

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN
COMPLEMENTARIA DEL NIÑO DE 6 A 24 MESES QUE ACUDEN
AL PUESTO DE SALUD LAS DELICIAS, 2015 - 2017**

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

DORIS MARICELA FLORES TORRES

**CALLAO - 2018
PERÚ**

familiar, la falta de conocimiento y educación de las madres, afecta el crecimiento y desarrollo de los niños/as, dando como cifras significativas que la desnutrición prevalece más en lactantes mayores de 0 a 11 meses con el 16.67%, mientras en niños mayores de 1 año solo llega al 10 % ⁽⁷⁾.

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

Generalmente es la madre la encargada de la alimentación del menor. La mayoría de ellas piensa que la alimentación complementaria debe iniciarse a los 6 meses y que es importante insistir con un mismo alimento frente a la neofobia. Las conclusiones fueron: El estado nutricional de la mayoría de los niños se encontró dentro de los parámetros de normalidad, en general las madres poseen prácticas y creencias acordes a las recomendaciones establecidas por los organismos nacionales e internacionales ⁽⁸⁾.

CALLE S, MOROCHO B, OTAVALO J. (2013): realizaron la tesis titulada: "Conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños(as) menores de dos años que acuden al Centro de Salud de San Pedro del Cebollar durante mayo-julio 2013". Se empleó el diseño descriptivo básico correlacionar. La población estuvo conformada por 280 madres de niños menores de dos años que acudieron al Centro de Salud de San Pedro del Cebollar, de las cuales se extrajeron una muestra de 74 madres y niños menores de dos años. El instrumento utilizado fue teniendo la entrevista y revisión de historias clínicas. Los resultados demostraron del 100% de madres que conforman la muestra, del 56% de madres que no poseen conocimientos el 51% de sus hijos tienen peso bajo y del 44% de las que conocen el 39% de sus hijos tienen peso normal, lo que indica que el conocimiento de la madre influye de forma negativa en el estado nutricional de sus hijos.

Las conclusiones fueron: El nivel de conocimiento materno no es suficiente o no garantiza el buen estado nutricional de los niños pues el 40% de las madres conocen, sin embargo, existen niños con bajo peso lo que demuestra que si el bien el nivel de conocimiento es un factor importante para una buena nutrición existen otros factores que está relacionado con el estado nutricional como la condición socioeconómica y el nivel de instrucción de la madre ⁽⁹⁾.

TERRONES (2013): en el presente estudio titulado “Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres con niños de 6-12 meses Centro de Salud Micaela Bastidas- Lima febrero 2013”. El objetivo fue identificar el nivel de conocimientos de las madres referente a alimentación complementaria. La metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo y de corte trasversal con una muestra de 100 madres. Como resultado se tuvo que el 52.2% de las madres obtuvieron un nivel de conocimiento medio, seguido de un 33.8% con un nivel de conocimiento bajo y un 14.1% con un nivel de conocimiento alto. En conclusión, la mayoría de las madres obtuvieron un nivel de conocimientos de medio a bajo. ⁽¹⁰⁾

PISCOCHE TORRES N. (2012): quien realizó una investigación titulada "Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud de Miraflores-Lima, 2011". Objetivo: describir los conocimientos que tienen los padres hacia la alimentación complementaria. La metodología fue descriptivo simple de corte transversal.

Los resultados fueron los siguientes, el 66.7% de los padres conocen y el 33.3% no conocen sobre alimentación complementaria. Se concluye que hay una mayoría significativa de padres que conocen sobre el tema mencionado.

El conocimiento de la Madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses que asisten al consultorio CRED, en el Puesto de Salud. Cono Norte 1er trimestre 2012". Se empleó el diseño cuantitativo, método descriptivo correlacionar, de corte transversal. La población y universo estuvo conformada por 150 niños que se encuentran programados en crecimiento y desarrollo del niño, el cual se obtuvo aplicando el tipo de muestra probabilística de selección aleatoria. Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario sobre conocimiento materno y las tablas de valoración nutricional antropométrica. Los resultados demostraron que el 76% de las madres tiene un nivel de conocimiento bueno y solo un 24% un conocimiento regular. El 89% de los niños tiene un estado nutricional normal y solo el 11 % se encuentra con sobrepeso. El 71,0% de los niños evaluados con

estado nutricional normal, sus madres tienen un nivel de conocimientos bueno sobre alimentación complementaria y el 6,0% de los niños con sobrepeso, sus madres poseen un nivel de conocimientos regular sobre alimentación complementaria.⁽¹¹⁾

Las conclusiones fueron: Existe una relación significativa entre el nivel de conocimiento de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 24 meses de edad que asiste al consultorio de CRED, en el P.S. Cono Norte. Ya que realizada la prueba ji cuadrada entre las variables involucradas en la investigación este resultado es significativo ($p < 0,05$). La mayoría de las madres que asisten al consultorio CRED del P.S. Cono Norte tienen un nivel bueno de conocimientos sobre alimentación complementaria mientras que un menor número tienen un nivel de conocimiento vulgar. El mayor porcentaje de los niños evaluados tienen un estado nutricional normal mientras que en una minoría de niños tienen sobrepeso. ⁽¹¹⁾

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. Alimentación Complementaria

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽¹²⁾, la alimentación complementaria es el proceso que comienza cuando la leche materna por sí sola ya no es suficiente para satisfacer las necesidades nutricionales del lactante, y por tanto se necesitan otros alimentos y líquidos, además de la leche materna.

Requisitos básicos de la alimentación complementaria:

Oportuna: Comenzar en el momento justo sin disminuir los beneficios del amamantamiento.

Nutricionalmente adecuada: Proveer la energía y nutrientes adecuados para lactantes de más de seis meses, cuya densidad calórica además de ser apropiada para la edad, guarda relación con la frecuencia de alimentación y considera los alimentos localmente disponibles.

Segura: Ofrecida y preparada higiénicamente, es decir desde el punto de vista bacteriológico y toxicológico, libre de contaminantes.

Perceptiva: Brindada en un marco de afecto respetando las necesidades y el ritmo del niño.

Culturalmente aceptable: Acorde a los hábitos alimentarios familiares (costumbres y creencias familiares sobre la alimentación del niño) y de la comunidad a la cual pertenece el niño.

2.2.1.1. Clasificación de los alimentos

Según el Ministerio de Salud (MINSA) ⁽¹³⁾, en concordancia con la DISA IV Lima Este, en la guía técnica de promoción de la alimentación y nutrición en la etapa preescolar clasifica a los alimentos según su función en:

Función biología

Alimentos energéticos: Son aquellos ricos en hidratos de carbono y/o grasas proporcionan energía al organismo en dosis extras cuando el niño o la niña, realizan un gran esfuerzo físico.

Alimentos formadores: Llamado también plásticos o constructores, ellos predominan las proteínas y el calcio. Son aquellos que ayudan a crecer y dar forma al cuerpo: piel, sangre, huesos, músculos, dientes, cabellos, uñas. Forman y reparan músculos, sangre, dientes, huesos. Sirven para adquirir conocimiento, habilidades y alcanzar un buen desarrollo.

Alimentos Reguladores: Ricos en vitaminas, minerales y oligoelementos. Son los elementos que protegen de las enfermedades, mantienen el organismo regulado. La importancia está en las frutas y verduras.

Función nutritiva o grupos de alimentos

Comprende la composición de los alimentos, las sustancias nutritivas y la función de las propiedades de estos, los grupos de alimentos son:

Grupo 1 cereales, tubérculos y menestras: Son los que aportan carbohidratos complejos y fibra a la dieta. Este grupo es una fuente de energía y de proteínas. Por ejemplo, tenemos: trigo, maíz arroz, cebada avena, centeno), las leguminosas (alverja seca, habas secas, garbanzos, soya), y sus derivados (harina de trigo, sémola, etc.).

Grupo 2 verduras: Son alimentos que aportan poca energía debido a su bajo contenido en hidratos de carbono, adquieren importancia por ser ricos en fibra, vitaminas y minerales. Por ejemplo; Apio, berenjena, berro, tomate, etc.

Grupo 3 frutas: Son ricas en vitaminas, fibra y antioxidante, aportan pocas calorías y un alto porcentaje de agua. Por ejemplo: plátano, durazno, melocotón, etc.

Grupo 4 Lácteos y derivados: En este grupo de alimentos, se encuentra el mayor aporte de calcio presente en la dieta. El calcio contenido en los alimentos lácteos es el de mejor biodisponibilidad. Por ejemplo: incluye leche, yogures y quesos incluye las leches fluidas y en polvo enteras, derivados de diferentes tipos de leche. Provee proteínas de elevada calidad biológica y la fuente más importante de calcio en la alimentación.

Grupo 5 Carnes, pescados y huevos: Este grupo de alimentos aporta el hierro hémico a la dieta y nos brinda una proteína de alto valor biológico. Por ejemplo: cerdo, pollo, res, hígado, todo tipo de huevo, etc.

Grupo 6 Azúcares y derivados: Este grupo aporta carbohidratos simples, por ejemplo: azúcar, chancaca, chocolate de azúcar, mermelada, miel de abeja.

Grupo 7 Grasas: Representan la mayor fuente de energía para el organismo. En este grupo se encuentran dos sub grupos; los aceites y oleaginosas, las cuales tienen en común el aporte de grasa, sin embargo, difieren en el aporte de carbohidratos y proteínas. Por ejemplo: aceite vegetal, mantequilla y margarina con sal ⁽¹³⁾.

2.2.1.2. Beneficios de la alimentación complementaria

Los alimentos complementarios adecuados que se introducen y se consumen por un bebé a los 6 meses de edad proporcionan energía, proteínas, grasas, vitaminas y minerales. Éstos ayudan a satisfacer las necesidades del niño en crecimiento, además de la leche materna y la fórmula. Según la Organización Mundial de la Salud, la malnutrición es responsable, directa o indirectamente, de más de la mitad de todas las muertes infantiles. Los beneficios físicos para el niño son un mejor desarrollo y crecimiento en sus valores ponderales principalmente de peso y talla, además de un buen desarrollo cerebral, para evitar retrasos en el desarrollo psicomotor. En el aspecto Psicológico se genera un vínculo madre - niño de mayor seguridad y confianza para el niño ⁽¹⁴⁾.

Es mejor que el niño pase del pecho a la comida normal en un proceso gradual (desde los 6 meses, hasta varios años después), que hacerle pasar por varios "destetes", como ocurriría si pasa: del pecho al biberón, del biberón a la papilla y de la papilla, a la comida normal ⁽¹⁴⁾.

Objetivos de la alimentación complementaria

1. Aportar energía, proteínas, hierro y otros nutrientes esenciales que no se cubren con la lactancia materna o las fórmulas infantiles.
2. Estimular el desarrollo psico sensorial del niño. Crear patrones de horarios y hábitos alimentarios.

3. Ayudar al desarrollo fisiológico de las estructuras de la cavidad orofaríngea y de los procesos masticatorios. Promover la conducta exploratoria del niño.

4. Estimular el desarrollo psicoemocional del niño e integrarlo a la vida familiar ⁽¹⁴⁾.

2.2.1.3. Características de la alimentación complementaria

La alimentación complementaria es el período de transición hacia la alimentación familiar. La capacidad digestiva durante el primer año de vida depende de la eficiencia con que madura el aparato digestivo, tanto en los aspectos motores como enzimáticos. Alrededor de los 6 meses empieza la erupción dentaria, que indica mayor madurez funcional: progresan el uso de la musculatura masticatoria y la percepción sensorio-espacial de la lengua y los labios; la función deglutoria pasa de ser instintiva y refleja a ser una deglución somática; el reflejo de extrusión se extingue progresivamente y se desarrolla la discriminación de nuevas texturas, sabores, olores, colores, temperaturas y consistencias en los distintos alimentos. A partir de todos estos cambios, el niño puede manifestar preferencias o rechazos, lo cual debe ser considerado relevante, en especial frente a la incorporación progresiva de alimentos no lácteos y, de esta forma, evitar que el niño o la niña rechace los alimentos nuevos ⁽¹⁴⁾.

✓ **Cantidad**

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

A los 6 meses se debe iniciar la alimentación complementaria con 3 cucharadas de alimento, lo que equivale a 1/8 plato mediano más lactancia materna; la cantidad se irá aumentando gradualmente , entre los 7 – 8 meses se debe incrementar a 5 cucharadas de alimento, lo que equivale a 1/2 plato mediano más lactancia materna ; entre los 9 – 11 meses brindar 7 cucharadas de alimento , lo que equivale a 3/4 de plato mediano más lactancia materna y a los 12 meses el niño (a) deberá consumir 10 cucharadas de alimento lo cual equivale a 1 plato mediano (15).

✓ **Frecuencia**

El número apropiado de comidas depende de la densidad energética de los alimentos locales y las cantidades normalmente consumidas durante cada comida A los 6 meses de edad se empezará con dos comidas diarias; entre los 7- 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias; entre los 9-11 meses se incrementará a tres comidas diarias más un refrigerio; y finalmente a los 12 meses el niño (a) comer tres comidas principales y dos refrigerios (15).

✓ **Preparación y consistencia**

En la primera etapa, la incorporación de alimentos actúa como un elemento de estimulación sensorial y psicomotriz. De esta manera el niño establece el contacto con nuevos estímulos (sabor, olor, textura, consistencia, etc.) que le permitirá una adaptación progresiva a una amplia familia de alimentos. El niño (a) a partir de los 6 meses ya puede empezar a comer progresivamente toda clase de alimentos. Es recomendable favorecer el consumo de alimentos de bajo costo y alto valor nutritivo. Dentro los productos de origen animal tenemos hígado de pollo, huevo, pescado, leche. Los cereales que se debe proporcionar son el arroz, quinua trigo, avena, harinas, maíz, cebada, etc.

Las menestras estarán dadas por los frejoles, lentejas, alverjitas verdes partidas, soya, harina. Dentro de los tubérculos tenemos: papa, camote, yuca. Se debe complementar estos alimentos con verduras de color anaranjado y verde oscuro (zanahoria, zapallo, acelga, espinaca). Agregar en cada preparación una cucharadita de aceite y/o mantequilla lo que hará más suave la comida del niño, promover el uso de frutas ricas en vitamina C (naranja, mandarina, papaya, piña, mango, etc.), después de las comidas para favorecer la absorción del hierro evitar el consumo de infusiones como el té, anís, canela, café, porque interfieren en la absorción del hierro. En lugar de estas se puede indicar el consumo de limonada, naranja o refresco de frutas ⁽¹⁵⁾.

Tipo de alimento según la edad

Los alimentos deben ser incluidos gradualmente de acuerdo con la edad, dentición, potencial alergénico del alimento y la capacidad gástrica (16).

- **A partir de los 6 meses:** Se iniciará la introducción progresiva de papillas sin gluten, Si el bebé está con lactancia materna puede preparar la papilla con leche materna extraída (con sacaleches o manualmente) o con la leche de iniciación. Si está con lactancia artificial preparar la papilla con su leche habitual y cereales sin gluten. Papilla de fruta natural: Empezar con medio plátano, media manzana, media pera, granadilla, melón. Progresivamente aumentar la cantidad de fruta hasta llegar a una pieza entera de cada una. No añadir miel, leche condensada, azúcar, cereales ni galletas. Papilla de verduras: empezar con zanahoria, zapallo, espinaca, papa y camote Añadir pollo sin piel ni grasa, sangrecita, y ½ yema de huevo pollo sancochado. Preparar sin sal. Se puede añadir una cucharadita de aceite de oliva (16).
- **A los 7 – 8 meses:** Agregar alimentos cereales sin gluten como el arroz, quinua y el maíz. Menestras como lentejas, frejoles, harina de habas y condimentos naturales como tomate, cebolla, etc. A partir de este momento se puede ofrecer un trozo de pan o galletas (16).
- **A partir de los 9 - 10 meses:** Se pueden introducir cereales con gluten como el trigo (pan, galletas, fideos). También se les agrega condimentos naturales a los alimentos Y se continúa dando las

frutas y verduras de los meses anteriores Al 9° mes se puede introducir la yema cocida, Se recomiendan 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente de grasas esenciales, vitaminas liposolubles y hierro. La clara contiene proteínas de alto valor biológico, entre ellas la ovoalbúmina, de alta capacidad alergénica. Comenzar pasado al 10° mes con pescados blancos: merluza, lenguado. En niños con antecedentes familiares, esperar su introducción hasta pasado el año de edad. ⁽¹⁶⁾

- **A partir de los 12 meses** se pueden introducir legumbres tiernas (habas, guisantes) o secas (garbanzos, lentejas). El huevo entero puede prepararlo cocido o en tortilla con poco aceite y triturarlo con verduras o sémola de arroz. Se puede ofrecer hígado de pollo triturado con verduras una vez a la semana. Un exceso de proteínas no es bueno: El día que han tomado huevo o hígado o pescado no dar carne. Puede seguir dando pecho para desayunar, por la noche o de postre en las comidas ⁽¹⁶⁾.

2.2.1.6. Alergia alimentaria

La alergia a los alimentos ocurre cuando el sistema inmune reacciona frente a una sustancia concreta (alérgeno) que es bien tolerada por la mayoría de las personas. El alérgeno es principalmente una proteína de un alimento con la que el afectado entra en contacto por ingestión, contacto o inhalación. La reacción más común es la formación de anticuerpos IgE (Inmunoglobulina E) ⁽¹⁷⁾.

El proceso es el siguiente: la primera vez que se ingiere el alimento causante de alergia, el organismo produce las IgE específicas dirigidas contra alguna proteína de ese producto; en la segunda vez, los anticuerpos reaccionan contra la comida estimulando la fabricación de histamina y otras sustancias químicas (llamadas mediadores) que causan los síntomas de la alergia: urticaria, eccema, angio edemas (se hinchan los labios, los dedos de las manos, de los pies, etcétera), dermatitis atópica y shock anafiláctico -poco frecuente- si la reacción alérgica afecta a varios órganos, y que puede comprometer la salud del bebé. Las manifestaciones clínicas en la alergia pueden tener un inicio agudo durante los primeros seis meses de vida, con diarrea grave, vómitos, dolores abdominales, fiebre, etc.; o un inicio tardío que cursa con retraso en el crecimiento (peso y talla), heces voluminosas, distensión abdominal y signos de malnutrición como anemia ferropénica (por mala absorción de hierro) ⁽¹⁷⁾.

Los alimentos más problemáticos son la leche de vaca, huevo, quesos madurados, pescados, especias, frutos secos, kiwi, papaya, aguacate, plátano, fresas, frambuesas y grosellas. En el primer año de vida, las mayores amenazas suelen centrarse en la leche, los huevos, el pescado y los cereales. En el segundo, los alimentos que causan más problemas son las frutas (sobre todo las rosáceas: melocotón y albaricoque) y los cítricos. En el tercer año, pasan a formar parte de la lista el pescado y los frutos secos (cacahuete, avellana, nuez y almendra). La duración de estos

cuadros a lo largo de la vida también es variable. En el primer año de vida la alergia a la leche, por ejemplo, suele ser transitoria, solucionándose a los 18-24 meses. En cambio, la alergia al huevo suele durar más tiempo o incluso toda la vida. La hipersensibilidad a los frutos secos y pescados también es duradera. El tratamiento dietético de estas alergias es el más eficaz y consiste en suprimir los alimentos alergizantes. De esta manera se consigue que al cabo de unos años el sistema inmunológico se normalice, y en muchas ocasiones, el niño acaba tolerando los alimentos que le producían alergia ⁽¹⁷⁾.

2.2.1.7. Higiene alimentaria

Según Grande M. ⁽¹⁸⁾, es muy importante que el equipo de salud aborde, durante la consulta pediátrica, distintos aspectos referidos a la higiene y conservación de los alimentos, tales como:

Higiene personal: Es importante atender a la higiene personal, tanto del niño como de su cuidador (cuerpo y vestimenta). Hay que tener presente que cuando las personas presentan una patología infecta contagiosa (como gripe, faringitis, enfermedades intestinales o infecciones de la piel) deben ser cuidadosas al preparar o servir los alimentos ya que cualquier infección, por pequeña que parezca, puede contaminar los alimentos del niño y su familia.

Higiene en la elaboración de alimentos. Es aconsejable informarse acerca del agua que se utiliza en la vivienda y –en caso necesario–

recomendar su potabilización. Conviene tener en cuenta que los alimentos que se consumen crudos se higienizan con esta agua, como así también los equipos y utensilios para cocinar. Resulta frecuente observar que, en ocasiones, algunos adultos pretenden “higienizar” chupetes, tetinas o cucharas llevándolas a la boca, práctica que se debe desalentar. También es importante conversar acerca de la higiene del lugar donde se preparan los alimentos.

Higiene en la conservación de los alimentos. En general, los alimentos deben ser conservados en lugares limpios, secos y frescos.

Higiene ambiental. El ambiente que rodea al acto alimentario puede afectar la salud. Por eso es importante obtener información sobre algunos factores tales como falta de cloacas y mala disposición de excretas, basurales cercanos a la vivienda y aguas servidas. Una conversación sobre el tema puede dar la oportunidad de proponer medidas adecuadas de prevención y protección. (18)

2.2.2 Estado Nutricional

La evaluación del estado nutricional constituye una actividad prioritaria en la atención de salud del niño y niña. Permite guiar acciones educativas de salud, así como políticas, programas e intervenciones y de ser necesario modificarlas con miras a una correcta atención de salud y/o utilización efectiva de los recursos. El estado nutricional es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el

organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño ⁽¹⁹⁾.

Para la evaluación del estado nutricional puede utilizarse los métodos directos o indirectos:

Los métodos indirectos como el uso de indicadores socioeconómicos, de disponibilidad y consumo de alimentos, tasa de mortalidad infantil etc. Estos métodos generalmente requieren de personal especializado, de tiempo y representatividad de muestras.

En los métodos directos se encuentran las medidas antropométricas, los indicadores bioquímicos y la evaluación clínica. Los indicadores bioquímicos son utilizados para medir deficiencias específicas de nutrientes, se realizan en muestras y son costosos. Los métodos clínicos son útiles cuando se ha manifestado la enfermedad. Mientras tanto los estudios antropométricos comúnmente son utilizados en los servicios de salud y comunidad, fáciles de obtener, de muy bajo costo útiles ⁽¹⁹⁾.

Historia clínica: Es un documento médico-legal que surge del contacto entre los profesionales de la salud y el paciente donde se recoge la información necesaria relacionado con el crecimiento del niño, incluyendo el peso y la talla, el cual permitirá hacer una evaluación con los patrones de crecimiento y tener un diagnóstico nutricional.

Entrevista: La encuesta es una técnica de investigación que consiste en una interrogación verbal o escrita que se les realiza a las personas con el fin de obtener determinada información necesaria para una investigación.

Examen físico

Método antropométrico: Es el método directo que nos permite evaluar el estado nutricional en forma rápida, sencilla, de fácil interpretación, bajo costo, exacta, culturalmente aceptada y pueden participar los miembros de la comunidad en diferentes edades, grados de salud y nutrición. Las medidas antropométricas usadas para determinar el estado nutricional son el perímetro cefálico, braquial, pliegue tricipital y subescapular, el peso, la talla. Los valores de estas medidas por sí solos no tiene significado, pero cuando se relacionan entre sí y con la edad, generan los siguientes indicadores: Peso para la Edad (P/E), Talla para la Edad (T/E) y Peso para la Talla (T/E) ⁽²⁰⁾.

2.2.2.1. Indicadores antropométricos

Según el Ministerio de salud (MINS) ⁽²⁰⁾, clasifica los indicadores antropométricos según:

Peso para la talla: Es el peso que corresponde a un niño para la talla que tiene en el momento de la medición, el déficit de peso indica un adelgazamiento, mide la desnutrición aguda.

Talla para la edad: El crecimiento en talla es más lento que el peso, las deficiencias en talla tienden a ser también lentas y a tomar más tiempo

para recuperarse. A mayor déficit nutricional, mayor cronicidad de la desnutrición, este índice mide la desnutrición crónica.

Peso para la edad: Es un indicador primario que corresponde a la relación entre el peso real de un niño y su peso teórico normal expresado en porcentaje; se utiliza para medir la desnutrición global. Utilizando el indicador de peso para la edad podemos saber si el niño tiene o ha tenido adelgazamiento y/o retardo en el crecimiento. Si los indicadores P/E o T/E se encuentran dentro de los puntos de cohorte de normalidad (+2 a -2 DS) y la tendencia del gráfico de la niña o niño no es paralelo a las curvas de crecimiento del patrón de referencia vigente se considera riesgo nutricional.⁽²⁰⁾

2.2.2.2. Problemas del estado nutricional

a. La desnutrición

La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas. Detrás de estas causas inmediatas, hay otras subyacentes como son la falta de acceso a los alimentos, la falta de atención sanitaria, la utilización de sistemas de agua y saneamiento insalubres, y las prácticas deficientes de cuidado y alimentación. En el origen de todo ello están las causas básicas que incluyen factores sociales, económicos y políticos como la pobreza, la desigualdad o una escasa educación de las madres ⁽²¹⁾.

Tipos de desnutrición:

Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) ⁽²¹⁾, clasifica a la desnutrición en:

- **Desnutrición leve o de primer grado:** Existe pérdida de peso de hasta el 15% del peso normal. El dato principal que se observa es el estacionamiento en el peso que persiste a través de las semanas; el niño avanza en edad y el peso se va quedando a la zaga, avanzando penosamente o estacionado.
- **Desnutrición moderada o de segundo grado:** La pérdida de peso se acentúa y va pasando del 10 o 15%, a pérdidas mayores como el 40%. Es producida por enfermedades que interfieren en el proceso de digestión, como la fibrosis quística. Podemos observar un niño(a) apático, cansado, falta de apetito, se van hundiendo los ojos y el tejido celular subcutáneo se hace flojo, pierde su turgencia y elasticidad; el niño duerme con los ojos entreabiertos, puede presentar resfriados y otitis, trastornos diarreicos y discretas manifestaciones de carencia al factor B, así como edemas por hipoproteinemia.
- **Desnutrición severa o de tercer grado:** La pérdida de peso sobrepasa el 40% del peso que debería tener. Se identifica con:

- **Marasmo:** Es un tipo de malnutrición energética y proteínica severa acompañada de emaciación. Se caracteriza por irritabilidad, pérdida de peso y apatía hasta llegar a la emaciación. La piel pierde turgencia, se

arruga y se torna flácida a medida que desaparece la grasa subcutánea. Los ojos se hundén, la cara se hace pequeña y adquiere el aspecto de "cara de viejo"⁽²¹⁾.

- Kwashiorkor: Enfermedad debida a la ausencia de proteínas en la dieta, se caracteriza por crecimiento inadecuado, falta de energía. El edema puede surgir de forma precoz y puede enmascarar la ganancia de peso. La despigmentación de la piel aparece tras la descamación de dichas regiones. El pelo es ralo y fino y en los niños con cabello oscuro aparecen mechones rojas o grises.

La desnutrición está asociada a enfermedades infecciosas recurrentes en los niños(as), una menor capacidad para defenderse de las complicaciones producidas por estas enfermedades y una mayor probabilidad de morir a causa de estas; lo que conlleva a mayor gasto de ingresos económicos a nivel familiar y del estado en medicamentos y atención secundaria en salud. También se asocia con el retraso en el crecimiento y desarrollo, "un niño que no se alimenta es un niño que no juega, no aprende y no se desarrolla normalmente"⁽²¹⁾.

b. Sobrepeso

El sobrepeso es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura, es una condición común, especialmente donde los suministros de alimentos son abundantes y predominan los estilos de vida sedentarios. Los factores genéticos y las

alteraciones del metabolismo. Una excesiva e incorrecta alimentación asociada a la falta de ejercicio (escaso gasto de energía), Sedentarismo. Los trastornos en la conducta alimentaria (ansiedad). Metabolismo demasiado lento.

Algunas consecuencias del sobrepeso son: Agitación ante el menor esfuerzo. Cansancio fácil y tendencia excesiva al sueño. Enfermedades como trastornos del corazón, hipertensión arterial, facilidad para infecciones del aparato respiratorio, tendencia a la diabetes. Enfermedades del riñón, hígado y vías biliares, afecciones de las articulaciones como nefritis, arteriosclerosis, edema pulmonar, reumatismo, trastornos menstruales, hernias ⁽²¹⁾.

c. Obesidad

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) ⁽²²⁾, la obesidad es una enfermedad crónica que se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el índice de masa corporal (IMC) en el adulto es mayor de 30 kg/m². En cambio, un niño se considera que es obeso cuando su peso sobrepasa el 20% de su peso ideal.

La obesidad infantil tiene repercusiones importantes sobre la calidad de vida del niño. Aunque a corto plazo la obesidad infantil no se asocia a unas tasas de mortalidad elevadas, sí que se asocia a un riesgo de mala salud en la vida adulta, y es un potente predictor de la obesidad en el adulto. La obesidad es una enfermedad que se considera como un factor

de riesgo para enfermedades crónicas como la diabetes, enfermedades cardíacas, hipertensión arterial, el ictus, problemas ortopédicos y algunos tipos de cáncer. Además de la predisposición que conlleva la obesidad a padecer otras enfermedades, la obesidad implica una serie de síntomas fisiológicos entre los que destacan la dificultad para respirar, el ahogo, las interferencias en el sueño, la somnolencia, los problemas ortopédicos, los trastornos cutáneos, la transpiración excesiva, la hinchazón de los pies y los tobillos y los trastornos menstruales en las mujeres. A todos estos trastornos físicos hay que sumarles los problemas psicológicos provocados por la discriminación social y las dificultades para relacionarse con los demás que sufre una persona cuya figura desborda los límites de la silueta saludable. En la infancia, sobre todo, el efecto de ser obeso puede convertirse en un gran problema para el niño debido a la baja autoestima, los bajos resultados en el colegio, la introversión, a menudo seguida de rechazo social, etc. (23)

2.2.3. Rol de la enfermera en el componente CRED

La enfermera en la atención primaria en salud tiene el liderazgo de las actividades preventivo-promocionales, principalmente en el área Niño, ya que es responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Inmunizaciones(ESNI) y del componente de Crecimiento y Desarrollo (CRED); por ello , como miembro del equipo de salud, al estar la mayor parte del tiempo en contacto directo con los padres de familia posee una

función muy importante como educadora, ya que tiene un trato directo con las madres de los lactantes, quienes no solo reciben recomendaciones de personal de salud sino también de su familia, además de los patrones tradicionales u otras creencias que influyen positivamente o negativamente en el proceso de introducción de nuevos alimentos en la dieta de sus hijos ⁽²³⁾.

La actitud que asuman es muy importante y finalmente la que genera un comportamiento específico por lo que la enfermera debe orientar sus actividades a resolver dudas o temores que tengan las madres acerca de la alimentación que deben de recibir los lactantes a partir de los 6 meses, de prevenir posibles alteraciones nutricionales. En tal sentido, la labor de la enfermera reviste gran importancia en la educación alimentaria y nutricional; promoviendo el consumo de alimentos de alto valor nutritivo, de fácil accesibilidad, así como potenciar el nivel cultural de la población a fin de que éstos asuman un rol consciente y responsable acorde a nuestra realidad socioeconómica. En la comunidad, la enfermera dirige su actividad preventiva promocional a la familia, principalmente a las madres quienes dentro de cada grupo familiar asumen una gran responsabilidad en el cuidado del niño, especialmente en la administración de los alimentos a sus niños. Una buena educación nutricional permitirá a los padres utilizar los alimentos en forma adecuada para mantener sano al niño y en caso de que se enferme, prevenir futuras recaídas o agravar el estado nutricional del niño. ⁽²³⁾.

2.2.4 Modelo teórico sobre teorías de enfermería

Debido al tema de investigación que se ha ejecutado, se toma el modelo de Nola Pender que es la Promoción en Salud, en el cual la teoría consiste en identificar los factores cognitivos perceptuales en la persona, los cuales son modificados por características situacionales, personales e interpersonales, que al cambiarlos nos da como resultado conductas adecuadas para mejorar la salud. También es la educación en cuanto al autocuidado para llevar una vida saludable, un mensaje adecuado es que se debe promover una vida saludable no solo para evitar gastos económicos sino para ayudar a nuestro prójimo en el cuidado de su salud y mejorar todos hacia un futuro saludable (Meiriño, Vásquez, Simonetti & Palacio, 2012).

Metaparadigmas:

* Salud: Estado altamente positivo. La salud es lo más importante que debemos cuidar.

*Persona: Cada persona es única debido a los factores variables, cognitivos-perceptuales, por eso ya que el individuo es único es el centro de la teorista.

*Entorno: Es el ambiente donde se interactúan los factores modificables y factores cognitivo-perceptuales los cuales influyen en las conductas promotoras de salud. (24)

*Enfermería: Es la especialidad que durante los últimos años ha tenido un crecimiento notable, donde la enfermera se encarga de motivar y enseñar a cuidar su salud personal y sanitaria en los ciudadanos para evitar

enfermedades. Nola J Pender, planteó que promover un estado óptimo de salud era el objetivo que debía anteponerse a las acciones preventivas. Esto constituyó una novedad, pues se puede identificar los factores influyentes en la toma de decisiones y acciones para prevenir enfermedades. Los factores cognitivos-perceptuales también se pueden modificar por las situaciones, influencias personales y de la sociedad, por lo que podemos tener conductas favorables para cuidar nuestra salud (Meiriño, Vásquez, Simonetti, & Palacio, 2012).

El modelo que plantea Nola Pender se refiere al autocuidado de la salud, para prevenir y evitar enfermedades en lo posterior, tenemos que velar por nuestras acciones para el cuidado de nuestra salud antes de que contraigamos alguna enfermedad. Por lo cual se toma este modelo de enfermería ya que nuestro proyecto se enfoca en la prevención y también en la intervención para el óptimo cuidado de nuestra salud y la de nuestros familiares.⁽²⁵⁾

2.3 Definición de Términos

- **Alimentación Complementaria:** Proceso que comienza cuando la leche materna sola ya no es suficiente para cubrir las necesidades nutricionales de los lactantes y, por ende, otros alimentos y líquidos son necesarios además de la leche materna ⁽²⁶⁾.
- **Antropometría:** Tratado de las proporciones y medidas del cuerpo humano ⁽²⁶⁾.

- **Conocimiento Materno:** Conjunto de información o ideas expresada por la madre acerca de la alimentación complementaria en torno al inicio, frecuencia, cantidad, consistencia y tipo de alimentos complementarios en la dieta del niño a partir de los seis hasta los 12 meses de edad ⁽²⁷⁾.
- **Consultorio de Crecimiento y Desarrollo:** Lugar en donde se realiza la atención integral del niño por parte del profesional de enfermería, valorando su estado nutricional y brindando educación a la madre que acude ha dicho lugar ⁽²⁷⁾.
- **Desnutrición:** La desnutrición infantil es el resultado de la ingesta insuficiente de alimentos (en cantidad y calidad), la falta de una atención adecuada y la aparición de enfermedades infecciosas ⁽²⁸⁾.
- **Desviación Estándar:** Un ejemplo de expresión del estado nutricional en desviaciones estándar o múltiplos de ella, es el Carné de Crecimiento y Desarrollo. Este carné mediante los colores rojo, naranja, amarillo y verde señala la distribución de la desviación estándar alrededor de la mediana de la población de referencia. El color amarillo corresponde a -2DE punto de corte definido como desnutrición leve, el naranja a -3 DE, desnutrición moderada y el rojo en -4DE, desnutrición grave ⁽²⁹⁾.
- **Estado Nutricional:** Es el resultado del balance entre la disponibilidad de los alimentos y la utilización de nutrientes por el organismo, el desequilibrio de esta puede causar una mala

nutrición; la misma que en intensidad y duración afectará el crecimiento y desarrollo de la niña y el niño ⁽²⁹⁾.

- **Indicadores Antropométricos:** permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. Los indicadores antropométricos más utilizados son: peso-talla, talla-edad y peso-edad, en niños ⁽²⁹⁾.
- **Obesidad:** Es un problema de salud caracterizado por el exceso de grasa corporal en el cuerpo de los niños y niñas. “Dicho nivel de adiposidad supone todo un condicionante para su salud general y su bienestar, predisponiéndole a sufrir otras patologías secundarias y asociadas ⁽²⁹⁾.
- **Sobrepeso:** El sobrepeso es la condición de poseer más grasa corporal de la que se considera saludable en relación con la estatura ⁽²⁹⁾.
- **Sesión Demostrativa:** Es una reunión educativa en la que aprendemos dialogando y practicando como hacer preparaciones nutritivas para los niños y niñas menores de 3 años, gestantes y madres que dan de lactar ,utilizando alimentos variados de la comunidad .La Sesión demostrativa es conducida por los facilitadores ,capacitados en esta metodología grupal .en la sesión

demostrativas hay tres momentos diferenciados: el antes ,durante y después de la sesión a partir de la práctica se aprenderá hacer preparaciones nutritivas . Así podrás orientar a las familias de tu comunidad y promover buenas practicad de alimentación y nutrición.(30)

- **Sesión Educativa:** Actividad considerada como la organización básica, lógica y secuencial de situaciones de aprendizaje, dosificada para la adquisición de capacidades. Responde al desarrollo de un programa, unidad o módulo de aprendizaje. Es necesario tener en cuenta cuando se selecciona esta modalidad de actividad educativa que:
 - Los participantes deben tener intereses comunes.
 - El número de participantes no debe sobrepasar los 15.
 - El promedio de horas duración debe ser de 45 a 60 minutos.(30)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para la realización del presente trabajo académico profesional se solicitó al área de estadística e informática datos fidedignos de la temática de estudio para lo cual se llevó a cabo las siguientes acciones:

- **Autorización:** Se solicitó permiso al médico jefe de la micro-red donde laboro para que me brinde información del servicio de estadística sobre los datos que utilizaré para la elaboración de este informe de experiencia laboral.
- **Recolección de Datos:** Para el presente informe se utilizó la inspección del registro de la hoja HIS (Sistema de información de salud) con el objetivo de datos registrados, el SIEN (Sistema de información nutricional) así como el informe analítico de la estrategia de crecimiento y desarrollo de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.
- **Procesamiento de Datos:**
El procesamiento de datos se realizó de forma manual
- **Resultados**
- **Análisis e interpretación de resultados:**
Mediante un cuadro comparativo se realiza la interpretación de resultado expresado en número y porcentaje.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia laboral profesional se inicia en el distrito de Pativilca provincia de Barranca en el puesto de salud de Huayto en el mes de junio en el 2001 como enfermera SERUMS más contrato por el Programa Salud Básica para todos del Minsa.

En el 2002, fui trasladada por necesidad de servicio al puesto de salud Tunan. Posteriormente en el año 2004 al Puesto de salud las Delicias hasta la actualidad el cual está ubicado en el distrito de Paramonga provincia de Barranca, cuenta con un personal de enfermería en el establecimiento quien se desempeña como responsable de las estrategias de enfermería (CRED, ESNI, TBC, PAN-TBC, ENF.NO TRANSMISIBLES EVA, AGUDEZA VISUAL) y PROMSA

En nuestra institución tenemos una población asignada por el INEI que varía año tras año, la atención que brindamos es de lunes a sábado en el horario de 8am a 2pm. A partir del 2016 para potenciar las actividades preventivas promocionales atendemos cinco veces al mes en el horario de 8am a p.m.

Mi quehacer diario como enfermera del nivel primario de atención se inicia cuando llego al establecimiento firmo la asistencia en el cuaderno de control.

- Me dirijo al servicio de cadena de frio para verificar y graficar la temperatura del ICE LINE, posteriormente realizó la preparación del

termo el cual debe estar en una temperatura adecuada y me dirijo al consultorio de enfermería para empezar la atención.

- Se realiza la atención del niño si acude por primera vez al establecimiento se elabora el plan atención de integral para la atención de Crecimiento y Desarrollo, administración de vacunas de acuerdo al calendario de vacunación y administración de micronutrientes.
- Barrido de vacuna y micronutrientes.
- Realización del TAP a los niños que acuden al consultorio.
- Tamizaje de anemia a niños y gestantes,
- Administración de tratamientos antituberculosos a pacientes de TBC sensibles y MDR.
- Examen de agudeza visual a niños de 5-11 años para detectar en forma precoz alteraciones en el área visual.
- Atención a la población de adulto joven y adulto mayor con factores de riesgo para la derivación al servicio de laboratorio para la muestra de glucosa colesterol y triglicéridos y detectar en forma temprana y oportuna para así mejorar su calidad de vida.
- Sesión demostrativa de alimentos dirigidos a niños menores de 2 años y gestantes.
- Sesión educativa dirigida a las madres de las diferentes estrategias que realizamos.
- Realización del padrón Nominal
- Elaboración del sistema de información nutricional

- Elaboración del informe de vigilancia epidemiológica.
- Visitas de seguimiento y captación de las diferentes áreas de enfermería.

- Descripción del Área Laboral

Organización: El puesto de salud las Delicias es un establecimiento de nivel primario I-2, se localiza en la av.: Pacifico s/n pertenece a la micro red Paramonga y a la red Barranca-Cajatambo ubicado en el distrito de Paramonga, provincia de Barranca y departamento de Lima.

- Recursos Humanos:

- ♣ Medico (1)
- ♣ Odontólogo(1)
- ♣ Enfermera(1)
- ♣ Obstetiz(1)
- ♣ Técnicas de enfermería(2)
- ♣ Personal de servicio general(2)

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

a) Área Asistencial

Brindar atención de enfermería directa e integral en el consultorio de CRED, aplicación del test de evaluación, inmunización, TBC, evaluación de adultos jóvenes y adultos mayores, evaluación del adolescente identificación de factores de riesgo, manejo del servicio de emergencia y urgencias, salud ocular el cual realizamos examen de agudeza visual.

b) Área Administrativa

- Coordinación con el medico jefe en la elaboración del rol de turno del personal.
- Registrar las atenciones de los niños en los diferentes libros de seguimiento que manejan las diferentes estrategias.
- Coordinar con la jefatura para las actividades a desarrollar durante el año.
- Elaboración del plan anual de las estrategias a mi cargo.
- Elaboración de las evaluaciones en forma trimestral
- Elaboración y actualización del registro nominal del establecimiento.
- Preparación y presentación de expediente del CRER-TBC.
- Elaboración del informe analítico de las estrategias a mi cargo.

c) Área Docencia

- Participación en las actividades de capacitación que nos brinda la red y el gobierno regional.
- Supervisión a las internas y serumistas de enfermería que llegan al puesto de salud las Delicias

3.3 Procesos Realizados en el Tema del Informe

El profesional de enfermería cumple un rol muy importante que es la educación, ya que se encuentra capacitado para ejercer esta

función. Los procesos realizados en la intervención de la experiencia profesional en la alimentación complementaria lo realizamos desde que el recién nacido acude por primera vez al establecimiento; allí la madre se le brinda consejería integral (ventajas de la lactancia materna, alimentación complementaria adecuada y sus desventajas si se inicia en forma temprana o tardía).

El niño acude en forma mensual para sus controles brindándole una consejería integral. Al cumplir el niño los 6 meses acude a nuestro consultorio donde le realizamos sus controles de CRED (medidas antropométricas, administración de vacunas, sesión de estimulación temprana), empezando a educar a la madre del niño en su alimentación complementaria, indicándole a la madre cinco reglas para una alimentación nutritiva que son la combinación, calidad, cantidad, consistencia y frecuencia. Indicar a la madre cuando el niño empieza a comer otros alimentos diferentes a la leche materna, es necesario tener mucha paciencia, no forzarlo no gritarlo ni asustarlo, debiendo el niño estar tranquilo y lleno de cariño para que exista una mejor relación afectiva entre el niño y sus padres.

Para la realización de la sesión demostrativa se elabora invitaciones y estas deben ser como máximo de 15 personas y un mínimo de 6, teniendo que elaborar la lista de invitados, en este caso será para

los niños menores de 1 año, en la invitación colocaremos la hora el día y el lugar, el nombre de la madre, pero al hacer la entrega de la invitación se le explica sobre la importancia de asistir de la sesión demostrativa.

La obtención de alimentos lo hacemos a través de la estrategia de promoción de la salud, anteriormente teníamos dificultad en la recepción de alimentos, pero actualmente ha sido subsanado por el servicio de logística del hospital, los alimentos que nos brindan son de 2 alimentos por cada grupo: origen animal, tubérculos frutas grasa verduras leche menestras. Hacemos uso del set de la sesión demostrativa que fue otorgado por el gobierno regional, hacemos la selección y preparación del material educativo de apoyo (como cartulina, plumón etc.)

Con el apoyo del personal de salud preparamos el lugar donde se realiza la sesión demostrativa el cual debe de estar bien ventilado e iluminado, el Puesto de Salud cuenta con un lavadero, este tiene que tener su jabón y papel toalla estos insumos eran adquiridos por mi persona, pero ahora la estrategia nos brinda, también colocamos en la pared carteles alusivos, los alimentos son traídos con un día de anticipación los cuales son guardados en una refrigeradora. Los alimentos que brindamos son frescos y de buena calidad, donde se procede hacer la preparación y cocción de los alimentos. Colocamos una mesa y ponemos los alimentos que se van a utilizar en la preparación de la sesión, los participantes van hacer su

ingreso donde le colocamos una tarjetita su nombre y le damos la bienvenida y agradecimiento, donde ellos se registran en la hoja de asistencia de la sesión, donde invitamos a las madres al lavado de manos y le explicamos la importancia que tiene, siempre debe practicarse tanto para la preparación y antes de comer si no realizamos y hacemos una mala manipulación se puede producir la diarrea.

Continuamos con la preparación de los alimentos, las madres hacen la presentación del alimento, donde observamos la consistencia, cantidad, calidad de la combinación en cada preparación al momento de la presentación nos indican las edades que tienen cada niño y el nombre del plato que realizan, donde observamos su compromiso También evaluamos en nuestra sesión (asistencia, lo que más gusto, y si nos demoramos mucho). Terminada la sesión procedemos a la limpieza de los utensilios utilizados y al llenado de la hoja FAC.

Realizamos la sesión educativa, en diferentes temas relacionados al niño como el lavado de manos, administración del micronutriente, para su administración lo primero que tenemos que hacer es el lavado de manos con agua y jabón, luego separar dos cucharadas de comida de consistencias espesa como puré, papilla u otros, apenas esté lista la mezcla darle de comer al niño o la niña estas dos cucharadas de comida.

Limitaciones para el Desempeño Profesional

- ◆ Madres adolescentes es un factor de riesgo por estar en una etapa de vulnerabilidad emocional por su falta de madurez física y psicológica no está totalmente preparada para asumir el rol de madre en la crianza de un niño.
- ◆ Falta de compromiso de algunas madres por seguir las indicaciones y falta de tiempo.
- ◆ Creencias maternas y/o culturales durante la sesión demostrativa y sesión educativa.
- ◆ Multifuncionalidad del personal de enfermería en el desarrollo de las diferentes actividades.

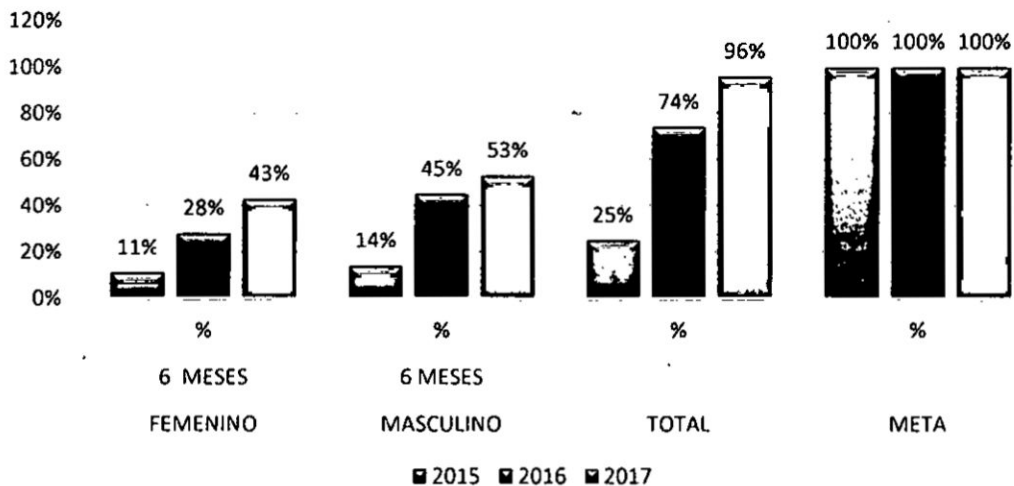
IV. RESULTADOS

**CUADRO N° 4.1
NIÑOS QUE RECIBEN EN FORMA OPORTUNA (6 MESES) LA
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADECUADA EN EL
PUESTO DE SALUD LAS DELICIAS 2015-2017**

AÑO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		META	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
2015	5	11%	7	14%	12	25%	47	100%
2016	15	28%	24	45%	39	74%	53	100%
2017	24	43%	28	53%	52	96%	54	100%

FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA MRPGA

**GRAFICO N° 4.1:
NIÑOS QUE RECIBEN EN FORMA OPORTUNA (6 MESES) LA
ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA ADECUADA EN EL PUESTO DE
SALUD LAS DELICIAS 2015-2017**



FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA MRPGA

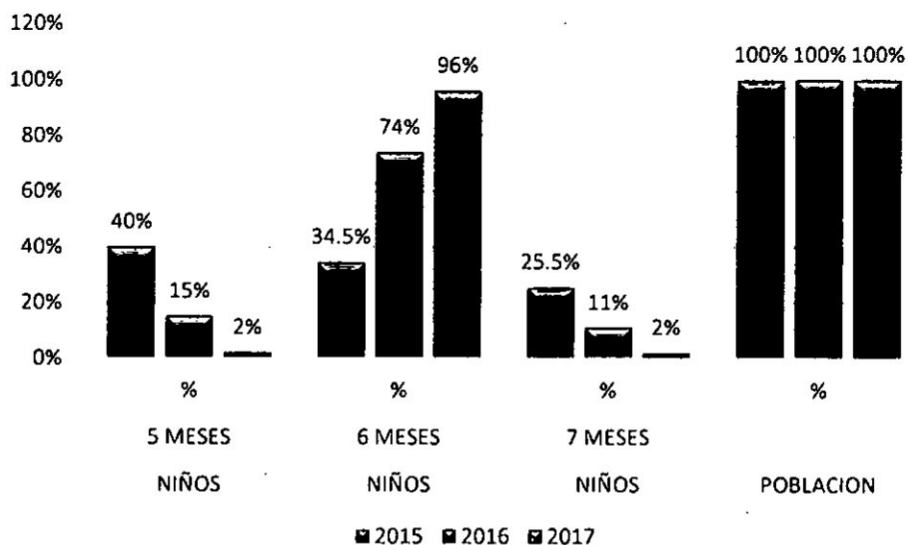
- En el cuadro N° 4.1 en el año 2015 de un total de 47 niños solo 12 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria que representa el 25% del cual 7 son del sexo masculino que representa el 15% y 5 del sexo femenino representando el 10%.
- En el año 2016 de un total de 53 niños, 39 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria que representa el 73% del cual 24 son del sexo masculino que representa el 45% y 15 del sexo femenino representando el 28%.
- En el año 2017 de un total de 54 niños, 52 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria que representa el 96%, del cual 30 son del sexo masculino que representa el 52% y 24 del sexo femenino representando el 44%.

**CUADRO N° 4.2:
 EDAD DE LOS NIÑOS QUE INICIARON LA ALIMENTACIÓN
 COMPLEMENTARIA ADECUADA EN EL PUESTO DE SALUD LAS DELICIAS
 2015-2017**

AÑO	NIÑOS		NIÑOS		NIÑOS		POBLACIÓN	
	5 MESES		6 MESES		7 MESES		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2015	19	40%	16	34.5%	12	25.5%	47	100%
2016	8	15%	39	74%	6	11%	53	100%
2017	1	2%	52	96%	1	2%	54	100%

FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA MRPGA

**GRAFICO N° 4.2
 EDAD DE LOS NIÑOS QUE INICIARON LA ALIMENTACIÓN
 COMPLEMENTARIA ADECUADA EN EL PUESTO DE SALUD LAS
 DELICIAS 2015-2017**



FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA MRPGA

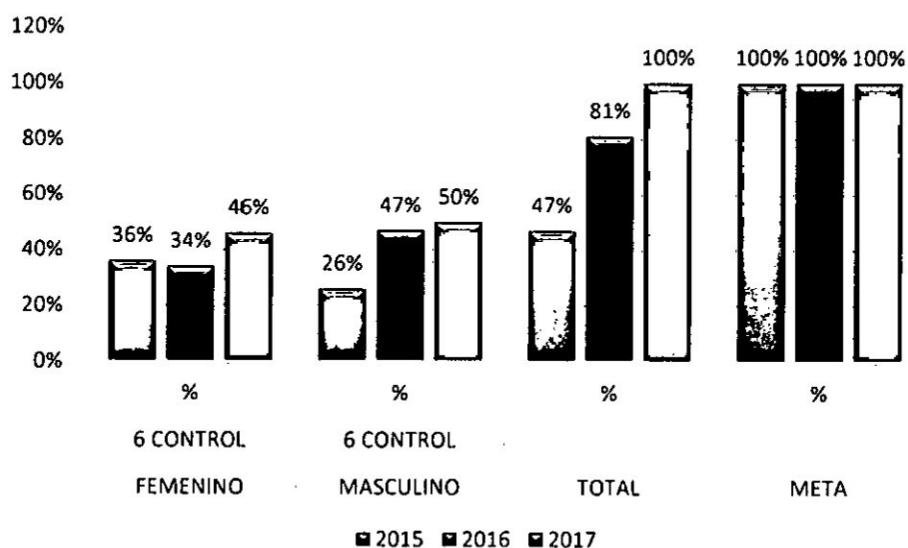
- En el cuadro N° 4.2 en el año 2015 se observa de un total de 47 niños solo 16 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria que representa el 34% y 31 niños recibieron su alimentación complementaria fuera de la edad adecuada que representa el 65%.
- En el año 2016 de un total de 53 niños 39 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria que representa el 73% y 8 niños recibieron su alimentación complementaria adecuada a los 5 meses que representa el 15%.
- En el año 2017 de un total de 54 niños 52 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria que representa el 96% y solo 2 niños recibe fuera de la edad adecuada que representa el 4%.

**CUADRO N° 4.3:
NIÑOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO A SU 6TO CONTROL EN EL PUESTO DE SALUD LAS
DELICIAS 2015-2017**

AÑO	FEMENINO		MASCULINO		TOTAL		META	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2015	10	36%	12	26%	22	47%	47	100%
2016	18	34%	25	47%	43	81%	53	100%
2017	25	46%	27	50%	52	100%	54	100%

FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA MRPGA-HIS

**GRAFICO N° 4.3:
NIÑOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO DE CRECIMIENTO Y
DESARROLLO A SU 6TO CONTROL EN EL PUESTO DE SALUD LAS
DELICIAS 2015-2017**



FUENTE: OFICINA DE ESTADÍSTICA MRPGA-HIS

- En el cuadro N° 4.3 en el año 2015 de un total de 47 niños solo 22 niños acudieron al control de CRED de 6 meses representando el 47% de su población menor de un año
- En el año 2016 de un total de 53 niños 43 niños acudieron al control de CRED de 6 meses representando el 81% de su población menor de un año.
- En el año 2017 de un total de 54 niños 52 niños acudieron al control de CRED de 6 meses representando el 96% de su población menor de un año.

CUADRO N° 4.4

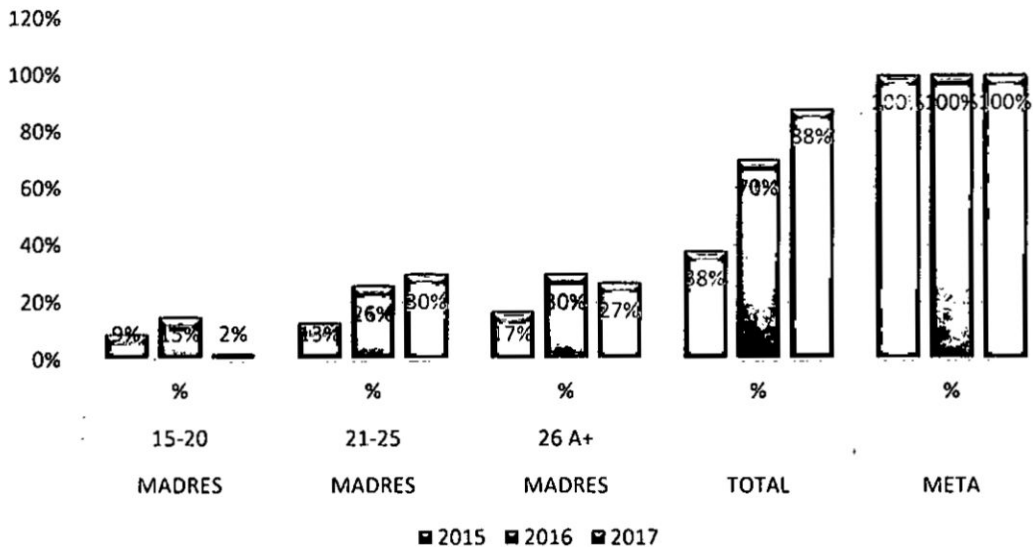
MADRES QUE ACUDEN A LAS SESIONES DEMOSTRATIVAS SOBRE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LAS DELICIAS 2015-2017

AÑO	MADRES 15-20		MADRES 21-25		MADRES 26 A+		TOTAL		META	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	2015	4	9%	6	13%	8	17%	18	38%	47
2016	7	15%	14	26%	16	30%	37	70%	53	100%
2017	12	22%	16	30%	20	27%	48	88%	54	100%

FUENTE: PROMSA-HOJA FAT

GRAFICO N° 4.4

MADRES QUE ACUDEN A LAS SESIONES DEMOSTRATIVAS SOBRE ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LAS DELICIAS 2015-2017



FUENTE: PROMSA-HOJA FAT

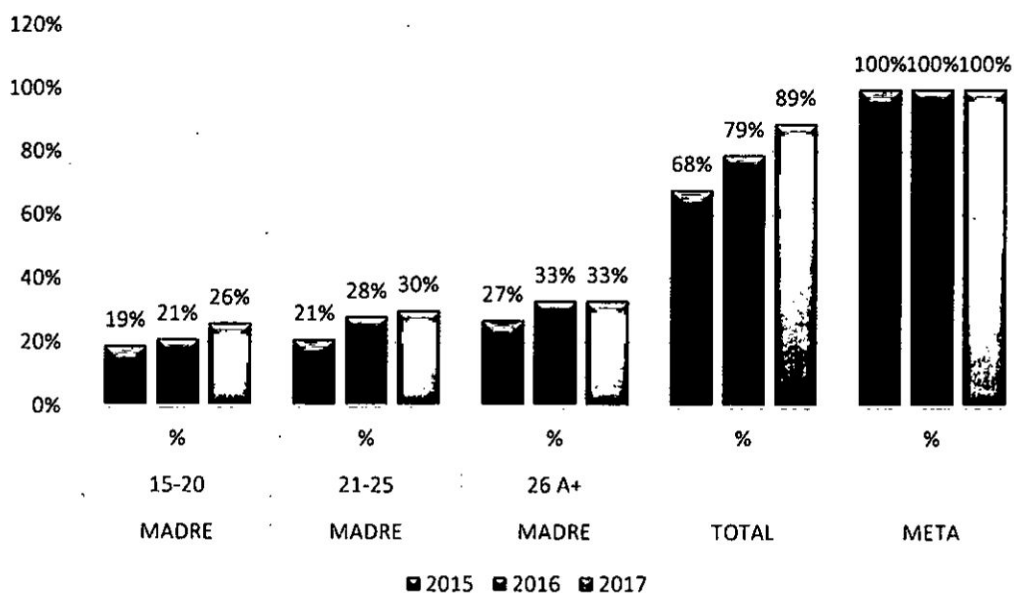
- En el cuadro N° 4.4 en el año 2015 de un total de 47 madres solo 18 acudieron a las sesiones demostrativas representando un 38% del cual las madres de 26 años a más son las que más acuden representando el 17 %.
- En el año 2016 de un total de 53 madres 37 acudieron a las sesiones demostrativas representando el 70% del cual las madres de 26 años son las que acuden con más frecuencia representado el 30%.
- En el año 2017 de un total de 54 madres 48 acudieron a las sesiones demostrativas representando el 89% del cual las madres de 15-20 años ha incrementado su asistencia con relación a años anteriores.

CUADRO N° 4.5
MADRES QUE ACUDEN A LAS SESIONES EDUCATIVAS SOBRE
ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LAS
DELICIAS 2015-2017

AÑO	MADRES		MADRES		MADRES		TOTAL		META	
	15-20		21-25		26 A+					
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
2015	9	19%	10	21%	13	27%	32	68%	47	100%
2016	11	21%	15	28%	16	33%	42	79%	53	100%
2017	14	26%	16	30%	18	33%	48	89%	54	100%

FUENTE: PROMSA-HOJA FAT

GRAFICO N° 4.5
MADRES QUE ACUDEN A LAS SESIONES EDUCATIVAS SOBRE
ALIMENTACIÓN PARA NIÑOS EN EL PUESTO DE SALUD LAS
DELICIAS 2015-2017



FUENTE: PROMSA-HOJA FAC

- En el cuadro N° 4.5 en el año 2015 de un total de 47 madres 32 acudieron a las sesiones educativas representando un 72% del cual las madres de 26 años a más son las que más acuden representando el 28 %.
- En el año 2016 de un total de 53 madres 42 acudieron a las sesiones educativas representando el 79% del cual las madres de 26 años son las que acuden con más frecuencia representado el 30%.
- En el año 2017 de un total de 54 madres 46 acudieron a las sesiones educativas representando el 85% del cual las madres de 15-20 años ha incrementado su asistencia con relación a años anteriores representando el 30%.

V. CONCLUSIONES

- a) En el cuadro 4.1 en el año 2015 de un total de 47 niños solo 12 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria, del cual 7 son del sexo masculino y 5 del sexo femenino.

En el año 2017 de un total de 54 niños, 52 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria, los cuales 30 son del sexo masculino y 24 del sexo femenino.

- b) En el cuadro 4.2 en el año 2015 se observa de un total de 47 niños solo 16 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria y 31 niños recibieron su alimentación complementaria fuera de la edad adecuada.

En el año 2017 de un total de 54 niños 52 niños de 6 meses reciben alimentación complementaria y solo 2 niños reciben fuera de la edad adecuada.

- c) La intervención de enfermería sobre la alimentación complementaria fue efectiva porque logramos en el 2017 que más del 95% de nuestra población menor de un año inicie su A.C.A a los 6 meses que es la edad propicia ya que en el 2015 solo se alcanzó el 25%.

VI. RECOMENDACIONES

a) A los profesionales:

Se debe continuar capacitando al personal de enfermería sobre las estrategias de crecimiento y desarrollo, en los cursos de consejería integral en niños, sesión demostrativa en preparación de alimentos en niños y gestantes esto permitirá ser un profesional competente capaz de brindar un servicio de calidad a la población.

b) A la institución:

* Brindar en forma oportuna los materiales e insumos que se utilizaran en las actividades dirigidas a las madres de los niños demostrativas y educativas.

* Seguir manteniendo una comunicación constante entre el personal de salud jefes de organizaciones de base, teniente gobernador para la realización de actividades preventivo-promocionales de la experiencia laboral que he realizados sobre alimentación complementaria y sesión demostrativa en alimentos, para el apoyo continuo en la realización de esta actividad.

c) Al servicio:

Se recomienda continuar con las actividades preventivas promocionales a la comunidad con paneles, volantes, gigantografías banner, sesiones educativas y demostrativas sobre lactancia materna, alimentación, inmunizaciones, crecimiento y desarrollo con el objetivo de tener una población saludable.

VII. REFERENCIALES

1. Ministerio Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación del niño amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington: OMS; 2007.
2. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Datos y cifras clave sobre nutrición. [en línea]. Roma: FAO; 2014. [consultado 2015 enero 10]. Disponible en: <http://www.lagranepoca.com/33221-cuantos-sufren-desnutricion-latinoamerica>.
3. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación del niño no amamantado entre los 6 y los 24 meses de edad. Washington: OPS; 2007.
4. Organización Mundial de la Salud. Alimentación Complementaria. [en línea]. OMS; 2014. [consultado 2014 agosto 18] .Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/compfeeding/es/.

5. 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. Washington: OMS; 2010.
6. Cisneros, E., y Vallejos, Y. (2015). Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6-24 meses-Reque-2014 (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Perú.
7. Bustamante N, Zhagñay P. Estado nutricional de niños/as menores de 5 años que acuden al Centro de Desarrollo Infantil Buen Vivir los Pitufos de la Parroquia el Valle marzo. Septiembre 2014. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2014.
8. Rolandi María C. "Creencias, práctica alimentaria materna y estado nutricional de niños de 6 a 24 meses ". [Tesis de licenciatura]. Argentina: Universidad de Fasta; 2014.
9. Calle S, Morocho B. Conocimiento materno sobre alimentación, nutrición y su relación con el estado nutricional de niños(as) menores de dos años que acuden al Subcentro de Salud de San Pedro del Cebollar durante mayo-julio 2013. [Tesis de licenciatura]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013.

10. Terroñes, M. (2013). Nivel de conocimiento sobre alimentación complementaria en madres de niños de 6 a 12 meses, centro de salud Micaela Bastidas, febrero 2013 (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
11. Piscoche N. Conocimientos de los padres de niños de 6 a 12 meses sobre alimentación complementaria en el Centro de Salud San Juan de Miraflores, 2011. [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2012.
12. Organización Mundial de la Salud. Alimentación complementaria. [en línea]. OMS; 2015. [consultado 2015 febrero 20]. Disponible en: http://www.who.int/elena/titles/complementary_feeding/es/
13. DISA IV Lima Este. Guía técnica de promoción de la alimentación y nutrición en la etapa preescolar. [en línea]. Lima: MINSA; 2012 [consultado 2015 febrero 15]. Disponible en: http://issuu.com/keylinchis/docs/guia_amarilla.
14. Organización Panamericana de la Salud. La alimentación del lactante y del niño pequeño. Modelo para libros de textos dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud. 1ª ed. Washington: OPS; 2010.

15. Ministerio de salud del Perú. Alimentación complementaria del niño de 6 a 12 meses. [En línea]. Lima: MINSA; 2015. [Consultado 2015 enero 14]. Disponible en:
http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2007/nutricion/lactante_6_24_mesesasp.
16. Pérez Ana. Nutrición y Alimentación del lactante en su primer año de vida. [En línea]. Granada; 2013. [Consultado 2014 octubre 11] Disponible en
<http://adiex.org/alimentacin%20infantil/NUTRICION%20Y%20ALIMENTACION%20DEL%20LACTANTE.pdf>.
17. Asociación de apoyo a la lactancia materna y crianza con apego. Alergia alimentaria y lactancia materna. [En línea]. Valencia: SINA; 2010. [Consultado 2014 diciembre 11] Disponible en:
<http://www.asociacionsina.org/2009/06/04/alergias-alimentarias-y-lm/>.
18. Grande M. Nutrición y Salud Materno Infantil. 1ª ed. Argentina: Brujas; 2014.
19. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 1a ed. Perú; 2011.

20. Organización Panamericana de la Salud. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado. [En línea] OPS; 2003. [Consultado 2015 enero 14]. Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/1-orientacion_para_la_ac.pdf.
21. UNICEF. La desnutrición infantil causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. 1ª ed. México: punto y coma; 2011.
22. Organización Mundial de la Salud. Sobrepeso. [En línea]. Colombia: OMS; 2011 [Consultado 2014 noviembre 13] Disponible en: <http://www.who.int/topics/obesity/es/>.
23. Cortez R. "La nutrición de los niños en edad preescolar: Aproximando los costos y beneficios de la inversión pública". 1ª ed. Lima: Ciup; 2001.
24. Aristizábal H, Sánchez R, Blanco B. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. 1ª ed. Lima: UNAM; 2011
25. Cisneros G. Introducción a los modelos y teorías de enfermería [En línea]. Popayán; 2002. [Consultado 2015 enero 02] Disponible en: <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>

26. Mogollón Flores M. Antropometría. [En línea]. 2013 [Consultado 2015 marzo 13] Disponible en: <https://iepfv.files.wordpress.com/2008/07/la-antropometria.pdf>
27. Ministerio de salud. Norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años. 1a ed. Perú; 2011.
28. Ministerio de Salud del Perú Desnutrición. [En línea]. Lima: MINSA; 2015 [Consultado 2015 marzo 20]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/desnutrucion.asp>
29. Instituto Nacional de Salud Centro Nacional de Alimentación y Nutrición. Medidas antropométricas. [En línea]. INS: Lima; 2010 [Consultado 2015 marzo 20] Disponible en: http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cenan/modulo_medidas_antropometricas_registro_estandarizacion.pdf
30. Gestión de Promoción de la Salud en Instituciones Educativas para el Desarrollo Sostenible. © MINSA, 2011

ANEXOS

ANEXO N° 1

RELACIÓN DE PARTICIPANTES EN SESIÓN DEMOSTRATIVA DE ALIMENTOS

Establecimiento: La Unión
 Comuna: La Unión
 Provincia: Valparaíso
 Dirección: Carretera 10

Fecha de la sesión demostrativa: 20-01-83

Nombre del Participante: Manuel Rodríguez
 Cargo: Estadístico

NOMBRE DE LOS FACILITADORES

Nombre: Manuel Rodríguez
 C. R. N.: 1.234.567.890

AC	<input type="checkbox"/>	PS	<input type="checkbox"/>
AC	<input type="checkbox"/>	PS	<input checked="" type="checkbox"/>
AC	<input type="checkbox"/>	PS	<input type="checkbox"/>

N°	Nombres y Apellidos	Edad del participante	Con un grado menor (U) o con un grado superior (S) a la educación básica	Tiene a su cargo más de un hijo		Aprobó la prueba en el examen de ingreso	Tiene el certificado de inscripción en la escuela de la zona		DOMICILIO (Dirección completa por la de referencia)
				SI	NO		SI	NO	
1	Huamán Dora E. Gómez	37	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
2	María Elena Rodríguez	28	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
3	María Elena Rodríguez	21	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
4	María Elena Rodríguez	18	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
5	María Elena Rodríguez	14	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
6	María Elena Rodríguez	28	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
7	María Elena Rodríguez	22	L	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
8	María Elena Rodríguez	35	L	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
9	María Elena Rodríguez	21	E	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Av. 14, Int. 1, Valparaíso	
10				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
11				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
12				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
13				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
14				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
15				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

ANEXO N°2

FORMATO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS DE SESIÓN DEMOSTRATIVA Y EDUCATIVA

FORMATO DE ACTIVIDADES COLECTIVAS

A. IDENTIFICACIÓN DE LA AFILIACIÓN: 1. AÑO: 1997, 2. INSTITUCIÓN: 0667

B. PERSONAL ASOCIADO: 3. NOMBRE: [blank], 4. CARGO: [blank], 5. FECHA: [blank]

C. DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD: [blank]

D. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD: [blank]

E. PARTICIPANTES: [blank]

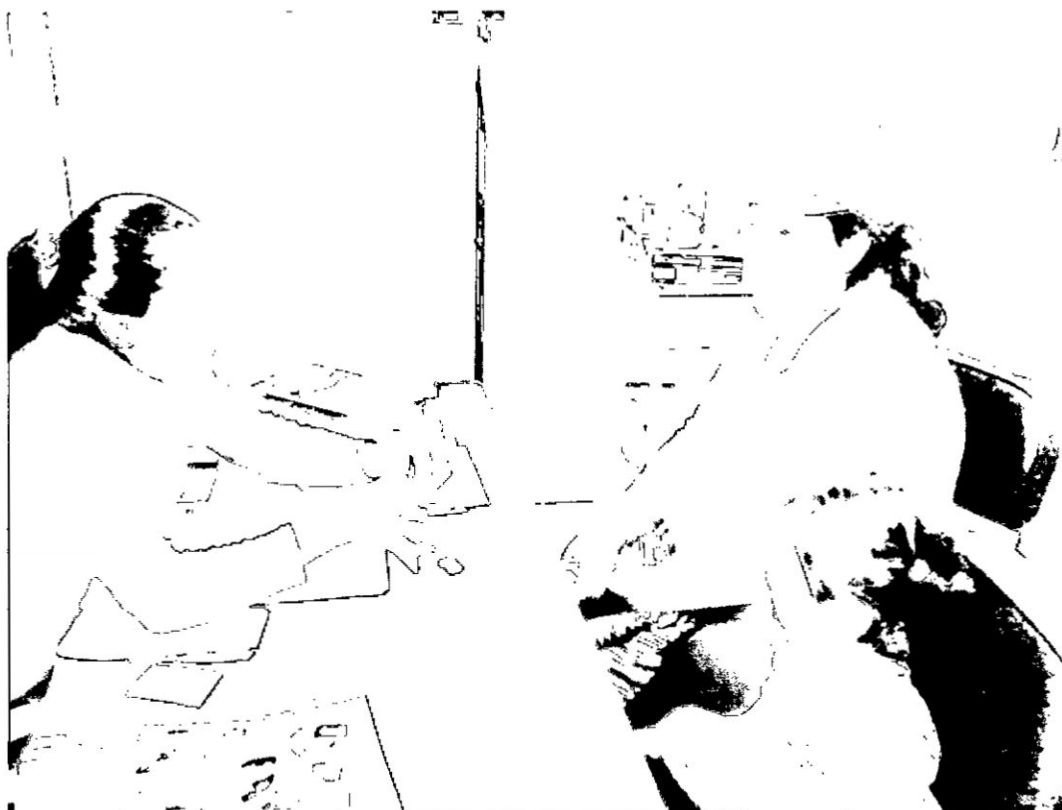
F. OBSERVACIONES: [blank]

N°	TIPO DOC. (CAPACIDAD)	N° DE DOCUMENTO	C. DATOS DE LOS BENEFICIARIOS		TIPO DE SEGURO	Días (Número & años)
			APELLIDOS Y NOMBRES DEL BENEFICIARIO	SEXO		
1	RES	41823016	M. María	F	E	10
2	RES	41823016	S. María	F	E	10
3	RES	41823016	M. María	F	E	10
4	RES	41823016	M. María	F	E	10
5	RES	41823016	M. María	F	E	10
6	RES	41823016	M. María	F	E	10
7	RES	41823016	M. María	F	E	10
8	RES	41823016	M. María	F	E	10
9	RES	41823016	M. María	F	E	10
10						
11						
12						
13						
14						
15						

11. OBSERVACIONES

ANEXO N° 4

SESIÓN EDUCATIVA EN ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTE



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO N° 5

SESIÓN EDUCATIVA DEL LAVADO DE MANOS



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO N° 6

SESIÓN EDUCATIVA DIRIGIDO A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO N° 7

EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO EN REUNIÓN CON MADRES
DURANTE SESIÓN DEMOSTRATIVA



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO N° 8

PARTICIPACIÓN ACTIVAS DE LAS MADRES DURANTE SESIÓN DEMOSTRATIVA



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO N° 9
VISITAS DOMICILIARIAS DE SEGUIMIENTO Y CAPTACIÓN



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO N° 10
VACUNACIÓN A ADOLESCENTE



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO Nº 11

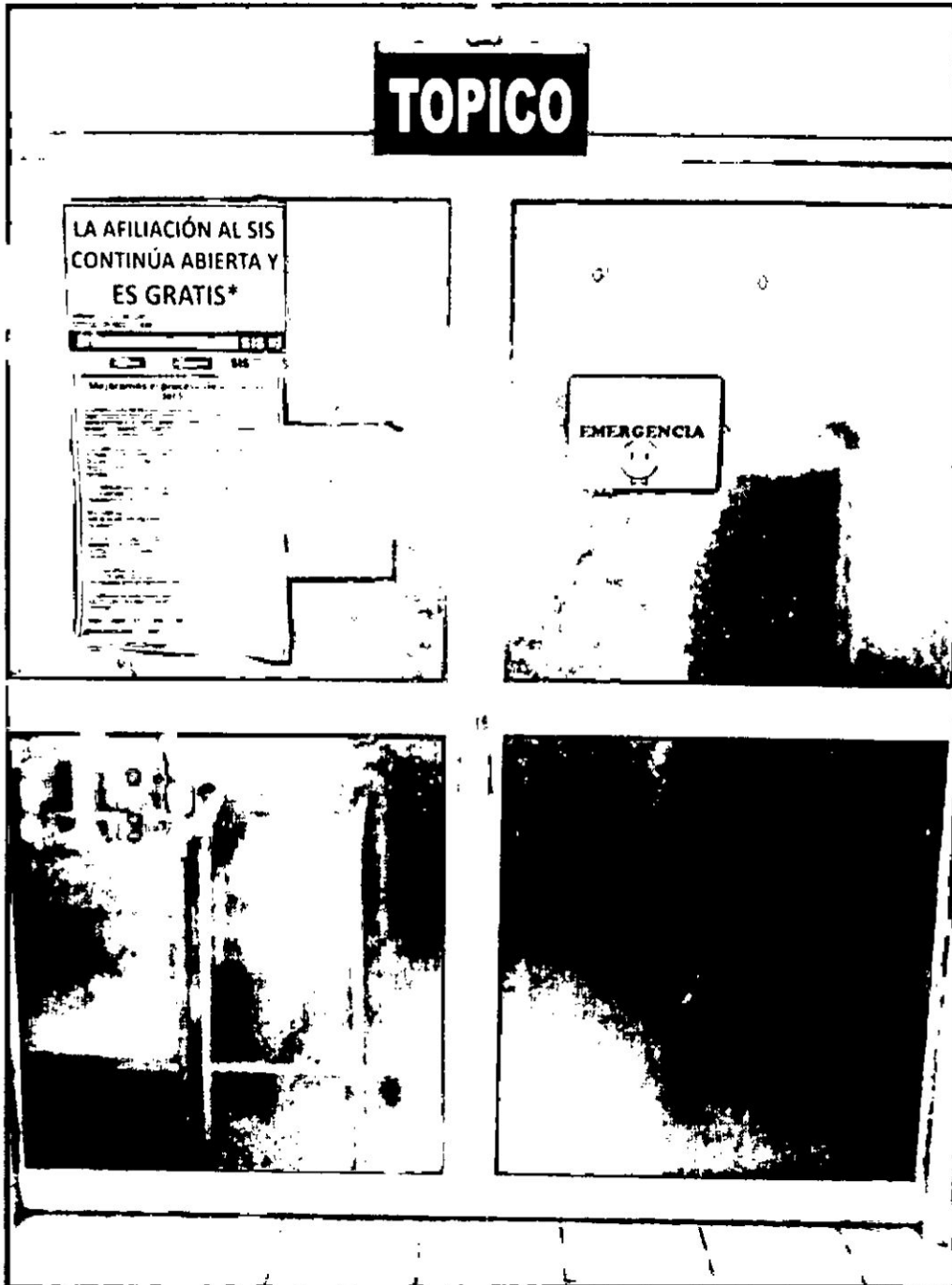
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN DE LA SALUD



Fuente. Elaboración propia, 2017

ANEXO Nº 12

MEJORAMIENTO DE LA INFRAESTRUCTURA DEL TÓPICO



Fuente. Elaboración propia, 2017