control de crecimiento y desarrollo (65) fueron realizados adecuadamente por las madres de niños de 6 a 24 meses, en tanto que prácticas como: alimentación complementaria (58%), suplementación con multimicronutrientes (75%), lactancia materna (65%), fueron realizadas inadecuadamente por la mayoría de madres de niños de las edades antes mencionadas; de otro lado 65% de niños entre 6 a 24 meses tienen anemia, siendo la anemia leve la más prevalente con 35%; siendo la principal conclusión que: no existe relación entre practicas sobre cuidado infantil y anemia ($p=0,6313>0.05$).

Palabras Clave: anemia infantil, adherencia, cuidado, prácticas, suplementación.

TÍTULO

**PRACTICAS SOBRE CUIDADO INFANTIL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24
MESES, DEL CENTRO DE SALUD I-3 PUNO**

I. PRESENTACIÓN DEL CASO

La anemia en el Perú es un problema de salud pública, pues sus proporciones sobrepasan el porcentaje esperado, con cifras alarmantes de anemia: a nivel de Perú (46,5%) y Puno (con más del 76%), problema prevalente a pesar de las intervenciones de suplementación con multimicronutrientes y otros aspectos ejecutados por el gobierno peruano; lo cual representa una preocupación constante y más sabiendo que las consecuencias son irreversibles y van desde problemas de rendimiento académico, funcionalidad; terminando en la perpetuidad de la pobreza, por una menor población económicamente activa.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La OMS calcula que en el mundo existe aproximadamente un total de 2.000 millones de personas anémicas, de los cuales cerca del 50% pueden atribuirse a la carencia de hierro (1); de éstos últimos 273.2 millones de niños menores de 5 años, provenientes de países de América Latina y del Caribe, eran anémicos en 2011 (2).

Es así que en el Perú, los niveles de anemia ferropénica infantil se han reducido de 60,9% a 43,6% entre el año 2000 y el 2016, afectando en el ámbito urbano al 39,9% de los niños y las niñas de 6 a 35 meses, y rural al 53,4% (3), lo que representa 620 mil niños menores de tres años anémicos en una población de 1,6 millones a nivel nacional (4), siendo los departamentos con mayor número de niños con anemia: Puno (76%), Madre de Dios (58,2%), Apurímac (56,8%), Pasco (56,1%) y Loreto (55,6%) (5).

Tal problema (anemia infantil), se acentúa (6) en niños en edad preescolar (7): lactantes y niños pequeños, cuya prevalencia es mayor entre los cuatro meses y los dos a tres años de edad, debido a que se combina el consumo de una dieta pobre de hierro y de baja biodisponibilidad, con una mayor demanda de éste nutriente como

consecuencia de la alta velocidad de crecimiento. El impacto de ésta en la vida de las personas y en la sociedad en general es enorme, especialmente por sus efectos a largo plazo en la salud física y mental (8); pues la reducción de la capacidad de trabajo relacionada con la anemia origina pérdidas en el campo de la educación y en el de la economía, que con el tiempo, afectan el comportamiento social de la población del Hemisferio (7).

Por otro lado, respecto a prácticas saludables sobre cuidado infantil, existen estudios que afirman la relación entre la alimentación complementaria, suplementación con multimicronutrientes y lavado de manos; frente a ello, cabe mencionar que en tanto más edad tienen los niños mayor es la cantidad y frecuencia de comida brindada al día (9), pues los niños con baja frecuencia alimentaria (<5 comidas diarias) presentan un riesgo 2,88 veces mayor de tener anemia que las que recibieron alimentos con mayor frecuencia (10); lo contrario predispone a muchos riesgos de enfermedad en el niño; en cuanto a la suplementación con multimicronutrientes existe evidencia de su relación con el nivel de hemoglobina, aun es necesario analizar si realmente se está considerando la adherencia de las madres al producto o solo se está hablando de provisión de la misma (11); finalmente el lavado de manos también tuvo relación con el nivel de hemoglobina, por lo que es necesario estudiarla, pues no solo se trata de los pasos del lavado de manos, sino los momentos y materiales (12); pues la omisión de alguno de estos aspectos ocasiona enfermedades diarreicas, etc. el lavado de manos, que a través de la prevención enfermedades prevalentes de la infancia, es capaz de disminuir el riesgo de anemia infantil (13); así mismo se hace necesario evaluar, la lactancia materna y el control CRED, pues el hierro presente en la lactancia materna, es absorbida hasta en un 50% (14), no obstante existen eventos que pueden privar a la madre de su administración (zona urbana, estética, madre que trabaja) (15); y solo a

través del control CRED, se realiza la consejería respectiva en base a las necesidades identificadas, a pesar de ello el cumplimiento de los controles CRED, se realizan en solo 86%, no llegando a lo óptimo (16).

En la actualidad, se sabe de la existencia de estrategias para prevenir la deficiencia de hierro como: promover la lactancia materna exclusiva por 6 meses, administrar hierro en gotas a partir del cuarto mes de vida, propiciar el consumo de alimentos ricos en hierro y evitar el consumo de leche entera de vaca durante el primer año de vida , limitando su ingestión a alrededor de 500 mL diarios durante el segundo año (17); a través de las que no se pudo frenar el problema, por lo que la OPS/OMS recomienda que los países pongan en ejecución, en forma paralela, un conjunto de intervenciones cuyo impacto sea en el corto, el mediano y el largo plazo, partiendo de un enfoque integral tanto del problema de las anemias como de su solución, y su ejecución exige la participación del sector salud y de otros sectores públicos y privados en sus campos respectivos de acción. Estas intervenciones se resumen en la fortificación de un alimento de consumo masivo, de bajo costo y disponible en el mercado, y en la entrega de suplementos con hierro a mujeres embarazadas y a niños menores de dos años; ambas intervenciones acompañadas de actividades de promoción a través de los medios de comunicación masiva y no masiva (visitas domiciliarias), vigilancia epidemiológica y sistemas de garantía de calidad, para hacer un seguimiento del programa y medir el impacto (18).

En tanto , que las estrategias adoptadas por el MINSA, abarcan más aspectos, entre los que destacan: suplementación de hierro, control de crecimiento y desarrollo, promoción del consumo de agua segura, lavado de manos, control CRED, etc.(19).

Finalmente y situándonos en el contexto local, específicamente del centro de salud Metropolitano Puno, estadísticamente se evidencian porcentajes de anemia altos, lo

que significa que el problema de anemia prevalece a pesar de las acciones emprendidas a nivel nacional, siendo una incógnita si las prácticas de cuidado influyen en la prevalencia de anemia, pues no existe documentación respecto a prácticas de cuidado infantil, ni mucho menos evidencia de la relación o no con la anemia infantil, por lo que surge aún más interés en investigar acerca del mismo, proponiendo un acercamiento al tema, partiendo de las siguientes interrogantes, general: ¿Cuál es la relación entre prácticas sobre cuidado infantil y anemia en niños de 6 a 24 meses?; y específicas: ¿Cómo son las prácticas sobre cuidado infantil?, ¿Cuál es el valor de hemoglobina en niños de 6 a 24 meses?

1.2. JUSTIFICACIÓN:

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado la anemia como el problema de salud pública más trascendental del mundo, que afecta cerca del 9% de niños. En el Perú, la cifra es crítica, 4 de cada 10 (43.6%) niños la padecen. Siendo la región más afectada la sierra, donde el 51.8% de niños menores de 3 años tiene anemia y Puno lidera los registros más altos (75.9%) (20).

Ante lo anterior el gobierno planteó propuestas, entre ellas la suplementación de multimicronutrientes y hierro, para la disminución de anemia infantil, que si bien fueron entregadas a las familias, a través de los servicios de salud (11), no fueron efectivas, pues desde su disposición hasta la actualidad hubo muy pocos resultados (8), por lo que se cree que más que la entrega de materiales y productos fortificados, se hace necesario reforzar las consejerías sobre prácticas de cuidado en cada control de crecimiento y desarrollo, pero para ello se hace indispensable seleccionar aquellos aspectos en los que aún no existe empoderamiento de parte de la familia del niño (21), para posteriormente actuar a nivel de ellas.

Lo anterior apoya a la idea de que, hasta ahora se abordó el problema de anemia de la manera más fácil, es decir incrementando los niveles de hemoglobina, a través de medidas que precisaban de una muy alta inversión económica, sin fijarse de la parte preventiva inicial, la cual comienza claramente por hábitos dentro de la familia y todo lo que la rodea: hábitos alimentarios, lavado de manos, consumo de agua segura, controles de crecimiento y desarrollo, lactancia materna, adherencia a la suplementación con multimicronutrientes, etc. y que pueden ser aspectos que interfieren en el problema.

Por lo tanto, éste estudio pretende evaluar, precisamente, éstas prácticas de cuidado, así como establecer su relación con la anemia, de manera que el personal responsable de la atención del niño pueda proponer estrategias de intervención para cambiar o mejorar las prácticas de cuidado infantil, en las madres de niños de 6 a 24 meses, pertenecientes a la jurisdicción (Centro de Salud I-3 Puno).

Del mismo modo el actual estudio, aportará al conocimiento, a través de las conclusiones a las que se lleguen.

Finalmente, el estudio servirá de punto de partida para la formulación de estudios de mayor complejidad: experimentales y/o cualitativos en el área de Crecimiento, desarrollo y estimulación temprana.

1.3. OBJETIVOS:

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre prácticas sobre cuidado infantil y anemia en niños de 6 a 24 meses, del Centro de Salud I-3 Puno.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las prácticas sobre cuidado infantil, a través de: alimentación complementaria, suplementación de micronutrientes, lavado de manos, control de crecimiento y desarrollo y lactancia materna, de niños de 6 a 24 meses.
- Identificar el nivel de anemia en niños de 6 a 24 meses, del centro de salud I-3 Puno.
- Establecer la relación entre prácticas sobre cuidado infantil y anemia en niños de 6 a 24 meses, del Centro de Salud I-3 Puno.

II. REVISIÓN TEÓRICA

2.1. PRACTICAS SOBRE CUIDADO INFANTIL

Son acciones relacionadas a la adopción, modificación o fortalecimiento de hábitos y comportamientos de las familias, que parten de la identificación de las necesidades para cuidar o mejorar la salud de los niños y niñas, con la finalidad de lograr un crecimiento adecuado y un desarrollo normal. Siendo necesario contar con condiciones o entornos que favorezcan el desarrollo de las practicas saludables que garantizan estilos de vida saludables en las familias (20).

2.1.1. Alimentación complementaria y consumo de alimentos ricos en hierro:

El patrón de alimentación del menor de un año comprende dos etapas: la primera corresponde al periodo en el que se le alimenta con lactancia materna exclusiva y la segunda inicia con la alimentación complementaria (AC) (21). El concepto de alimentación complementaria es relativamente reciente. Se dice de aquella que complementa a la lactancia materna, sin anularla. Revaloriza a la lactancia materna como un alimento óptimo para los primeros años de vida. El momento oportuno para introducirla es a los 6 meses de edad, cuando se deben cubrir los requerimientos nutricionales y se ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas, renal y la maduración neurológica. En cuanto a la nutrición es beneficioso porque los niños pueden mantener un aumento de peso normal y tener al mismo tiempo un déficit de vitaminas y minerales, sin manifestación clínica, por ello se hace necesario la introducción de otros alimentos que aportan aquellos nutrientes que la lactancia suministra en poca cantidad.

Durante el periodo de 6-18 meses, la velocidad de crecimiento físico es mayor, por lo que es necesario que los alimentos complementarios puedan cubrir la brecha nutricional entre lo que necesita el niño y lo que proporciona la leche materna. Una alimentación complementaria adecuada considera criterios de consistencia del alimento, cantidad, frecuencia y su calidad. Con relación al tipo de alimento, de acuerdo a ENDES 2009, el 50,8% de las niñas y niños entre los seis a ocho meses de edad continuaban siendo amamantados y recibieron otros líquidos (no incluye agua); respecto al consumo de alimentos sólidos o semisólidos, el 66,0% consumió cereales o derivados (pan, fideos, galletas, harina, entre otros), el 65,1% carnes (carnes/carnes de aves/pescado/ huevos), el 62,2% tubérculos y raíces, el 53,9% alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla y el 51,6% consumió frutas y vegetales ricos en vitamina A. De otro lado, tenemos que las niñas y niños de seis a ocho meses de edad que no estuvieron siendo amamantados y que consumieron diversos tipos de alimentos, el 92,3% consumió cereales o derivados, el 77,8% otras frutas y vegetales y un 73,6% consumió alimentos hechos con aceite/grasas/mantequilla. Con relación a la frecuencia de la alimentación en niñas y niños entre los seis a ocho meses de edad que seguían siendo amamantados, el 69,6% consumió alimentos al menos dos veces al día, mientras que el 78,6% de niños entre los nueve a once meses ingirió alimentos tres o más veces al día. Se debe precisar que según la Encuesta Nacional de Consumo de Alimentos, el porcentaje de adecuación calórica en niños de 12 a 35 meses, es de 85,8%. La frecuencia del consumo de alimentos de por lo menos dos veces al día en niñas y niños que tenían entre seis a ocho meses de edad y que recibieron lactancia materna fue de 69,6%. El 65,2%

ciento recibió tres o más grupos de alimentos y el 59,9% cumplió con ambos criterios. El 94,5 % de niñas y niños lactantes de 9 a 11 meses de edad recibió tres o más grupos de alimentos, el 78,6% ingirió tres o más veces al día y el 77,0% cumplió con El 41,6% de niñas y niños de nueve a once meses y que no recibieron lactancia, fueron alimentados con el mínimo estándar de las tres prácticas alimenticias básicas (recibir otra leche no materna o productos lácteos, consumir un número mínimo de cuatro grupos de alimentos por día y ser alimentados cuatro veces o más). El porcentaje de niñas y niños entre 12 a 23 meses de edad que no recibieron lactancia y que fueron alimentados de acuerdo con las tres prácticas alimentarias básicas es mayor en el grupo de 12 a 17 meses (77,4%) que entre niñas y niños de 18 a 23 meses (68,7%) (22). Hay que destacar la importancia que tiene el retrasar la introducción de alimentos con alta capacidad energizante a una edad en que la permeabilidad intestinal sea menor y disminuya las posibilidades de desarrollar una alergia alimentaria (23).

2.1.1.1. Aspectos prácticos sobre la alimentación complementaria

- Iniciar la alimentación complementaria a partir de los 6 meses y continuar con la leche humana, de ser posible hasta los 2 años de edad.
- Alimentar a los lactantes directamente, sin forzarlos, y asistir al niño cuando come por sí solo, respondiendo a sus signos de hambre y saciedad.

- Introducir al principio un solo alimento a la vez, sin mezclarlo, luego ofrecerlo durante dos o tres días, lo que permite que el niño conozca su sabor y la madre evalúe su tolerancia.
- En caso de rechazo a algún alimento, la exposición repetida al mismo, en pequeñas cantidades, favorecerá su aceptación; así mismo, se recomienda, experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos para animar al niño a comer.
- La alimentación debe realizarse en el lugar más apropiado disponible y evitar sitios donde no sea posible controlar al niño, tales como el carro.
- Servir los alimentos inmediatamente después de su preparación y guardarlos de forma segura, si no son consumidos al momento.
- Iniciar con cantidades pequeñas de alimentos y aumentar la cantidad, consistencia y variedad conforme crece el niño.
- No añadir sal ni azúcar, por estar relacionados con la aparición de caries en niños, por lo que no deben administrarse fórmulas infantiles que contengan sacarosa en su composición, ni bebidas azucaradas como refrescos y jugos pasteurizados.
- Por el riesgo de ahogamiento, no deben administrarse alimentos que por su tamaño representen riesgo en esta edad: uvas, frutos secos (maní, nueces, caramelos redondos).
- Se recomienda utilizar grasas en pequeñas cantidades en la preparación de los alimentos (21).

2.1.1.2. Importancia del inicio de la alimentación complementaria:

El niño durante su etapa de crecimiento y desarrollo adquiere y desenvuelve un sin número de habilidades, al mismo tiempo que incrementan sus requerimientos energéticos y nutricionales, por lo que la alimentación exclusiva con leche humana o artificial no puede ser igual en estas etapas de la edad pediátrica. Entre los objetivos que se persiguen con la introducción de la alimentación complementaria están:

- Promover un adecuado crecimiento y desarrollo neurológico, cognitivo, del tracto digestivo y el sistema neuromuscular.
- Proveer nutrientes que son insuficientes en la leche materna, tales como: hierro, zinc, selenio, vitamina D.
- Enseñar al niño a distinguir sabores, colores, texturas y temperaturas diferentes, así como a fomentar la aceptación de nuevos alimentos.
- Promover y desarrollar hábitos de alimentación saludable.
- Favorecer el desarrollo psicosocial, y la interrelación correcta entre padres e hijos.
- Conducir a la integración de la dieta familiar.
- Promover una alimentación complementaria que permita prevenir factores de riesgo para alergias, obesidad, desnutrición, hipertensión arterial, síndrome metabólico, entre otras.

- Las necesidades y requerimientos nutricionales cambian proporcionalmente de acuerdo al crecimiento del niño. De manera característica, a partir del sexto mes de vida el bebé necesita un mayor aporte energético y de algunos nutrimentos específicos, tales como: hierro, zinc, selenio, calcio y las vitaminas A y D (24).

2.1.1.3. ¿Cuándo y cómo iniciar la alimentación complementaria?

a. Desarrollo neurológico

En gran medida, la introducción de nuevos alimentos a la dieta se basa, en el desarrollo neurológico al momento de decidir iniciar la alimentación complementaria. Durante este proceso el lactante irá perdiendo reflejos primarios como el de extrusión de la lengua, que inicialmente lo protegían, al tiempo que gana capacidades necesarias para la alimentación de alimentos no líquidos como la leche materna y las fórmulas lácteas infantiles. Los lactantes menores de cuatro meses expulsan los alimentos con la lengua, "reflejo de protrusión"; sin embargo, después de esa edad pueden recibir y mantener los alimentos en la boca con mayor facilidad, debido a que han desaparecido los reflejos primarios de búsqueda y extrusión. A los seis meses, el lactante ha adquirido una serie de habilidades motoras que le permiten sentarse, al mismo tiempo que aparece la deglución voluntaria, que le permite recibir alimentos de texturas blandas: purés o papillas con cuchara. Transfiere objetos de una mano a otra, tiene sostén cefálico normal (25).

b. Alimentación perceptiva

La “alimentación perceptiva” se define como el comportamiento normal relacionado con los hábitos de alimentación. Este término es empleado para describir que el cuidador o cuidadora alimenta a los lactantes directamente y asiste a los niños mayores cuando comen por sí solos, respondiendo a sus signos de hambre y saciedad, alimentando despacio y pacientemente, animándolos a comer, pero sin forzarlos. Los padres deben tener presente que su obligación es ofrecer los alimentos, mientras el niño decide si los come o no y en qué cantidad. Cuando el niño rechaza el biberón, la cuchara, o escupe el alimento, es indicio que está satisfecho (26).

De igual forma, se recomienda experimentar la introducción de alimentos con diversas combinaciones, sabores y texturas para animarlos a comer. La aceptación de algún alimento nuevo sólo se conoce después de al menos 3 a 5 intentos de ofrecérselo; si es rechazado nuevamente, se sugiere suspenderlo para ofrecerlo otra vez más adelante, igual o con otra presentación.

2.1.1.4. Cantidad, textura y frecuencia de los alimentos

A medida que el niño aumenta el consumo de alimentación complementaria, disminuye el consumo de leche materna, de manera que la alimentación complementaria desplaza la leche materna. Si se ofrecen alimentos de bajo valor nutricional que la leche materna (por ejemplo agua de panela o refrescos), la ingesta de energía será menor que la que obtenía con la lactancia materna exclusiva y esto puede causar desnutrición (27).

a. Preparación modelo

EDAD	CONSISTENCIA	CANTIDAD	ALIMENTOS SANCOCHADOS
6 a 8 meses	Alimentos aplastados tipo puré	3 a 5 cucharadas: ½ plato mediano	1 papa pequeña ½ cucharada de zapallo. 2 cucharadas de hígado de pollo, previamente sancochados. Aceite vegetal y sal yodada.
9 a 11 meses	Alimentos picados	5 a 7 cucharadas o ¾ partes de plato mediano.	½ papa mediana 2 cucharadas de zapallo 2 cucharadas de sangrecita. previamente sancochadas, aceite vegetal y sal yodada
mayor de 1 año	alimentos de consistencia tipo segundo	7 a 10 cucharadas o un plato mediano	2 cucharadas de carne, 2 trozos pequeños de papa(3 cucharadas) 4 rodajas de zanahoria, previamente sancochadas, aceite vegetal y sal yodada.

b. Mensajes de la alimentación complementaria

- Prepare comidas espesas o segundos según la edad de la niña o el niño.
- La niña o niño conforme tienen más edad comerá más cantidad y más veces al día: Las niñas y niños menores de 3 años deben comer hasta 5 veces, 3 comidas principales y 2 refrigerios. Al

iniciar con la alimentación complementaria a los 6 meses las niñas y niños comerán de 2 a 3 veces al día incrementando el número de comidas progresivamente hasta llegar a 5 veces al día al año.

- Coma alimentos de origen animal ricos en hierro todos los días como: hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes: estos alimentos ayudan a prevenir la anemia
- Acompañe sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro: importancia de su consumo todos los días por su contenido de vitaminas y minerales.
- Incluya menestras en sus preparaciones: para tener una alimentación variada (28).

2.1.2. Suplementación con hierro y micronutrientes:

Es una estrategia de intervención que consiste en la indicación y la entrega de micronutrientes o hierro (en forma de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico) con la finalidad de prevenir la anemia por deficiencia de hierro, lo prescribe el profesional de la salud que realiza el control de la niña o niño (29); y surge porque las comidas caseras no cubren todas las lagunas de nutrientes, especialmente las de Fe, ya que durante la alimentación complementaria de lactantes, se observa el consumo de alimentos vegetales en mayor proporción, las que no proporcionan suficiente Fe para satisfacer las necesidades de nutrientes durante los 6 a 23 meses de edad, esto debido a que las reservas de Fe al nacer son suficientes para satisfacer las necesidades

nutricionales del recién nacido, sin embargo luego tienden a agotarse alrededor de los 6 meses de edad; por lo mismo, las cantidades de alimentos de origen animal que se administran a los lactantes generalmente no son adecuadas para cubrir la brecha de Fe (30). Puesto que la deficiencia de Fe continúa siendo el trastorno de deficiencia nutricional más prevalente en el mundo, afectando a aproximadamente dos mil millones de personas, la mayoría ellas provenientes de países en desarrollo, la fortificación con Fe de los alimentos se considera el método más rentable para reducir la prevalencia de la deficiencia nutricional de Fe (31), la que ha demostrado excelentes resultados, no así en niños con bajo peso, prematuridad, etc. lo cuales merecen mayor preocupación y seguimiento de parte de los profesionales de salud (32), controlando así la adherencia del consumo de micronutrientes, a través del control de sobres agotados. Por otro lado estos modos de fortificación traen efectos adversos los cuales podrán reducirse en la medida en la que la cantidad proporcionada sea la adecuada (33).

2.1.2.1. Esquema de suplementación

a. En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos

- A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

2.1.2.2. Indicaciones para la administración del suplemento de multimicronutrientes en polvo

- En el plato servido, separar dos cucharadas de la comida de la niña o niño. El alimento debe encontrarse tibio y ser de consistencia espesa o sólida, según la edad de la niña o niño.

- Mezclar bien el total del contenido del sobre de multimicronutrientes con las 2 cucharadas de comida separadas.
- Primero alimentar al niño con esta mezcla y luego, continuar con el resto del plato servido.

2.1.2.3. Advertencias del uso y conservación y almacenamiento del suplemento de hierro en gotas y multimicronutrientes

- Explicar a la madre o cuidador que el suplemento no le cambiará el sabor ni color a la comida.
- Explicar a la madre o cuidador que en casos excepcionales se podrían presentar las deposiciones de color oscuro y que pueden ocurrir molestias, tales como náuseas, estreñimiento o diarrea, que son leves y pasajeras.
- Si continúan las molestias, se recomienda llevar a la niña o niño al establecimiento de salud, para su evaluación.
- El consumo del suplemento de hierro en soluciones orales y los multimicronutrientes deberán ser suspendidos cuando la niña o el niño se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento.
- Mantener el frasco del suplemento de hierro en gotas o los sobres de multimicronutrientes bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad, en lugares no accesibles a las niñas y niños para evitar su ingestión accidental o intoxicaciones (34).

- Recomendar el uso de facilitadores de la absorción de hierro tales como alimentos ricos en vitamina C como las frutas cítricas en las comidas.
- Reducir el consumo de inhibidores de la absorción de hierro tales como: mates, té, infusiones o café con las comidas y se recomienda no tomar estos líquidos con los suplementos de hierro (35).

2.1.2.4. Aspectos a tener en cuenta en el manejo preventivo de anemia con sulfato ferroso

- La suplementación preventiva se iniciara con gotas a los 4 meses de vida (sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad.
- El sulfato ferroso: se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, nauseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia. Se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas.
Concentración de hierro: 1 gota=1,25mg de hierro elemental(hierro en gotas), 1ml=3mg de hierro elemental(en jarabe)
- Hierro polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del sulfato ferroso. Posee mayor concentración de hierro: 1 gota=2,5mg de hierro elemental(hierro en gotas), 1ml=10mg de hierro elemental(en jarabe)

- El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente.
- En caso que se presenten aspectos efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante.
- Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasara a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua.
- En caso hubiera tratamiento con alguna de las formas liquidas de sulfato ferroso, el control de hemoglobina se realizara al mes, 3 meses y 6 meses de suplementación. En caso de dosis preventiva el control de hemoglobina se deberá realizar a los 4, 9 y 18 meses de tratamiento preventivo con sulfato y multimicronutrientes (36).

2.1.3. Lavado de manos:

Es el lavado de manos de rutina (37), realizado por la población en general usando agua y jabón común, y que tiene una duración no menor de 20 segundos, su práctica permite remover un 80% la flora transitoria, permite la remoción mecánica de suciedad.

Muchos aspectos intervienen en el inadecuado procedimiento del mismo, entre ellos: su menor frecuencia, menor tiempo de duración, uso de alcohol gel en lugar de jabón (a pesar de que ya hace mucho se demostró que el primero es menos efectivo que el segundo) y el realizarlo con solo agua (38). Por lo tanto, resulta imprescindible motivar la adherencia del lavado de manos correcto en el hogar a través de mensajes visuales, pues éstos han demostrado influencia en el comportamiento de las personas (39), sin embargo, para cambiar hábitos,

no solo son efectivos los materiales o los profesionales, sino el empoderamiento de la población en éste aspecto, a través de su práctica y supervisión continua (40).

En caso de no tener agua de consumo provista mediante un grifo, se utilizara un recipiente previamente lavado, que al ser inclinado deja caer una cantidad suficiente de agua a chorro para lavar y enjuagar las manos (41).

2.1.3.1. Importancia del lavado de manos

Se considera que las manos actúan como vectores, portadores de organismos patógenos causantes de enfermedades contagiosas, ya sea a través del contacto directo o indirectamente por contacto con superficies contaminadas.

El lavado de manos social, usando agua para consumo humano y jabón, previene los dos síndromes clínicos que causan el mayor número de muertes infantiles a nivel mundial, es decir, la diarrea y las infecciones agudas bajas. El lavado de manos también puede prevenir infecciones cutáneas, infecciones a los ojos, parasitosis, síndrome respiratorio agudo severo, la gripe aviar, y la influenza AH1N1, y trae beneficios a la salud de las personas que viven con virus de inmunodeficiencia humana/ síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA). El lavado de manos con jabón es la intervención de salud más eficaz y costo efectiva, por cada US\$3.35 que se invierte en los programas de lavado de manos, se gana un año de vida ajustado en función de discapacidad.

2.1.3.2. Insumos

- Jabón líquido o en barra

- Jabonera (debe tener orificios que permitan drenar la humedad del jabón para evitar la acumulación de gérmenes).
- Agua para consumo humano.
- Material para el secado de las manos (papel desechable o tela limpia).

2.1.3.3. Procedimientos

- Liberar las manos y muñecas de toda prenda u objeto.
- Mojar las manos con agua a chorro. Cerrar el grifo.
- Cubrir con jabón las manos húmedas y frotarlas hasta producir espuma, incluyendo las palmas, el dorso, entre los dedos y debajo de las uñas, por lo menos durante 20 segundos.
- Abrir el grifo y enjuagar bien las manos con abundante agua a chorro.
- Eliminar el exceso de agua agitando o friccionando ligeramente las manos, luego secarlas comenzando por las palmas, siguiendo con el dorso y los espacios interdigitales.
- Es preferible cerrar el grifo, con el material usado para secar las manos, no tocar directamente.
- Eliminar el papel desechable o tender la tela utilizada para ventilarla.

2.1.3.4. De los momentos clave para el lavado de manos

- Cuando las manos están visiblemente sucias.
- Antes de la lactancia materna.
- Antes de comer.
- Antes de manipular los alimentos y cocinar.

- Antes y después de cambiar los pañales a las niñas y a los niños.
- Antes y después de atender familiares enfermos en casa.
- Después de usar el baño para la micción y/o defecación.
- Después de la limpieza del hogar.
- Después de manipular animales.
- Después de tocar objetos o superficies contaminadas (ejemplo: residuos sólidos, dinero, pasamano de las unidades de servicio de transporte, etc.)

2.1.4. Control de crecimiento y desarrollo

Conjunto de actividades periódicas y sistemáticas realizadas por el profesional de la salud de enfermería y/o médico, con el objetivo de vigilar de manera adecuada, oportuna e individual el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño, con el fin de detectar de forma precoz los riesgos, alteraciones o trastornos, así como la presencia de enfermedades, facilitado su diagnóstico e intervención oportuna para disminuir los riesgos, las deficiencias y discapacidades e incrementando las oportunidades y los factores protectores. Es individual, integral, oportuno, periódico y secuencial (42). A nivel nacional se detecta que un 58% de los menores de 3 años cuenta con el control de crecimiento y desarrollo, habiendo aumentado ligeramente desde el 2015 (54.9%). Es notorio que esta cobertura es mayor en ámbitos rurales (65.6%) con relación a ámbitos urbanos (55.6%). El CRED ofrece la oportunidad de brindar la consejería como un espacio de comunicación entre personal de salud y la madre o cuidador para apoyar prácticas saludables. Entre las prácticas se identifican la lactancia materna exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, alimentación a partir de los 6 meses, en especial el uso de combinaciones adecuadas con alimentos ricos en

hierro de la olla familiar, consumo de suplementos de hierro y micronutrientes, lavado de manos entre otras prácticas saludables (3).

De otra parte, cabe mencionar que la mortalidad infantil ha disminuido en los últimos 20 años (43), debido a medidas preventivas de salud (inmunización), promoción activa (concepto de hospital amigo del bebé, clínica de bebés sanos), servicios de salud curativos (servicios ambulatorios, atención hospitalaria, atención especializada, atención de apoyo) y atención de apoyo (consejerías) (44), las cuales solo son posibles a través de la asistencia de la familia hacia los centros de salud, en este caso consultorio del niño(a), lo que resulta beneficioso para él (previene enfermedades prevalentes de la infancia tempranamente) (45). Sumado a lo anterior, es indispensable contar con servicios diferenciados de alta calidad, con profesionales de salud idóneos, garantizando siempre el acceso geográfico de su jurisdicción (44); esto último (a través de trabajo con la población en la comunidad) ha resultado ser poco efectivo sino se acompaña de todos los aspectos antes descritos (46).

2.1.4.1. Crecimiento

Proceso de incremento de la masa corporal de un ser vivo que se produce por el aumento en el número de células (hiperplasia) o de su tamaño (hipertrofia). Está regulado por factores nutricionales, socioeconómicos, culturales, emocionales, genéticos y neuroendocrinos, entre otros.

2.1.4.2. Desarrollo

Proceso dinámico por el cual los seres vivos logran progresivamente hacer efectiva la capacidad funcional de sus sistemas a través de fenómenos de maduración, diferenciación e

integración de sus funciones, en aspectos como el biológico, psicológico, cognoscitivo, nutricional, sexual, ecológico, cultural, ético y social. Se encuentra influenciado por factores genéticos, culturales y ambientales.

2.1.4.3. Otros aspectos evaluados en el control de crecimiento y desarrollo

a. Evaluación para descartar enfermedades prevalentes

En cada control de crecimiento y desarrollo, el profesional de la salud explorara la presencia de alguna enfermedad, así como identificara la ocurrencia de enfermedad entre el último control y el actual.

El dosaje de hemoglobina en niños y niñas se realizara a los 4, 9 y 18 meses y a partir de los 24 meses, una vez al año. En caso de niños con anemia se realizara el dosaje al mes, 3 y 6 meses de tratamiento.

El descarte de parasitosis en niñas y niños se realizara a partir del primer año de edad.

b. Evaluación del cumplimiento del calendario de vacunación y esquema de suplementación de hierro

Durante el crecimiento y desarrollo, el personal de salud deberá verificar el cumplimiento del esquema nacional de vacunación vigente y administrar la vacuna que le corresponde. Así mismo, deberá verificarse el cumplimiento de la suplementación de hierro y su entrega si fuera el caso.

c. Evaluación del crecimiento y estado nutricional

La valoración antropométrica se deberá realizar en cada control de crecimiento y desarrollo a toda niña o niño desde el nacimiento hasta los 4 años, 11 meses y 29 días, a través de la oferta fija, la cual considera la medición de peso y talla.(ANEXO 2)

Los valores de peso, talla, perímetro cefálico deberán ser registrados en la historia clínica y en el carnet de atención integral de salud de la niña y niño menor de 5 años.

Los valores de peso y talla son utilizados tanto para la evaluación del crecimiento como para la valoración del estado nutricional.

La valoración antropométrica se realizara de acuerdo a la edad y sexo.(ANEXO 3) Cada niño o niña tiene su propia velocidad de crecimiento (42).

2.1.5. Lactancia materna:

La lactancia materna (LM) en el marco de la estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño de la OMS, es definida como un acto natural y como un comportamiento aprendido, mediante el cual se proporciona un alimento ideal para el crecimiento y el desarrollo sano de los lactantes, asimismo es parte del proceso reproductivo con repercusiones importantes en la salud de la madre (47). La leche humana madura contiene cantidades bajas de hierro, sin embargo la biodisponibilidad de este mineral es elevada al orden del 50% (48). El recién nacido durante los 2 primeros meses de vida, experimenta un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y alimentado exclusivamente con leche materna, durante los primeros 6 meses de vida, tiene menor riesgo de desarrollar anemia.

En el año 2016 se aprecia una recuperación de la práctica de lactancia materna exclusiva en menores de 6 meses con relación al 2015. La proporción de menores de seis meses con LM exclusiva era de 65.2%, en el 2015, y aumentó a 69.8%, en el 2016, a nivel nacional. Si bien, entre los países de América Latina, el Perú tiene una alta tasa de LM exclusiva, entre los menores de 6 meses, y es una práctica culturalmente aceptada, se presenta una brecha de 20 puntos entre el ámbito urbano y rural. La proporción de niñas y niños menores de seis meses de edad con lactancia materna exclusiva, en ámbitos urbanos (63.2%) es aproximadamente 20 puntos por debajo de la de ámbitos rurales (84.3%); habiendo en ambos casos aumentado con relación al 2015 (59.4% y 79.2% respectivamente). Entre los factores que influirían se encuentra la limitada regulación de la comercialización y distribución de sucedáneos de la leche materna, el aumento de los partos por cesárea y el aumento de la participación de la mujer en actividad laboral (3).

Otro aspecto a tener en cuenta es que: los que consumen LM tienen niveles superiores de Fe (14), no obstante existen barreras para su práctica exclusiva durante seis meses, referidas a la díada madre-hijo, las cuales pueden disiparse a través de la inclusión de los padres en consejerías sobre beneficios de la lactancia materna, propiciando la autonomía de la madre, fortaleciendo su autoestima y alentándola a amamantar (49).

2.1.5.1. Características de la leche humana

Tiene extraordinarias características físicas, químicas y biológicas, que la hacen el alimento idóneo para la o el bebé, pues se adapta a sus necesidades, así se tiene:

- a. Calostro:** Secreción láctea amarillenta, espesa, producida en poca cantidad, dentro los 5 primeros días después del parto. Es

muy rica en componentes inmunológicos, otras proteínas, además de calcio y otros minerales. Su escaso volumen permite a la o el recién nacido a organizar tres funciones básicas; succión-deglución-respiración. Ayuda a la eliminación del meconio, evitando la ictericia neonatal, y ayuda a la maduración del aparato digestivo.

b. Leche de transición: Es la leche producida entre el 5° y el 15° día del postparto. Al tercer día se produce un aumento brusco en la producción de leche conocido como la "bajada de la leche". En las madres de recién nacidos a término, la producción de leche 'acompaña' día a día a la o el bebé en su maduración gastrointestinal e integral; y va variando día a día hasta alcanzar las características de la leche madura.

c. Leche madura: Se llama así a la secreción láctea producida a partir del 16° día. En las madres de bebés a término y en los prematuros, le proporcionará todos los componentes imprescindibles para el crecimiento y desarrollo de la o el bebé hasta los 6 meses. Si la madre tiene que alimentar a más de una o un bebé producirá un volumen suficiente de leche madura para cada uno de ellos; permitiendo la maduración progresiva del sistema digestivo de la o el bebé, preparándolo para recibir otros alimentos, en su momento.

También se menciona que la composición de la leche humana varía tanto de una madre a otra y en cada mujer, en el transcurso

del día e incluso en una misma mamada. La madre debe saber que la leche materna no es un producto químico estable -como sucede con los sucedáneos o leches artificiales- sino que es cambiante, porque a través de ella se provee de nutrientes a su niña o niño, cuyos requerimientos van cambiando según su crecimiento. Este mismo proceso de adaptación ocurre con la leche de madres de prematuros, en quienes la etapa calostrada podría prolongarse hasta las primeras cuatro semanas especialmente en los componentes inmunológicos y proteicos que contiene. La madre debe ser informada que la alimentación de la o el bebé prematuro y de las o los recién nacidos de bajo peso es fundamental para superar su condición de inmadurez momentánea, y evitar sus consecuencias en su salud y su supervivencia. Las características de la leche humana la hacen inigualable en relación con la leche de otros mamíferos y con los sucedáneos de la leche materna. El siguiente cuadro muestra las diferencias:

ASPECTOS	LECHE MATERNA	LECHE DE ANIMAL	LECHE ARTIFICIAL
Contaminantes bacterianos	Ninguno	Probable	No están presentes
Factores antiinfecciosos	Presentes	No están presentes	No están presentes
Factores de crecimiento	Presentes	No están presentes	No están presentes
Proteínas	Cantidad correcta. Fácil de digerir	Demasiadas, dificiles de digerir	Parcialmente corregidas

Grasas	Suficientes ácidos grasos esenciales. Lipasa para la digestión	Faltan ácidos grasos esenciales. No tiene lipasa	Faltan ácidos grasos esenciales. No tiene lipasa
Hierro	Pequeña cantidad, de buena absorción	pequeña cantidad, no se absorbe bien	Cantidad extra añadida. No se absorbe bien.
Vitaminas	Suficientes	Insuficiente vitamina A y C	Se le añaden vitaminas
Agua	Suficiente	Necesita agua extra	Puede necesitar agua extra

Fuente: guía técnica para la consejería en lactancia materna

2.1.5.2. Beneficios de la lactancia materna

BENEFICIOS PARA LA O EL NIÑO	BENEFICIOS PARA LA MADRE
<ul style="list-style-type: none"> • Favorece el desarrollo físico y emocional de la o él bebe. • Protege contra la infección y la muerte. • Genera un mayor coeficiente intelectual. • nutrición ideal • Refuerza el vínculo afectivo madre- niña o niño. • Reduce el riesgo de anemia temprana. • Promueve la adecuada dentición y el desarrollo del habla. • Reduce el riesgo de infecciones, desnutrición, alergias e intolerancia a la leche. • disminuye el riesgo de algunas enfermedades crónicas y la obesidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve mayor satisfacción y fortalece la autoestima de la madre. • Favorece la mejor recuperación fisiológica pos parto. • Contribuye a la disminución del peso y del riesgo de obesidad. • Genera menor posibilidad de cáncer de ovario y de mama, así como de osteoporosis. • Reduce la probabilidad de embarazo. • Le permite proporcionar de manera sencilla un alimento natural, apropiado, ecológico y económico. • Reduce la ausencia laboral de la madre.

2.1.5.3. Técnica de lactancia materna

a. Frecuencia y duración

Explique que la o el bebé debe lactar a demanda, de día y de noche (8 a 12 veces en 24 horas, en promedio). Lactar por la noche incrementa la producción de leche. No hay un patrón de alimentación para la o él y bebé, a algunos les puede bastar 10 minutos por lactada y a otros 30 minutos o más.

La introducción de los primeros alimentos (comidas espesas, papillas, purés, cereales, verduras) no reemplazaran a la mamada, debiendo mantenerse los horarios habituales para tomar la leche materna cuatro veces o más durante el día y una en la noche.

Enfatice que la mayoría de mujeres producen más leche de lo que su bebé pueda tomar. Una madre de gemelos producirá más leche para satisfacer la necesidad de ambos bebés. Enseñe a identificar las señales de hambre en la o el bebé: Mueve su cabeza buscando el pecho, abre su boca, saca la lengua, succiona sus manos, intranquilo, emite quejidos.

El llanto es un signo tardío de hambre.

b. Posición de la madre

- Cómoda con la espalda, los pies y el pecho apoyados según se necesite.

c. Posición de la o el bebé:

- La cabeza y el cuerpo de la o el bebé alineados.

- El cuerpo de la o el bebé muy cerca al cuerpo de la madre, llevar a la o el bebé al pecho. El bebé sostenido — cabeza, hombros y, si es recién nacida o nacido, todo el cuerpo.
- Frente al pecho, con la nariz de la o el bebé no obstruida por el pezón.

Agarre de la o el bebé al pecho:

- Boca bien abierta.
- Labio inferior volteado hacia afuera.
- Mentón de la o el bebé toca el pecho, nariz cerca del pecho.
- Más areola sobre el labio superior de la o el bebé.
- La madre no siente dolor.
- Transferencia de leche:
- Mamadas lentas y profundas, con pausas.
- Mejillas redondeadas cuando succiona.
- Se puede escuchar cuando deglute.
- La o el bebé suelta el pecho cuando termina.
- Madre nota que fluye leche, reflejo del efecto de la oxitocina.

2.1.5.4. Señales de tener suficiente leche

Explique a la madre como reconocer cuando la lactancia es adecuada:

- La niña o el niño queda tranquilo y satisfecho (suelta espontáneamente el pecho).
- La o el bebé tiene el peso adecuado.
- La o el bebé orina varias veces al día y su orina es clara (4 a 6 a partir de los 3 días de edad) (50).

2.2. ANEMIA

Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulares en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo (51), pues en niños de 6 meses a 8 años la ingesta de hierro debería ser de 11mg/día (52). En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar (51). (ANEXO 4)

2.2.1. Cuadro clínico: signos y síntomas

Los signos y síntomas clínicos de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo. Estos se pueden identificar a través de la anamnesis y con examen físico completo:

ÓRGANOS O SISTEMAS AFECTADOS	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Síntomas generales	Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.
Alteraciones en piel y faneras	Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, cabello ralo y uñas quebradizas, aplanadas, y con curvatura inversa.
Alteraciones de conducta alimentaria	Pica: tendencia a comer tierra, hilos y uñas, cabello, pasta de dientes.
Síntomas cardiopulmonares	Taquicardia, soplo, disnea de esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar

	cuando el valor de hemoglobina es muy bajo.
Alteraciones digestivas	Quelitis angular, estomatitis, glositis, etc.
Alteraciones inmunológicas	defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos
Síntomas neurológicos	Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y la atención. Alteraciones de las funciones de la memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales.

Fuente: ministerio de salud, dirección general de intervenciones estratégicas en salud pública. Dirección de intervenciones estratégicas por etapas de vida (2016, adaptado de las referencias bibliográficas).

2.2.2. Diagnóstico clínico:

a. Anamnesis

Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño.

b. Examen físico

Considera los siguientes aspectos:

- Observar el color de la piel de la palma de las manos.
- Buscar palidez de mucosas oculares.
- Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo
- Examinar sequedad y caída del cabello.
- Observar mucosa sublingual
- Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

2.2.3. Medición de la concentración de hemoglobina y hematocrito:

La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia.

Para determinar el valor de la hemoglobina en niños, se utilizarán métodos directos como: cianometahemoglobina y azidametahemoglobina, u otros métodos.

2.2.4. Cuadro de anemia

Si no se aporta suficiente hierro en la dieta, aparece la deficiencia del mineral. En los prematuros, por ejemplo, la anemia por deficiencia de hierro es casi inevitable, ya que al ser su peso al nacer menor, también será menor la masa total de hemoglobina y la de hierro, así como la cantidad acumulada en los depósitos. A diferencia de los niños con peso normal al nacer, la anemia puede aparecer antes de los 6 meses y ser más grave.

Los requerimientos de hierro son de 1 mg/kg/día, desde los 4 meses hasta los 3 años de edad. Los depósitos de hierro en el niño de 3 años son muy escasos, por lo que su equilibrio es muy inestable.

El aumento de la práctica de la lactancia materna y la disponibilidad de fórmulas lácteas fortificadas con hierro han disminuido la anemia ferropénica en lactantes. Sin embargo, la deficiencia de hierro con o sin anemia, sigue siendo común. La poca disponibilidad y accesibilidad a los alimentos ricos en hierro y de mejor biodisponibilidad, unido a los malos hábitos dietéticos, son factores que contribuyen a ello. La anemia es la manifestación más evidente de la deficiencia de hierro, pero no la única. Existe también disfunción de órganos y tejidos, que incluyen alteraciones de la inmunidad, alteraciones inmunológicas y neurocognitivas. Una manifestación que debe hacer pensar en la deficiencia de hierro es la pica (ingestión de sustancias que no son alimentos: almidón, tierra, hielo). Las alteraciones en el examen físico son: fatiga, palidez, taquicardia, en ocasiones esplenomegalia, soplos sistólicos, glositis y estomatitis angular.

2.2.5. Causas:

En la infancia la causa más frecuente de la carencia de hierro es la nutricional, originada por la dificultad de cubrir los mayores requerimientos de este mineral por la dieta habitual, predominantemente láctea.

2.2.6. Consecuencias:

Las consecuencias de la anemia en general, las que constituyen: el retraso en el crecimiento físico y desarrollo cognitivo, comprometiendo el futuro de estos niños y reduciendo el futuro capital humano, perpetuando así la pobreza; pues estos niños tienen más probabilidades de tener un bajo rendimiento académico (53), por el mismo hecho de comprometer sus habilidades motoras, motoras finas, recepción visual, lenguaje receptivo y lenguaje (54).

De otro lado, aspectos como: mayor orden de nacimiento, bajo nivel de educación, dieta vegetariana y anemia materna, así como la no ingesta de suplementos de hierro durante el embarazo (55), etc. ocasionan altos porcentajes de anemia en lactantes; y éstas repercuten en su futuro como: menor productividad con mayor tasa de enfermedad, ausentismo (56), prevalencia de daño miocárdico mayor en sujetos del sexo masculino (57), menor rendimiento escolar (en mayor proporción en mujeres) , retraso en el crecimiento, baja productividad laboral y la pobreza continua (58).

2.2.7. Medidas de prevención de anemia

La anemia es un problema multifactorial cuyos efectos permanecen en todo el ciclo de la vida. Las medidas de prevención son las siguientes:

El equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, incluyendo el despistaje de anemia a todos los niños que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.

Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia.

Se pondrá énfasis en informar a los padres de niños sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela, estudios, etc.) y motora (rendimiento físico disminuido) y con repercusiones incluso en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas) (36).

III. PROCEDIMIENTOS METODOLÓGICOS:

3.1. BUSQUEDA DE DOCUMENTOS:

Se realizó la búsqueda de investigaciones a nivel local, nacional e internacional y artículos de revistas indexadas, utilizando las siguientes palabras clave: Anemia, diarrea, educación y salud, empoderamiento, fortificación con hierro, y lavado de manos, en la base de datos de: ScienceDirect, Scielo, Redalyc, LILACS, medline, identificándose más de 10 investigaciones al respecto.

3.2. SELECCIÓN DE DOCUMENTOS

Antecedentes Internacionales

-En el estudio titulado “anemia y anemia por déficit de hierro en niños menores de 5 años y su relación con el consumo de hierro en la alimentación, Turbo, Antioquia, Colombia”. El diseño de estudio fue descriptivo de corte transversal, cuya muestra estuvo constituida por 113 niños que asistieron a la consulta de crecimiento y desarrollo y al programa de vacunación del Hospital Francisco Valderrama de Turbo entre el mes de septiembre de 2001 y el mes de junio de 2002. Los resultados fueron: 48.7%(55 niños) de niños presentan anemia, siendo los más afectados los menores de 1 año; de los niños con anemia 23,6% presentan anemia con deficiencia de hierro; además se halló que el promedio en el consumo de hierro es del 7,1 mg/día (DE 3,96); siendo el promedio de hierro hemínico de 3,9 mg/día, el promedio de lactancia materna exclusiva es de 3 meses; finalmente el estudio resalta que la lactancia se alterna con leche de vaca pasteurizada (59).

-En otro estudio sobre “Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de Salud Pública de Rosario, Santa Fe”; cuyo objetivo general fue determinar la prevalencia de la anemia en niños Rosarinos. El diseño de estudio fue descriptivo transversal, la muestra estuvo constituida 325 pares de madres y niños menores de 42 meses, en la red de salud pública de la ciudad de Rosario entre

diciembre de 2011 y abril de 2012. Los resultados mostraron una prevalencia global de la anemia fue del 40% y aumentó hasta un 56% en el grupo de 6 a 23 meses; el 51% de las madres refirieron que su hijo había tomado hierro alguna vez; así mismo se encontró que la adherencia de las madres a la administración del hierro fue mayor en los niños sin anemia en comparación con los niños con anemia, siendo las causas más frecuentes de falta de adherencia fueron la intolerancia digestiva (38%) y el olvido (36%) (60).

-Respecto a la investigación: “Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de 5 años”, cuyo objetivo fue identificar la presencia de factores de riesgo asociados a la anemia en niños de seis meses a cinco años de edad, en un Consultorio Médico de Familia (CMF) del municipio Güines, provincia Mayabeque. El diseño de estudio fue el descriptivo, prospectivo de corte transversal. La muestra fue el universo de niños que accedieron al ya mencionado consultorio. Los resultados muestran que: 46,9 % de los niños de seis a 23 meses de edad presentaron anemia con ligero predominio en el sexo masculino (53,1 %), siendo los factores de riesgo asociados más frecuentes en la muestra de estudio: la anemia materna (75 %); la no profilaxis a los niños con sales de hierro (71,9 %); la no lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (65,7 %) y las infecciones (81,2 %), finalmente el estudio reveló que la anemia ligera fue más frecuente, 90,6 % (61).

-En el año 2012 se planteó el estudio sobre “factores asociados a la lactancia materna exclusiva”, estudio que fue de tipo descriptivo, corte transversal. La muestra estuvo constituida por 414 mujeres que tienen niños lactantes de 6 meses (256 madres del sector público y 158 del sector privado). El estudio tuvo los siguientes hallazgos: 45,8% de madres mantuvo lactancia exclusiva hasta 6 meses, sin diferencias entre grupos, siendo las principales causas de destete: decisión materna (27,2%), percepción de hambre (24,1%), factores estéticos (17,3%) y enfermedad del niño (13,0%). La lactancia

exclusiva hasta los 6 meses se asoció con una lactancia previa exitosa, sexo femenino del hijo, menor escolaridad materna y sistema público de salud (62).

- En el 2013, se realizó una investigación titulada: Anemia en niños indígenas y no indígenas menores de 5 años de comunidades rurales del Departamento de Caazapá; fue un Estudio observacional descriptivo con componente analítico de corte transverso, fueron incluidos 226 niños menores de 5 años, de ambos sexos, 109 no indígenas y 117 indígenas. El instrumento fue la encuesta a los padres, luego se obtuvo una muestra de sangre venosa para la medición de hemoglobina, hematocrito, volumen corpuscular. Los resultados indicaron que la frecuencia elevada de anemia encontrada en los niños indígenas sería el resultado de la pobreza en la que viven estas comunidades que fueron objeto del estudio, en zonas alejadas y aisladas, de difícil acceso, y sin posibilidades de asistencia a los puestos de salud, con un pobre nivel de saneamiento básico y con un porcentaje de analfabetismo mayor en la población indígena estudiada con respecto a la no indígena (63).

Antecedentes nacionales

- En el estudio que tuvo el objetivo de Identificar los factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo (CRED) del niño menor de 1 año, en establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSA) de Amazonas, Loreto y Pasco, Perú, de enero a diciembre de 2012, a través del estudio de casos-contrroles pareados. Se definió como caso al niño que no completó 11 controles CRED hasta cumplir 11 meses de edad, y como control, aquel niño con 11 controles CRED para la misma edad. La relación entre cada factor con el cumplimiento del CRED se estableció mediante la prueba de McNemar ($p < 0,05$) y como medida de fuerza de asociación el odds ratio (OR) para muestras pareadas (IC 95%). Los resultados indican que existen siete factores asociados significativamente al cumplimiento de los controles CRED, siendo el factor

común, en las tres regiones, “se dejó de atender alguna vez al niño; resaltándose que uno de los principales obstáculos identificados son las múltiples funciones que deben desarrollar los profesionales que laboran en CRED, por lo que se pierden oportunidades de atención al niño; en tal sentido debe garantizarse la dotación suficiente de personal e inculcar permanentemente el buen trato que debe brindarse a los pacientes (64).

-El estudio titulado: “Evaluación de las prácticas de cuidado materno infantil en áreas con pobreza extrema del Perú, 2012”, fue de diseño transversal, con muestreo probabilístico, trietapico y estratificado por departamento. La muestra estuvo conformada por 540 hogares que tenían al menos un menor de 36 meses, teniendo como resultados: con relación al último niño menor de 3 años, 89,6% de los niños menores de 6 meses recibía lactancia materna exclusiva, y 89,1% de los niños de 6 a 8 meses ya tenía alimentación complementaria (65).

-En un estudio sobre consumo de suplementos con micronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. El objetivo fue evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes “Chispitas” en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niños de 6 a 35 meses. El diseño de estudio fue descriptivo transversal. Los resultados fueron: la prevalencia de anemia fue de 51,3%, en tanto que 5,4% no recibió la intervención; 60,3% consumió 60 o más sobres y 49,0% los consumió en forma adecuada. El estudio llegó a la conclusión: No se encontró asociación entre la cantidad de sobres recibidos o consumidos y la anemia, por lo que se afirmó que no basta con entregar o consumir la cantidad necesaria de los multimicronutrientes, sino asegurar que el proceso de consumo sea adecuado para lograr una reducción de la prevalencia de anemia (66).

- En el estudio acerca de nivel de conocimientos y prácticas alimentarias en madres y su relación con el estado nutricional de niños preescolares, cambio puente 2014. El estudio fue de tipo descriptivo – correlacional de corte transversal, tuvo como objetivo determinar la relación entre el nivel de conocimientos y prácticas alimentarias en madres con el estado nutricional de niños preescolares del Centro Poblado Cambio Puente 2014, para ello se trabajó con una población muestral de 43 niños en edad preescolar y 42 madres, que reunieron los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se empleó como técnico la encuesta utilizando 3 instrumentos: un cuestionario estructurado, entrevista y una ficha de estado nutricional; los resultados indican que el 48.9% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, el 39.5% regular práctica alimentarias y el 11.6% mala práctica alimentaria; así mismo se encontró que si existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables de prácticas alimentarias en madres en el estado nutricional de niños preescolares (67).

-En el estudio sobre adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinelas del Ministerio de Salud, Perú. El objetivo fue: considerar la adherencia a los multimicronutrientes y los factores asociados, siendo el estudio epidemiológico por sitios centinela en 2.024 niños entre los 6 a 35 meses, entre octubre a diciembre de 2014. Se realizaron visitas domiciliarias, en las cuales se aplicaron el conteo de multimicronutrientes, determinándose la adherencia al consumo $\geq 90\%$ de sobres, y un formulario sobre los factores asociados (conocimiento sobre anemia, alimentos ricos en hierro, efectos secundarios, esquema de dosis, medicamentos consumidos y motivación). Los resultados revelan que el 75,9% recibieron multimicronutrientes y la adherencia fue del 24,4%, además, el análisis multivariado asoció pensar que debe continuar con el tratamiento; si presentó algún efecto secundario, no suprimió el tratamiento, el niño no tomó antibióticos y creencia que anemia no solo se cura con

medicamentos, los factores asociados están relacionados con ausencia de infecciones, efectos secundarios y creencias de la madre (68).

-En el estudio titulado Manejo de alimentación complementaria en los lactantes que asisten a consulta externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo Diciembre 2015- setiembre 2016; es de tipo cualitativo, descriptivo, transversal; la muestra fue constituida por 50 lactantes de 6 a 23 meses. Dentro de los resultados se encontró que los lactantes tenían un estado nutricional normal, la alimentación complementaria se inició a los 6 meses de edad, los lactantes recibían alimentos que contienen gluten antes de los ocho meses de edad, consumo de frutas cítricas antes del año de edad, en la mayor parte de los lactantes se adiciona sal y azúcar en sus alimentos y la cantidad de alimentos es menor a la recomendada por las guías del Ministerio de Salud Pública. En conclusión los lactantes no tienen un manejo adecuado de la alimentación complementaria (69).

- En otro estudio que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la asistencia al control de crecimiento y desarrollo con el estado nutricional en lactantes del Puesto de Salud Progreso I-2, San Juan Bautista, 2016; el método fue cuantitativo, diseño no experimental, correlacional; la muestra estuvo conformada por 150 lactantes; los Resultados fueron: en el cumplimiento de asistencia al control de crecimiento y desarrollo, encontrando que 88.0% tienen asistencia completa a sus controles CRED, mientras que 12.0% tienen asistencia incompleta; el estado nutricional según indicadores antropométricos peso /edad (P/E), encontrando que 86.0% presentaron un estado nutricional normal, 11.3% desnutrición, 2.7% con sobrepeso; Se logró establecer la relación estadística entre la asistencia al control de crecimiento y desarrollo con el estado nutricional en lactantes. encontrado que existe relación entre la asistencia al control de crecimiento y desarrollo y el estado nutricional según indicadores antropométricos peso /edad en lactantes del Puesto de Salud Progreso I2, San Juan Bautista, 2016” (16).

-En otra investigación, cuyo objetivo fue el de: Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia por deficiencia de hierro en los niños escolares de la Institución Educativa Integrada N° 32896 Alejandro Sánchez Arteaga, San Luis, Sector 4, Huánuco 2017; el método utilizado fue el analítico en 89 niños escolares seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple, utilizando un cuestionario y una ficha de análisis documental en la recolección de datos. Entre las conclusiones destacan las siguientes: No tener acceso al servicio de agua potable en la vivienda constituye un factor de riesgo asociado a la presencia de anemia por deficiencia de hierro, de la misma manera se encontró relación significativa con la anemia, el no consumir alimentos ricos en hierro, el consumo inadecuado de refrescos cítricos, consumo de alimentos inhibidores de hierro, consumo de frutas y verduras de color verde, antecedentes de enfermedades diarreicas agudas, secundario a la mala práctica de lavado de manos (70).

-En otro estudio sobre: "Efectividad del programa "Agua Segura, Familias Saludables" en la disminución de la prevalencia de EDAs, parasitosis y anemia en niños menores de cinco años, en tres comunidades rurales, distrito de Huanca Huanca, provincia Angaraes, departamento de Huancavelica, Perú 2017. Fue un estudio tipo cuantitativo, cuasiexperimental, realizado en un grupo de control, y dos grupos de no control. La muestra estuvo conformada por 60 niños que respondieron a los criterios de inclusión y exclusión. Para la recolección de datos se utilizó una ficha de: Prevalencia de parasitosis, anemia y diarrea, validado por dos expertos. Los resultados mostraron que en el grupo B (Cloro) se encontró que antes del programa el 80% (16) de los niños tenían anemia y el 20% (4) tuvieron hemoglobina normal. Después de la ejecución del programa, el 75% (15) de los niños presentaron hemoglobina normal y 25% (5) anemia (71).

Antecedentes locales:

-En el estudio sobre: Alimentación complementaria y su relación con los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 12 meses de edad en Establecimiento de Salud I – 3 CLAS Atuncolla Puno 2013. El estudio es de tipo descriptivo de corte transversal, con un diseño correlacional; la población estuvo conformada por 50 niños de 6 a 12 meses de edad con sus respectivas madres. Los instrumentos utilizados fueron: guía de entrevista y observación. Los resultados muestran que el 60% de los niños de 6 - 11 meses de edad presentan hemoglobina baja. El 35,3% de niños de 7 a 8 meses de edad que inician la alimentación después de los 6 meses, así como el 42,9% de niños de 6 meses que tomaron infusiones de hierbas después del alimento presentan hemoglobina baja. Los niveles de hemoglobina baja predominan el 42,9% de niños de 6 meses que no reciben suplementación de hierro, en 41,2% de niños de 7 a 8 meses que reciben el suplemento en forma discontinúa y en 38,5% de niños de 9 a 11 meses que no reciben. El 42,9% de niños de 6 meses y el 47,1% de niños de 7 a 8 meses reciben alimento con consistencia inadecuada presentan hemoglobina baja, a diferencia de los niños de 9 a 11 meses que recibe en forma adecuada presenta hemoglobina baja. Se concluye que la alimentación complementaria que recibe el niño de 6 meses, 7 a 8 meses y los de 9 a 11 meses tiene relación significativa ($p < 0,05$) con el nivel de hemoglobina (72).

- El estudio se realizó con el objetivo de determinar los factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños(as) de 6 a 35 meses de edad, del Establecimiento de Salud Acora I-4, Puno 2014; fue de tipo descriptivo de corte transversal con diseño correlacional; la población estuvo constituida por 135 niños de 6 a 35 meses de edad, con una muestra de 47 niños; para la recolección de datos se utilizó la técnica la entrevista y como instrumento la guía de encuesta dirigida, que consta de 12 ítems; para el análisis de datos recolectados se utilizó el programa estadístico IBM – SPSS

versión 20 con la prueba estadística de Ji cuadrada. Los resultados en términos de preparación y administración de multimicronutrientes fueron: El 55.3% y el 72.3% de las madres prepara y administra respectivamente de forma incorrecta; en cuanto a la edad de la madre el 72.3% son madres jóvenes de 18 a 29 años, de las cuales el 44.7% preparan de forma incorrecta y el 48.9% lo administran incorrectamente; en cuanto a los factores institucionales como: la frecuencia de consejería de multimicronutrientes, el 59.6% de las madres reciben consejería en todos los controles de Crecimiento y Desarrollo (CRED), de las cuales el 42.6% tienen niños que consumen incorrectamente; pero ninguno de los niños consumen los multimicronutrientes correctamente y sus madres recibieron consejería solo en algunos controles de CRED; el 100% de las madres nunca han recibido visitas domiciliarias con motivo de seguimiento y supervisión del consumo de multimicronutrientes; Respecto a la aceptación y efectos secundarios, el 76.6% de los niños no aceptan los multimicronutrientes, las madres refieren que a sus niños “no les gusta”, del cual el 68.1% de los niños los consume de forma incorrecta y el 8.5% en forma correcta. Por lo tanto se concluye que el factor que influye más en el consumo, es el institucional (en relación a la frecuencia de consejería); seguido de la aceptación de multimicronutrientes; en cambio los factores familiares como: edad, ocupación y grado de instrucción de la madre no influyen en el consumo de los multimicronutrientes (73).

- En otro estudio, acerca de “Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primigestas Centro de Desarrollo Juvenil, Puno-2016”, cuyo tipo de investigación fue descriptivo simple de corte transversal. La muestra de estudio estuvo constituida por 32 adolescentes primigestas usuarias del Centro de Desarrollo Juvenil - Puno, la técnica fue la encuesta y el instrumento el cuestionario, los resultados obtenidos respecto al conocimiento de las adolescentes primigestas es bueno con 59%, seguido de 25% que poseen conocimiento regular y el 16% posee conocimiento deficiente sobre lactancia

materna. En cuanto a las generalidades de la lactancia materna sé obtiene que las adolescentes primigestas poseen un conocimiento bueno en: concepto de lactancia materna 75%, concepto de calostro 72% y sobre los beneficios para el recién nacido 59%. Además se demostró que las adolescentes primigestas poseen conocimiento deficiente en aspectos de: beneficios para las madres 38%, contenido nutricional 28% e inicio de la lactancia materna 25%. En cuanto a la técnica de amamantamiento, las adolescentes primigestas poseen un conocimiento bueno respecto a: posición del lactante para eliminar gases 78%, higiene de la mama y postura correcta de la madre para dar de lactar 72%. Muestran conocimiento deficientes en cuanto: el buen agarre 25%, frecuencia 22% y duración del amamantamiento 19%. En la presente investigación concluye que las adolescentes primigestas poseen conocimiento bueno, seguido de conocimiento regular y en menor porcentaje conocimiento deficiente sobre lactancia materna (74).

-En un estudio cuyo finalidad fue determinar la relación entre las prácticas saludables sobre cuidado infantil y nivel de hemoglobina en niños de 7 a 23 meses, que acuden al consultorio AIS niño, del C.S. I-3 Metropolitano Puno 2018. El tipo de estudio fue descriptivo, cuantitativo, correlacional. La muestra estuvo constituida por 100 niños(as) entre 7 a 23 meses, que asisten al consultorio AIS Niño, del centro de salud antes mencionado, a quienes se les aplicó un cuestionario pre diseñado acerca de prácticas saludables sobre cuidado infantil, y una ficha de registro acerca de nivel de hemoglobina. Los resultados son: las practicas saludables sobre cuidado infantil como: alimentación complementaria (90%), suplementación con multimicronutrientes (87%), lavado de manos (93%), control de crecimiento y desarrollo (83%) y lactancia materna (86%), son realizadas de manera inadecuada por la mayor proporción de madres de niños entre 7 a 23 meses, siendo solo el consumo de agua segura (74%), la practica realizada de manera adecuada por la mayoría de ellas; en cuanto al nivel de hemoglobina, el 51% de niños

presenta un bajo nivel de hemoglobina; finalmente, la prueba estadística Chi cuadrada comprobó que de las 6 practicas saludables sobre cuidado infantil, la alimentación complementaria ($p= 0.053$), suplementación con multimicronutrientes ($p=0,031$), y lavado de manos tuvieron relación con el nivel de hemoglobina ($p=0,057$) (75).

-El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el estado nutricional, conocimientos y prácticas alimentarias de niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al Centro de Salud Simón Bolívar, Puno 2018. El estudio fue descriptivo, correlacional de corte transversal. Para ello se trabajó con una población muestral de 94 madres con sus respectivos niños que reunieran los criterios de inclusión. Para la recolección de datos se empleó el método de la antropometría y la encuesta, como técnica la evaluación nutricional, para lo cual se pesó, talló (T/E y P/E) y se recolectó la edad del menor, se utilizaron 3 instrumentos: dos cuestionarios estructurados para determinar los conocimientos y prácticas alimentarias de las madres, y una ficha de estado nutricional. Los resultados señalan que el 12.80% tienen un nivel de conocimiento alto, el 39.40% presentan un conocimiento medio y el 47.80% tienen un conocimiento bajo. El 16.00% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, el 43.60% presentan prácticas alimentarias regulares y el 40.40% presentan malas prácticas alimentarias. Existe relación estadística entre los conocimientos y prácticas de la madre sobre alimentación del niño de 6 a 24 meses de edad con el estado nutricional según talla/edad y peso/edad (76).

3.3. MATERIALES Y MÉTODOS:

El estudio se realizó en la ciudad de Puno, el lugar fue el Establecimiento de Salud I-3 Metropolitano Puno, en el servicio de CRED, que cuenta con 1 ambiente con 2 enfermeras y 1 técnico de enfermería para la atención del niño menor de 11 años; la población fue calculada a partir del aproximado de niños que acuden por día, durante 20 días al consultorio de AIS niño del C.S. Metropolitano Puno, con edades entre los 6 a 24 meses y cuya cantidad es de 80 niños, siendo la muestra 40 niños de tal edad, numero hallado a partir del muestreo aleatorio simple, con nivel de confianza al 95%.

IV. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

CUADRO 1

**PRACTICAS DE CUIDADO INFANTIL: ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA, SUPLEMENTACIÓN DE MICRONUTRIENTES,
LAVADO DE MANOS, CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO
Y LACTANCIA MATERNA EN EL NIÑO DE 6 A 24 MESES, DEL CENTRO
DE SALUD I-3 PUNO**

CATEGORIAS	ADECUADA		INADECUADA		TOTAL	
DIMENSIONES	N°	%	N°	%	N°	%
Alimentación complementaria	17	43	23	58	40	100
Suplementación de micronutrientes	10	25	30	75	40	100
Lavado de manos	35	88	5	13	40	100
Control de crecimiento y desarrollo	26	65	14	35	40	100
Lactancia materna	14	35	26	65	40	100
Total	102	51	98	49	200	100

Fuente: Cuestionario sobre prácticas de cuidado infantil y anemia, aplicado a cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses, del Centro de Salud I-3 Puno, 2018

Los resultados muestran, que prácticas de cuidado como el lavado de manos y control de crecimiento y desarrollo son adecuadamente efectuadas por la mayor proporción de madres de niños de 6 a 24 meses, con el 88% y 65% respectivamente; en tanto, prácticas referidas a suplementación de multimicronutrientes, lactancia materna y alimentación complementaria fueron brindadas inadecuadamente por la mayoría de ellas, con porcentajes de 75%, 65% y 58% respectivamente.

En relación a lo anterior se puede desprender que: aspectos como el lavado de manos que fueron practicadas por las madres adecuadamente, es decir realizados en el tiempo, con insumos y conocimiento correctos, no necesariamente podrían asegurar su adecuación; puesto que el estudio por ser un primer acercamiento para evaluar estas prácticas de cuidado, obvió algunos aspectos de evaluación como el uso de agua a chorro o estancada,

momentos del lavado de manos y su adecuado procedimiento, pudiendo ser evaluados óptimamente sólo a través de la observación in situ; y que pudieron afectar los resultados; pues lo sugerido, es el lavado de manos con agua a chorro y en ausencia de ella su adecuación creativa, en todos los momentos posibles, y con los 7 pasos del lavado de manos (41); a pesar de ello, estos resultados concuerdan con los de Homero H. y Torres B. (77), quienes hallaron, en cuanto a prácticas de higiene en la alimentación que tiene la madre o cuidadora del niño, que 76.1% presentan prácticas de higiene adecuadas y 23.9% lo realizan de forma inadecuada. Respecto a control de crecimiento y desarrollo, los resultados sugieren es adecuada (65 %), resultado que es mayor al obtenido a nivel nacional (58 %), lo que es positivo en el sentido que el control de crecimiento y desarrollo es pieza clave para prevenir y diagnosticar tempranamente enfermedades (3), pues a través de las visitas al consultorio de crecimiento y desarrollo es posible establecer un acercamiento con la familia del niño(a) (78), que permita conocer sus problemas y preocupaciones, pudiendo actuar en éstas (79); de otro lado cabe resaltar que existe un porcentaje minoritario de madres cuyo control de crecimiento y desarrollo es negativo, lo que refleja una inadecuada asistencia a la misma, debiéndose esencialmente a las múltiples funciones que deben desarrollar los profesionales que laboran en CRED (64). Otros aspectos que merecen mayor preocupación, por estar inadecuadamente practicadas por las madres de niños(as) de 6 a 24 meses, son la suplementación de multimicronutrientes, lactancia materna y alimentación complementaria. En cuanto al primero de ellos, se afirma que a pesar de que la fortificación con Fe a los alimentos, ha sido el método más rentable, con excelentes resultados(31) en la reducción de la prevalencia de la deficiencia nutricional de Fe (30); su suplementación no es correcta, y esto muchas veces debido a los eventos adversos que pueden llegar a ocasionar los multimicronutrientes y/o hierro en gotas (diarrea y/o estreñimiento) (80), a causa de la

inadecuada preparación (en más de dos cucharadas de comida), conservación (sitios cálidos y sobres abiertos) y administración (se consumen luego de 15 minutos de mezclados con la comida) de multimicronutrientes y/o hierro (36); lo cual claramente se observa en el estudio de Munares O. y Gómez G., quienes hallaron que del 75,9% de niños que recibieron multimicronutrientes, solo el 24,4% tuvo adherencia al mismo, coincidiendo con los resultados del actual estudio (68), al igual que en el estudio de Carrión DK (73). Quien halló que el 55.3% y el 72.3% de las madres prepara y administra respectivamente de forma incorrecta.

Los resultados muestran una inadecuada práctica de lactancia materna, lo que es contraproducente, pues se sabe que niños amamantados con ésta tienen menos probabilidades de presentar anemia (3), por ser la única leche con una biodisponibilidad de hierro del 50% (48); así mismo, los resultados coinciden con lo hallado por Parra CB, Enrique J y Quintana F (59), así como Niño MR, Silva AE (62) y Mamani L (74), quienes encontraron que la lactancia materna solo era brindada por las madres a sus hijos hasta los 3 meses y que solo el 45,8% brindaba LM exclusiva; con conocimientos deficientes en aspectos como: el buen agarre 25%, frecuencia 22% y duración del amamantamiento 19%; difiriendo con lo hallado por Velásquez J. (65) quien encontró que 89,6% de los niños menores de 6 meses recibía lactancia materna exclusiva, lo mismo que ocurre a nivel nacional (Perú), pues se afirma que la lactancia materna adecuada hasta los 6 meses es practicada por las madres en un 69.8% (3); respecto a estas diferencias, se puede mencionar, que la lactancia materna siempre será considerado el alimento más completo que se le pueda brindar al niño, ya sea para el bienestar físico, social y psicológico de la madre; así como para el desarrollo físico (inmunidad, prevención de caries, obesidad, anemia u otra enfermedad), fortaleciendo el lazo afectivo (50); sin embargo podrían existir aspectos en ésta diada que predisponen su práctica inadecuada, entre las que

destacan la actividad laboral de la madre, la poca producción de leche que origina su reemplazo por sucedáneos (3), entre otros; aspectos que deben ser reforzados en cada control, pues solo así se lograría el mayor conocimiento y práctica de la madre, fortaleciendo su autoestima y alentándola a amamantar (49).

Finalmente en el cuadro 1, se muestra que la alimentación complementaria fue practicada inadecuadamente por el 58 % de las madres de niños de 6 a 24 meses, lo cual es atribuido a conocimientos deficientes respecto al mismo, tal como lo indica el estudio de Carlo DS (76); de otro lado estos resultados se asemejan al estudio realizado por Amaya N (67). acerca de prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional, pues obtuvo 48.9% de las madres presentan buenas prácticas alimentarias, indicando que el mayor porcentaje presenta malas prácticas alimentarias; similar al obtenido por el MINSA , pues tal entidad indica que: 50,8% de las niñas y niños entre los seis a ocho meses de edad continuaban siendo amamantados, recibiendo otros líquidos; y de los que consumieron diversos tipos de alimentos, el 92,3% consumió cereales o derivados; en relación a la frecuencia de la alimentación en niñas y niños de ésta edad que seguían siendo amamantados, el 69,6% consumió alimentos al menos dos veces al día, mientras que el 78,6% de niños entre los nueve a once meses ingirió alimentos tres o más veces al día (22); y difieren con lo obtenido por Yucra RY. Quien halló que 42,9% de niños de 6 meses y el 47,1% de niños de 7 a 8 meses reciben alimento con consistencia inadecuada (72); aspectos que son preocupantes, pues es necesario que el incremento en la frecuencia, cantidad y variedad de alimento estén acorde a la edad del niño, mientras más crezca, mayores serán sus necesidades (26), de otro lado es necesario recomendar la introducción de alimentos con alta capacidad energizante a una edad en que la permeabilidad intestinal sea menor, así las posibilidades de desarrollar una alergia alimentaria disminuirán (23).

Además, cabe mencionar que los aspectos antes señalados guardan relación entre sí, pues cada una parece depender de la otra, en tal caso la LM debe ser exclusiva solo hasta los 6 meses, edad en la que ya deben ser introducidos otro tipo de alimentos en cantidad, frecuencia y consistencia adecuadas a la edad; al mismo tiempo deben ser altamente nutritivas y ricas en hierro, a lo que se sumaría los multimicronutrientes y hierro, los que deberán tener sinergismo con los alimentos que se consumen a diario, luego de los 6 meses, asegurando su absorción; entonces, parece ser lógico, que estos tres aspectos sean negativos, pues la práctica inadecuada de una compromete a las otras dos, en tal sentido es que parece ser que: la lactancia materna exclusiva que se extiende hasta luego de los 6 meses, compromete la alimentación complementaria adecuada al disminuir su cantidad, frecuencia y consistencia; al mismo tiempo compromete el consumo de multimicronutrientes con alimentos.

CUADRO 2

ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24 MESES, DEL CENTRO DE SALUD I-3

PUNO

CATEGORIAS	CON ANEMIA						TOTAL		SIN ANEMIA		TOTAL	
	LEVE		MODERAD O		SEVER O		N°	%	N°	%	N°	%
DIMENSION	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
niños de 6 meses a 2 años	14	35	12	30	0	0	26	65	14	35	40	100

Fuente: cuestionario sobre prácticas de cuidado infantil y anemia, aplicado a cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses, del Centro de Salud I-3 Puno, 2018

En el cuadro 2, respecto a porcentaje de anemia, se observa que el 65% de niños (as) de 6 a 24 meses tiene anemia, siendo la anemia leve (35 %) la de mayor proporción, seguido de moderada (30 %); en tanto el 40% de niños no tuvo anemia. Tales resultados coinciden con: Christensena L, Sguassero Y y Cuestab B (60), quienes encontraron que el 56% de niños en el grupo de 6 a 23 meses tenían anemia; del mismo modo con porcentajes de Perú (43,5 %) y Puno (76%); y diferentes a los resultados mostrados por Rojas M, Rodríguez E y Benítez N, que hallaron que 46,9 % de los niños de seis a 23 meses tenían anemia con ligero predominio en el sexo masculino. Del mismo modo, se muestra que el mayor porcentaje de anemia corresponde al grado leve (30 %), similar al estudio de Rojas M, Rodríguez E y Benítez N (61), que hallaron que la anemia mas frecuente fue la leve (90,6 %).

Respecto a lo anterior, cabe mencionar que aspectos como el deficiente consumo de alimentos ricos en hierro pueden tener mucha influencia en la anemia, ya que el requerimiento diario para niños de 6 a 24 meses que debería ser 11mg/día (52), llega solo al 7,1 mg/día, siendo el promedio de hierro hemínico de 3,9 mg/día (59), lo que indica que se está consumiendo mayor cantidad de hierro proveniente de vegetales (hierro no hemínico), cuya absorción es solo del 5 % (48); aportando a la prevalencia de anemia infantil; razón por la que el gobierno Peruano adoptó medidas como: suplementación de

hierro, control de crecimiento y desarrollo, promoción del consumo de agua segura y lavado de manos, control CRED, etc (19). los que están siendo inadecuadamente ejecutadas, razón por la que son necesarias inicialmente consejerías en: las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal (36), además de los temas ya mencionados. Otro aspecto a tomarse en cuenta es: que el recién nacido durante los 2 primeros meses de vida, experimenta un descenso fisiológico de su hemoglobina (53), por lo que para reparar dicho descenso debe promoverse la LM exclusiva (22) e incluir el despistaje de anemia en todos los niños que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica (36), desde edades tempranas, es decir, desde los 4 meses en niños con peso adecuado al nacimiento (42).

Así mismo, de no revertirse la situación encontrada en el actual estudio, a través del refuerzo y capacitación constante a los padres en los aspectos antes mencionados, prevalecerá la anemia infantil, ocasionando el retraso en el crecimiento físico y desarrollo cognitivo del niño(a), comprometiendo sus habilidades motoras, motoras finas, recepción visual, lenguaje receptivo y lenguaje (54), haciendo que tengan un bajo rendimiento académico(50) y social, perpetuando así la pobreza (51) y retrasando el desarrollo económico y social del país.

Finalmente, es bien conocido que aspectos como el de alimentación, suplementación de micronutrientes, lactancia materna, lavado de manos y control de crecimiento y desarrollo, son reforzadas a través de consejerías brindadas por el profesional de salud en cada cita de control, sin embargo parece ser que estas son poco efectivas, por el corto tiempo en el que se realiza cada control haciendo que la consejería sea rápida no dando tiempo para que los padres formulen preguntas; por esto, resulta importante actuar a otro nivel, en el que el padre/ madre y/o cuidador del niño se sienta identificado e involucrado

en cada aspecto que se le enseñe, tal alternativa puede ser la visita domiciliaria, pues a través de la misma se puede interactuar directamente con la realidad y entorno del niño(a), y comprender que quizá existen otros aspectos que condicionan que el niño(a) tenga o no anemia.

CUADRO 3

**PRACTICAS DE CUIDADO INFANTIL Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 24
MESES, DEL CENTRO DE SALUD I-3 PUNO**

PRACTICAS DE CUIDADO INFANTIL	ANEMIA				TOTAL	
	CON ANEMIA		SIN ANEMIA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adecuada	4	10	3	8	7	18
Inadecuada	22	55	11	27	33	82
Total	26	65	14	35	40	100

Fuente: Cuestionario sobre prácticas de cuidado infantil y anemia, aplicado a cuidadores de niños(as) de 6 a 24 meses, del Centro de Salud I-3 Puno, 2018

El cuadro 3 muestra que: del 18 % de madres que brindaron prácticas de cuidado de manera adecuada a sus hijos, 10% de estos últimos tuvo anemia, en tanto que 8 % resultaron normales; por otro lado, del 82 % de madres que ejecutaron inadecuadamente las prácticas de cuidado hacia sus hijos, 55 % de estos últimos tuvo anemia y solo 27 % resulto normal. Siendo el comportamiento de las variables: prácticas de cuidado y anemia, en sentido positivo; este resultado coincide con el de Rojas M, Rodríguez E, Benítez N, cuyo resultado demostro que 46,9 % de los niños de seis a 23 meses de edad presentaron anemia, siendo los factores de riesgo asociados: la anemia materna (75 %); la no profilaxis a los niños con sales de hierro (71,9 %); la no lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad (65,7 %) y las infecciones (81,2 %).

Resulta entonces, importante que la alimentación complementaria sea asistida por los padres (26), introduciendo alimentos de menor consistencia hasta unos más elaborados; del mismo modo, la cantidad y frecuencia varían en función a la edad del niño(a) (34); así mismo, a pesar de consumir variedad de alimentos, éstos muchas veces son pobres en hierro y no favorecen el incremento de reservas en el organismo, por lo que se hace necesaria la introducción de suplementos ricos en hierro (17), que ayudaran a incrementar su biodisponibilidad, pero sucede que no solo es necesaria la dotación de estos insumos,

mucho menos su distribución a las familias (66); resulta entonces que se hace indispensable hacer conocer a los cuidadores de niños que éste insumo consta de 5 vitaminas y minerales, por lo que es necesaria su conservación en lugares fríos, cuya preparación evite ser en comidas calientes y su consumo sea antes de los 15 minutos de mezclados con los alimentos (36), pues conociendo su composición podrían cambiar de sabor o producir eventos adversos, los cuales limitarían su consumo al mínimo y en muchos casos se suspenderían por el temor de los padres a ocasionar eventos adversos como: diarreas, vómitos o estreñimiento (34); no obstante también es necesario saber potenciar su absorción, pues existen casos en los que la adherencia a la suplementación, así como el consumo de alimentos ricos en hierro es alta, no obstante posterior a su consumo estuvieron acompañadas por café, té e infusiones, los que pueden actuar en contra de la absorción del hierro (35); a lo que se suma el amamantamiento exclusivo de leche materna mayor a los 6 meses sugeridos (17), pretendiendo muchas veces dar el hierro elemental en gotas, junto o poco después de la LM, lo que resultaría en la reducción de su absorción de hierro. De la misma forma, aspectos tan sencillos de realizar como el lavado de manos y la asistencia al control de crecimiento y desarrollo, parecen comprometer la cantidad de hierro en el organismo del niño (a), ya que un descuido en el lavado de manos, condiciona la aparición de enfermedades respiratorias y diarreicas, que comprometerían el buen crecimiento y desarrollo del niño(a) (41), favoreciendo la aparición de anemia ferropénica; del mismo modo la asistencia al control CRED, proporciona a los padres de niños de 6 a 23 meses, información referente al estado nutricional, de salud, inmunológico, etc. de éste último, haciendo que en caso exista algún problema detectado tempranamente, este pueda ser tempranamente tratado (42), con la ventaja de que estos niños tienen su máximo crecimiento y desarrollo de sistemas en los primeros 3 años de vida (3), lo que no ocurre en aquellas familias cuyos hijos no son

llevados a su control, tal como se describe en el estudio de Sosa L, et al (63), pues en ellos éstos problemas son tardíamente diagnosticados, por lo que nada se puede hacer para revertir la situación.

Por otro lado, en el cuadro 3, se puede observar que el comportamiento de las variables de estudio no son del todo definitivas, quiere decir que en algunos casos, se muestra que aunque las prácticas de cuidado infantil son inadecuadas, el valor de anemia en mayor a 11gr/dL, es decir estos son niños sanos; se pudo analizar que otros aspectos tales como el grado de instrucción y nivel económico estarían interviniendo positivamente en tal resultado, pues las familias de estos niños, estarían asistiendo a clínicas particulares, que les proporcionaron otras alternativas, probablemente comerciales (productos enriquecidos en hierro) u otros fortificados, en caso la producción de leche sea insuficiente o por aspectos de trabajo (3). Por el contrario existen madres cuyas prácticas de cuidado infantil son adecuados pero sus hijos tienen anemia, lo que hace pensar que pudieran existir muchos otros factores que determinan tal situación, entre ellas: el consumo de agua segura, infecciones como la parasitosis y el consumo de leche de vaca (59), cuyas proteínas son moléculas muy grandes de absorber y cuya cantidad de hierro es menor a la de la leche materna (50).

No obstante, a pesar de lo anteriormente señalado, en general existe una relación inversa entre las variables: prácticas de cuidado y anemia, ya que las practicas inadecuadas incrementan el riesgo de anemia, resultado que sugiere el reforzamiento de las consejerías de salud en todos los niveles posibles: consultorio de crecimiento y desarrollo del niño(a), servicios de salud móviles, familias, comunidades, instituciones educativas, etc. trabajando de manera coordinada y buscando aliados intersectorialmente. Del mismo modo tendría que tomarse en cuenta que la consejería en el hogar demostró excelentes resultados en el mejoramiento y/o cambio de hábitos de la familia, al mismo tiempo que

le permitió al personal de salud comprender la realidad de la familia, dirigiendo sus acciones hacia problemas reales con instrumentos disponibles en la misma (81); pues finalmente el personal de salud no será quien cambie aspectos negativos en las familias, sino que aspectos saludables aprendidos deberán ser interiorizados por las mismas, puestos en práctica y sostenidos en el tiempo (empoderamiento) (82).

Al respecto la prueba Ji cuadrada hallada a partir del programa Epidat 3.1, halló como valor $p=0,6313$ (ANEXO 5), es decir que las prácticas de cuidado y anemia, son variables independientes y por ende no están relacionados entre sí; esto se explicaría porque el estudio no tomó en cuenta aspectos como la asistencia de las madres y/o cuidadores a clínicas particulares o que provenían de otros departamentos y residían por un tiempo en Puno, así mismo no evaluó de manera directa (observación) los 5 prácticas de cuidado propuestas por éste estudio.

Es entonces, factible asegurar que una familia que maneje muy bien todos los conocimientos respecto a factores en salud lograra mejores cuidados con sus hijos y aportara a la reducción de casos de anemia infantil, repercutiendo positivamente en el desarrollo del país.

V. CONCLUSIONES

La monografía llegó a las siguientes conclusiones:

PRIMERA: De las 5 prácticas de cuidado infantil evaluadas, el lavado de manos y asistencia al control de crecimiento y desarrollo fueron adecuadamente ejecutadas por el mayor porcentaje de madres, en tanto que la suplementación con multimicronutrientes, lactancia materna y alimentación complementaria fueron brindadas por la mayoría de ellas de modo inadecuado.

SEGUNDA: la mayoría de niños de 6 a 24 meses tiene anemia, siendo la anemia leve la de mayor porcentaje, seguido de la anemia moderada.

TERCERA: los resultados sugieren que las prácticas de cuidado y anemia no guardan relación entre sí ($p=0,6313$), Los mismos que se explican por lo siguiente: la alimentación complementaria no solo es proveniente de la dieta sino de otros suplementos vitamínicos; existe poca adherencia a los suplementos de hierro; en el lavado de manos no se están utilizando los materiales necesarios; en el consumo de agua no solo es necesario ver aspectos propios de su composición sino también de almacenaje y medio ambiente; en el control CRED, no está siendo efectiva la consejería; y finalmente la lactancia materna no está siendo practicada por las madres, por ser muchas de ellas madres que trabajan durante el día, estudios, etc.

VI. RECOMENDACIONES

A la coordinadora de la estrategia sanitaria nacional AIS Niño de la MR Metropolitano, a nivel de todos sus puestos y centros de salud, promover el cumplimiento de la NT. N° 537 MINSA, sobre el tiempo de atención para el control de un niño: 45 minutos, tiempo en el que se podría realizar todas las consejerías posibles respecto a prácticas de cuidado infantil.

En coordinación con la unidad de capacitación, organizar cursos mayores a 40 Horas académicas, respecto a: “el rol que cumple la consejería en el control de crecimiento y desarrollo”, además de indicar que la consejería deberá orientarse sobre aspectos como: alimentación complementaria, consumo de multimicronutrientes y lavado de manos, por haberse comprobado a través del estudio, su relación directa en el incremento de nivel de hemoglobina.

A los profesionales de salud de áreas de control del niño y nutrición, poner en práctica los momentos de la consejería, reforzando prácticas de cuidado infantil de acuerdo a la situación encontrada y según interés del usuario.

A los profesionales de salud que laboran en el C. S. I-3 Metropolitano Puno, realizar un trabajo en equipo que permita el constante monitoreo y asesoramiento respecto a prácticas de cuidado, a nivel de las familias en sus viviendas.

A los egresados de la segunda especialidad en Crecimiento, desarrollo y estimulación temprana: se les recomienda el planteamiento de estudios experimentales, cualitativos, o mínimamente descriptivos correlacionales cuyo instrumento sea la ficha de observación, referidos al tema actual.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS. La anemia como centro de atención: Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. Oms [Internet]. 2009;(4):2-322. Available from: https://www.unscn.org/layout/modules/resources/files/La_anemia_como_centro_de_atención_1.pdf
2. OPS. Anemia ferropénica: Investigación para soluciones eficientes y viables [Internet]. Available from: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11679%3Airon-deficiency-anemia-research-on-iron-fortification-for-efficient-feasible-solutions&catid=6601%3Acase-studies&Itemid=40275&lang=es
3. MINSA. Plan nacional para la reducción y control de la anemia: Materno infantil y la desnutrición crónica infantil del Perú: 2017-2021. 2017; Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>
4. Arroyo Laguna J. Hacia un Perú sin anemia. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2017;34(4):586. Available from: <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3279>
5. MINSA. RM 249-2017 MINSA, Plan nacional para la reducción y control de anemia materno infantil y desnutricion cronica infantil en el Perú: 2017-2021 [Internet]. Lima Perú; 2017. p. 53. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF
6. Gandra Y. La anemia ferropénica en la población de América Latina y el Caribe. 2000;13. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/14495/v68n5p375.pdf>
7. World Health Organization. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Benoist B, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. Atlanta: Who Global Database on Anaemia; 2008.
8. Instituto Nacional de Salud. Anemia en la población infantil del Perú: Aspectos clave para su afronte. 2015;37(1):129.
9. Ministerio de Salud. Guía para agentes comunitarios de Salud: Sesión demostrativa para hacer preparaciones nutritivas. CARE, editor. Lima, Perú; 2006. 5-47 p.
10. Sousa FG, Araujo T. Fatores de risco para carência nutricional de ferro em crianças de seis a sessenta meses na perspectiva do modelo campo de saúde. Texto Context - Enferm [Internet]. 2004;13(3):420-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n3/a12v13n03.pdf>
11. Alcázar L. Impacto económico de la anemia en el Perú [Libro electrónico] [Internet]. Lima: Grupo de análisis para el desarrollo; 2012. Available from: http://www.grade.org.pe/upload/publicaciones/archivo/download/pubs/LIBROG RADE_ANEMIA.pdf
12. Villavicencio HD, Ochoa M. Prevención y control de las infecciones intrahospitalarias. Capcha, Edgar Waldo. Cusco, Perú: Dirección de epidemiología; 2006. 18 p.
13. CEPAL. Propuesta metodológica para el trabajo con padres de familia módulo

- para facilitadores [Internet]. Available from: file:///D:/wsp-hwws-peru-Modulo-Lavado-de-Manos-Escuela-de-Padres.pdf
14. Clark KM, Li M, Zhu, Bingquan et al. Breastfeeding, mixed, or formula feeding at 9 months of age and the prevalence of iron deficiency and iron deficiency anemia in two cohorts of infants in China. *J Pediatr*. 2017;181:56–61.
 15. Lope M. Puno: disminución de lactancia materna tiene mayor incidencia en zonas urbanas. *Diario correo, región Puno*. 2017 Aug 15;
 16. Mamani Rosales DK. Asistencia al control de crecimiento, desarrollo y el estado nutricional en lactantes del Puesto de Salud Progreso I-2, San Juan Bautista, 2016 [Tesis]. Iquitos: Universidad Privada de la Selva Peruana. Facultad de Enfermería; 2017.
 17. Vasquez E. La anemia en la infancia. *Rev Panam Salud Pública*. 2003;13(6):349–51.
 18. Freire WB. La anemia por deficiencia de hierro: Estrategias de la OPS/OMS para combatirla. *Salud Publica Mex*. 1998;40(2):199–205.
 19. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú: 2017-2021. Minsa. 2017;2017–21.
 20. Ministerio de salud Perú. Documento técnico: Promoción de prácticas y entornos saludables para el cuidado infantil. 1a ed. MINSA, editor. Lima Perú; 2011.
 21. Infantil H, Ni U. Alimentación complementaria fácil. 2016;61–4.
 22. Ministerio de Salud (MINSA). Lineamientos de Gestión de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable. 2011;1–56. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1821.pdf>
 23. Alimentación complementaria del lactante de 6 a 24 meses [pagina principal en Internet]. Lima:Ministerio de salud; 2007. Alimentación complementaria del lactante de 6 a 24 meses [Internet]. [cited 2018 Feb 23]. Available from: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION6MESESA24.pdf>
 24. Statement P. Breastfeeding and the Use of Human Milk. *Pediatrics* [Internet]. 2012;129(3):e827–41. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2011-3552>
 25. Naylor AJ, Morrow AL. Developmental Readiness of Normal Full Term Infants to Progress from Exclusive Breastfeeding to the Introduction of Complementary Foods Reviews of the Relevant Literature Concerning. *Acad Educ Dev*. 2001;(April):1–36.
 26. Noguera D, Marquez JC CI. Alimentación complementaria en niños sanos de 6 a 24 meses. 2013;76(1):128–35. Available from: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06492013000300008
 27. Cuadros-mendoza C, Vichido-luna M, Montijo-Barrios E, Zarate-Mondragón F, Cadena-León J, Cervantes-Bustamante R, et al. Actualidades en alimentación complementaria. 2017;38(3):182–201.
 28. Ministerio de Salud (MINSA). Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para la población materno infantil. *Cent Nac Aliment y Nutr* [Internet].

- 2009; Available from:
file:///C:/Users/Toshiba/Downloads/Guia_de_Sesiones_Demostrativas-email
(3).pdf
29. Ministerio de salud - Perú. Norma técnica de salud para el control del crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. MINSAs, editor. Lima Perú; 2011. 1-149 p.
 30. Dobe M, Garg P, Bhalla G. Fortification as an effective strategy to bridge iron gaps during complementary feeding. *Clin Epidemiol Glob Heal*. 2017;4–7.
 31. Lynch SR. The impact of iron fortification on nutritional anaemia. *Best Pract Res Clin Haematol*. 2005;18(2 SPEC. ISS.):333–46.
 32. Losso JN, Karki N, Muyonga J, Wu Y, Fusilier K, Jacob G, et al. Iron retention in iron-fortified rice and use of iron-fortified rice to treat women with iron deficiency: A pilot study. *BBA Clin*. 2017;8(May):78–83.
 33. Teshome EM, Otieno W, Terwel SR, Osoti V, Demir AY, Andango PEA, et al. Comparison of home fortification with two iron formulations among Kenyan children: Rationale and design of a placebo-controlled non-inferiority trial. *Contemp Clin Trials Commun*. 2017;7(October 2016):1–10.
 34. Ministerio de Salud. Directiva Sanitaria Que Establece La Suplementacion Con Multimicronutrientes Y Hierro Para La Prevencion De Anemia En Niñas Y Niños Menores De 36 Meses. 2014;27.
 35. Organización Mundial de la Salud. El uso clínico de la sangre. *Man Bols*. 2001;
 36. MINSAs. Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes y mujeres gestantes y puérperas [Internet]. Lima: Ministerio de salud;2017. [cited 2018 Apr 16]. p. 37. Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_250-2017-MINSA.PDF
 37. World Health Organization. Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities. *World Heal Organ* [Internet]. 2004;110. Available from: http://www.wpro.who.int/publications/docs/practical_guidelines_infection_control.pdf
 38. Toshima Y, Ojima M, Yamada H, Mori H, Tonomura T, Hioki Y, et al. Observation of everyday hand-washing behavior of Japanese, and effects of antibacterial soap. *Int J Food Microbiol*. 2001;68(1–2):83–91.
 39. Caris MG, Labuschagne HA, Dekker M, Kramer MHH, van Agtmael MA, Vandembroucke-Grauls CMJE. Nudging to improve hand hygiene. *J Hosp Infect* [Internet]. 2017; Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.09.023>
 40. Luby SP, Rahman M, Arnold BF, Unicomb L, Ashraf S, Winch PJ, et al. Effects of water quality, sanitation, handwashing, and nutritional interventions on diarrhoea and child growth in rural Bangladesh: A cluster randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018;6(3):e302–15. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30490-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30490-4)
 41. MINSAs. RM 773 MINSAs, Directiva sanitaria para promocionar el lavado de manos social como práctica saludable en el Perú. 2012; Available from: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2012/RM773_2012_MINSA.pdf
 42. Ministerio de Salud (MINSAs). Norma técnica de salud para el control del

- crecimiento y desarrollo de las niñas y el niño menor de 5 años. 2017. p. 133.
43. Kerbl R, Ziniel G, Winkler P, Habl C, Püspök R, Waldhauser F. Child Health Care Services in Austria. *J Pediatr*. 2016;177:S35–47.
 44. Kanitkar M. Health care for children in Indian Armed Forces. *Med J Armed Forces India* [Internet]. 2017;73(4):400–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mjafi.2017.09.008>
 45. Felfe C, Lalive R. Does early child care affect children’s development? *J Public Econ* [Internet]. 2018;159(September 2015):33–53. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0047272718300148>
 46. Boone P, Elbourne D, Fazzio I, Fernandes S, Frost C, Jayanty C, et al. Effects of community health interventions on under-5 mortality in rural Guinea-Bissau (EPICS): A cluster-randomised controlled trial. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2016;4(5):e328–35. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30048-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30048-1)
 47. Organización Mundial de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Capítulo modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 2010. 120 p.
 48. Seshadri S. Nutrition anemia during pregnancy, early childhood and adolescence: The critical development periods [Internet]. *Public Health Nutrition in Developing Countries: (Two Volume Set)*. Woodhead Publishing Limited; 2011. 674-712 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1533/9780857093905.674>
 49. Alianmoghaddam N, Phibbs S, Benn C. Resistance to breastfeeding: A Foucauldian analysis of breastfeeding support from health professionals. *Women and Birth* [Internet]. 2017;30(6):e281–91. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.05.005>
 50. MINSA. Guía técnica para la consejería en la lactancia materna. 2015;1–20.
 51. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. *MMWR Recomm Rep*. 2008;(RR-3)(47):1–36.
 52. FAO, WHO. Human Vitamin and Mineral Requirements. *Hum Vitam Miner Requir*. 2001;303.
 53. Lili L, Huang L, Yaojiang S, Renfu L, Meredith Y, Scott R. Anemia and student’s educational performance in rural Central China: Prevalence, correlates and impacts. *China Econ Rev*. 2017;51(620):283–93.
 54. Bangirana P, Opoka RO, Boivin MJ, Idro R, Hodges JS, John CC. Neurocognitive domains affected by cerebral malaria and severe malarial anemia in children. *Learn Individ Differ*. 2016;46:38–44.
 55. Goswami S, Das KK. Socio-economic and demographic determinants of childhood anemia. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2015;91(5):471–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2015.07.008>
 56. Mahanta TG, Mahanta BN, Gogoi P, Dixit P, Joshi V, Ghosh S. Prevalence and determinants of anaemia and effect of different interventions amongst tea tribe adolescent girls living in Dibrugarh district of Assam. *Clin Epidemiol Glob Heal* [Internet]. 2015;3(2):85–93. Available from:

- <http://dx.doi.org/10.1016/j.cegh.2014.07.003>
57. Honda Y, Watanabe T, Otaki Y, Tamura H, Nishiyama S, Takahashi H, et al. Gender differences in the impact of anemia on subclinical myocardial damage and cardiovascular mortality in the general population: The Yamagata (Takahata) study. *Int J Cardiol* [Internet]. 2018;252:207–12. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2017.11.019>
 58. King CH. Parasites and poverty: The case of schistosomiasis. *Acta Trop*. 2010;113(2):95–104.
 59. Parra CB, Enrique J, Quintana F. Anemia por déficit de hierro en niños menores de cinco años y su relación con el consumo de hierro en la alimentación. *2006;XXIV(24):16–29*.
 60. Christensena Logan, Sguassero Yanina, Cuestab Cristina B. Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de salud pública de Rosario, Santa Fe. *Arch Argent Pediatr* [Internet]. 2013;111(4):288–94. Available from: <http://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v111n4/v111n4a06.pdf>
 61. Rojas M, Rodríguez E, Benítez N. Incidencia de factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica en niños menores de cinco años. *Rev Electrónica Dr Zoilo E Mar Vidaurreta* [Internet]. 2014;40(1). Available from: <http://revzoilomarinello.sld.cu/index.php/zmv/article/view/110/187>
 62. Niño M. R., Silva G. AE. Factores asociados a la lactancia materna exclusiva. *Rev Chil Pediatría*. 2012;83(2):161–9.
 63. Sosa L, Funes P, Pistilli N, Zenteno J, Rivas L, Granado D. Anemia en niños indígenas y no indígenas menores de 5 años de comunidades rurales del Departamento de Caazapá. *Pediatr (Asunción)*. 2013;40(1):19–28.
 64. Gonzales E, Huaman L, Aparco J, Pillaca J, Gutierrez C. Factores asociados al cumplimiento del control de crecimiento y desarrollo del niño menor de un año en establecimientos de salud de Amazonas, Loreto y Pasco. *2016;33(2):224–32*.
 65. Velásquez J, Solís L, Vigo z W, Rosas Á, Giusti P, Alfaro P, et al. Evaluación De Las Prácticas De Cuidado Materno Infantil En Áreas Con Pobreza Extrema Del Perú, 2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2012;31(2):243–53. Available from: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmpesp/v31n2/a08v31n2.pdf>
 66. Huaman L, Aparco JP, Nuñez E, Gonzales E PJ y MP. Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: Estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2012;29(3):314–23.
 67. Amaya N. Prácticas alimentarias de la madre y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses, Puesto de Salud Garteá, Nuevo Chimbote-2014. Universidad Nacional del Santa, Chimbote, Perú; 2017.
 68. Munares-García O, Gómez-Guizado G. Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú. *Rev Bras Epidemiol*. 2016;19(3):539–53.
 69. Iñiguez León JL. Manejo de Alimentación Complementaria en los lactantes que asisten a Consulta Externa en el Hospital Universitario de Motupe en el periodo

- Diciembre 2015-Septiembre 2016 [Tesis]. Loja: Universidad Nacional de Loja. Facultad de la Salud Humana; 2017.
70. Aquino AR. Factores asociados a la anemia por deficiencia de hierro en los niños escolares de la institución educativa integrada N° 32896 Alejandro Sánchez Arteaga San Luis Sector 4-Huanuco 2017 [Tesis]. Huánuco: Universidad de Huanuco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
 71. Alberca Lonzoy AL, Columbia CA. Efectividad del programa “Agua Segura, Familias Saludables” en la disminución de la prevalencia de EDAs, parasitosis y anemia en niños menores de cinco años, en tres comunidades rurales, distrito de Huanca Huanca, provincia Angaraes" [Tesis]. Lima: Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud; 2018.
 72. Yucra R. Alimentación complementaria y su relación con los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 12 meses de edad en Establecimiento de Salud I-3 CLAS Atuncolla Puno 2013 [Tesis]. Puno: Universidad Nacional del Altiplano. Facultad de Enfermería; 2014.
 73. Carrión DK. Factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños (as) de 6 a 35 meses, Establecimiento de salud Acora I-4, Puno 2014. Universidad Nacional del Altiplano Puno; 2015.
 74. Mamani LB. Conocimiento sobre lactancia materna en adolescentes primigestas, Centro de Desarrollo Juvenil, Puno-2016. Universidad Nacional del Altiplano; 2018.
 75. Ascencio FL. Relación entre las prácticas saludables sobre cuidado infantil y nivel de hemoglobina en niños de 7 a 23 meses que acuden al consultorio AIS-niño, C.S.I-3 Metropolitano Puno 2018. Universidad Nacional del Altiplano Puno; Doctorado en Ciencias de la Salud; 2018.
 76. Carlo DS. Estado nutricional, conocimientos y prácticas alimentarias de niños de 6 a 24 meses de edad que asisten al centro de salud Simón Bolívar, Puno 2018. Universidad Nacional d; 2018.
 77. Barba H. Características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acude a la estrategia sanitaria de crecimiento y desarrollo de niño sano del Centro de Salud Fortaleza. (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.; 2008.
 78. Dahlberg U, Haugan G, Aune I. Women’s experiences of home visits by midwives in the early postnatal period. *Midwifery* [Internet]. 2016;39:57–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2016.05.003>
 79. Staal IIE, van Stel HF, Hermanns JMA, Schrijvers AJP. Early detection of parenting and developmental problems in toddlers: A randomized trial of home visits versus well-baby clinic visits in the Netherlands. *Prev Med (Baltim)* [Internet]. 2015;81:236–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.003>
 80. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños

- menores de 36 meses. 1a ed. MINSA, editor. Lima Perú; 2014. 27 p.
81. Hwang HL, Kuo TY. Competency in delivering health education: A concept analysis. *J Interprofessional Educ Pract* [Internet]. 2018;11:20–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.xjep.2018.02.005>
 82. Atanasova S, Kamin T, Petrič G. Exploring the benefits and challenges of health professionals' participation in online health communities: Emergence of (dis)empowerment processes and outcomes. *Int J Med Inform.* 2017;98:13–21.

ANEXOS



ANEXO 1:

ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO PUNO
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN
CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ESTIMULACIÓN TEMPRANA



Estimado(a) Sr(a) solicito su participación en el estudio titulado: Practicas sobre cuidado infantil y anemia en niños de 6 a 24 meses, del centro de salud I-3 Puno, para ello voy a entregarle un cuestionario, acerca de prácticas saludables el que Ud. Deberá responder con la mayor honestidad posible, es de carácter anónimo y servirá mejorar la consejería de los profesionales de enfermería, en aspectos relacionados al cuidado del niño(a).

I. DATOS GENERALES:**A. Datos del padre/madre o cuidador**

1. Madre:.....2. Padre:..... 3.Edad del informante:.....
4. Grado de Instrucción: primaria() secundaria() Superior ()
5. Ocupación: a. Independiente () b. Dependiente () c. Su casa ()

B. Datos generales del niño:

1. Género: M () F ()
2. Edad del niño:.....
3. Dirección:.....
4. Valor de Hemoglobina:.....gr/dL
5. Diagnostico Hb.:.....

II. DATOS ESPECIFICOS:

Respecto a prácticas de cuidado infantil:

1. ¿Cómo es la consistencia en la preparación de alimentos, que le da su hijo(a)?
 - a. Alimentos aplastados tipo puré
 - b. Alimentos picados
 - c. Alimentos de consistencia tipo segundo (alimentos de la olla familiar).
2. ¿La cantidad de alimento que le da, a su hijo(a) es?
 - a. 3 a 5 cucharadas: ½ plato mediano
 - b. 5 a 7 cucharadas o ¾ partes de plato mediano.
 - c. 7 a 10 cucharadas o un plato mediano
3. ¿La frecuencia de la alimentación, de su hijo(a) es?
 - a. 2 a 3 veces al día
 - b. 4 veces al día
 - c. 5 veces al día
4. ¿Cuántas veces a la semana, le da a su hijo(a) alimentos de origen animal?
 - a. 3 veces a la semana
 - b. 2 veces a la semana
 - c. No le doy
5. ¿Le da a su hijo(a) frutas y verduras?
 - a. Siempre
 - b. Casi siempre
 - c. nunca

6. ¿Quién suele acompañar al niño(a) cuándo come?
 - a. Padre
 - b. Madre
 - c. Padre y madre
 - d. Otros parientes
7. ¿Cuántas veces al día le da el suplemento de multimicronutrientes a su hijo(a)?
 - a. Una vez al día
 - b. Tres veces al día.
 - c. Dos veces al día.
8. ¿En qué momento le da el sulfato ferroso, al niño(a)?
 - a. 1 a 2 horas después de los alimentos.
 - b. Entre comidas.
 - c. Junto con sus alimentos.
 - d. Con la leche materna.
9. ¿En qué preparaciones le da los multimicronutrientes?
 - a. Te e infusiones.
 - b. Papa y arroz.
 - c. Camote, sangrecita, hígado de pollo, zapallo.
 - d. Otros (sopa, jugo, etc.)
10. ¿Cuántos sobres de micronutrientes que le dieron el mes pasado, le sobran ahora?
 - a. 15 a más sobres
 - b. 4 a 14 sobres.
 - c. 0 a 3 sobres
 - d. No me dieron micronutrientes el mes anterior.
11. ¿Cómo guarda los sobres de micronutrientes?
 - a. Cerrados, protegidos de la luz y en lugares secos
 - b. Abiertos, en un lugar visible.
 - c. Otros, especifique:.....
12. ¿Su hijo (a) tuvo algún pequeño malestar luego de tomar los multimicronutrientes y/o sulfato ferroso?
 - a. Si
 - b. No

¿Luego de ello, continuó dando los multimicronutrientes?

.....
13. Aproximadamente ¿Cuánto tiempo tarda en lavarse las manos para atender a su hijo(a)?
 - a. 15 a 30 segundos
 - b. 1 minuto
 - c. 2 minutos
14. ¿Por qué cree Ud. es importante el lavado de manos?
 - a. Previene las infecciones y enfermedades.
 - b. Para atender al niño(a).
 - c. No es importante lavarse las manos.
15. ¿Cuál cree Ud. es la utilidad de traer al control de crecimiento y desarrollo, a su hija(o)?
 - a. Conocer solo el peso y talla de mi hijo(a).

- b. Conocer el estado nutricional de mi hijo(a)
 - c. Que me envíen directamente a laboratorio, medicina u otro servicio.
 - d. Conocer el estado nutricional, prevenir y diagnosticar oportunamente enfermedades.
16. ¿Cada cuánto tiempo trae a su hijo(a) al consultorio del niño, para su control de crecimiento y desarrollo?
- a. Cada mes.
 - b. Cada dos meses
 - c. Cada tres meses
 - d. Cada vez que es necesario.
17. ¿Qué otros servicios le brindan al traer a su hijo(a) al control de crecimiento y desarrollo?
- a. Laboratorio
 - b. Inmunizaciones
 - c. Nutrición
 - d. Medicina
 - e. Todas los anteriores.
18. ¿Qué beneficios cree UD. trae la lactancia materna, para él bebe?
- a. Desarrollo físico y mental.
 - b. Favorece la dentición y previene la anemia, obesidad y desnutrición.
 - c. Mejora la inteligencia del niño
 - d. Desarrollo físico, contra infecciones, mejora el coeficiente intelectual, reduce el riesgo de anemia, favorece la dentición, contra la obesidad.
19. ¿Qué beneficios cree UD. trae la lactancia materna, para la madre?
- a. Sirve como método de planificación familiar.
 - b. Evita el cáncer de mama.
 - c. Favorece el lazo afectivo madre-hijo.
 - d. Todas las anteriores.
20. ¿Cada cuantas horas le da de lactar a su hijo(a)?
- a. Cada 4 a 5 horas.
 - b. Cada 2 a 3 horas.
 - c. Cada vez que llora.
21. ¿Cuánto tiempo aproximadamente demora cada lactada?
- a. 5 minutos.
 - b. 10 a 30 minutos
 - c. Menos de 5 minutos
22. ¿Cómo sabe Ud. Si su hijo(a) está satisfecho con la lactancia materna recibida y ya no necesita más?
- a. Introduzco el dedo meñique para que deje de lactar.
 - b. Cuando por sí mismo, deja de lactar.
 - c. Emite un sonido, como de eructo.
 - d. No sé cuándo está satisfecho mi bebe.

Gracias

ANEXO 2:

CONTROLES CRED SEGÚN EDAD

GRUPO DE EDAD	EDAD DE CONTROL
RN	48hrs, 7 d, 14d y 21d
<1 AÑO	1m,2m,3m,4m,5m,6m,7m,8m,9m,10m,11m
1 AÑO	12m, 14m,16m,18m,20m,22m
2 AÑOS	24m, 27m, 30m,33m

Fuente: Norma técnica 537 MINSA

ANEXO 3:

INDICE NUTRICIONAL DE LA GANANCIA DE PESO Y TALLA

EDAD	INCREMENTO POR MES/ AÑO	GRAMOS POR DIA	GRAMOS POR MES
0-3 MESES	4cm/mes	40	1000-1200
4-6 MESES	2cm/mes	30	800-900
7-12 MESES	1cm/mes	25	700-800
1-2 AÑOS	10 a 12 cm/año	15	400-450
2-5 AÑOS	5 a 7 cm/año	10	2 a 3.5kgs/años

Fuente: Patrón basado en la referencia OMS 2006, citado en NT 537 MINSA

ANEXO 4:

VALORES NORMALES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA Y
NIVELES DE ANEMIA EN NIÑOS

POBLACION	CON ANEMIA, SEGÚN NIVEL DE HEMOGLOBINA			SIN ANEMIA, SI LA CONCENTRACION
	SEVERA	MODERADA	LEVE	
Menor de 2 meses	<13.5			13.5- 18.5
Niños de 2 a 5 meses	<9.5			9.5-13.5
niños de 6 meses a 5 años	<7.0	7.0-9.9	10.0-10.9	≥11.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, 2011

ANEXO 5

PRUEBA JI CUADRADA, A TRAVES DE EPIDAT 3.1

Prueba Ji-cuadrado de asociación	Estadístico	Valor p
-----	-----	-----
Sin corrección	0.2302	0.6313
Corrección de Yates	0.0019	0.9652