

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

E.A.P. DE ENFERMERÍA

**Relación entre las prácticas alimentarias que
implementan las madres y la persistencia de anemia en
lactantes en el C.S Conde de la Vega Baja 2010**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

AUTOR

Gisella Chafloque Segovia

Lima – Perú

2010

**RELACIÓN ENTRE LAS PRÁCTICAS ALIMENTARIAS QUE
IMPLEMENTAN LAS MADRES Y LA PERSISTENCIA
DE ANEMIA EN LACTANTES EN EL
C.S CONDE DE LA VEGA BAJA**

2010

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía.

A mi seres queridos. A mi familia por enseñarme con amor que la perseverancia, el esfuerzo y la dedicación son el camino para lograr objetivos. A mis amigos por brindarme su apoyo incondicional en los buenos y no tan buenos momentos. GRACIAS.

A la Dra. Rocío Cornejo Valdivia por su predisposición permanente e incondicional, por su cariño y amistad; por cada consejo que me dio y ser mi ejemplo a seguir.

INDICE GENERAL

	Pg.
Agradecimientos	iii
Índice General	iv
Índice de Tablas y Gráficos	vii
Resumen	ix
Summary	x
Presentación	xi

CAPITULO I: INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5
C. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	6
D. OBJETIVOS	7
1. Objetivo General	7
2. Objetivos Específicos	7
E. PROPÓSITO	8
F. MARCO TEÓRICO	8
1. Antecedentes Del Estudio	9
2. Base Teórica	21
a. Situación Nutricional del lactante menor de 1 año en el Perú y el Mundo	21
b. Alimentación del niño de 0 a 6 meses	25
Lactancia Materna	25
Otras leches	27

c. Alimentación del niño a partir de los 6 meses:	29
Prácticas alimentarias	29
Funciones de los alimentos	32
Inicio de la alimentación complementaria	34
Tipos y adición de alimentos	37
Combinación de alimentos y esquema de mezclas	41
Características de la alimentación	43
Interacción Madre – Niño en la alimentación	47
Importancia de la estimulación al niño pequeño a comer	49
Higiene en la preparación y conservación de los alimentos	51
d. Anemia	53
Definición	54
Metabolismo del hierro	55
Causas de la anemia en el lactante	57
Consecuencias de la deficiencia de hierro y la anemia	58
Alimentos que favorecen el requerimiento de hierro	58
Programa de suplemento de hierro	59
Anemia persistente	61
e. Rol de la enfermera en la prevención de problemas nutricionales del niño	64
Control de crecimiento y desarrollo (CRED)	64
Consejería de enfermería y educación a la madre	65
G. HIPÓTESIS	67
H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS	68
1. Prácticas alimentarias	68
2. Persistencia de Anemia	68
3. Madres	69

CAPITULO II: MATERIAL Y METODOS

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE ESTUDIO	70
B. SEDE DE ESTUDIO	71
C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA	72
D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	73
E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO	75
F. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS	75
G. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	76
H. CONSIDERACIONES ÉTICAS	79

CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION

A. RESULTADOS	80
B. DISCUSION	102

CAPITULO IV: CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES	105
B. LIMITACIONES	107
C. RECOMENDACIONES	107

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

		Pg.
TABLA N° 1	PRACTICAS ALIMENTARIAS QUE IMPLEMENTAN LAS MADRES EN RELACION AL INCREMENTO ADECUADO DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA DE LOS LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010	82
GRAFICO N° 1	EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010	84
GRAFICO N° 2	TIPO DE ALIMENTO OFRECIDO AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010	86
GRAFICO N° 3	CONSISTENCIA DE LA COMIDA QUE RECIBE EN LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA SEGUN SU EDAD EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010	88

GRAFICO N° 4	CANTIDAD DE ALIMENTOS BRINDADOS POR COMIDA SEGÚN LA EDAD DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010	90
GRAFICO N°5	FRECUENCIA DE ALIMENTACION SEGÚN EDAD DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010	93
GRAFICO N° 6	PRACTICAS DE HIGIENE DE LA MADRE EN LA ALIMENTACIÓN AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010	95
GRAFICO N° 7	ALIMENTOS RICOS EN HIERRO QUE CONSUME EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010	97

RESUMEN

Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo - explicativo, y transversal, el cual nace de un problema de salud pública mundial, la anemia en lactantes, que tiene origen multifactorial, en este caso se tomó solo uno de los factores que son las prácticas alimentarias. Por ello se realiza el presente estudio para determinar cuál es la relación que existe entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes. Se utilizó un cuestionario, validado por jueces expertos (Coeficiente de Validez de 0.8616) el cual fue aplicado a través de visitas domiciliarias a una población de 30 madres cuyos niños lactantes presentaron anemia y que acuden al Centro de Salud Conde de la Vega Baja. Algunos de los resultados más relevantes fueron: la inadecuada cantidad de alimentos que brinda la madre por comida al niño según su edad (80%); con el agravante que el niño no consume en su totalidad la ración brindada (73.3%); así también la frecuencia con la que se brinda dichos alimentos no es la correcta (60%). Por lo que se concluye que la persistencia de anemia en lactantes estaría relacionada con prácticas alimentarias inadecuadas que implementan las madres.

PALABRAS CLAVES: Anemia, enfermería, practicas alimentarias, lactantes.

SUMARY

A study of quantitative, descriptive - explanatory, and transverse, which is born of a global public health problem, anemia in infants, which has a multifactorial origin, in this case it took only one of the factors which are the practices food. We therefore performed this study to determine the relationship between feeding practices that implement the mothers and the persistence of anemia in infants. We used a questionnaire validated by expert judges (validity coefficient 0.8616) which was implemented through home visits to a population of 30 mothers whose infants had anemia and go to the Health Center Conde de la Vega Baja. Some of the most relevant results were: inadequate amount of food the mother brings food to a child by age (80%), with the aggravating circumstance that the child does not consume the entire ration offered (73.3%) well the frequency with which such food is given is not correct (60%). It is concluded that the persistence of anemia in infants would be related to inadequate feeding practices that implement the mothers.

KEYWORDS: Anemia, nursing, feeding practices, infant.

PRESENTACIÓN

En nuestro país en el año 2008 la Estrategia Nacional de Desarrollo Estadístico (ENDES) reportó que la desnutrición crónica afectó al 22.9 % de niños menores de 5 años, es decir existe un (1) niño con desnutrición cada 4 niños ⁽²⁾.

El 42,5 % de niños menores de cinco años padece de anemia (23,4% anemia leve, 18,4% anemia moderada, y el 0,7% anemia severa), proporción que es menor en 3,7 puntos porcentuales a la observada en el año 2005 (46,2%). Esta enfermedad se presenta desde temprana edad: afecta al 80,1 % de los niños de 6-8 meses y al 75,9 % de los niños de 9-11 meses de edad, siendo todavía elevada entre los menores de 12 a 17 y de 18 a 23 meses de edad, con más del 60%. Esto repercute en una mortalidad infantil elevada por su asociación con varias enfermedades por disminución de las defensas, lo cual sumado al retardo en el desarrollo que causa explica el elevado riesgo a enfermar y morir de estos niños ⁽²¹⁾.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2007, destacó que se debe redoblar los esfuerzos para que las madres implementen prácticas adecuadas de alimentación en los

niños con el fin reducir de esta manera la desnutrición infantil y la anemia, ya que cumplen un rol importante en esta lucha contra la desnutrición y que de ellas depende el estado de salud, nutrición, supervivencia y crecimiento de sus niños.

La presente investigación titulada “Relación entre las practicas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en el lactante en el C.S. Conde de la Vega Baja. Lima – Perú 2010”; tiene como objetivo determinar la relación que existe entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes.

El propósito del estudio es aportar información actualizada y relevante al equipo de salud interdisciplinario sobre las prácticas alimentarias no saludables que implementan las madres de los lactantes, a fin de reorientar sus actividades mediante la aplicación de estrategias destinadas a los grupos de riesgo y a las madres de familia contribuyendo así a disminuir la persistencia de anemia infantil.

El presente estudio esta dividido por capítulos de la siguiente manera: CAPITULO I : INTRODUCCION; se muestra el origen del problema, la formulación del problema a investigar, los objetivos planteados para el presente estudio, la justificación del mismo, es decir

la relevancia que presenta la realización de la presente investigación y el propósito de la misma; además se presentan los antecedentes, es decir estudios realizados que guardan relación con la presente investigación, así mismo la base teórica en la que se sustenta el análisis del estudio, se incluye además la hipótesis de la investigación y la definición operacional de términos. CAPITULO II: MATERIAL Y METODO, en el cual se presenta el tipo y nivel de investigación, teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio; la población y la muestra que formaron parte del estudio; además se presenta la técnica e instrumento de la recolección de datos, la validez y la confiabilidad, la recolección y procesamiento de datos. CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSION, es decir la presentación, análisis e interpretación de los datos obtenidos. CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES, donde se presentan las consideraciones finales de la investigación. Y por último las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La anemia en el lactante constituye un problema grave de Salud Publica en Perú, así como en el resto de América Latina; debido a la pobreza, la disminución de la lactancia materna y a las prácticas alimentarias inadecuadas. Esto se traduce en una mortalidad infantil elevada por su asociación con varias enfermedades por disminución de las defensas, lo cual sumado al retardo en el desarrollo que causa explica el elevado riesgo a enfermar y morir de estos niños ⁽²¹⁾.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) tiene como cuarto objetivo del milenio reducir la tasa de mortalidad infantil en menores de 5 años. Con respecto a ello, en el año 2007 el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) indicó que nueve

millones de niños murieron antes de cumplir cinco años de edad debido a la desnutrición ⁽¹⁾.

En nuestro país en el año 2007 el ENDES reporto que 25 de cada 100 niños mueren antes de los 5 años, y que de estos, 18 murieron antes de cumplir el año de vida. Se asume que las principales causas de mortalidad infantil en menores de 1 año son las infecciones agudas, septicemias y en tercer lugar la desnutrición y anemia ⁽²⁾.

Sobre desnutrición se tiene que en el mundo, 150 millones de niños menores de 5 años se encuentran desnutridos. La UNICEF señala a este problema como el principal factor de muerte en más de 6 millones de niños por año ⁽¹⁾.

Según un informe presentado por la ENDES, en el año 2007 a nivel nacional la desnutrición crónica afectó al 22.9 % de niños menores de 5 años, es decir 1 de cada 4 niños y uno de cada dos niños presentó anemia, de los cuales, 1 de cada 4 niños menores de un año tienen anemia por deficiencia de nutrientes y 1 200 000 tienen anemia por deficiencia de hierro. En Lima en el año 2007, 2 de cada 10 niños presentó anemia ⁽²⁾.

La carencia de hierro es el principal factor causal de anemia, asimismo las enfermedades infecciosas como el paludismo, la tuberculosis y el VIH son factores importantes que contribuyen a la alta prevalencia de esta, a la cual se suma la parasitosis ⁽³⁾.

El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2007, destacó que se debe redoblar los esfuerzos para que las madres implementen prácticas adecuadas de alimentación en los niños con el fin reducir de esta manera la desnutrición infantil y la anemia, ya que cumplen un rol importante en esta lucha contra la desnutrición y que de ellas depende el estado de salud, nutrición, supervivencia y crecimiento de sus niños.

El Ministerio de Salud (MINS) en respuesta a la Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y el Niño Pequeño propuesto por la Organización Mundial de Salud, implementó en el año 2006, el programa CRECER que tiene como objetivo la lucha contra la desnutrición infantil y la pobreza, fomentando la alimentación y protección del niño desde su nacimiento. La recomendación es que durante los seis primeros meses de vida los lactantes deben ser alimentados exclusivamente con leche materna y a partir de este momento iniciar la alimentación complementaria

que consiste en introducir alimentos adicionales diferentes a la leche materna a fin de satisfacer sus necesidades nutricionales en evolución, sin abandonar la lactancia materna natural hasta los dos años de edad. El personal de enfermería como principal actor para la aplicación de dicho programa, educa a la madre sobre la alimentación adecuada del niño de acuerdo a su edad y desarrolla programas preventivo-promocionales a fin de contribuir a mejorar en nivel nutricional de los niños.

En la experiencia adquirida en el desarrollo del curso de pediatría, en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo se evidenció que las madres tienen diferentes prácticas alimentarias que van mas allá de los conocimientos adquiridos y brindados por la enfermera acerca de la alimentación complementaria, muchas de ellas referían “le doy sopita a mi hijito porque le gusta mas” “ no come todo...pero si le hago tomar todo el caldito...no importa si deja la carne” “ las papillas estriñen a mi niño” “ me han dicho que la sopita de huesos es muy buena para la anemia” “no le doy hígado porque no lo come” “mi bebe come bien, come igual que nosotros, tres veces” entre otras manifestaciones. Lo cual llama la atención a la autora ya que estos testimonios reflejan una inadecuada alimentación del niño, lo cual podría llevarlo a un cuadro de anemia, y aun más riesgoso,

acrecentar dicho cuadro en los niños que ya presentaban niveles bajos de hemoglobina y/o interferir en el tratamiento de dicha enfermedad; aumentando el riesgo a adquirir diversas enfermedades por disminución de sus defensas y poder llevarlo hasta la muerte.

Así también se observó que en dicho consultorio se atiende un gran número de niños por turno, por lo cual la duración de la atención que brinda la enfermera es menor a lo ideal, condicionando a la enfermera a no brindar una adecuada atención y educación a la madre, la cual debe ser puntual, clara y reiterativa e individualizada para cada paciente.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto anteriormente se formula la siguiente interrogante: ¿Cuál es la relación que existe entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes que asisten al consultorio de CRED, en el C.S. Conde de la Vega Baja en el año 2010?

C. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Se conoce que el rápido crecimiento infantil y el desarrollo psicomotor del niño en esta etapa, requiere de un adecuado soporte alimentario en la dieta diaria que brinde la madre; por ello en la Estrategia Mundial para la alimentación del Lactante y del Niño Pequeño se tiene como prioridad el fomentar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, seguido de una alimentación complementaria oportuna, adecuada, e inocua y sin interrupción de la lactancia; función que tiene la enfermera dentro del paquete CRED, es decir, brindar consejería a la madre sobre la alimentación del niño y evitar así problemas nutricionales por déficit.

Las adecuadas prácticas alimentarias son fundamentales para la salud, nutrición y el crecimiento infantil. Es conocido que los niños son particularmente vulnerables a la desnutrición durante la transición de una lactancia materna exclusiva y la introducción de alimentos sólidos; como también a la capacidad de estos para cubrir en totalidad las necesidades proteico-calóricas del niño a partir de los 6 meses. La OMS en el año 2007 recomendó priorizar en materia de investigación en la búsqueda de asociaciones entre las practicas alimentarias durante los primeros años de vida y sus posibles

deficiencias a corto y mediano plazo. Por ello se esperaría que aquellas madres cuyos niños ya fueron diagnosticados con Anemia, pongan especial interés en la alimentación de sus hijos, lo cual al parecer no ocurre, y por ello se considera necesario y totalmente justificable el tema propuesto. Así también debido a la escasa información en nuestro país y a fin de detectar la relación existente entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes, se realiza la presente investigación en un grupo de niños del C.S Conde de la Vega Baja.

D. OBJETIVOS

1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que existe entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes en el C.S. Conde De La Vega Baja.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los casos de lactantes con persistencia de anemia que reciben tratamiento en el C.S. Conde De La Vega Baja.

- Identificar las prácticas alimentarias que implementan las madres de niños con persistencia de anemia en el C.S. Conde De La Vega Baja.

E. PROPÓSITO

La presente investigación tiene como propósito; aportar información actualizada y relevante al equipo de salud interdisciplinario sobre las prácticas alimentarias no saludables que implementan las madres de los lactantes, a fin de reorientar sus actividades mediante la aplicación de estrategias destinadas a los grupos de riesgo y a las madres de familia con el fin de disminuir la persistencia de anemia infantil.

F. MARCO TEÓRICO

Para la realización de la presente investigación se revisaron tesis y estudios realizados a nivel nacional e internacional, los cuales permitieron comparar diferentes realidades y conocer experiencias anteriores en el estudio del problema a tratar. Así también se efectuó una amplia revisión de material bibliográfico actualizado, como son libros, revistas y artículos referentes al problema a estudiar; con el

fin de guiar la investigación y orientar el análisis de los datos recolectados para la investigación.

1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

A continuación se presentan estudios actuales, realizados en el ámbito nacional e internacional:

- Martha Illa González, Ana María García, Rosario Satriano, Cristina Estefanell y Beatriz Sayagués, en Uruguay el año 2008, realizaron un “Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública”. Cuyo objetivo fue determinar la importancia del déficit de hierro en niños menores de 24 meses de edad e identificar las acciones preventivas a implantar en el país. Se estudió una muestra de 444 niños de 6 a 24 meses de edad, sanos, nacidos a término y con peso al nacer mayor de 2500 gramos, asistidos en los servicios del Ministerio de Salud Pública en Montevideo con antropometría, encuesta alimentaria, hemograma y dosificación de la ferritina sérica obtenida por punción digital. Teniendo los siguientes resultados:

“El 63% de los niños presentó deficiencia de hierro y el 54% tuvieron anemia, que fue leve en más del 80% de los casos. Se identificaron como factores de riesgo de anemia el peso insuficiente al nacer y el consumo de leche pasteurizada en cantidades superiores a 700 ml por día. La lactancia materna no actuó como factor protector de la deficiencia de hierro, resultando la frecuencia de anemia similar en los niños amamantados y no amamantados ⁽⁵⁾.”

- En el año 2008 en Venezuela Armando Sánchez Jaeger, María Adela Barón, Liseti Solano Rodríguez, Arkady Guerrero y Nayka Díaz realizaron un estudio sobre “Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos”. Cuyo objetivo fue detectar asociaciones entre la práctica inadecuada de la lactancia materna en los primeros 4 y 6 meses de vida y las deficiencias en el crecimiento y malnutrición; en una población de 240 lactantes menores de 24 meses, a lo cuales se les realizó una evaluación nutricional antropométrica, teniendo los siguientes resultados:

“Un 27% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva entre el 4º y 6º mes de vida. La prevalencia del déficit para los indicadores P/T y T/E fue del 11,3% y 5,4% respectivamente. El grupo que no recibió lactancia materna exclusiva presentó el mayor déficit para ambos indicadores. Se observa en el grupo con lactancia materna exclusiva un 3,0% de malnutrición por déficit, contrario al 14,3% encontrado en el grupo que no recibió dicha práctica”⁽⁴⁾.

- En Brasil el año 2007 Cristina Maria Garcia de Lima Parada, Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes y Milena Temer Jamas realizaron el estudio “Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida”. Cuyo objetivo fue estudiar las prácticas de alimentación complementaria en niños en el primer año de vida. Investigación de tipo cuantitativa, el método utilizado fue el descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 1238 acompañantes de niños menores de 1 año. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un formulario tipo cuestionario. Los resultados encontrados entre otros fueron:

“La introducción de alimentos complementarios fue precoz, lo que produjo una baja frecuencia en la lactancia materna exclusiva (36,9% en < 4 meses). Niños menores de 4 meses consumieron mates (30,7%), entre 4 y 6 meses consumieron frutas (54,1%), sopas (39,9%) y comida (19,2%). Los datos muestran prevalencia en el consumo de preparaciones inadecuadas con relación a su consistencia: oferta de comida por parte de la familia en niños entre 6 y 8 meses (48,8%) y oferta de sopa a niños mayores de 8 meses (71,6%)”⁽⁷⁾.

- En el año 2005 en Cuba, José G Rebozo Pérez, Elixandra Cabrera Núñez, Gisela Pita Rodríguez y Santa Jiménez Acosta realizaron un estudio sobre “Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad”. Cuyo objetivo fue diagnosticar la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad residentes en la ciudad de Guantánamo. Se realizó un estudio transversal. La muestra estuvo compuesta por 220 niños. Obteniéndose los siguientes resultados:

“El 59.1% de los niños anémicos fue del sexo masculino y el 40.9% del sexo femenino. La prevalencia de deficiencia

de hierro fue del 57,6%. El 74,2% de los niños recibió lactancia materna exclusiva hasta el 4to mes.”⁽¹⁰⁾.

- Beatriz Eugenia Alvarado, Rosa Elizabeth Tabares, Helene Delisle y Maria Victoria Zunzunegui, en el año 2005 en Colombia realizaron un estudio sobre “Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños Afro-Colombianos”. Cuyo objetivo fue describir las creencias y prácticas de la alimentación infantil, y su relación con el estado nutricional de niños de 6 a 18 meses. Se combinaron métodos cualitativos y cuantitativos. En una población de 193 madres. La información fue obtenida a partir de grupos focales y entrevistas a profundidad, fue triangulada con los datos obtenidos en un cuestionario estructurado. Los resultados encontrados entre otros fueron:

“Las practicas se caracterizan por el inicio universal de la lactancia, un promedio de duración de 10 meses e introducción temprana de alimentos (promedio 3 meses). El inicio de la alimentación complementaria después de los 4 meses, la calidad del primer alimento introducido, y la diversidad de la dieta complementaria predicen mejor estado nutricional”⁽¹¹⁾.

- En Cuba en el año 2002, Marlen Ruiz González, María Victoria Picó Bergantiños, Lourdes Rosich García y Leonardo Morales Lamadrid realizaron un estudio sobre: “El factor alimentario en la presencia de la deficiencia del hierro”. Teniendo como objetivo el insistir en los médicos sobre la importancia que tiene su labor preventiva para evitar la anemia. En el cual se tubo como principal conclusión que:

“Son muchos los factores que pueden llevar a la ferropenia, la dieta toma un lugar muy relevante, y se corrige solo con una buena orientación sobre los alimentos ricos en hierro y en su mejor combinación para favorecer su absorción. Se debe adicionar a los vegetales carnes o huevo; asimismo se debe incluir frutas o vegetales ricos en vitamina c para mejorar la absorción del hierro”⁽¹³⁾.

- En el año 1999 en Cuba, Gautier du Défaix Gómez Hortensia, Forrellat Barrios Mariela, Fernández Delgado Norma, Sánchez Suárez, Gómis Hernández Irma realizaron un estudio sobre “Factores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes de la área de salud”. Cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de anemia por deficiencia de hierro y sus factores de

riesgo. Se estudiaron 57 lactantes entre 6 y 12 meses de edad, se realizó una entrevista y una encuesta a los padres, teniendo los siguientes resultados:

“El rápido crecimiento corporal, la dieta cuyo principal componente fue la leche de vaca y el aumento de las perdidas por diarreas, constituyen la causa mas frecuente de deficiencia de hierro en este estudio”⁽¹⁶⁾.

- En el año 1999 Edgar Vásquez Garibay, María Eugenia Navarro Lozano y Enrique Romero Velarde, en un trabajo conjunto con el Instituto de Nutrición Humana, el Hospital Civil de Guadalajara y la Universidad de Guadalajara; realizaron un estudio sobre los “Hábitos de alimentación en niños con desnutrición protéico calórica primaria y secundaria grave” en la ciudad de Guadalajara – México. Cuyo objetivo fue analizar los hábitos y conductas alimentarias en niños con desnutrición proteico – calórica grave de origen primario y secundario. Fue un estudio retrospectivo en el cual incluyeron 148 casos con desnutrición protéico calórica primaria grave y 48 casos de desnutrición protéico calórica secundaria grave que ingresaron a la Unidad de Estudios de Nutrición Infantil del Hospital de Guadalajara, a los cuales se les aplico un cuestionario, teniendo como resultados:

En la DPC primaria, a excepción de la leche, en la mayoría de los casos casi nunca hubo consumo de proteínas de origen animal, la mayoría de alimentos introducidos fueron aquellos son escasa densidad energética y casi nulo aporte de proteínas. La madre brindo en su mayoría (40%) tres raciones de alimentos al día y en su minoría (1.25%) 5 raciones. En cuanto a los factores alimentarios de riesgo de DPC primaria se observo la ausencia de justificación para no dar leche materna y la utilización de otros alimentos caseros”⁽¹⁵⁾.

- Horacio Homero Barba Torres realizó en el año 2007 el estudio “Conocimientos de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acuden a la estrategia sanitaria Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Fortaleza. Lima – Perú”. Cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal. Investigación de tipo cuantitativa de nivel aplicativo. El método utilizado fue el descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 220 niños. Se utilizó como técnica la entrevista y como instrumento un formulario tipo cuestionario. Los resultados encontrados entre otros fueron:

“Las características de la alimentación son adecuadas (85.1%) para la mayoría de niños de 6 meses a 1 año, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la alimentación (58.2%) y las practicas de higiene que realiza la madre o cuidadora durante la alimentación del niño (76.1%). Las características de la alimentación inadecuadas (14.9%) tienen como condiciones la frecuencia (79.1%), consistencia (94.0%)”⁽⁶⁾.

- En Enero del año 2007 Jeny Rocio Benites Castañeda realizó el estudio “Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el C.S. Conde de la Vega Baja.”. Cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses. De tipo cuantitativo, método descriptivo correlacional, de corte transversal. Con una población de 50 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario. Obteniéndose en conclusión:

“Existe una relación significativa entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación

complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses de edad, el nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria mayormente fluctúan entre medio y alto (84%), y de estas el 66% tiene niños con estado nutricional normal. Los aspectos críticos que tiene la madre sobre la alimentación son alimentos de inicio, frecuencia, cantidad y sobre todo la gradiente de inclusión de los alimentos según los meses de edad del niño”⁽⁸⁾.

- Betty Gómez Laureano y Maricela Montaña Zabala realizaron el estudio “Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital EsSalud A.D.U y P, San Juan de Lurigancho – Lima. Febrero 2006”. Cuyo objetivo fue determinar el nivel de conocimiento de las madres sobre alimentación complementaria para la prevención de anemias en lactantes internados. El tipo de investigación fue cuantitativa, el método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 65 madres, la técnica fue la entrevista y el instrumento un formulario. Las conclusiones a las que llegó la investigación fueron entre otras:

“El 88% de las madres identifican al pescado como el alimento que contiene alto porcentaje de hierro, seguido por aquellas que consideran a las vísceras de los animales (76.5%) y el 79% consideran que se debe dar suplementos de sulfato de hierro a los lactantes. Del total de lactantes el 79.4% de ellos presentaron valores de hemoglobina entre 9 a 10 mgr% (anemia moderada) y el 20.6% valores de hemoglobina menores a 8 mgr% (anemia severa)”⁽⁹⁾.

- En el año 2004 Catherine Jannina Cárdenas Castillo realizó un estudio sobre “Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el centro de salud. Chancas de Andahuaylas. Santa Anita. 2004”, Lima – Perú. Cuyo objetivo fue determinar la actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses. El método fue descriptivo transversal, la población estuvo constituida por 58 madres; el instrumento fue un cuestionario tipo escala de Lickert y la ficha de evaluación nutricional del lactante. Los resultados encontrados entre otros fueron:

“El 70 % de las madres tienen actitudes de indiferencia hacia el inicio de la alimentación complementaria, consistencia, tipos de alimentos, finalización de la lactancia materna exclusiva y frecuencia de la alimentación. El 100% de las madres tienen una actitud de aceptación hacia la higiene de los alimentos.”⁽¹²⁾.

- Clotilde Paredes y Paula Álvarez realizaron un estudio sobre: “Conocimientos y prácticas sobre ablactancia y alergia alimentaria que refieren las madres de los niños menores de 2 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del HNERM”. Lima – Perú en el año 2002. Cuyo objetivo fue evaluar los conocimientos y prácticas sobre ablactancia y alergia alimentaria que refieran las madres de los niños menores de 2 años. El método fue el descriptivo explorativo, de corte transversal. La población estuvo constituida por 186 madres. El instrumento que se utilizó fue el cuestionario y la técnica empleada fue la entrevista. Los resultados encontrados entre otros, fueron:

“La mayoría de las madres (82.8%) tienen conocimiento parcial sobre ablactancia; el 51.6% de las madres encuestadas manifiesta correctamente a los 6 meses como la edad propicia para el inicio de la ablactancia. La mayoría

de los niños del estudio (56%) iniciaron precozmente la ablactancia predominantemente entre los 3 a 5 meses de edad (46,8%)⁽¹⁴⁾.

Las investigaciones revisadas aportan al estudio a través de datos de suma importancia ya que permiten tener una perspectiva general de la realidad del problema tanto en nuestro país como a nivel mundial, así también guía el proceso de investigación.

2. BASE TEORICA

Para el abordaje del problema de investigación, se ha realizado una amplia revisión bibliográfica, de materiales actuales, como son libros, tesis, revistas y artículos, con el fin de guiar la investigación y orientar el análisis de los datos recolectados.

a. SITUACIÓN NUTRICIONAL DEL LACTANTE MENOR DE 1 AÑO EN EL PERU Y EL MUNDO

La malnutrición es uno de los problemas más graves de salud pública que persiste en la actualidad. Según las alarmantes y elevadas tasas de mortalidad, este problema ha

sido la causa directa o indirecta del 60% de los 10,9 millones de defunciones registradas cada año de menores de cinco años, más de dos tercios de esas muertes, a menudo relacionadas con unas prácticas inadecuadas de alimentación, ocurren durante el primer año de vida ^{(17) (18)}.

Menos del 35% de los lactantes de todo el mundo son alimentados exclusivamente con leche materna siquiera durante los cuatro primeros meses de vida; la alimentación complementaria suele comenzar demasiado pronto o demasiado tarde, y con frecuencia los alimentos son nutricionalmente inadecuados e insalubres, lo cual tiene como consecuencia niños malnutridos que caen enfermos más a menudo y sufren durante toda su vida las consecuencias del retraso de su desarrollo ^(18) 19).

Los esfuerzos de los gobiernos por acelerar el desarrollo socio-económico, a largo plazo fracasarán hasta que se hayan asegurado un crecimiento y un desarrollo infantiles óptimos, en especial a través de unas prácticas de alimentación apropiadas, puesto que las prácticas inadecuadas constituyen una gran amenaza para el desarrollo ^(18) 19).

La OMS y el UNICEF, han recomendado extender la lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes de vida y a partir de ese momento, recibir alimentos complementarios adecuados desde el punto de vista nutricional, sin abandonar la lactancia materna hasta que el niño cumpla los dos años de edad. Esta recomendación fue puesta en marcha en nuestro país a través de diversos Programas Nacionales del Ministerio de Salud y de Organizaciones No Gubernamentales, quienes han hecho esfuerzos sin precedentes para promover, proteger y apoyar dicha práctica, reducir la desnutrición y mejorar las condiciones de salud en la población más vulnerable. Estos programas tienen como uno de los principales componentes la entrega de alimentos, ya que es conocida la falta de un aporte nutricional adecuado en los lactantes, debido a un conjunto de factores socioeconómicos. Entre ellos están el Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA), el Programa de Complementación Alimentaria para Grupos en Mayor Riesgo, el Programa Nacional Wawawasi, el Programa de Comedores infantiles, entre otros⁽¹⁸⁾ ⁽²⁰⁾.

En el Perú la lactancia materna exclusiva recomendada durante los primeros 6 meses de vida, es otorgada al 77 % de

los infantes menores de dos meses, al 61% de los de 2 a 3 meses, al 51% de los de 4 a 5 meses y al 14% de 6 meses; lo cual expone a nuestros niños a contraer ciertas enfermedades por ingerir agua u otras sustancias sin tomar las precauciones adecuadas, así también aumentan sus riesgos a presentar anemia por deficiencia de hierro relacionado al destete precoz (21).

La alimentación complementaria (incluyendo agua sola) se inicia a edades muy tempranas, antes de los dos primeros meses al 23% de los niños y entre los 4 a 5 meses al 49% de ellos. Entre los menores de 4 meses que lactan, el tipo de alimento diferente a la leche materna que una mayor proporción de ellos recibió fue líquido, principalmente fórmula infantil (16%) y otros líquidos como infusiones (10%). Entre los niños de 6 a 9 meses el 88% recibe alimentos sólidos y semisólidos, de estos el 77% recibe principalmente tubérculos, teniendo un bajo contenido de hierro en la dieta, debido a la poca presencia de carnes y favorecedores de su absorción como son las frutas cítricas y a la presencia de inhibidores, representados principalmente por los taninos provenientes de diversas infusiones, por ello la desnutrición crónica y la anemia por

deficiencia de hierro forman parte de los principales problemas de salud pública en nuestra población infantil; presentando cuadros de anemia el 69% de niños de 6 a 9 meses y el 83% de los niños de 10 a 11 meses de edad. ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾.

b. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO DE 0 A 6 MESES

El mejor y único alimento del niño desde el nacimiento hasta los 6 meses de edad es la lactancia materna exclusiva, es decir, el niño debe tomar solo leche materna, no se debe introducir otros líquidos (agüitas, infusiones, jugos) ni alimentos sólidos, leche de vaca o fórmulas lácteas, ya que estos interfieren con los efectos protectores de la lactancia materna y aumentan el riesgo a contraer enfermedades diarreicas. El niño debe lactar cada vez que lo desee, de día y de noche, al menos 10 veces en 24 horas ⁽²²⁾.

o LACTANCIA MATERNA

La leche humana es considerada como el único alimento capaz de atender de manera adecuada a todas las necesidades del lactante en los primeros 6 meses de vida; por

ello la lactancia materna exclusiva de inicio temprano es el medio natural y óptimo para lograr la seguridad alimentaria y la mejor salud para los lactantes y los niños pequeños ⁽¹⁸⁾.

Según la Estrategia Mundial para la Alimentación del lactante, la lactancia materna tiene como ventajas:

- Le da al bebe la mejor posibilidad de crecer y mantenerse sano y sin anemia.
- Contiene la proporción adecuada de todos los nutrientes que necesita el niño: proteína, grasa, lactosa, vitamina A y C y hierro.
- Contiene los ácidos grasos esenciales para el crecimiento del cerebro, los ojos y los vasos sanguíneos.
- Los nutrientes de la leche materna se absorben más fácilmente que los de otra leche.
- Proporciona toda el agua que necesita el niño, por ello no necesita darle “agüitas” o mates.

- Ayuda a la madre y al bebe a establecer una relación estrecha y cariñosa.
- Protege al lactante contra las infecciones. Los bebes alimentados exclusivamente con leche materna tienen menos riesgos de morir de diarrea e infecciones respiratorias.
- Protege la salud de la madre ayudando al útero a volver a su tamaño normal, a reducir la hemorragia, a prevenir la anemia y el riesgo de cáncer ovárico y mamario de la madre.

○ **OTRAS LECHES**

Actualmente la incidencia de alimentación al seno materno esta en descenso y este es mayor en mujeres de los estratos mas vulnerables como son las mas jóvenes, primíparas, sin educación y en las madres que trabajan. Por ello se incorpora otra leche a la alimentación del niño cuando la lactancia materna no es posible o no es insuficiente; si se consideran todos los tipos de alimentación láctea durante el primer año de vida, la lactancia materna exclusiva

corresponde al 19%, las formulas infantiles al 64% y la leche de vaca evaporada al 23% ⁽²⁷⁾.

La leche humana sirve como modelo para la composición de las formulas infantiles, estas están elaboradas en base a leche de vaca, la cual es procesada para adaptar su composición a la cantidad y calidad de los requerimientos humanos. Las formulas infantiles están prescritas con una densidad de 67 a 70 kcal/dl, similar a la leche materna y se debe ofrecer libremente. La ingestión habitual es de 150 a 200 mL/kg/d y deben producir un aumento de peso de 20 a 30 g/d. Una cantidad insuficiente de energía, proteínas, grasas y carbohidratos pueden provocar desnutrición, pero contrariamente si se preparan leches muy concentradas pueden provocar en el niño diarreas debido a la imposibilidad de absorber ese exceso fundamentalmente de carbohidratos, esto implica también una cantidad excesiva de proteínas con la consiguiente sobrecarga de los riñones. Por ello, la preparación y dilución de los diferentes tipos de leche es muy importante y se realiza de la siguiente manera: Por lo general se requiere de 1 cucharada de leche en polvo con 1 onza (30 ml) de agua; o 1 onza de leche evaporada con dos 2 onzas

de agua. A continuación se muestra una guía aproximada sobre la cantidad de leche de acuerdo a la edad del bebé:

Edad del bebé	Cantidad de biberones	Número de onzas por biberón
0-1 mes	8	2
1-2 meses	7	3
2-3 meses	6	4
3-4 meses	6	5
4-5 meses	6	6
5-6 meses	6	7
6-7 meses	6	8
7-adelante	3	8

c. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO A PARTIR DE LOS 6 MESES:

PRÁCTICAS ALIMENTARIAS

La lactancia materna exclusiva después del sexto mes ya no satisface las necesidades nutricionales del niño, por ello debe complementarse con otros alimentos que cubran sus necesidades energéticas y de otros micronutrientes; a este proceso de incorporación gradual y paulatina de alimentos

líquidos, semisólidos y sólidos a la dieta del niño, hasta integrarlo a la dieta de su familia pero sin suspender la lactancia materna, se le llama alimentación complementaria ⁽²³⁾.

La edad óptima para iniciar la alimentación complementaria es entre los 6 y 24 meses de edad, periodo durante a cual se debe continuar con la lactancia materna. A esta edad el lactante ha alcanzado un adecuado desarrollo de las funciones digestivas y renales, lo que le permite metabolizar y absorber todo tipo de alimentos, así como depurar metabolitos; también ha madurado neurológicamente, lo que le permite participar de la alimentación, ya sostiene la cabeza y tronco ⁽²³⁾.

La alimentación complementaria es un periodo crítico para el crecimiento y desarrollo del niño dado que su capacidad gástrica a esta edad es pequeña y sus requerimientos nutricionales son mayores, sin embargo los alimentos de iniciación no son de densidad adecuada y no reúnen los requerimientos calóricos proteicos necesarios, motivo por el cual los porcentajes de desnutrición y anemia empiezan a elevarse en este periodo; así también suelen adquirir enfermedades relacionadas a hábitos de higiene y alimentación como la diarrea

dado que tan pronto como el niño comienza a tomar alimentos aparte de la leche materna la posibilidad de adquirir germen aumenta ⁽²³⁾.

Por ello la alimentación complementaria de cumplir los siguientes criterios:

- Han de ser oportunos, es decir, se deben introducir cuando las necesidades de energía y de nutrientes sobrepasan lo que puede proporcionarse mediante la lactancia natural exclusiva.
- Han de ser adecuados, es decir, deben proporcionar energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales de un niño en crecimiento.
- Han de ser inocuos, es decir, se deben preparar y almacenar de forma higiénica con utensilios limpios, y no biberones.
- Han de darse de forma adecuada, es decir, se deben dar atendiendo a las señales de apetito y de saciedad del niño, y la frecuencia de las comidas y el tipo de alimentos ofrecidos al niño deben ser adecuados para su edad ⁽¹⁸⁾.

○ **FUNCIONES DE LOS ALIMENTOS**

Los alimentos que usualmente consumimos están compuestos por 6 tipos de nutrientes, proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua, que desde el punto de vista de la función que desempeña se pueden dividir en:

Productores de energía o energéticos

Proveen la energía necesaria para la formación de nuevos tejidos y para el funcionamiento del organismo. La energía aportada por estos alimentos se expresa en calorías. Por ejemplo: los carbohidratos aportan 4 calorías por cada gramo, las grasas 9 calorías y las proteínas 4 calorías por gramo.

Los carbohidratos constituyen la fuente principal de energía de la dieta (alrededor del 60%-80% de todas las calorías) entre ellos tenemos papa, camote, azúcar, miel, fideos entre otros. Las grasas son una fuente importante de provisión de energía; el organismo las utiliza como reserva

natural de energía, además tienen una función básica en el proceso de crecimiento, especialmente en el desarrollo del sistema nervioso. Las proteínas constituyen una fuente de energía, pero su utilización es compleja y el organismo no las usa como fuente habitual, sino como reserva y estructuración de tejidos.

Estructurales o de crecimiento

Provee el material para la formación de tejidos y organismos; a este grupo pertenecen las proteínas, las cuales pueden ser de origen animal, como vegetal; las proteínas de origen animal son la leche y derivados, carnes y huevos, y las de origen vegetal se encuentran en los vegetales, cereales y en especial en las legumbres. En términos generales la proporción de proteínas en los diferentes alimentos vegetales son las siguientes: menos del 10% los vegetales de hoja y cereales (avena, arroz, trigo, maíz) alrededor del 20% las legumbres (menestras) y 30% la soya.

Protectores o reguladores

Favorece la utilización adecuada de las sustancias estructurales y energéticas. Se encuentra presente en las frutas y verduras; además proveen minerales y vitaminas, los cuales previenen de enfermedades.

○ INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA

Muchos órganos y sistemas de los niños menores de seis meses están en proceso de adquirir todas su funciones, después de esta edad, el sistema gastrointestinal y renal del niño ha adquirido la madures para metabolizar y absorber otros tipos de alimentos diferentes a la lactancia materna, a través de enzimas.

Todo niño a término y sano nace con la capacidad de hidrolizar los hidratos de carbono de la leche, en consecuencia, sus funciones de digestión, absorción y excreción se realizan sin dificultad. En cambio las enzimas necesarias para la digestión de hidratos de carbono más complejos (almidones), aun no están presentes en el

momento del nacimiento, su actividad comienza alrededor de los cuatro meses, por ello la introducción de cereales en la dieta no sería recomendable antes del cuarto mes de vida, como tampoco la de otros alimentos que contengan hidratos de carbono más complejos que los disacáridos.

En cuanto a los lípidos, se observa que su absorción es deficiente durante los primeros meses de vida. Aparentemente la concentración de enzimas responsables de la digestión de las grasas en el recién nacido es ligeramente menor a la de épocas posteriores. Sin embargo las sales biliares no se sintetizan en cantidad suficiente antes de los seis meses de edad; por lo tanto, es inconveniente incluir en la dieta del lactante menor a esta edad, alimentos no lácteos que contengan lípidos de difícil absorción.

En cuanto a las proteínas, las enzimas responsables de su hidrólisis están presentes desde el nacimiento. No obstante, la pared intestinal del recién nacido es excesivamente permeable y proteínas completas con pequeño peso molecular pueden pasar al torrente circulatorio, originando reacciones alérgicas, siendo las más frecuentes

aquellas que se presentan con la albumina de la leche de vaca y la avidina de la clara de huevo. Esta permeabilidad persiste hasta los seis meses de edad; por ello no se recomiendan introducir cítricos antes de esa edad para disminuir el riesgo de sensibilidad frente a estos alimentos.

También a esta edad, el niño ya tiene la capacidad neuromuscular que le permite participar de la alimentación, es capaz de sostener la cabeza cuando se le coloca en posición semisentada. La coordinación entre los músculos de los labios y las mandíbulas mejoran; esto favorece la movilización del alimento dentro de la boca y aumenta la capacidad de sensaciones de temperatura, sabor y consistencia. El reflejo de extrusión, que desaparece a los cuatro meses, ayuda a que la papilla sea llevada hacia la parte posterior de la boca sin dificultad.

○ TIPOS Y ADICIÓN DE ALIMENTOS

Cereales

A menudo es el primer elemento distinto de la leche que se incluye en la dieta del lactante. Se van introduciendo a partir de los 6 meses; primero serán sin gluten para evitar sensibilizaciones (el trigo, avena y cebada contienen gluten; el arroz y el maíz, no) y a partir de los 7-8 meses se puede dar mezcla de cereales con gluten.

Contribuyen al aporte energético, son fuente de proteínas, minerales, vitaminas (especialmente tiamina) y ácidos grasos esenciales; al tratarse de un alimento calórico, existe riesgo de sobrealimentación si se abusa de su consumo ⁽²⁴⁾.

Frutas

Su introducción se empezara a partir de los 6 meses como zumo de frutas, y más adelante en forma de papilla; se deben emplear frutas variadas (papaya, manzanas, pera, uva,

plátano), para educar el gusto, y es preferible evitar las más alérgicas como la fresa y el melocotón hasta el año. Suelen introducirse después de conseguida la aceptación de los cereales, aunque puede hacerse al revés.

Proporcionan una fuente adicional de vitaminas como la Vitamina A presente en las frutas amarillas a rojas, Complejo Vitamínico B y vitamina C; así también son ricas en fibras las cuales favorecen el tránsito intestinal ⁽²⁴⁾.

Verduras

Se van introduciendo a partir del 6º mes. Al principio papa, camote, calabaza y más tarde las demás verduras. Se deben evitar las verduras con alto contenido en nitritos, como remolacha, espinacas, acelgas y nabos, etc. Y también las verduras flatulentas (col, coliflor, nabo) o muy aromáticas (ajo, espárragos), conviene añadir una cucharadita de aceite de oliva o mantequilla al puré, pero no sal.

Son fuente de vitamina A (en las hojas verdes), Complejo B y vitaminas C, ricas en fibras y minerales ⁽²⁴⁾.

Carnes

Se empieza a partir del 6º mes, de preferencia por las menos grasas, como el pollo, en una cantidad de 10-15 gramos por día y aumentando hasta un máximo de 40 a 50 gramos. Conviene darla triturada junto con verduras. Aportan proteínas de alta calidad, lípidos, sales minerales, hierro, zinc y vitaminas ⁽²⁴⁾.

Pescado

Comenzar su introducción a la alimentación del niño pasando el 9º mes, con pescados blancos cocidos, por tener menor cantidad de grasa y ser potencialmente menos alérgico. En niños con antecedentes familiares deben esperar su introducción hasta pasado el año de vida.

El contenido de aminoácidos de la carne y el pescado es similar, pero las grasas son principalmente no saturadas (Omega 3 y Omega 6) y aportan minerales, cloro, sodio, potasio, hierro (en los de carne negra) y sobre todo fosforo ⁽²⁴⁾.

Huevos

Al 9º mes se puede incluir la yema cocida, inicialmente un cuarto, la semana siguiente media, al mes la yema entera y el huevo entero (incluido clara) hacia el 12º mes. Se recomienda 2-3 huevos por semana. La yema es buena fuente grasas, ácidos grasos esenciales, vitamina A, D y hierro. La clara aporta principalmente proteínas de alto valor biológico, pero entre ellas se encuentra la ovoalbúmina, con gran capacidad alergénica ⁽²⁴⁾.

Legumbres

Son muy nutritivas si se combinan con cereales, proporcionan hierro y proteínas de excelente calidad similar a la de los productos de origen animal. Deben incluirse en la alimentación a partir de los 6 meses, teniendo cuidado de quitarle la cascara cuando se utilizan granos enteros hasta que cumpla un año ^{(22) (25)}.

Aceites y grasas.

Los aceites y grasas de origen vegetal adicionados a la dieta de lactantes y niños proporcionan buena cantidad de energía. Entre el 40 y 60% de la energía ingerida por niños alimentados con leche materna proviene de grasas. Los aceites y grasas especialmente vegetales, deben añadirse en una pequeña cantidad (1 cucharadita) a la comida de los niños de 6 a 24 meses, ya que agregan una buena cantidad de energía en poco volumen de alimento. También son utilizados para suavizar las comidas y mejorarles el sabor ^{(22) (25)}.

○ COMBINACIÓN DE ALIMENTOS Y ESQUEMA DE MEZCLAS

Las mezclas a ofrecer a los lactantes y niños deberían tener entre otras las siguientes características: ser balanceadas, de fácil disponibilidad y digestividad, así también deben tener un costo razonable.

Una comida balanceada es aquella que se prepara con una combinación de alimentos que proporcionan la cantidad y calidad de nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua) que el organismo necesita para crecer y funcionar con normalidad. Pueden prepararse en combinación con otros alimentos de la siguiente manera ⁽²⁵⁾:

Mezcla doble

Cereales + leguminosas

Cereales + carnes o pescado

Cereales + verduras

Mezcla triple

Verdura + leguminosas + carne

Cereales + leguminosas + verduras

Cereales + carnes + verduras

Mezcla cuádruple

Verdura + carne + leguminosa + cereales

○ **CARACTERÍSTICAS DE LA ALIMENTACIÓN**

Para asegurar que el niño satisfaga sus necesidades nutricionales, los alimentos complementares deben ser oportunos (introducción cuando las necesidades de energía y nutrientes sobrepasen al que la leche materna exclusiva puede ofrecer), adecuados (proporcionando energía, proteínas y micronutrientes suficientes para satisfacer las necesidades nutricionales del niño en crecimiento); inocuo (preparado y almacenado de forma higiénica, ofrecido con las manos limpias y utilizando utensilios limpios), ofrecido con técnica, frecuencia y consistencia adecuadas con la edad.

Preparación y consistencia

A partir del sexto mes de edad el niño deberá iniciar la alimentación complementaria con preparaciones semisólidas como papillas, mazamorras o purés, con una densidad energética no menor de 08 Kcal/g. Gradualmente se incrementará la consistencia y variedad de alimentos que se ofrecen, adaptándolos a sus requerimientos y habilidades desarrolladas según su edad.

Las preparaciones líquidas (jugos, caldos, aguítas) no contienen suficientes nutrientes porque su mayor contenido es agua. En cambio las preparaciones espesas como purés y mazamorras, tienen la ventaja de poder concentrar alto contenido nutricional en una pequeña porción para satisfacer las nutricionales del niño. Las preparaciones deben realizarse a base e combinaciones de alimentos principales como: cereales, leguminosas, alimentos de origen animal, verduras, lácteos y derivados y frutas.

A los seis meses, se inicia con alimentos aplastados en forma de papillas, mazamorras o purés; entre los 7 y 8 meses se inician los alimentos triturados bajo las mismas formas de preparación; entre los 9 y 11 meses, se introducirán los alimentos picados; y finalmente al año deberá integrarse a la alimentación de su entorno familiar.

Cantidad

La alimentación debe ser suficiente para satisfacer las necesidades energéticas del organismo y mantener así su equilibrio, previniendo una alimentación insuficiente o

excesiva, asumiendo que la capacidad gástrica del niño guarda relación directa con su peso (30 g/kg de peso corporal), estimándose así el volumen de alimentos que puede tolerar el niño en cada comida.

A partir de los seis meses empezara con 2 a 3 cucharadas de comida; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a $\frac{1}{2}$ taza que equivale de 4 a 5 cucharadas; entre los 9 y 11 meses, se incrementara a $\frac{3}{4}$ de taza, equivalente de 6 a 7 cucharadas aproximadamente; tres veces al día, mas dos entre comidas adicionales.

A partir de los seis meses, edad en que el niño empieza a comer, este debe tener su propio platito y cucharitas, a fin de que la persona que lo cuida pueda observar la cantidad que come cada vez que lo alimenta.

Frecuencia

La frecuencia de comidas esta en función de la energía requerida que debe ser cubierta por los alimentos, asumiendo una capacidad gástrica de 30 g/kg de peso corporal y una

densidad energética mínima de 0.8 Kcal/g de alimento. Si la densidad energética o la cantidad de comida administrada son bajas o si al niño se le suspende la lactancia materna requerirá de un mayor número de comidas para satisfacer sus necesidades nutricionales.

La alimentación diaria del niño sano y amamantado con frecuencia se dará de la siguiente manera: a los seis meses empezara con 2 comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentara a 3 comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 y 11 meses, además de las 3 comidas principales deberán recibir una entre comidas adicional y su leche materna; y finalmente entre los 12 y 24 meses, la alimentación quedara establecida en 3 comidas principales y dos entre comidas adicionales además de lactar, a fin de fomentar la lactancia materna hasta los 2 años de edad.

Los niños con bajo peso y/o anemia necesitan consumir alimentos con mayor frecuencia, en ellos es necesario el consumo de alimentos adicionales a los principales, es decir entre comidas a media mañana y a media

tarde, de tal manera que consuma sus tres comidas principales mas dos entre comidas, completando un total de cinco comidas al día.

Cuando el niño esta enfermo debe darle comida espesa más veces al día, en pequeñas porciones y de preferencia los alimentos favoritos del niño, hasta dos semanas después de la convalecencia, también se le debe dar más líquidos: jugos de fruta, agua hervida.

○ **INTERACCION MADRE – NIÑO EN LA ALIMENTACION**

Actualmente se reconoce que la alimentación complementaria óptima depende no solo de que alimentos se le ofrece al niño en sus comidas (que dar de comer), sino también es importante la manera de cómo, cuando, donde y quien da de comer a un niño.

La interrelación entre el niño(a) y la madre o cuidadora durante la alimentación puede ser critica e influenciar sobre el consumo de nutrientes. Se describe los siguientes estilos:

- Un "estilo controlador", donde la madre o cuidadora decide cuando y como come el niño puede llegar a que los niños no reconozcan adecuadamente sus propias señales de apetito y autorregulación de su ingesta de energía, poniendo al niño en riesgo de sobrepeso.
- Un estilo "dejar hacer", donde la madre o cuidadora ofrece muy poca ayuda física o poco ánimo verbal en el momento de la alimentación, aun a niños menores de un año, salvo que el niño este enfermo o que no coma. Este estilo es frecuente en nuestra población.
- Un estilo "interactivo" incluye comportamientos que permiten una óptima inter-relación madre o cuidadora-niño.

Se aplican los principios de cuidado psico-social:

- Hablar con los niños durante las comidas, con contacto ojo a ojo, reconociendo que los momentos de comer son espacios de aprendizaje y amor.

- Alimentarlos despacio y con paciencia y animar a los niños a comer pero sin forzarlos.
- Dar de comer directamente a los niños pequeños y ayudar físicamente a los niños mayores cuando se alimentan solos, estando atentos y respondiendo sus señales de apetito y saciedad.
- Cuando los niños no quieren comer, experimentar con diferentes combinaciones de alimentos, sabores, texturas y maneras de animarlos a comer.
- Minimizar las distracciones durante la comida ⁽²⁴⁾.

○ **IMPORTANCIA DE LA ESTIMULACIÓN A LOS NIÑOS PEQUEÑOS A COMER**

Los niños pequeños con frecuencia comen despacio y de forma desordenada, y se distraen con facilidad. Comen más cuando sus padres los supervisan en los tiempos de

comida y cuando los estimulan a comer con cariño. Esto es especialmente importante cuando los niños inician la alimentación complementaria ya que a esta edad el niño requiere mayor aporte energético- proteico, lo cual es compensado con la alimentación, el niño que no come no satisface las necesidades de su organismo en desarrollo, produciéndose la desnutrición y/o la deficiencia de hierro, anemia, como problemas principales o incrementando el cuadro de estos. Por ello es importante que la madre:

- Se siente con el niño y lo estimule a comer conversándole y diciéndole lo buenos que son los alimentos
- Haga de la hora de la comida un momento relajado y feliz.
- Alimente al niño pequeño con su propio plato y cuchara, para asegurarse de que reciba y coma la porción que le corresponde.
- No apure al niño. Un niño puede comer un poco, jugar un rato y volver a comer.

- Crear juegos que persuadan al niño reticente a comer más.
- Evitar obligarlo a comer, porque esto aumenta el estrés y disminuye el apetito aún más.

○ **HIGIENE EN LA PREPARACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS ALIMENTOS**

Para prevenir enfermedades diarreicas a causa de agua y alimentos contaminados, factor importante en la aparición de desnutrición y anemia en niños, por la pérdida de nutrientes y a la inapetencia que se presenta. La Organización Mundial de la Salud, a través de las “Reglas para la preparación higiénica de los alimentos”, recomienda:

- Consumir alimentos que hayan sido tratados o manipulados higiénicamente. Hay alimentos que solo son seguros si han sido tratados previamente y conservado a una temperatura adecuada.

- Cocinar correctamente los alimentos, pueden estar contaminados por microorganismos pero si se cocinan bien esos microorganismos son destruidos por el calor.
- Consumir los alimentos inmediatamente después de ser cocinados, evita que los gérmenes proliferen. No dejar nunca a temperatura ambiental los alimentos cocidos.
- Calentar suficientemente los alimentos.
- Evitar el contacto entre los alimentos crudos y los cocinados. Un alimento cocinado puede volverse a contaminar por el contacto con alimentos crudos o si tiene contacto con objetos que anteriormente hayan tocado un alimento crudo contaminado.
- Asegurar la correcta higiene de la persona que va manipular los alimentos y una limpieza adecuada en todas las superficies de la cocina. Es importante que tenga las manos siempre lavándolas cada vez que haga falta y siempre que haga uso de los servicios higiénicos. En caso de una pequeña heridas, se cubrirá con un depósito

impermeable. Si la herida esta infectada debe apartarse del contacto de los alimentos.

- Mantener los alimentos fuera del alcance de insectos, roedores y animales de compañía. Los animales son portadores de gérmenes patógenos que originan enfermedades de transmisión alimentaria.
- Utilizar exclusivamente agua potable. En caso de necesidad agregar unas gotas de lejía de uso alimentario.

d. ANEMIA

La anemia es un indicador de pobre nutrición y mala salud, la cual esta relacionada a diversos factores socioeconómicos que pueden afectar el estado de nutrición de hierro, en el niño, por ejemplo, destete precoz, ablactancia incorrecta, ingestión excesiva de leche de vaca, bajo ingreso monetario o desempleo, enfermedades diarreicas agudas (EDA) e infecciones respiratorias agudas (IRA) ⁽³⁾.

La deficiencia de hierro es la carencia nutricional más frecuente y constituye uno de los problemas de salud pública más graves. Esta deficiencia afecta principalmente a los grupos en los que las necesidades fisiológicas están aumentadas como son los niños, en especial los lactantes.

○ **DEFINICIÓN**

La anemia se define como la concentración de hemoglobina por debajo de los valores límites establecidos. La hemoglobina, un conglomerado de proteína que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, una deficiencia de hierro. Si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia ⁽³⁾ ⁽²¹⁾

La anemia con un nivel de hemoglobina por debajo de 11.0 g/dl, esta asociada con un decrecimiento en la capacidad física y mental, y probablemente con reducción en la resistencia contra las infecciones ⁽²¹⁾.

La clasificación de la anemia en severa, moderada o leve se hace con los siguientes puntos de corte ⁽²¹⁾.

Edad en meses	Limite superior de la categoría		
	Leve	Moderada	Severa
0 – 3	8.9	6.9	4.9
3 – 6	10.4	8.4	5.4
7 – 23	10.9	8.9	5.9
24 +	11.4	9.4	6.4

○ METABOLISMO DEL HIERRO

El hierro es un componente de la hemoglobina que funciona en el transporte, almacenamiento y utilización del oxígeno. Cuando el suministro dietético de hierro es insuficiente, los depósitos de hierro se agotan, disminuyendo así la hemoglobina. Los lactantes entre 4 y 12 meses en promedio absorben casi 0.8 mg/d de hierro, de los cuales tres cuartos de esta cantidad son para el crecimiento y un cuarto se necesita para reponer las pérdidas ⁽²⁷⁾.

El suministro dietético de hierro influye mucho en la eficacia de su absorción. Por lo general, la dieta contiene 5 a 20 veces la cantidad de hierro absorbido. La cantidad de absorción de hierro de diversos alimentos varía de menos del 1% a más del 20%. Los alimentos de origen vegetal se encuentran en el límite inferior del rango, los productos lácteos en el medio y la carne en el límite superior. Los lactantes absorben cerca de la mitad del hierro de la leche materna.

Existen dos tipos principales de hierro en los alimentos. La mayor parte de hierro en la dieta del lactante corresponde a hierro no hem y una proporción mucho menor se encuentra como hierro hem (sobre todo en carnes). El hierro hem se absorbe menos y en la absorción influyen mucho los otros alimentos que se ingieren en la misma comida. El ácido ascórbico o vitamina C es el estímulo más potente para la absorción del hierro no hem de toda la comida. El té, el salvado y la leche tienen a inhibir la absorción del hierro de la comida con la que se consumen ⁽²⁷⁾.

○ CAUSAS DE LA ANEMIA EN EL LACTANTE

Al nacimiento, el niño sustituye el ingreso seguro de hierro a través de la placenta por una cantidad inferior y menos estable procedente de la dieta, con la cual debe afrontar sus necesidades aumentadas debido a un incremento acelerado, pues durante el primer año de vida el niño triplica su peso y duplica su tamaño corporal ⁽¹⁶⁾.

Alrededor de los 4 a 6 meses las reservas están exhaustas y el lactante necesita una abundante ingestión de hierro en la dieta, debido a que sus requerimientos diarios son sustancialmente superiores, lo que se ve dificultado porque a esta edad tienen además una necesidad energética mayor y una menor capacidad de ingerir alimentos ⁽¹⁶⁾.

Por otra parte los requerimientos en este grupo se ven también incrementados por pérdidas crónicas de sangre por las heces producidas por la infestación con algunos parásitos, la utilización de leche de vaca o fórmula como principal alimento y la presencia de episodios diarreicos ⁽¹⁶⁾.

○ **CONSECUENCIAS DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO Y LA ANEMIA**

La deficiencia de hierro provoca una serie de alteraciones en las funciones del organismo. En niños, existen evidencias para concluir que la deficiencia de hierro causa retardo en el crecimiento y desarrollo. También afecta negativamente el sistema de defensa normal contra las infecciones, alterando la inmunidad celular ⁽²⁸⁾.

○ **ALIMENTOS QUE FAVORECEN EL REQUERIMIENTO DE HIERRO**

La anemia por deficiencia de hierro es un problema que involucra las formas de alimentación, por ello en la alimentación complementaria, al menos en las comidas principales se deben brindar productos de origen animal como carnes rojas, pescado, pollo o huevo, hígado de res o de pollo, que son fuentes ricas en hierro necesarios para el crecimiento y desarrollo del niño, estos alimentos deben ser incluidos en una pequeña cantidad(al menos 2 cucharadas) por lo menos 3 días a la semana.

Las menestras o leguminosas son muy nutritivas si se combinan con cereales, en una relación de dos porciones de cereal por una porción de menestras. Las menestras proporcionan también hierro en menor nivel de absorción que los de origen animal, pero son importantes fuentes de proteína y deben incluirse en la alimentación a partir de los 6 meses, teniendo cuidado de quitarle la cascara cuando se utilizan granos enteros hasta que cumpla un año o en todo caso puede utilizar las harinas de habas, de arvejas o del frijol soya para preparar mazamorras. El menú hecho a base de menestras deberá incluir verduras o frutas que contengan vitamina C, con el fin de mejorar la biodisponibilidad del hierro de la dieta ⁽²⁶⁾.

○ **PROGRAMA DE SUPLEMENTO DE HIERRO**

El programa de suplemento de hierro (PREDEMI) implementado por el MINSA tiene como propósito el prevenir y tratar la anemia por deficiencia de hierro, y tiene por grupo objetivo infantes de 6 a 11 meses de edad y en algunos casos a niños mayores de un año. Cada niño debe recibir el suplemento durante 6 meses, lo que equivale a 2 o 3 frascos

del suplemento. La dosis preventiva que se administrara a los niños es de 10 mg de hierro por día.

El tratamiento de la deficiencia de hierro consiste en la administración de sales ferrosas por vía oral de 3 – 6 mg/kg/d de hierro elemental durante 6 meses, 2 o 3 veces al día según indicación medica, de preferencia 30 minutos antes de las comidas o 2 horas después, debe ser dada en lo posible a la misma hora, de preferencia se debe administrar con jugos de frutas o agua hervida y no se debe dar junto a otros medicamentos, este suplemento no sustituye la alimentación con alimentos ricos en hierro que el niño debe consumir ⁽²²⁾ ₍₂₈₎.

Fuente	% Hierro elemental
Sulfato ferroso	20
Fumarato ferroso	33
Gluconato ferroso	12
Fosfato férrico	25 – 28
Citrato férrico	18

La respuesta al tratamiento puede observarse a las 2 semanas, con una elevación discreta de la hemoglobina y desde entonces se observa un incremento entre 0.7 – 1g semanal.

El suplemento de hierro tiene como reacciones adversas temporales, náuseas, vómito, diarrea, estreñimiento, oscurecimiento de los dientes y deposiciones negras; los cuales pasaran conforme el niño vaya consumiendo más alimentos ⁽²²⁾.

Frente a un fracaso al tratamiento de hierro debe asegurarse si el niño está recibiendo la cantidad indicada del mismo, si existe interferencia de la absorción con los alimentos, si existen pérdidas no detectadas o una infección asociada.

- **ANEMIA PERSISTENTE**

Es la concentración de hemoglobina por debajo de los valores normales (11 mg/dl) tras un tratamiento específico para esta enfermedad, es decir, el niño no incrementa su

hemoglobina según lo esperado (0.7 – 1g), por lo cual no logra superar el cuadro de anemia ⁽²⁴⁾.

Esta enfermedad que, entre otras cosas, lleva a la disminución del número de glóbulos rojos en la sangre, es la carencia nutricional más común en pediatría, específicamente entre los 6 y 24 meses de edad.

De hecho, las cifras de infantes con anemia siguen siendo elevadas y persistentes, las principales causas que la originan son: mamás que no alimentan a sus pequeños con leche materna de forma exclusiva, ausencia de hierro suficiente en la alimentación del niño e ingesta de leche de vaca antes del año de edad (se cree que entre un 28 y 30 por ciento de los niños entre los 6 y los 12 meses la consumen).

Durante el primer año

El recién nacido suele disponer de hierro suficiente en sus reservas corporales para cubrir los requerimientos durante los primeros tres a cuatro meses de vida, si está alimentado exclusivamente con leche materna.

Después de los seis meses, es clave que el bebé siga recibiendo esta leche y la complemente con alimentos ricos en hierro, como carnes, vísceras, cereales infantiles fortificados con este mineral, granos (lentejas, frijoles y garbanzos) y verduras (espinaca, acelga).

La anemia debe tratarse oportunamente

Es clave diagnosticarla a tiempo, para que el tratamiento sea más efectivo y se minimicen sus consecuencias. Lo primero es mejorar el consumo del mineral en la dieta diaria del niño. Adicional a ello, se le da un suplemento de hierro (en gotas o en jarabe) hasta que su reserva sea normal y satisfactoria. Si se descuida la ingesta de alimentos que lo contienen, como las carnes, no es útil únicamente la suplementación, pues el problema puede volver a presentarse.

Durante los primeros tres años de vida, los niños tienen mayores posibilidades de recuperarse. Si la anemia persiste después de esta edad, es posible que los infantes queden con algunas secuelas (como disminución de ciertas destrezas).

e. ROL DE LA ENFERMERA EN LA PREVENCIÓN DE PROBLEMAS NUTRICIONALES DEL NIÑO.

La enfermera debe realizar intervenciones para la atención de las niñas y los niños tanto individuales como comunitarios. Dentro de las intervenciones individuales tenemos el Control de Crecimiento y desarrollo, consejería nutricional, Inmunizaciones, estimulación temprana, Suplementación de sulfato ferroso, Suplementación con vitamina A.

○ **CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (CRED):**

Es un conjunto de intervenciones, procedimientos y actividades dirigidas a las niñas y niños menores a 5 años con el fin de tener una vigilancia adecuada de la evolución de su crecimiento y desarrollo, que incluye maduración de las funciones neurológicas, detección temprana de cambios y riesgos en sus estado de salud, así como la presencia de enfermedades, facilitando su diagnostico y tratamiento, y de esta manera evitar secuelas, disminuir la incapacidad y prevenir la muerte.

La enfermera es la responsable de garantizar esta atención de manera periódica y sistemática, la cual debe incluir:

- Evaluación antropométrica, clasificación y riesgo en el carnet de control de CRED.
- Examen físico completo.
- Control de desarrollo empleando test según corresponda.
- Atención y consejería en inmunizaciones, alimentación IRA, rehabilitación, prevención de accidentes.
- Evacuación del consumo de alimentos.
- Evaluación de ganancia de peso.
- Suplementación con hierro.
- Derivación precoz de niños con enfermedades prevalentes.
- Consejería.

○ **CONSEJERÍA DE ENFERMERÍA Y EDUCACIÓN A LA MADRE**

La consejería tiene como objetivo influir en la madre del niño para que adopte prácticas adecuadas de lactancia

materna y alimentación complementaria para asegurar el crecimiento y desarrollo apropiado de los lactantes, esto se va lograr a través, del uso del conocimiento cultural (practico) de la madre; encaminándolo hacia el conocimiento científico.

Para realizar esta actividad, será necesario evaluar la historia alimentaria del niño, a fin de conocer los hábitos alimentarios, brindando una consejería adecuada a la madre o responsable de la alimentación del niño.

Se debe orientar a la madre sobre la consistencia de las comidas (espesas y ricas en micronutrientes), sobre la frecuencia de alimentación (5 veces al día), la inclusión de alimentos de origen animal por aportar micronutrientes como el hierro, así como de los alimentos que ayudan a la absorción de este micronutriente y los que inhiben esta absorción. Además se utilizara la combinación de estos con otros alimentos para promover el concepto de variedad y diversificación de la dieta diaria.

Así también se debe orientar a la madre sobre la alimentación del niño enfermo, de lo cual se recomendara que

debe comer la misma cantidad pero en forma fraccionada y cuando este convaleciente, aumentar la calidad y cantidad de comidas.

La consejería puede ser brindada:

- Cuando la madre acude al centro de salud para el control de su niño.
- Cuando lleva a vacunar a su niño.
- Cuando el niño esta enfermo ya sea por infección diarreica o respiratoria, generalmente la madre esta preocupada por la salud de su hijo y está motivada a poner en prácticas los consejos que se le ofrece.

G. HIPÓTESIS

Las madres de niños que tienen persistencia de anemia, desarrollan prácticas alimentarias inadecuadas.

H. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TERMINOS

1. PRACTICAS ALIMENTARIAS

Son todas las acciones que realiza la madre durante la preparación y manipulación de los alimentos y la alimentación del niño, es decir en cuanto a: edad de inicio de la alimentación complementaria, tipos de alimentos, consistencia, cantidad, frecuencia, higiene, aporte alimentario para el tratamiento de anemia y alimentación del niño en caso de enfermedad.

2. PERSISTENCIA DE ANEMIA

Se denomina niño con persistencia de anemia, a aquel que cuente con dos controles consecutivos de hemoglobina y que reporten valores por debajo de 11.0 g/dl , así mismo que en el segundo control no haya incrementado sus niveles de hemoglobina según lo esperado (0.7 – 1g) .

3. MADRES

Madres de niños que asisten al CRED en el C.S. Conde de la Vega Baja, y cuyos niños presentan valores de hemoglobina por debajo de 11.0 g/dl.

CAPITULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de tipo cuantitativo debido a que se obtienen datos susceptibles a ser medidos y a realizar un análisis estadístico acerca de las prácticas alimentarias que implementan las madres y su relación con la persistencia de anemia en lactantes que acuden a la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.

De nivel descriptivo – explicativo pues permite describir los hallazgos tal y como se encuentran y buscar las explicaciones a los fenómenos; lo cual ayudará a elaborar estrategias para reorientar la educación nutricional que imparte la enfermera a la madre.

Según el periodo y secuencia del estudio, es de corte transversal pues se tomaron datos de más de un control de hemoglobina por cada unidad de análisis en un determinado momento.

B. SEDE DE ESTUDIO

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud Conde de la Vega Baja perteneciente a la Red de Salud Lima Ciudad de la DISA V del Cercado de Lima. Ubicado en la margen izquierda del Río Rímac, en la segunda paralela a la Av. Morales Duárez, en el Jr. Conde de la Vega 488 perteneciente al A.A.H.H. del mismo nombre. Es un Centro de Salud de primer nivel de atención, el cual cuenta con un área destinado a la atención del niño sano y enfermo, en los servicios de Crecimiento y Desarrollo (CRED), la Estrategia Sanitaria de Inmunizaciones, Medicina, entre otros; teniendo como equipo de salud al medico, enfermera y nutricionista principalmente.

El servicio de CRED, atiende a un promedio de 450 niños al año, dentro de los cuales aproximadamente 200 presentaron anemia; son atendido por la profesional de enfermería siendo una de sus responsabilidades el realizar actividades preventivas promocionales, así como orientación y consejería a la madre, en especial sobre la

alimentación que debe brindar a su niño para evitar problemas nutricionales.

C. POBLACIÓN Y/O MUESTRA

La población anual aproximada de lactantes con anemia es de 200, cifra obtenida de los registros que posee dicho centro de salud; para fines del presente estudio se ha tomado un muestreo por conveniencia, captándose a todos los niños que se encontraban con valores de hemoglobina menor a 11.0 mg/dl, y que asistieron al Centro durante el mes de Setiembre del 2009, que en total fueron 30 lactantes, y son atendidos en la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Conde de la Vega Baja.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

Lactantes con persistencia de anemia, es decir, con dos controles por debajo del valor normal, que acuden a la Estrategia Sanitaria de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del C.S. Conde de la Vega Baja.

Madres que acepten participar en el estudio.

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

Niños nacidos de madres con anemia gestacional.

Niños de bajo peso al nacer

Niños con malformaciones congénitas

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnicas la entrevista y la visita domiciliaria; así mismo, se organizó el recojo de la información en los siguientes momentos:

Primer Momento: Se realizó la búsqueda del número de casos de niños con anemia en el año 2009.

Segundo Momento: Se seleccionaron aquellos niños que se encontraban entre 6 y 24 meses de edad y que además tuvieran registrados dos controles de hemoglobina por debajo de lo normal, los cuales fueron en total 50.

Tercer Momento: De los niños identificados, se tomaron a aquellos que asistieron en el mes de recolección de datos, que fueron en total 30 y que constituyeron finalmente la población de estudio, a través del testimonio de sus madres.

Cuarto Momento: En este último momento se aplicó la técnica de visita domiciliaria a las madres de cada uno de los 30 niños que formaron parte de la muestra.

El instrumento aplicado a las madres, durante la visita, fue un formulario tipo encuesta, el cual consta de las siguientes partes: Primero, la presentación en la cual se mencionan los objetivos del mismo, la importancia de la persona encuestada y el agradecimiento; la segunda parte contiene el desarrollo del instrumento, empezando por los datos generales del niño y luego por el listado de preguntas. Dicho cuestionario basado en la operacionalización de variables tiene como objetivo el recojo de datos de forma sistemática, contiene 28 ítems y tuvo un tiempo de aplicación de aproximadamente 15 minutos.

E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

La validez del instrumento se realizó mediante la Prueba de Laushe de Juicio de Expertos, en el cual participaron ocho profesionales, entre ellos seis Licenciadas en Enfermería, una Médico Pediatra y una Licenciada en Nutrición; siendo tomadas sus consideraciones en el mejoramiento del instrumento, ya que se solicitó una revisión de ítem por ítem, analizando los jueces su pertinencia y no pertinencia, con lo que se demostró la validez del contenido del instrumento. (Ver Anexo C)

F. PLAN DE RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos en el C.S. Conde de la Vega Baja a fin de conseguir la autorización para la realización de la investigación y en coordinación de las licenciadas de enfermería a cargo de la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano.

Durante las visitas, se aplicó el instrumento, con una duración aproximada de 20 minutos; dicha recolección se realizó en cuatro semanas, realizándose un total de 30 visitas efectivas.

G. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Luego de la recolección de datos estos fueron procesados a través del paloteo manual, presentando los resultados en tablas y gráficos estadísticos para su análisis e interpretación considerando el marco teórico y los antecedentes revisados. Así también se seleccionaron algunas tablas a las que se les aplicó pruebas de significancia estadística.

Como el valor final que se buscaba eran prácticas alimentarias adecuadas, inadecuadas; se procesaron las respuestas de la siguiente manera:

- Para el caso de las prácticas referidas al inicio de la alimentación complementaria se consideró adecuada a partir de los 6 meses. (antes o después se consideró inadecuado).

- Tipos de alimentos: Era adecuado si el niño consumía mínimo dos tipos de alimentos diferentes en cada comida. (Ejemplo: papillas + arroz + carne o hígado).
- Consistencia en la preparación: Se consideraba adecuada cuando era coherente con la edad del niño. (Ejemplo: 6 meses: aplastados, 7-8 meses triturados, 9-11 meses picados y a partir de los 12 meses de la olla familiar).
- Cantidad: Se consideraba adecuado igualmente tomando en cuenta la edad del niño: de 6-7 meses 2 a 5 cucharadas, de 7-8 meses 5 a 7 cucharadas o media taza, de 9-12 meses de 7 a 10 cucharadas o $\frac{3}{4}$ de taza.
- Frecuencia: Se consideraba adecuada si consume el niño cinco comidas al día, es decir las tres comidas principales y las adicionales de media mañana y media tarde; además de la lactancia materna.
- Higiene: Se consideraba una practica adecuada si:

- Cumplía con el lavado de manos (antes y después de alimentar al niño y durante la preparación de los alimentos).
 - Si realizaba el lavado de los alimentos así como los utensilios a utilizar.
- Aporte alimentario en el tratamiento de la anemia: Se consideraba adecuado si:
 - Brindaba al niño alimentos ricos en hierro por lo menos 3 veces por semana.
 - Consumía jugos, ensaladas que favorecen la absorción del hierro.
 - Evitaban los que inhiben el hierro. Ejemplo: infusiones.
- Alimentación en caso de enfermedad: Se consideraba adecuada si no modificaba la cantidad de alimentos. En este caso si la fraccionaba también era adecuado. Lo que era inadecuado era la disminución o suspensión de los alimentos.

H. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La participación de las madres en el estudio fue de manera voluntaria, las cuales dieron sus consentimientos para la realización de las entrevista, garantizándose la confidencialidad de la información que brinden (Ver Anexo D).

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A. RESULTADOS

Respecto a la población de estudio se tiene que todas las madres que participaron fueron mayores de edad, y en cuanto a las edades de los niños, de un total de 30 niños (100%), 12 (40%) tuvieron 9 meses de edad, 7 (23.3%) 11 meses; 5 (16,6%) 10 meses y 1 año; y 1(3.3%) tiene 1 año y un mes. (Ver Anexo E). En razón al sexo, 13 (43.3%) son de sexo femenino y 17 (56.6%) son de sexo masculino. (Ver Anexo F)

En relación al peso de los niños con persistencia de anemia se obtuvo que el 73.3% (22 niños) tuvieron un peso adecuado para su edad y el 26.6% (8 niños) tuvieron un déficit en este indicador antropométrico. (Ver Anexo G)

La detección de anemia se realiza a través del examen de hemoglobina; de los 30 niños sometidos a dicha prueba, se obtuvieron valores de 8,9 (3.3%); 9.2 (3.3%); 10.5 (3.3%); 10.7 (3.3%); 10.9 (3.3%); 9,8 (13.3%); 10,4 (13.3%); 10,2(16.66%); 10,6 (30%); y 10,8 (10%) de Hb en la primera prueba realizada. (Ver Anexo H)

En la segunda prueba de hemoglobina sérica tomada a los 30 niños se obtuvieron valores de 9.8 (6.6%); 10.2 (10%); 10.3 (3.3%); 10.4 (13.3%); 10.6 (16.6%); 10.8 (23.3%); 10.9 (13.3%); 11 (10%) y 11.2 (3.3%) de Hb; valores por debajo de los rangos normales lo cual indicaría una persistencia de anemia. (Ver Anexo I)

Al compararse los valores de hemoglobina de la primera y la segunda prueba, se obtuvo que un 20% (6 niños) aumento 0.2 mg/dl, un 16.6% (5) aumento en 0.6 y el mismo porcentaje en 0.4; el 10% (3) en 0.1; un 6.6% (2) en 0.7 que es lo ideal; y un 3.3% (1 niño) en 0.9 mg/dl. Un 3.3% no presento variación en los resultados; también se obtuvieron cifras negativas; un 10%(3) disminuyó en 0.2; y un 3.3% (1) en 0.3 mg/dl. (Ver Anexo J)

TABLA N°1

PRACTICAS ALIMENTARIAS QUE IMPLEMENTAN LAS MADRES

EN RELACION AL INCREMENTO ADECUADO DEL NIVEL

DE HEMOGLOBINA DE LOS LACTANTES CON

PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL

C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2010

PRACTICAS ALIMENTARIAS	ACIERTO EN EL INCREMENTO DE LA HEMOGLOBINA		CHI CUADRADO	P
	ADECUADA	INADECUADA		
Tipo de alimentos	3	20	1.01	0.310
Edad de Inicio de la alimentación complementaria	3	25	0.238	0.626
Consistencia de los alimentos	3	16	2.10	0.148
Cantidad de alimentos	3	3	13.3	0.000
Frecuencia de alimentación	3	6	7.78	0.005
Higiene	1	21	2.73	0.09
Aporte de alimentos con hierro	3	7	6.67	0.01
Alimentación en caso de enfermedad	3	6	7.78	0.005

P<0.05 existe relación estadística

En la Tabla N° 1 se presenta a modo de resumen, el comportamiento estadístico de cada una de las prácticas alimentarias, y su nivel de significancia en relación a si estas prácticas, permitieron un incremento adecuado de la hemoglobina, es así que, al aplicarse el Chi cuadrado se encontró relación significativa ($p < 0.05$) en los aspectos referidos a cantidad, frecuencia, aporte de alimentos ricos en hierro y la alimentación en caso de enfermedad; cuyos valores resultaron significativos estadísticamente, lo cual permite afirmar que éstas prácticas inadecuadas se relacionan directamente con un incremento no óptimo de los valores de hemoglobina en sangre.

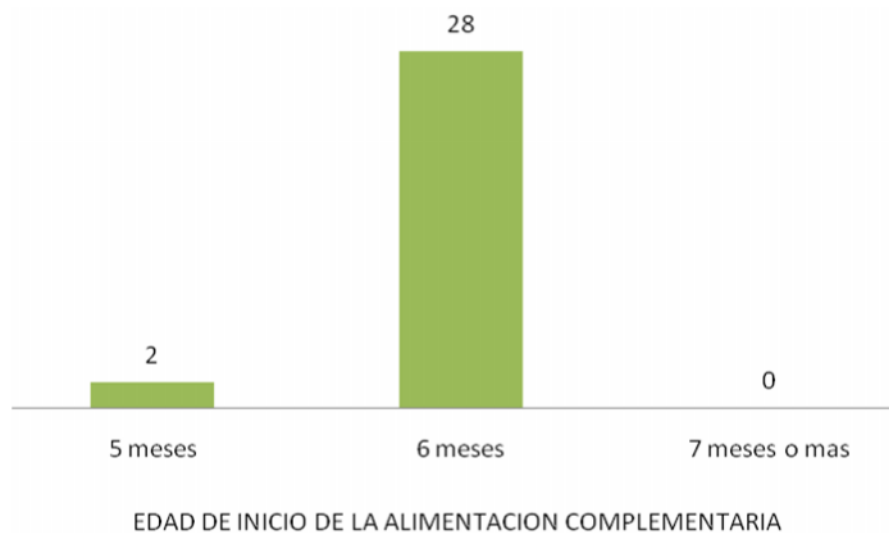
(Ver Anexo Z)

GRAFICO N° 1

EDAD DE INICIO DE LA ALIMENTACION COMPLEMENTARIA DE LOS LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2010



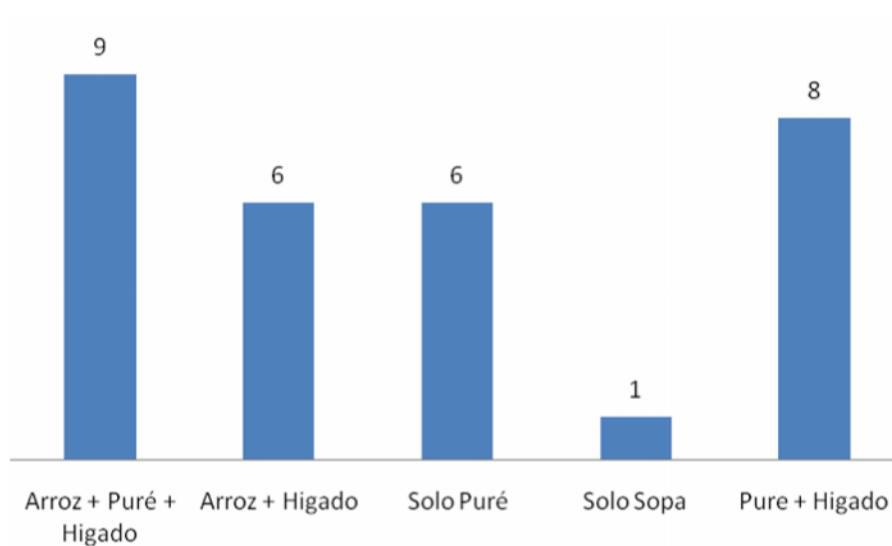
En la presente investigación se obtuvo como resultados que un 93.3% (28 niños) iniciaron la alimentación complementaria a los 6 meses de edad lo cual a su vez nos indica que la lactancia materna exclusiva se dio hasta esta edad; un 6.6% (2 niños) iniciaron precozmente la alimentación complementaria, a los 5 meses. (Grafico N° 1)

De los 30 niños que participaron en la presente investigación, un 70% (21 niños) recibían lactancia materna adicional a la alimentación complementaria con una frecuencia de más de 2 veces al día y un 30% (9 niños) recibían lactancia materna de 1 a 2 veces al día. (Ver Anexo K)

Entre las practicas alimentarias que la madre del niño con persistencia de anemia implementa se encuentra el uso de utensilios exclusivos para la alimentación del niño; un 83.3% (25 niños) lo realiza de forma correcta; es decir para la alimentación del niño este cuenta con un platito y una cuchara propia; exclusiva para la alimentación del niño y no consume del plato de la mamá lo cual ayuda a medir la cantidad e alimento brindado. (Ver Anexo L)

GRAFICO N° 2

TIPO DE LOS ALIMENTO OFRECIDO AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



En la relación al tipo de alimentos, un 29.9% (9 niños) consumen arroz, puré, e hígado en sus comidas principales; un 20% (6 niños) consumen arroz e hígado; un 26.6% (8 niños) consumen puré e hígado; estas combinaciones se consideran adecuadas al contener los alimentos principales. Un 20% (6 niños) consumen sólo puré y un 3.3% (1 niño) consume solo sopa, lo cual es considerado como inadecuado,

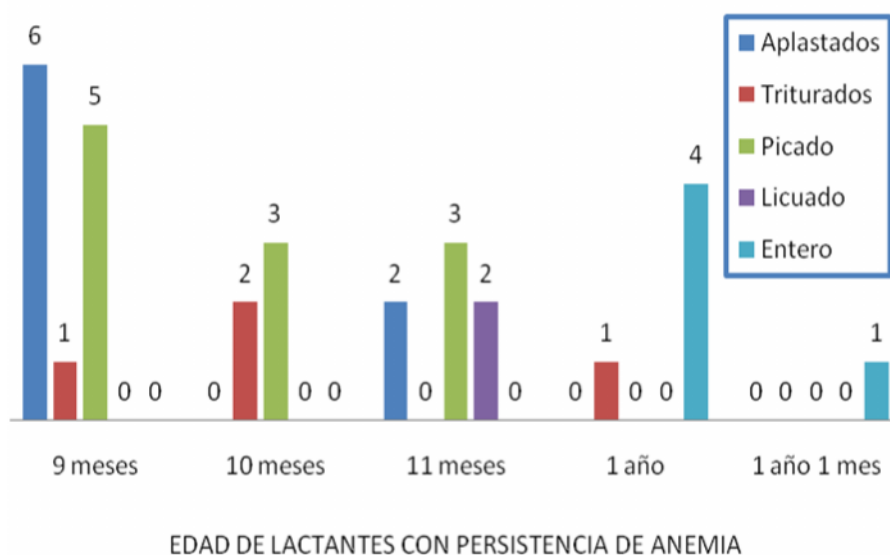
al no contener los alimentos principales que el niño necesita en su dieta diaria. En conclusión se obtuvo que las madres de un 76.6% (23 niños) combinan los alimentos de forma adecuada y un 23.3% lo realizan de forma inadecuada. (Grafico N° 2)

Según la información obtenida de las madres, estas refieren priorizar en que el niño consuma primero la sopa y luego el segundo 46.6% (14 niños), lo cual no es adecuado, ya que al brindar la sopa primero, el niño sacia su hambre y ya no consume el segundo en su totalidad; un 26.6% (8 niños) consumen solo segundo; un 20% (6 niños) comen primero el segundo y luego la sopa y un 6.6% (2 niños) solo toman sopa, lo cual no favorece el estado nutricional del niño al no ofrecer los nutrientes necesarios y solo saciar el apetito. (Ver Anexo M)

Al indagarse sobre la razón que tenían las madres al priorizar los alimentos; un 26.6% (8 madres) refirió que es porque el segundo es lo más importante, seguidas por un 23.3% (7 madres) que menciona a la sopa como un alimento no nutritivo. Un 10% (3 madres) dijeron que el niño no come el segundo; un 3.3%(1 madre) refiere que es importante que el niño tome la sopa y una madre también dijo que lo hace por indicación médica. (Ver Anexo N)

GRAFICO N° 3

**CONSISTENCIA DE LA COMIDA QUE RECIBE EN LACTANTE
CON PERSISTENCIA DE ANEMIA SEGUN SU EDAD
EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**

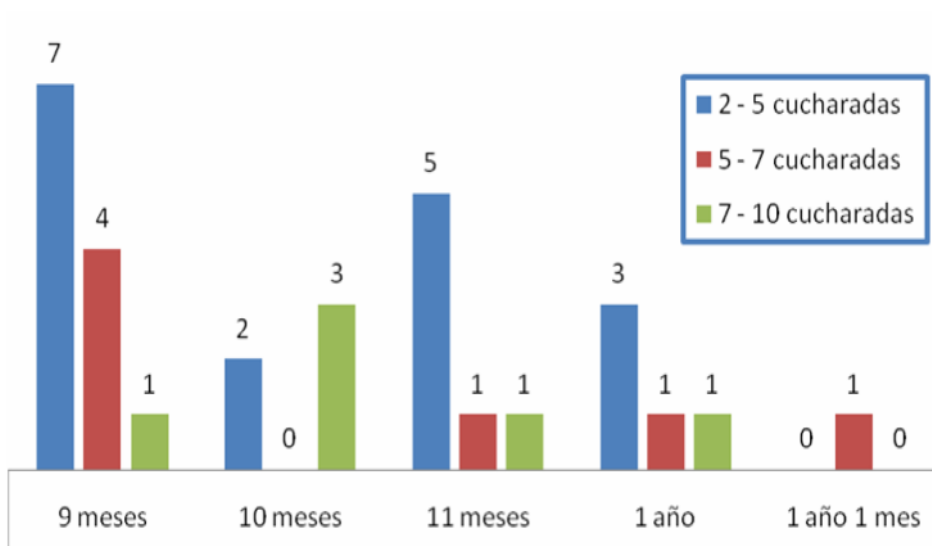


En relación a la consistencia de la alimentación que la madre ofrece al niño, del grupo de niños que tienen 9 meses de edad (12 niños), el 50% (6 niños) consumen alimentos aplastados; un 8.3%(1 niño) triturados y un 41.6% (5 niños) picados, lo cual es lo ideal. En el grupo de niños con 10 meses de edad (5 niños), el 40% (2 niños) comen alimentos triturados y un 60%(3 niños) picados; de los niños de 11 meses de edad (7 niños), el 28.5% (2 niños) consumen alimentos

aplastados; un 42.8%(3 niños) picados y un 28.5% (2 niños) consumen alimentos licuados. El grupo de niños de 1 año de edad estuvo conformado por 5 niños, de los cuales el 20% (1 niño) consume alimentos triturados y un 80%(4 niño) enteros; la madre del niño de 1 año y 1 mes de edad refiere que el niño consume alimentos enteros. En relación a los 30 niños, se observa que un 26.6%(8 niños) comen alimentos aplastados; un 13.3%(4 niños) triturados; un 6.6% (2 niños) licuados; consistencias no adecuadas para la edad del niño ya que a partir de los 9 meses hasta el año de edad, el niño debe consumir alimentos picados, los cuales satisfacen las necesidades del niño; solo el 36.6% (11 niños) consume alimentos de esta consistencia y un 16.6% (5 niños) consumen alimentos enteros.(Grafico N° 3)

GRAFICO N° 4

**CANTIDAD DE ALIMENTOS BRINDADOS POR COMIDA SEGÚN
LA EDAD DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA
EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**



Según la información obtenida de las madres; del grupo de niños con 9 meses de edad (12 niños), el 58.3% (7 niños) consumen entre 2 y 5 cucharadas de comida, el 33.3% (4) de 5 a 7 cucharadas y solo un niño (8.3%) consume de 7 a 10 cucharadas, lo cual es lo óptimo para el niño de 9 meses a 1 año. (Grafico N° 4)

En el grupo de niños con 10 meses de edad (5 niños), el 40% (2 niños) consumen entre 2 y 5 cucharadas de comida y el 60% (3 niños) consume de 7 a 10 cucharadas; de los niños de 11 meses de edad (7 niños), el 71.4% (5 niños) consumen entre 2 y 5 cucharadas de comida, el 14.2% (1 niño) consume de 5 a 7 cucharadas y el mismo número de niños consume de 7 – 10 cucharadas. El grupo de niños de 1 año de edad estuvo conformado por 5 niños, de los cuales el 60% (3 niños) consumen entre 2 y 5 cucharadas de comida, un niño (20%) consume de 5 a 7 y solo un niño consume de 7 a 10 cucharadas. A partir del año de edad el niño debe consumir más de 10 cucharadas por comida, característica que no refirió la madre del niño de 1 año y 1 mes (100%) ya que refiere que el niño consume solo de 5 a 7 cucharadas. En relación a los 30 niños en estudio (100%) se obtuvo como resultados que un 56.6% (17 niños) consumen entre 2 y 5 cucharadas por comida; un 23.3% (7 niños) entre 5 y 7 cucharadas por comida; cantidades que no satisfacen las necesidades del niño para su edad; solo un 20% (6 niños) consumen la cantidad adecuada, entre 7 y 10 cucharadas. (Grafico N° 4)

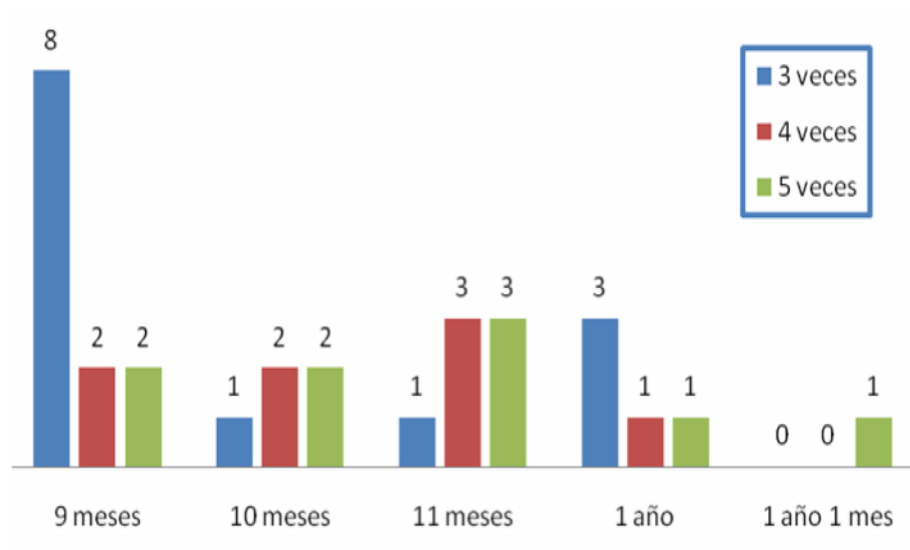
En relación con el consumo total de la ración brindada por la madre, estas refiere que solo un 26.6% (8 niños) siempre consumen en totalidad sus alimentos; un 53.3% refiere que a veces no termina su ración y un 20% (6 niños) que nunca termina lo ofrecido este dato es importante ya que además de que la madre no ofrece la cantidad necesaria, el niño no consume en su totalidad la ración ofrecida, lo cual no favorece a su estado nutricional. (Ver Anexo O)

Según la información obtenida de los madres; estas refirieron que un 10%(3 niños) siempre presenta inapetencia; un 73.3% (22 niños) a veces y un 16.6% (5 niños) nunca. (Ver Anexo P)

Al interrogar a las madres sobre la actitud que toma frente a la inapetencia de su niño, un 66.6% (20 madres) toman una actitud de indiferencia; solo un 6.6% (2 madres) le preparan otra comida; un 20% (6 madres) le brinda los alimentos en intervalos de tiempo y un 6.6% (2 madres) refieren darle leche. (Ver Anexo Q)

GRAFICO N°5

FRECUENCIA DE ALIMENTACION SEGÚN EDAD DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



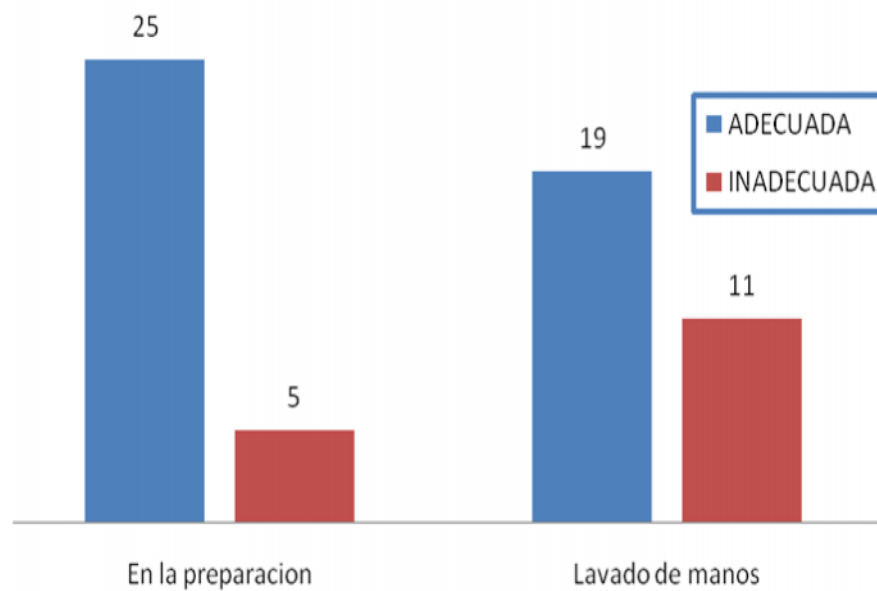
Referente a la frecuencia de alimentación que brinda la madre al niño, del grupo de niños que tienen 9 meses de edad (12 niños), el 66.6% (8 niños) comen 3 veces al día; un 16.6%(2 niños) 4 veces al día y solo un 16.6% (2 niños) reciben 5 comidas al día, lo cual es lo ideal. (Grafico N° 5)

En el grupo de niños con 10 meses de edad (5 niños), el 20% (1 niño) comen 3 veces al día; un 40%(2 niños) 4 veces al día y el mismo porcentaje de niños reciben 5 comidas al día; de los niños de 11 meses de edad (7 niños), el 14.2% (2 niños) comen 3 veces al día; un 42.8%(3 niños) 4 veces al día e igual numero de niños reciben 5 comidas al día. El grupo de niños de 1 año de edad estuvo conformado por 5 niños, de los cuales el 60% (3 niños) comen 3 veces al día; un 20%(1 niño) 4 veces al día y solo un niño 20% (1 niños) reciben 5 comidas al día; la madre del niño de 1 año y 1 mes de edad refiere que el niño consume 5 comidas al día. En relación a los 30 niños, se observa que un 43.3%(13 niños) comen 3 veces al día; un 26.6%(8 niños) 4 veces al día; lo cual no satisface las necesidades del niños, ya que al presentar este anemia necesita alimentarse en mayor número de veces, es decir debe recibir sus 3 comidas principales y 2 comidas adicionales; lo cual se da solo en un 30% (9 niños) que reciben 5 comidas al día.

En relación a las razones que la madre refiere sobre la frecuencia con la que brinda alimento a su niño; un 66.6% (20 madres) refirieron que el motivo del número de veces con que alimentan a su niño es la falta de apetito de este; un 13.3% (4 madres) refirieron que le brindan los alimentos a su niño igual número de veces que a la familia y un 20% (6 madres) refirieron deberse a indicaciones medicas. (Ver Anexo R)

GRAFICO N°6

**PRACTICAS DE HIGIENE DE LA MADRE EN LA ALIMENTACIÓN
AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA
EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**

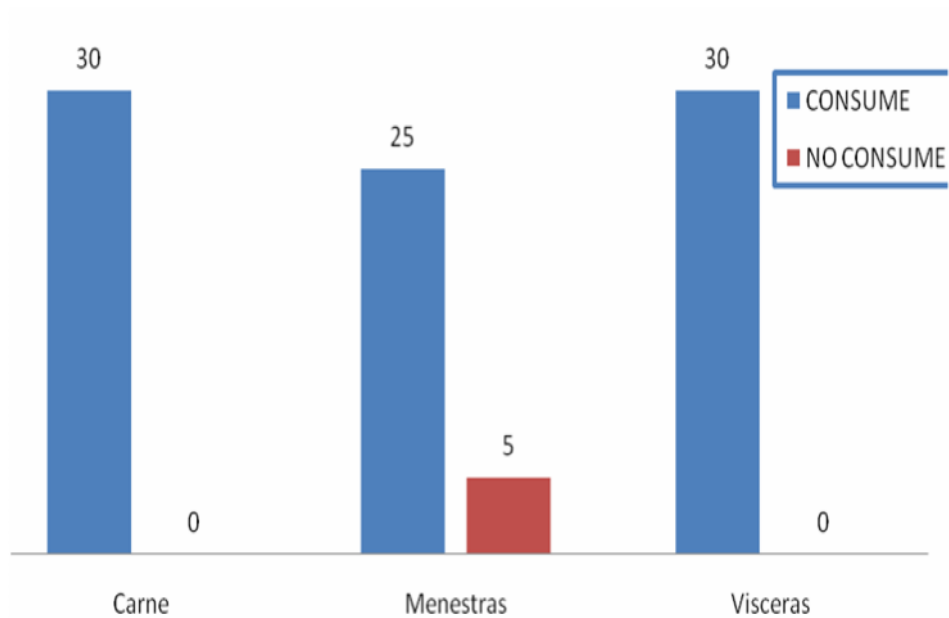


En relación a las prácticas de higiene que realiza la madre, las cuales son importantes en la prevención de infecciones estomacales, diarrea, un 83.3% (25 madres) lo realiza de forma adecuada en relación a la preparación de los alimentos y un 63.6% (19 madres) realizan un adecuado lavado de manos. (Grafico N° 6)

En relación a la administración de sulfato ferroso en el tratamiento del niño, el 100% de madres refirieron que su niño toma este suplemento. Al indagarse sobre los líquidos con que le brinda el sulfato al niño; un 6.6% (2 madres) refirieron dárselo con agua pura; un 86.6% (26 madres) con jugos y un 6.6% con infusiones. (Ver Anexo S)

GRAFICO N°7

ALIMENTOS RICOS EN HIERRO QUE CONSUME EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



En relación con el consumo de alimentos ricos en hierro como aporte alimentario en el tratamiento de la anemia, se obtuvo que un 100% de niños consumen carnes; un 83.3% (25 niños) menestras y un 100% consume vísceras. (Grafico N° 7)

De los alimentos ricos en hierro que ofrecen las madres a sus niños, un 80% (24 niños) no reciben la cantidad adecuada de carnes y un 86.6% (26 niños) de vísceras; lo cual no satisface los requerimientos de hierro del lactante solo un 53.3% (16 niños) consumen la cantidad adecuada de menestras. (Ver Anexo T)

Según la información obtenida de las madres, un 63.3% (19 niños) recibieron carnes en una frecuencia adecuada; un 70 % (21 niños) menestras y un 60% (18 niños) vísceras; es decir consumieron estos alimentos más de 2 veces por semana. (Ver Anexo U)

En relación a las carnes que brinda la madre a su niños, estas refieren que un 53.3% (16 niños) consumen pollo; un 56.6% (17 niños) res; sólo un 10% (3 niños) pescado y un 13.3% (4 niños) menudencias de pollo. (Ver Anexo V)

Sobre las menestras que la madre brinda al niño, un 13.3% (4 niños) consumen frijoles; un 66.6% (20 niños) lentejas; un 16.6% (5 niños) pallares e igual número arveja verde. (Ver Anexo W)

Relacionado a los líquidos que la madre ofrece al niño en su alimentación; el 20% (6 niños) toman agua pura; el 70% (21 niños) toma infusiones durante su alimentación, lo cual no es adecuado, ya

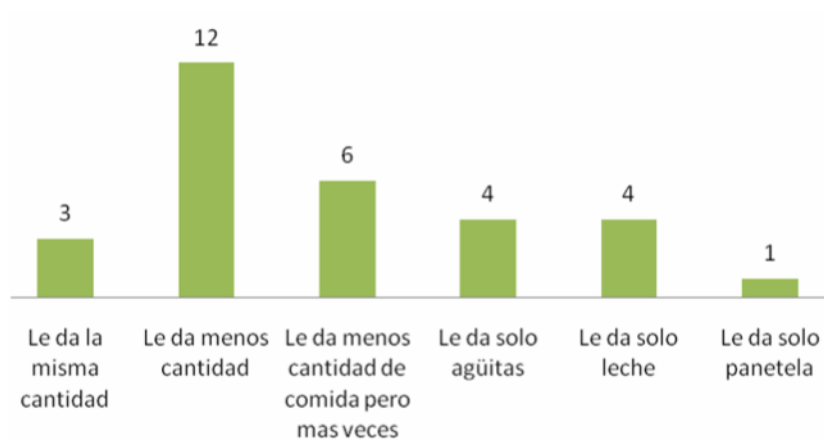
que estos inhiben la absorción del hierro, tan necesario en la alimentación del niño con anemia. Sólo un 10% (3 niños) consumen jugo de frutas, lo cual es lo indicado ya que las frutas contienen cítricos q favorecen la absorción del hierro. (Ver Anexo X)

GRAFICO N° 8

ALIMENTACIÓN QUE OFRECE LA MADRE EN CASO DE ENFERMEDAD AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERU

2010



En relación a la alimentación que brinda la madre a su niño en caso de enfermedad; un 10% (3 madres) refirió darle la misma cantidad de alimentos; un 40% (12 madres) le dan menos cantidad; un 20% (6 madres) le dan menos cantidad de comida pero con mayor frecuencia; un 13.3% (4 madres) le da solo agüitas e igual porcentaje le da solo pecho y un 3.3% (una madre) refieren darle solo panetela.

Al indagarse sobre el número de episodios diarreicos que presentó el niño; un 86.6% (26 madres) refirieron que su niño nunca presentó diarrea y solo el 13.3% (4 madres) refirieron que su niño tuvo diarrea en una sola ocasión. (Ver Anexo Y)

B. DISCUSION

En la presente investigación destaca la prevalencia de prácticas inadecuadas; pues las madres brindan cantidades inadecuadas de alimento a su niño sin tomar en cuenta la edad; es decir que el niño entre 9 meses y 1 año de edad, consume una cantidad menor a menor a 7 cucharadas y el niño mayor de un año menos de 10 cucharadas (según la OMS y la FAO); así también en relación al consumo total de la ración brindada, un gran número de madres no toman en cuenta que el niño debe consumir toda la ración, ya que lo contrario incrementa la situación de desbalance nutricional del niño, ya que además de que nos se le brinda la cantidad necesaria, este no consume todo el alimento brindado. Un gran número de madres brindan los alimentos al niño con una frecuencia inadecuada, es decir menor a 5 veces al día, lo cual es importante en el tratamiento del niño, ya que este al presentar un déficit nutricional necesita además de las 3 comidas principales, dos adicionales, que son las entre comidas, para poder cumplir con la demanda de nutrientes y favorecer la recuperación del niño. Así también es resaltante que todos los niños consuman carnes y vísceras; y que un buen porcentaje también consuman menestras; alimentos que favorecen al tratamiento de la anemia al ser ricos en hierro; aspecto que fue estudiado en Cuba en el año 2002, donde realizaron un estudio sobre el factor alimentario en la presencia de la deficiencia del hierro,

teniendo como conclusión que la dieta es un factor muy importante para el tratamiento de la anemia, cual se corrige solo con una buena orientación sobre los alimentos ricos en hierro y en su mejor combinación para favorecer su absorción. Se debe adicionar vegetales carnes o huevo; asimismo se debe incluir frutas o vegetales ricos en vitamina c para mejorar la absorción del hierro; en relación a esto se pudo observar que las madres brindan cantidades inadecuada de carnes y vísceras, alimentos que a pesar de estar incluidos en la dieta diaria del niño, no satisfacen las necesidades de este. Relacionado a los líquidos que la madre ofrece al niño en su alimentación; el mayor porcentaje de madres refirieron darles infusiones, lo cual no es adecuado, ya que estos inhiben la absorción del hierro, tan necesario en la alimentación del niño con anemia; que deben de ser suplidos por jugo de frutas, lo cual es lo indicado ya que las frutas contienen cítricos q favorecen la absorción del hierro.

En relación a las prácticas alimentarias que implementan las madres de los lactantes con persistencia de anemia; en el año 2007 en nuestro país se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar las características de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal; en la cual se obtuvo como resultados que las características de la alimentación son mayormente adecuadas, teniendo como condiciones favorables la cantidad de la

alimentación y las practicas de higiene que realiza la madre; y que las características inadecuadas tienen como condiciones la frecuencia y la consistencia.

En Brasil el año 2007 realizaron el estudio Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. En la cual mostraron la prevalencia en el consumo de de sopa, como principal alimento en la alimentación del niño. Según la información obtenida de las madres, sobre la priorización de los alimentos que brinda a su niño, estas refirieron en su mayoría priorizar en que el niño consuma primero la sopa y luego el segundo, lo cual no es adecuado, ya que al brindar la sopa primero, el niño sacia su hambre y ya no consume el segundo en su totalidad lo cual no favorece el estado nutricional del niño al no ofrecer lo nutrientes necesarios y solo saciar el apetito.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones a las que se llegó, luego de realizado el presente estudio son:

- Se encontró una incidencia de 50 casos de niños con persistencia de anemia de 200 niños identificados con anemia a Setiembre del 2009 en el C.S. Conde de la Vega Baja.
- Estadísticamente son significativas 4 prácticas alimentarias de riesgo en relación a la persistencia de anemia las cuales son:
 - Cantidad de alimentos brindados por comida según la edad del lactante; la madre no brinda la cantidad suficiente de alimentos

al niño por lo cual no cubren sus requerimientos nutricionales, lo cual se agrava con el no consumo total e la ración brindada.

- Frecuencia de alimentos según al edad del lactante, es decir la madre no brinda el número adecuado de comidas al día y la falta de alimentos “adicionales” de media mañana y media tarde, muy necesarias en este tipo de patología pediátrica.
- El aporte de alimentos con hierro en la alimentación del niño, es decir el consumo de menestras, carnes y vísceras el cual no se da en la cantidad y frecuencia adecuada.
- Alimentación del lactante en caso de enfermedad, en esta práctica se encontró que las madres le dan menos cantidad de comida al niño o le suspenden la comida remplazándolo por panetelas, agüitas o leche, lo cual es inadecuado.

Por lo cual consideramos que existe una relación de asociación entre las prácticas alimentarias que implementan las madres y la persistencia de anemia en lactantes diagnosticados con esta patología y que reciben tratamiento en la institución donde se realizo el estudio aunque reconocemos que este es un fenómeno o hecho multicausal.

- Las prácticas saludables identificadas son: el uso de utensilios propios para la alimentación del niño, la combinación de alimentos en la preparación de estos y el consumo de carnes, vísceras y menestras.

B. LIMITACIONES

- La limitación del presente estudio está dado a que las conclusiones solo pueden ser generalizadas en la población de estudio y no en la población en general.

C. RECOMENDACIONES

- Consideramos que todos los hallazgos considerados como “prácticas alimentarias no adecuadas” son perfectamente abordables por enfermería a través de la educación.
- Diseñar y/o implementar estrategias de consejería a profundidad dirigidas a las madres sobre la alimentación complementaria,

contribuyendo así a la disminución de la persistencia de anemia en lactantes.

- Realizar estudios en diferentes distritos de Lima y/o provincias o departamentos para profundizar en el tema y conocer diversas realidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) UNICEF. Supervivencia y desarrollo infantil. [En línea] 2008 [Fecha de acceso: 8 de abril del 2009] URL. Disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/childsurvival/index.html>
- (2) Gobierno del Perú. Informe anual 2007. Avance en las Metas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002 – 2010. [En línea] 2008 [Fecha de acceso: 06 de Junio del 2009] PDF. Disponible en: [http://www.iadb.org/lntal/aplicaciones/uploads/ponencias/Foro_AU SPINTAL_2008_10_02_CastilloGalvez.pdf](http://www.iadb.org/lntal/aplicaciones/uploads/ponencias/Foro_AU_SPINTAL_2008_10_02_CastilloGalvez.pdf)
- (3) Organización Mundial de la Salud. UNICEF. La anemia como centro de atención. Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. OMS; 2004.
- (4) Armando Sánchez Jaeger. María Adela Barón. Liseti Solano Rodríguez. Arkady Guerrero. Nayka Díaz. Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos. Caracas - Venezuela. ALAN 2008; v.58 n.3.

- (5) Martha Illa González. José Moll María. Ana María García D'Aponte. Rosario Satriano. Renatín Ferreira. Cristina Estefanell y Beatriz Sayagués. Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Archivos de Pediatría 2008; v 79 n.1: 21 – 31.

- (6) Horacio Homero Barba Torres. Conocimientos de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acuden a la estrategia sanitaria Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Fortaleza. [Titulo de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.

- (7) Cristina Maria Garcia de Lima Parada. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes. Milena Temer Jamas. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. Brasil. Rev. Latino-am Enfermagem 2007; v 15 n. 2: 282-289.

- (8) Jeny Rocio Benites Castañeda. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el C.S. Conde de la Vega Baja. [Titulo de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.

- (9) Betty Gómez Laureano. Maricela Montaña Zabala. Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital EsSalud A.D.U y P, San Juan de Lurigancho. [Título de Enfermera Especialista en Pediatría]. Lima – Perú. UNMSM. 2006.
- (10) José Rebozo Pérez. Elixandra Cabrera Núñez. Gisela Pita Rodríguez. Santa Jiménez Acosta. Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad. Cuba. Rev. Cubana de Salud Publica 2005 v.31 n.4:306 – 312.
- (11) Beatriz Eugenia Alvarado. Rosa Elizabeth Tabares. Helene Delisle. Maria-Victoria Zunzunegui. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños afro – colombianos. Colombia. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2005; v. 55 n. 1.
- (12) Catherine Jannina Cárdenas Castillo. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el centro de salud. Chancas de Andahuaylas. Santa Anita. [Título de de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2004.

- (13) María Ruiz González. Victoria Picó Bergantiños. Lourdes Rosich García. Leonardo Morales Lamadrid. Factor alimentario en la presencia de la deficiencia de hierro. Cuba Rev. Cubana de Medicina General Integral 2002; v.18 n.1:46-52.
- (14) Clotilde Paredes. Paula Álvarez. Conocimientos y prácticas sobre ablactancia y alergia alimentaria que refieren las madres de los niños menores de 2 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del HNERM. [Titulo de Enfermera Especialista en Pediatría]. Lima – Perú. UNMSM. 2002.
- (15) Edgar Vásquez Garibay. María Eugenia Navarro Lozano. Enrique Romero Velarde. Hábitos de alimentación en niños con desnutrición protéico calórica primaria y secundaria grave. Guadalajara – México. Bol Med Hosp Infant Mex 1999; v 56 n.10: 543-549.
- (16) Hortensia Gautier du Défaix Gómez. Forrellat Barrios Mariela. Norma Fernández Delgado. Sánchez Suárez. Irma Gómis Hernández. Factores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes de un área de salud. Cuba. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1999; v 15 n 3; 175 – 181.

- (17) OMS. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe bienal sobre los progresos realizados: UNICEF; 2008.
- (18) OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. Ginebra. 2004.
- (19) OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño: UNICEF; 2002; 13.10
- (20) Carlos Rojas. César Domínguez. Dalila Ortiz. Héctor Chávez. Juan Barboza. Características del consumo y aporte de energía y nutrientes de una papilla a la dieta de niños de 6 a 36 meses de edad beneficiarios de un programa de complementación alimentaria. Perú. Rev. Med Exp Salud Publica 2004; v. 31 n. 3.
- (21) INEI. ENDES continua 2004 – 2005. Perú. 2005; 139 – 160.
- (22) MINSA. Pautas básicas para la consejería en alimentación infantil. Perú. UNICEF. 2001.
- (23) OMS.OPS. Principios de orientación para la alimentación complementaria del niño amamantado.2003

- (24) MINSA. Nutrición por etapa de vida. Alimentación complementaria del lactante 6 a 24 meses. [En línea] 2007 [Fecha de acceso: 8 de abril del 2009] PDF. Disponible en: <ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION6MESESA24.pdf>
- (25) MINSA. Manual de Alimentación Infantil. Perú. 1993
- (26) Samuel Flores Huerta. Gloria Martínez Andrade. Georgina Toussaint. Amapola Adell Gras. Alfonso Capto García. Alimentación complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases técnicas. México. Bol Med Hosp Infant Mex 2006; v 63.
- (27) Comité de nutrición de la American Academy of Pediatrics. Manual de nutrición en pediatría. Panamericana 1999.
- (28) Nelly Baiocchi Urtea. Anemia por deficiencia de hierro. Perú. Revista peruana de Pediatría. Setiembre 2006; 20 – 26
- (29) UNICEF. OMS. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. USA. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2008.

BIBLIOGRAFIA

Organización Mundial de la Salud. UNICEF. La anemia como centro de atención. Hacia un enfoque integrado para el control eficaz de la anemia. OMS; 2004.

Armando Sánchez Jaeger. María Adela Barón. Liseti Solano Rodríguez. Arkady Guerrero. Nayka Díaz. Prácticas inadecuadas de alimentación entre el 4º y 6º mes de vida y su asociación con el déficit nutricional en un grupo de lactantes venezolanos. Caracas - Venezuela. ALAN 2008; v.58 n.3.

Martha Illa González. José Moll María. Ana María García D'Aponte. Rosario Satriano. Renatín Ferreira. Cristina Estefanell y Beatriz Sayagués. Estudio de la frecuencia y magnitud del déficit de hierro en niños de 6 a 24 meses de edad, usuarios de los servicios del Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Archivos de Pediatría 2008; v79 n.1: 21–31.

Horacio Homero Barba Torres. Conocimientos de la alimentación que recibe el niño de 6 meses a 1 año con déficit en la curva ponderal que acuden a la estrategia sanitaria Crecimiento y Desarrollo del Niño Sano del Centro de Salud Fortaleza. [Titulo de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.

Cristina Maria Garcia de Lima Parada. Maria Antonieta de Barros Leite Carvalhaes. Milena Temer Jamas. Prácticas de alimentación complementaria en niños dentro del primer año de vida. Brasil. Rev. Latino-am Enfermagem 2007; v 15 n. 2: 282-289.

Jeny Rocio Benites Castañeda. Relación que existe entre el nivel de conocimientos de la madre sobre alimentación complementaria y el estado nutricional del niño de 6 a 12 meses que asisten al consultorio de CRED en el C.S. Conde de la Vega Baja. [Titulo de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2007.

Betty Gómez Laureano. Maricela Montaña Zabala. Nivel de conocimientos de las madres sobre alimentación complementaria para prevenir anemias en lactantes internados en el Hospital EsSalud A.D.U y P, San Juan de Lurigancho. [Titulo de Enfermera Especialista en Pediatría]. Lima – Perú. UNMSM. 2006.

José Rebozo Pérez. Elixandra Cabrera Núñez. Gisela Pita Rodríguez. Santa Jiménez Acosta. Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y de 6 a 12 años de edad. Cuba. Rev. Cubana de Salud Publica 2005 v.31 n.4:306 – 312.

Beatriz Eugenia Alvarado. Rosa Elizabeth Tabares. Helene Delisle. Maria-Victoria Zunzunegui. Creencias maternas, prácticas de alimentación, y estado nutricional en niños afro – colombianos. Colombia. Archivos Latinoamericanos de Nutrición 2005; v. 55 n. 1.

Catherine Jannina Cárdenas Castillo. Actitud de las madres hacia la alimentación complementaria y estado nutricional del lactante de 6 a 12 meses en el centro de salud. Chancas de Andahuaylas. Santa Anita. [Título de de Licenciado en Enfermería]. Lima – Perú. UNMSM. 2004.

María Ruiz González. Victoria Picó Bergantiños. Lourdes Rosich García. Leonardo Morales Lamadrid. Factor alimentario en la presencia de la deficiencia de hierro. Cuba Rev. Cubana de Medicina General Integral 2002; v.18 n.1:46-52.

Clotilde Paredes. Paula Álvarez. Conocimientos y prácticas sobre ablactancia y alergia alimentaria que refieren las madres de los niños menores de 2 años en el consultorio de Crecimiento y Desarrollo del HNERM. [Título de Enfermera Especialista en Pediatría]. Lima – Perú. UNMSM. 2002.

Edgar Vásquez Garibay. María Eugenia Navarro Lozano. Enrique Romero Velarde. Hábitos de alimentación en niños con desnutrición

protéico calórica primaria y secundaria grave. Guadalajara – México.
Bol Med Hosp Infant Mex 1999; v 56 n.10: 543-549.

Hortensia Gautier du Défaix Gómez. Forrellat Barrios Mariela. Norma Fernández Delgado. Sánchez Suárez. Irma Gómis Hernández.
Factores de riesgo de la anemia por deficiencia de hierro en lactantes de un área de salud. Cuba. Rev. Cubana Hematol Inmunol Hemoter 1999; v 15 n 3; 175 – 181.

OMS. 61ª Asamblea Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño: informe bienal sobre los progresos realizados: UNICEF; 2008.

OMS. Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño pequeño. Ginebra. 2004.

OMS. 55ª Asamblea Mundial de la Salud. Nutrición del lactante y del niño pequeño: UNICEF; 2002; 13.10

Carlos Rojas. César Domínguez. Dalila Ortiz. Héctor Chávez. Juan Barboza. Características del consumo y aporte de energía y nutrientes de una papilla a la dieta de niños de 6 a 36 meses de edad

beneficiarios de un programa de complementación alimentaria. Perú.
Rev. Med Exp Salud Publica 2004; v. 31 n. 3.

INEI. ENDES continua 2004 – 2005. Perú. 2005; 139 – 160.

MINSA. Pautas básicas para la consejería en alimentación infantil.
Perú. UNICEF. 2001.

OMS.OPS. Principios de orientación para la alimentación
complementaria del niño amamantado.2003

MINSA. Manual de Alimentación Infantil. Perú. 1993

Samuel Flores Huerta. Gloria Martínez Andrade. Georgina Toussaint.
Amapola Adell Gras. Alfonso Capto García. Alimentación
complementaria en los niños mayores de seis meses de edad. Bases
técnicas. México. Bol Med Hosp Infant Mex 2006; v 63.

Comité de nutrición de la American Academy of Pediatrics. Manual de
nutrición en pediatría. Panamericana 1999.

Nelly Baiocchi Urtea. Anemia por deficiencia de hierro. Perú. Revista
peruana de Pediatría. Setiembre 2006; 20 – 26

UNICEF. OMS. Indicators for assessing infant and young child feeding practices. USA. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. 2008.

SITIOS VISITADOS EN INTERNET

UNICEF. Supervivencia y desarrollo infantil. 2008 [Fecha de acceso: 8 de abril del 2009] <http://www.unicef.org/spanish/childsurvival/index.html>

Gobierno del Perú. Informe anual 2007. Avance en las Metas del Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2002 – 2010. 2008 [Fecha de acceso: 06 de Junio del 2009] http://www.iadb.org/Intal/aplicaciones/uploads/ponencias/Foro_AUSPIN_TAL_2008_10_02_CastilloGalvez.pdf

MINSA. Nutrición por etapa de vida. Alimentación complementaria del lactante 6 a 24 meses. 2007 [Fecha de acceso: 8 de abril del 2009] <ftp://ftp2.minsa.gob.pe//descargas/ogc/especiales/2007/nutricion/archivos/ALIMENTACION6MESESA24.pdf>

ANEXOS

INDICE DE ANEXOS

- A. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES
- B. INSTRUMENTO
- C. PRUEBA DE LAUSHE DE JUICIO DE EXPERTOS
- D. CONSENTIMIENTO INFORMADO
- E. GRUPO ETÁREO DE LOS LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- F. SEXO DE LOS LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- G. PESO SEGÚN LA EDAD DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- H. VALORES DE HEMOGLOBINA EN EL PRIMER CONTROL DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- I. VALORES DE HEMOGLOBINA EN EL SEGUNDO CONTROL DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- J. INCREMENTO DE LOS NIVELES DE HEMOBLOBINA LUEGO DEL SEGUNDO CONTROL EN LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- K. FRECUENCIA DE ALIMENTACION CON LACTANCIA MATERNA DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- L. USO DE UTENSILIOS EXCLUSIVOS PARA LA ALIMENTACION DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- M. PRIORIDAD DE LAS MADRES EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010

- N. RAZÓN DE LA PRIORIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS QUE SE BRINDA LA MADRE AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- O. CONSUMO TOTAL DE LA RACIÓN BRINDADA AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010

- P. INAPETENCIA EN EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- Q. ACTITUD DE LA MADRE FRENTE A LA INAPETENCIA DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010
- R. RAZÓN DE LA FRECUENCIA CON QUE LA MADRE BRINDA ALIMENTOS AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- S. LIQUIDOS QUE OFRECE LA MADRE EN LA ALIMENTACION DEL LACTANTE CON ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010
- T. CANTIDAD DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO OFRECIDOS AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- U. FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- V. CARNES QUE CONSUME EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010
- W. MENESTRAS QUE CONSUME EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- X. LIQUIDOS QUE OFRECE LA MADRE AL ADMINISTRAR EL SULFATO FERROSO AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- Y. NUMERO DE EPISODIOS DIARREICOS EN EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA. LIMA – PERÚ 2010

- Z. ANALISIS ESTADISTICO

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Criterios de medición	Instrumento	Definición operacional	Valor final
Prácticas alimentarias que implementan las madres.	Son todas las acciones que realiza la madre durante la alimentación del niño, la cual es fundamental para la salud, nutrición y el crecimiento infantil.	Tipos de alimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Cereales • Verduras y frutas • Carnes • Pescado • Huevos • Legumbres • Grasas 	La alimentación del lactante mayor de 6 meses debe contener como mínimo dos diferentes tipos de alimentos.	Entrevista	Son todas las acciones que realiza la madre durante la preparación y manipulación de los alimentos y la alimentación del niño, es decir en cuanto a: edad de inicio de la alimentación	<u>Adecuada</u> Mínimo 2 <u>Inadecuada</u> Menor a 2

		Inicio de la alimentación complementaria	<p>Antes de los 6 meses</p> <ul style="list-style-type: none"> • A los 6 meses • Después de los 6 meses. 		Entrevista	complementaria, tipos de alimentos, consistencia, cantidad, frecuencia, higiene, aporte alimentario para el tratamiento de	<p><u>Adecuada</u></p> <p>A los 6 meses</p> <p><u>Inadecuada</u></p> <p>Antes/después de los 6 meses</p>
		Consistencia de la preparación	<ul style="list-style-type: none"> • Líquido • Aplastado • Triturado • Picado • Olla familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • A los 6 meses: aplastados • De 7 a 8 m: triturados • De 9 a 11 meses: picados • A partir de los 12 meses: olla. 	Entrevista	anemia y alimentación del niño en caso de enfermedad.	<p><u>Adecuada</u></p> <p>Según edad , no líquidos</p> <p><u>Inadecuada</u></p> <p>Alimentos líquidos, no de acuerdo a la edad.</p>

		Cantidad	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta cantidad ofrecida según edad. • Siempre la misma cantidad 	<ul style="list-style-type: none"> • De 6 a 7 m: 2 a 5 cdas. • De 7 a 8 meses: 5 a 7 cdas. o ½ taza • De 9 a 12 meses: 7 a 9 cdas o ¾ taza 	Entrevista		<u>Adecuada</u> Aumenta según edad <u>Inadecuada</u> Siempre la misma cantidad
		Frecuencia	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 3 comidas al día • Comidas principales (3 veces al día) + LM • Comidas 	El niño con anemia necesita consumir sus 3 comidas principales mas 2 entre comidas y lactancia materna	Entrevista		<u>Adecuada</u> Principales+LM +entre comidas <u>Inadecuada</u> No cumple con las principales y/o no brinda

			principales + frecuente			las entre comidas o LM
		Higiene en la preparación de alimentos.	<ul style="list-style-type: none"> • Lavado de manos. • En la preparación de alimentos. • En conservación de alimentos • Higiene de los utensilios y biberones 		Entrevista	<u>Adecuada</u> <u>Inadecuada</u>

		<p>Aporte alimentario para el tratamiento de la anemia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentos ricos en hierro. • Suplemento de hierro. • Alimentos que favorecen la absorción del hierro. • Alimentos que inhiben la absorción de hierro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes, viseras y menestras (2 cucharadas, mín. 3 veces por semana) • Frutas o jugos cítricos • Infusiones, café, otras leches. 	Entrevista		<p><u>Adecuado</u></p> <p>Alimentos ricos en hierro 3 por semana, suplemento de hierro y alimentos que favorecen su absorción.</p> <p><u>Inadecuado</u></p> <p>Menos de 3 por semana, alimentos que inhiben su absorción</p>
--	--	--	--	---	------------	--	--

		Alimentación en caso de enfermedad	<ul style="list-style-type: none">• Le da la misma cantidad• Le disminuye la cantidad• Le retira los alimentos				<p><u>Adecuada</u> Le da la misma cantidad)</p> <p><u>Inadecuada</u> Le disminuye la cantidad, le retira los alimentos</p>
--	--	------------------------------------	--	--	--	--	--

<p>Persistencia de anemia</p>	<p>La anemia persistente es aquella situación en la cual la concentración de la Hb a pesar del tratamiento brindado sigue por debajo de los valores normales. (11.0 g/dl)</p>		<ul style="list-style-type: none"> • Cantidad de hemoglobina en sangre. 	<p>Hemoglobina < 11.0 g/dl</p> <p>1° control: 6 meses</p> <p>2° control: 9 meses</p> <p>3° control: 12 meses</p>	<p>Examen de laboratorio del nivel de hemoglobina</p>	<p>Se denomina niño con persistencia de anemia, a aquel que</p>	<p><u>Normal</u></p> <p><u>Anemia</u></p>
-------------------------------	---	--	--	---	---	---	---

						<p>cuenta con dos controles consecutivos de Hb que reporten valores por debajo de 11g/dl, así mismo que en el segundo control no haya incrementado sus niveles de Hb según lo esperado (0.7 – 1g) .</p>	
--	--	--	--	--	--	---	--

ANEXO B

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Señora buenos días mi nombre es Gisella Chafloque Segovia, soy estudiante de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, estoy realizando un trabajo de investigación en coordinación con el Centro de Salud Conde de la Vega Baja y la enfermera encargada de CRED; con el objetivo de: Determinar la relación que existe entre las prácticas alimentarias que realizan las madres al alimentar a sus niños y la persistencia de anemia en lactantes.

La entrevista durara aproximadamente 15 min, las preguntas son sencillas, y la información que brinde será de forma anónima y confidencial. Espero que sus respuestas sean lo mas veraces posibles y de antemano le agradezco su colaboración.

INFORMACIÓN GENERAL

Edad actual del niño:

Peso al nacer: Peso actual:.....

Talla al nacer: Talla actual:

Resultado de la prueba de hemoglobina:

	1° prueba	2° prueba	3° prueba
Fecha			
Resultado			

CONTENIDO

1. ¿A que edad empezó a darle comiditas aparte de la leche materna?

- a. 5 meses o menos
- b. 6 meses
- c. 7 meses o mas

2. En que le da de comer a su niño?

- a. Tiene su propio platito
- b. Como del mismo plato de usted
- c. Otros:

3. ¿Qué cantidad de alimentos le da al niño cada vez que come?

- a. De 2 a 5 cucharadas o $\frac{1}{4}$ de taza
- b. De 5 a 7 cucharadas o $\frac{1}{2}$ taza
- c. De 7 a 10 cucharadas o $\frac{3}{4}$ de taza
- d. Mas de 10 cucharadas o 1 taza
- e. Otra respuesta:

4. De la ración que usted le da a su niño en cada comida, termina todo?

- a. Si
- b. A veces
- c. No

5. ¿A parte de las comiditas, sigue dándole el pecho?

- a. Si
- b. A veces
- c. No

6. ¿Cuántas veces al día le da el pecho?

- a. Solo toma pecho
- b. De 1 a 2 veces
- c. Mas de 2 veces

7. ¿Cuántas veces al día le da de comer al niño?

- a. 2 veces
- b. 3 veces
- c. 4 veces
- d. 5 veces

Porque?.....
.....
.....

8. ¿Cómo le da los alimentos a su niño?

- a. Aplastados
- b. Triturados
- c. Picados
- d. Licuados
- e. Enteros

Porque?.....

9. Su niño no tiene ganas de comer:

- a. A veces
- b. Siempre
- c. Nunca

10. Cuando su niño no quiere comer, qué hace usted para mejorar el apetito de su niño?

.....
.....

11. Su niño come :

- a. Solo sopa o caldo
- b. Solo segundo
- c. Primero la sopa y luego el segundo
- d. Primero el segundo luego la sopa
- e. Solo mazamorra

Porque?.....

12. ¿Qué combinación cree Ud. que es adecuado para el almuerzo de su niño?

- a. Arroz + Puré + hígado
- b. Arroz + hígado
- c. Solo Puré de papa
- d. Solo mazamorra
- e. Caldo
- f. Puré + hígado

Porque?.....

.....

13. Al preparar la comida de su niño lo primero que hace usted es:

- a. Compra los alimentos ya cortados y listos para cocinar
- b. Pica los alimentos
- c. Compra la comida hecha
- d. Lava los alimentos y los utensilios

14. Al darle la comida a su niño usted:

- a. Se lava las manos antes de darle de comer al niño
- b. Se lava las manos antes y después de darle de comer al niño
- c. Se lava las manos después de darle de comer al niño
- d. No se lava las manos

15. Desde que se enteró que su niño tiene anemia, cuantas veces ha tenido diarrea su niño?

- a. Nunca
- b. 1 vez
- c. 2 veces
- d. 3 veces o mas

16. ¿A su niño le han recetado sulfato ferroso?

- a. Si
- b. No

Como lo toma?

17. ¿Con que toma su niño el sulfato ferroso?

- a. Con agua
- b. Con leche
- c. Con jugo
- d. Con agüitas de hierbas
- e. Otros

18. ¿Qué tipos de carnes come su niño?

- a. Pollo
- b. Res
- c. Pescado
- d. Menudencia de pollo
- e. No come carne

19. ¿Qué cantidad de carne come?

- a. Un trozo pequeño
- b. Un trozo mediano
- c. Un trozo grande

20. ¿Con que frecuencia come carne su niño?

- a. Cada 15 días
- b. 1 vez a la semana
- c. 2 veces a la semana
- d. 3 veces a la semana
- e. 4 veces o mas

21. ¿Qué menestras come su niño?

- a. Frijoles
- b. Lentejas
- c. Pallares/ garbanzos
- d. Arvejas verdes
- e. No come menestras

22. ¿Qué cantidad de menestra come?

- a. 1 cucharada
- b. 2 cucharadas
- c. 3 cucharadas o mas

23. ¿Con que frecuencia come menestras su niño?

- a. Cada 15 días
- b. 1 vez a la semana
- c. 2 veces a la semana
- d. 3 veces a la semana o mas

24. ¿Su niño come vísceras (hígado, bazo, corazón, sangrecita)?

- a. Si
- b. A veces
- c. No

Porque?.....
.....

25. ¿Qué cantidad de vísceras come?

- a. Un trozo pequeño
- b. Un trozo mediano
- c. Un trozo grande

26. ¿Con que frecuencia come vísceras su niño?

- a. Cada 15 dias
- b. 1 vez a la semana
- c. 2 veces a la semana
- d. 3 veces a la semana
- e. 4 veces o mas

27. Si su niño tiene sed antes, durante o después de comer,

¿Qué líquidos le da que no sean leche?

.....
.....

28. Cuando su niño se enferma Ud.:

- a. Le da la misma cantidad de comida
- b. Le da menos cantidad
- c. Le da menos cantidad por comida pero mas veces
- d. No le da comida
- e. Le da solo agüitas
- f. Le da solo leche
- g. Le da solo panetela

16	0	0	1	1	1	1	1	1	0.750
17	1	0	1	1	1	0	1	1	0.750
18	1	1	1	1	1	0	1	1	0.875
19	0	0	1	1	1	0	1	1	0.625
20	1	1	1	1	1	0	1	1	0.875
21	1	1	1	1	1	1	1	1	0.99
22	0	0	1	1	1	1	1	1	0.750
23	0	1	1	1	1	0	1	1	0.750
24	1	1	1	1	1	1	1	1	0.99
25	1	1	1	1	1	1	1	1	0.99
TOTAL									21.785

PERTINENTE = 1

NO PERTINENTE = 0

Si la cantidad de jueces que expresó que el ítem es PERTINENTE es mayor que la cantidad de jueces que indicaron que NO ES PERTINENTE; entonces

$$\mathbf{CVR = N^{\circ} pertinente / Total de jueces}$$

Si la cantidad de jueces que expresó que el ítem es NO PERTINENTE es mayor que la cantidad de jueces que indicaron que es PERTINENTE

$$\mathbf{CVR = (N^{\circ} pertinente - N^{\circ} no pertinente) / Total de jueces}$$

Se halla la valides de contenido del instrumento; el cual para considerar valido el instrumento debe ser mayor a 0.75

TOTAL / N° de ítems

2.785 / 25= 0.8714

Entonces se considera VALIDO el instrumento

ANEXO D

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo _____, identificado con
DNI: _____ autorizo a la Srta. GISELLA CHAFLOQUE
SEGOVIA, estudiante de Enfermería de la Universidad Nacional
Mayor de San Marcos, para la aplicación del instrumento de
recolección de datos – Encuesta, teniendo en cuenta que he sido
informado claramente sobre los objetivos de la investigación.
Comprendo y acepto participar en la investigación

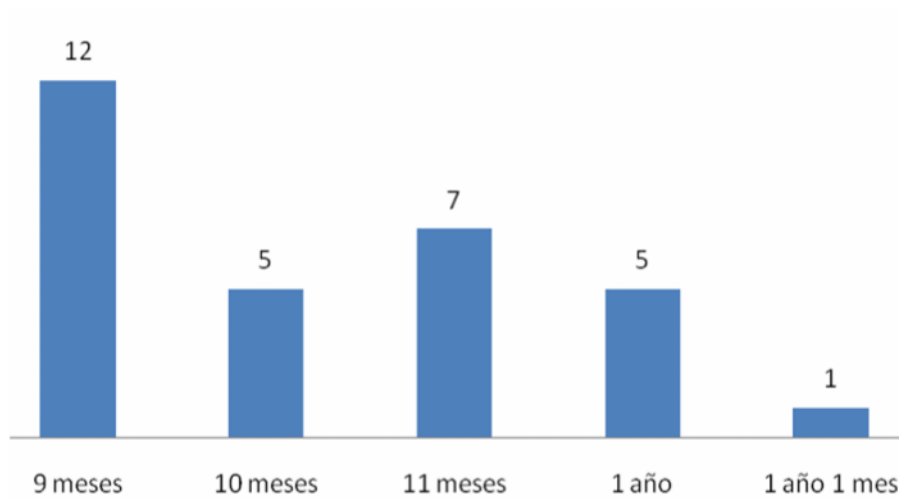
Firma

ANEXO E

GRUPO ETÁREO DE LOS LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2010



GRUPO ETÁREO DE LOS LACTANTES

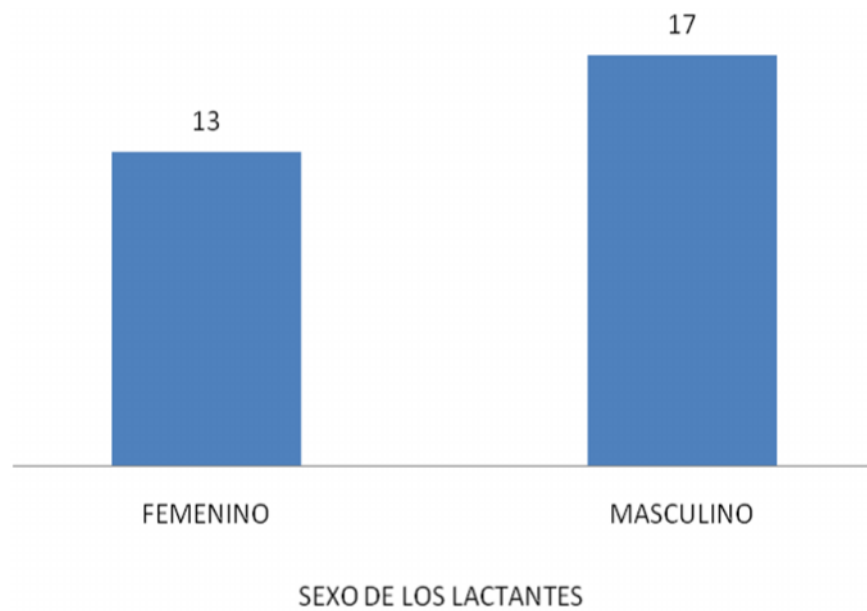
ANEXO F

SEXO DE LOS LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA

EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2010

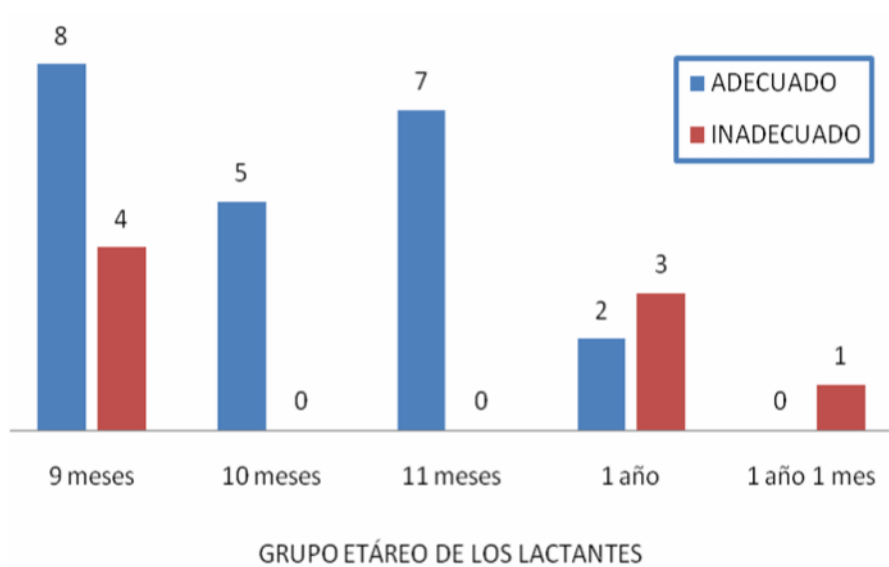


ANEXO G

PESO SEGÚN LA EDAD DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA

LIMA – PERÚ

2010



ANEXO H

**VALORES DE HEMOGLOBINA EN EL PRIMER CONTROL
DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA
EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**

VALOR DE HEMOGLOBINA	NUMERO DE NIÑOS	
	Nº	%
8.9	1	3.3
9.2	1	3.3
9.8	4	13.3
10.2	5	16.6
10.4	4	13.3
10.5	1	3.3
10.6	9	30.0
10.7	1	3.3
10.8	3	10.0
10.9	1	3.3
TOTAL	30	100

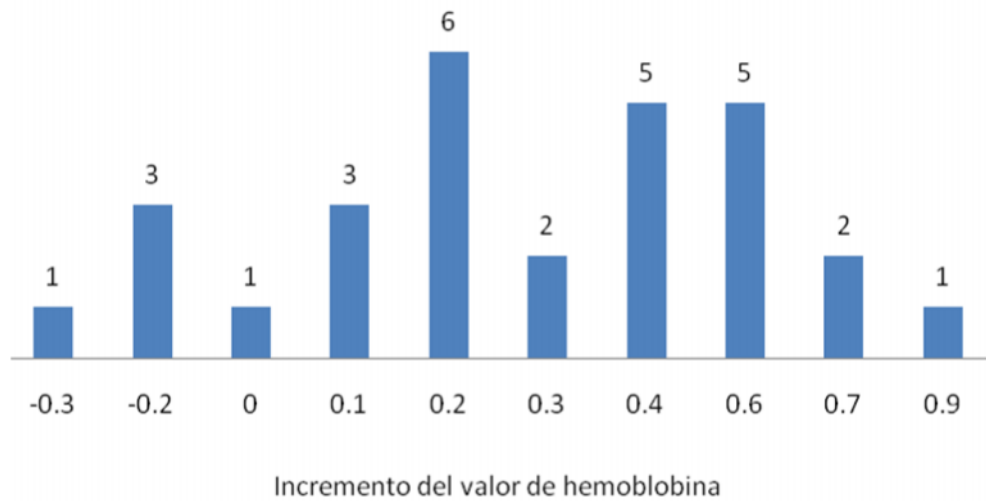
ANEXO I

**VALORES DE HEMOGLOBINA EN EL SEGUNDO CONTROL
DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA
EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**

VALOR DE HEMOGLOBINA	NUMERO DE NIÑOS	
	Nº	%
9.8	2	6.6
10.2	3	10.0
10.3	1	3.3
10.4	4	13.3
10.6	5	16.6
10.8	7	23.3
10.9	4	13.3
11	3	10.0
11.2	1	3.3
TOTAL	30	100

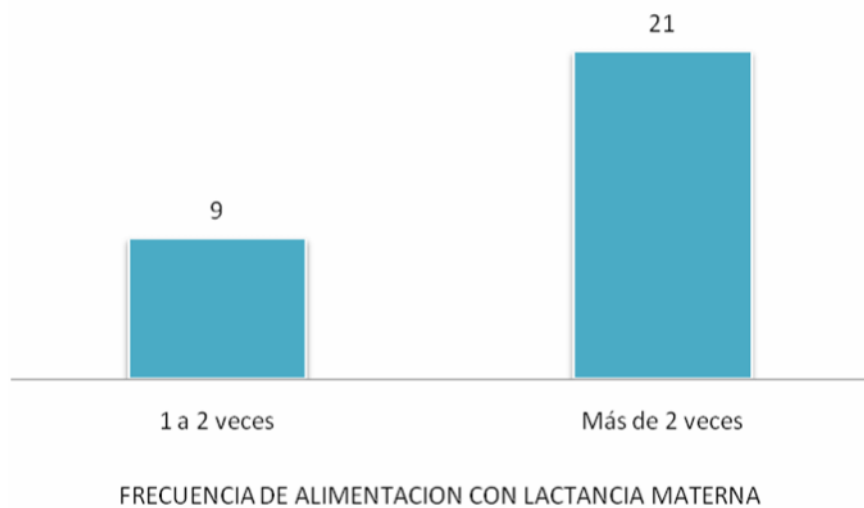
ANEXO J

**INCREMENTO DE LOS NIVELES DE HEMOBLOBINA LUEGO
DEL SEGUNDO CONTROL EN LACTANTES CON
PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**



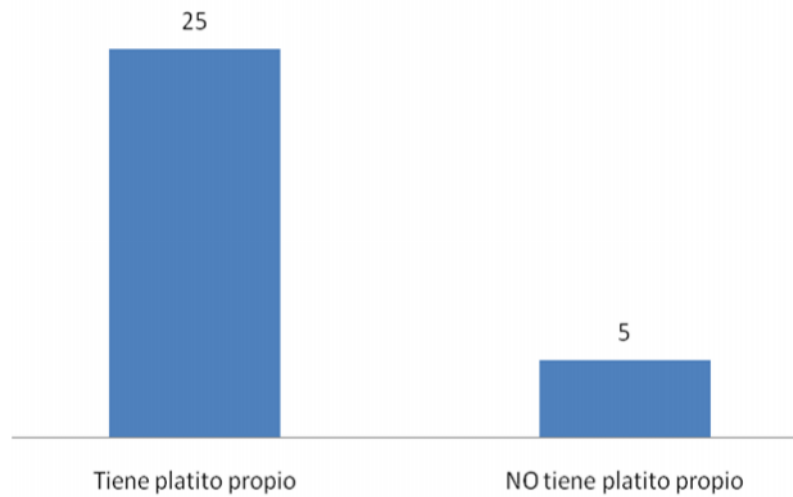
ANEXO K

FRECUENCIA DE ALIMENTACION CON LACTANCIA MATERNA DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



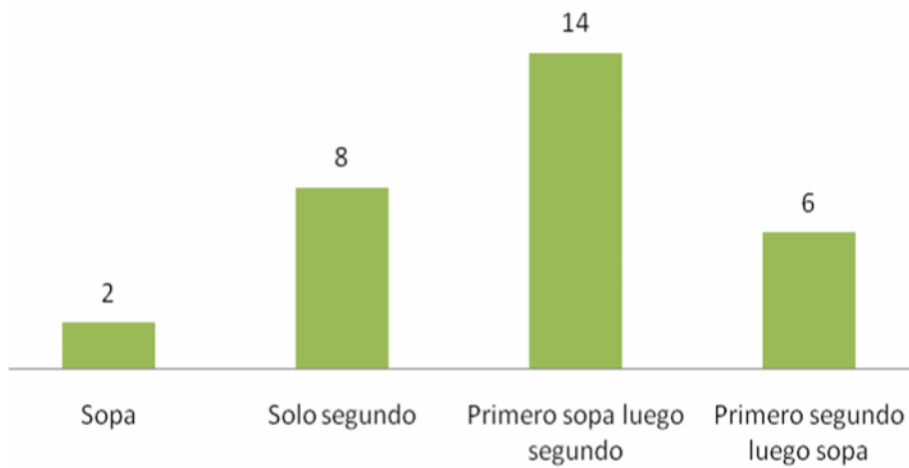
ANEXO L

USO DE UTENSILIOS EXCLUSIVOS PARA LA ALIMENTACION DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



ANEXO M

PRIORIDAD DE LAS MADRES EN LA ALIMENTACIÓN DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



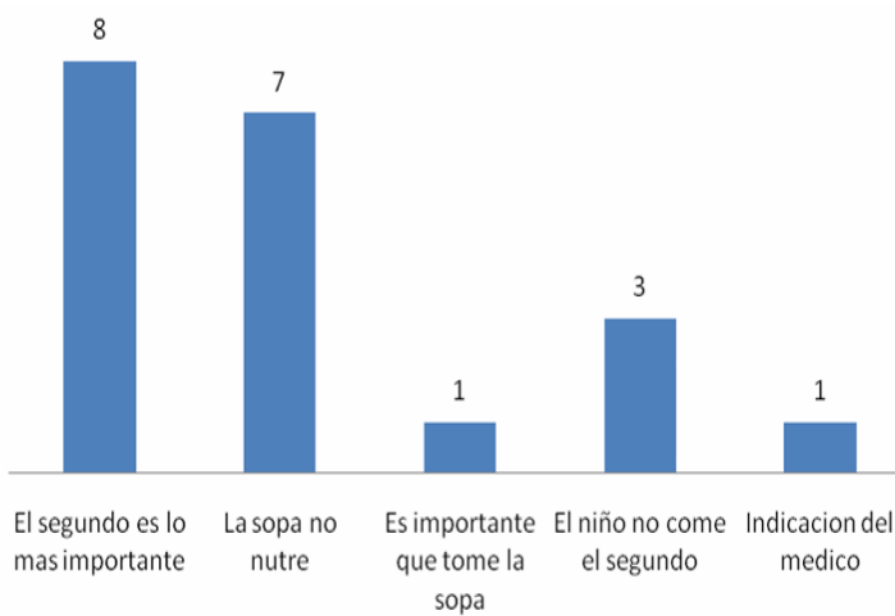
PRIORIDAD DE LAS MADRES EN LA ALIMENTACION DEL LACTANTE CON
PERSISTENCIA DE ANEMIA

ANEXO N

RAZÓN DE LA PRIORIZACIÓN DE LOS ALIMENTOS QUE SE BRINDA LA MADRE AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA

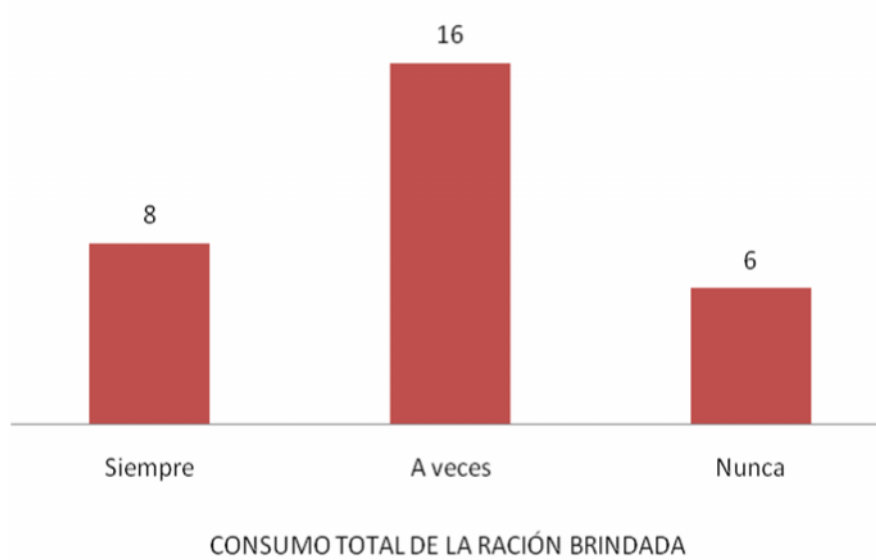
LIMA – PERÚ

2010



ANEXO O

**CONSUMO TOTAL DE LA RACIÓN BRINDADA AL LACTANTE
CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**



ANEXO P

INAPETENCIA EN EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA.

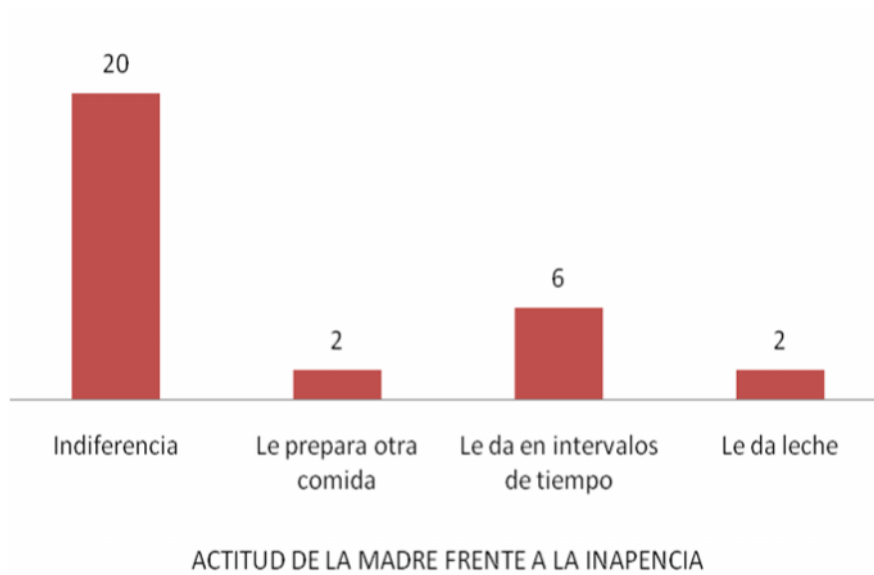
LIMA – PERÚ

2010



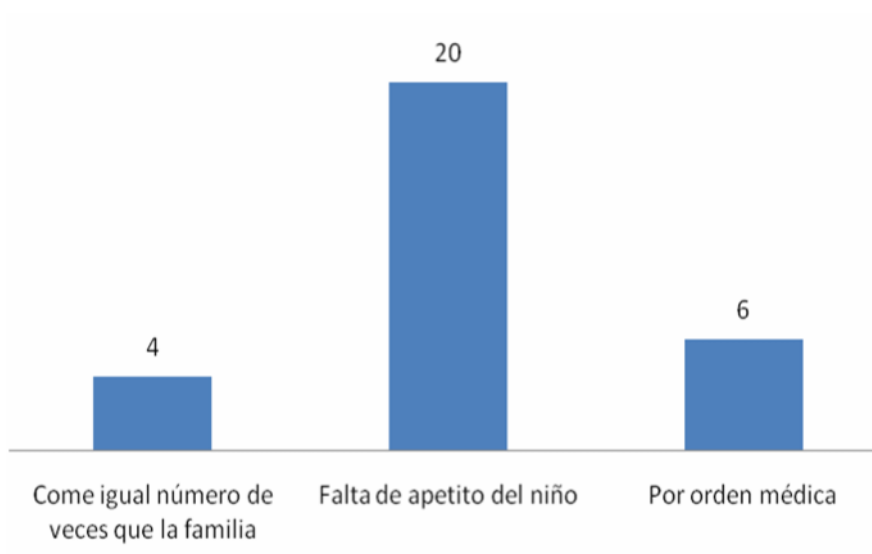
ANEXO Q

**ACTITUD DE LA MADRE FRENTE A LA INAPETENCIA
DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA
EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**



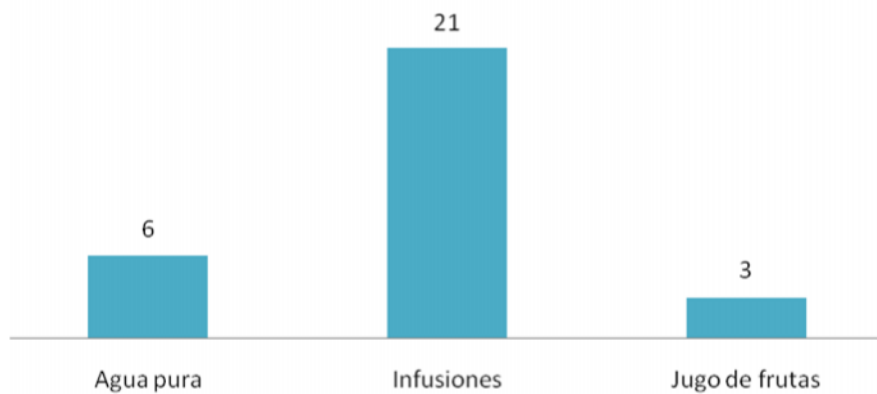
ANEXO R

RAZÓN DE LA FRECUENCIA CON QUE LA MADRE BRINDA ALIMENTOS AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



ANEXO S

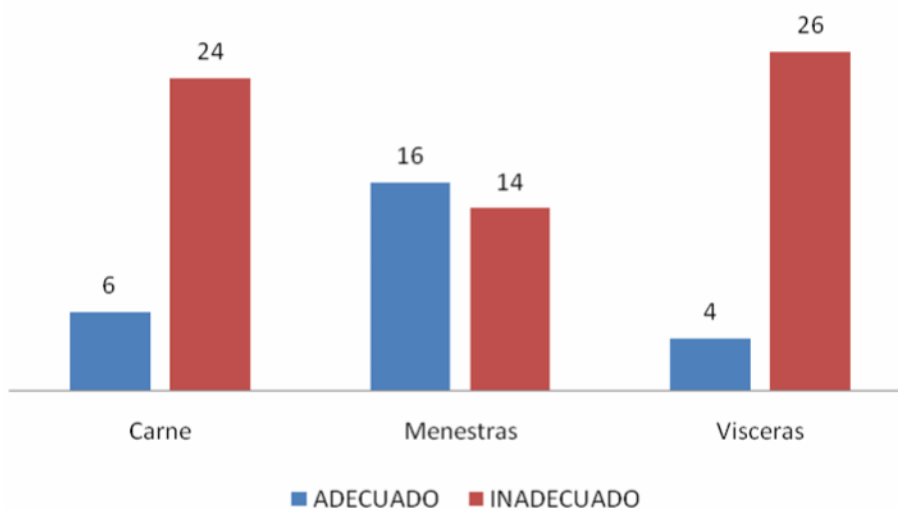
LIQUIDOS QUE OFRECE LA MADRE EN LA ALIMENTACION DEL LACTANTE CON ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



LIQUIDOS QUE OFRECE LA MADRE EN LA ALIMENTACION DEL LACTANTE CON
PERSISTENCIA DE ANEMIA

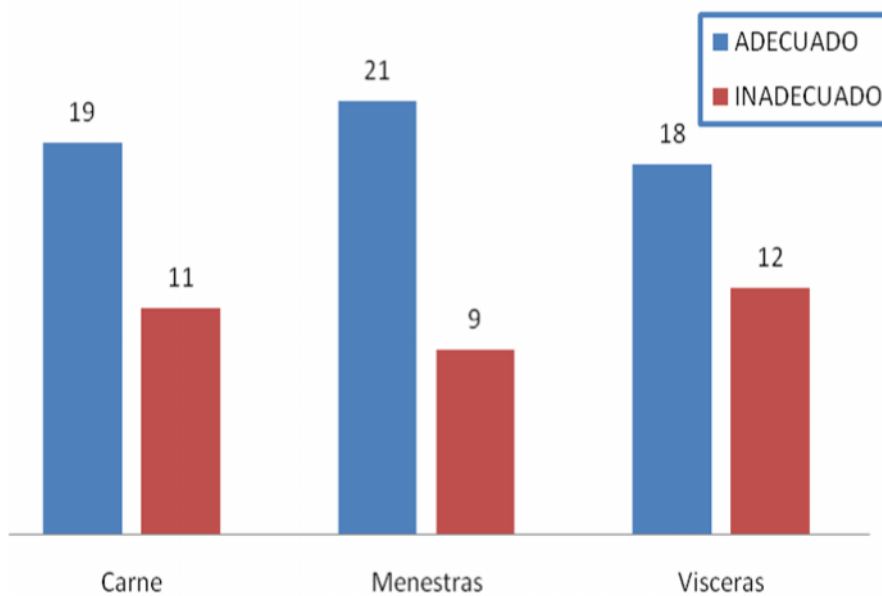
ANEXO T

CANTIDAD DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO OFRECIDOS AL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



ANEXO U

FRECUENCIA DEL CONSUMO DE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO DEL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010

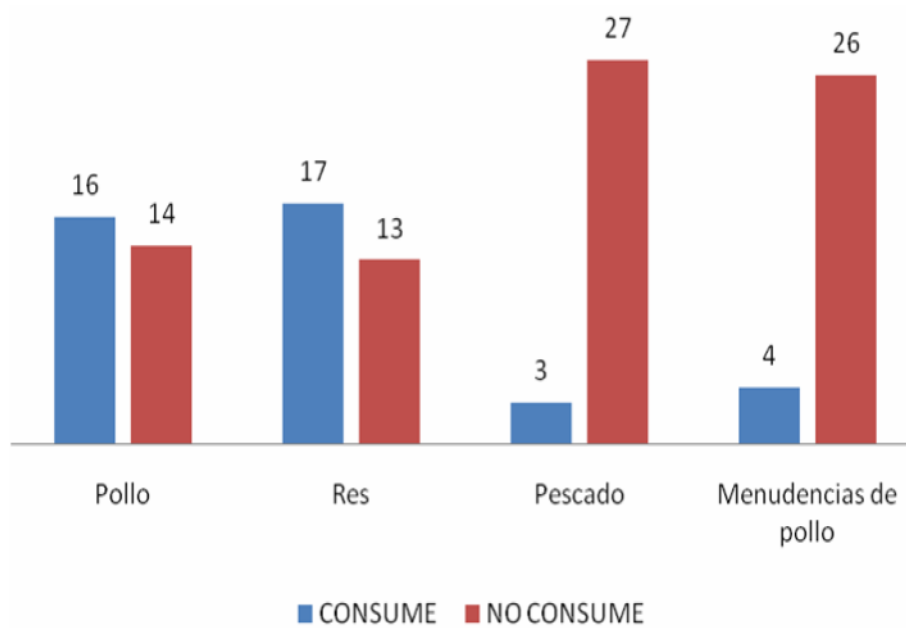


ANEXO V

CARNES QUE CONSUME EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA

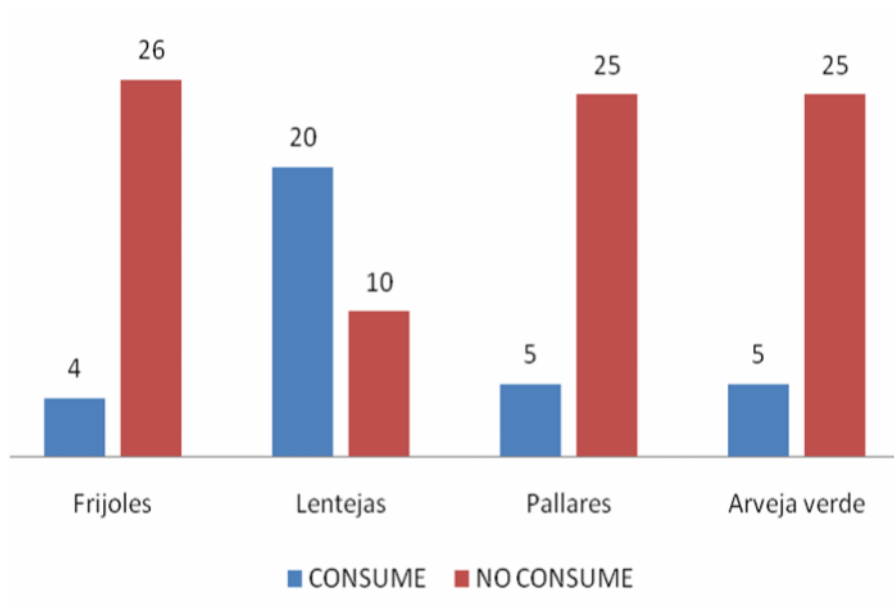
LIMA – PERÚ

2010



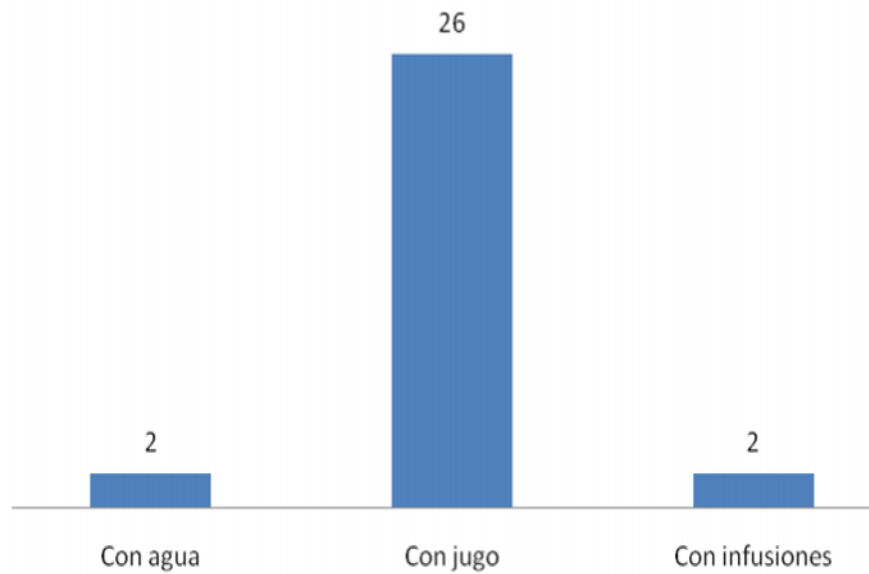
ANEXO W

MENESTRAS QUE CONSUME EL LACTANTE CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA LIMA – PERÚ 2010



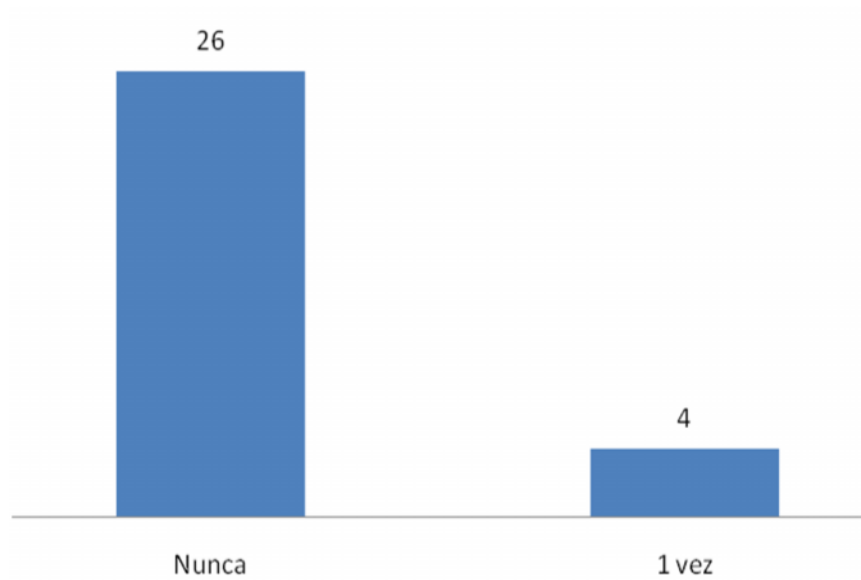
ANEXO X

**LIQUIDOS QUE OFRECE LA MADRE AL ADMINISTRAR
EL SULFATO FERROSO AL LACTANTE CON
PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**



ANEXO Y

**NÚMERO DE EPISODIOS DIARREICOS EN EL LACTANTE
CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN EL
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**



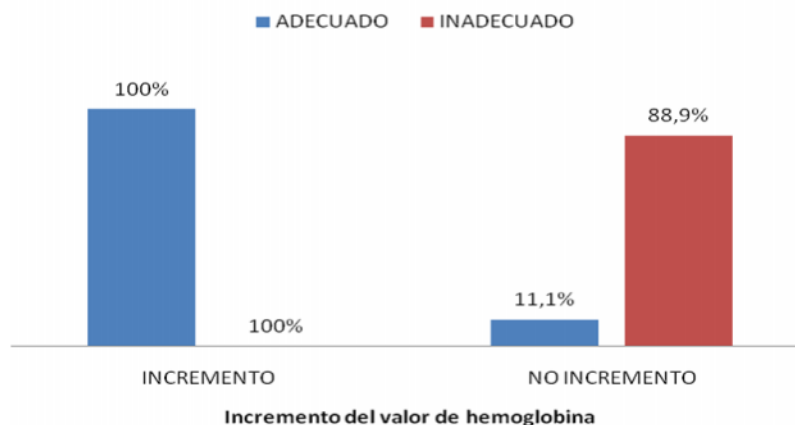
ANEXO Z

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE CONSUME EL LACTANTES
CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN RELACION A SU
INCREMENTO DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010

CANTIDAD	INCREMENTO DEL VALOR DE HEMOGLOBINA				TOTAL	
	Incremento		No incremento		n	%
	n	%	n	%		
Adecuado	3	100	3	11,1	6	20,0
Inadecuado	0	0	24	88,9	24	80,0
TOTAL	3	100	27	100	30	100

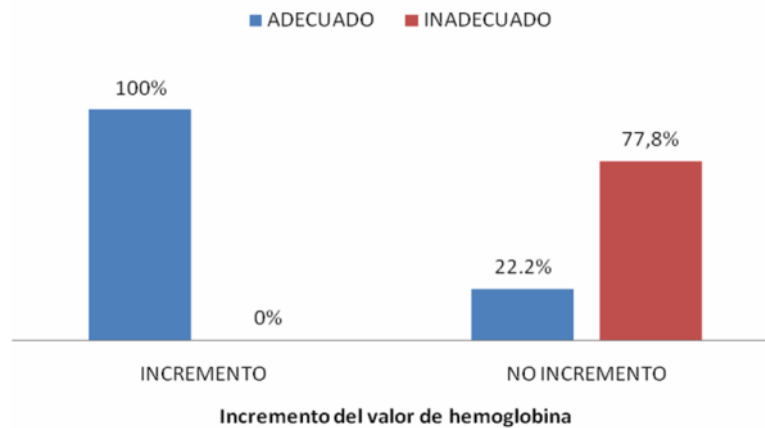
Chi cuadrado: 13,3 P=0,000<0,05 existe relación estadística



**FRECUENCIA DE ALIMENTACION DEL LACTANTES CON
PERSISTENCIA DE ANEMIA EN RELACION A SU
INCREMENTO DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**

FRECUENCIA	INCREMENTO DEL VALOR DE HEMOGLOBINA				TOTAL	
	Incremento		No incremento		n	%
	n	%	n	%		
Adecuado	3	100	6	22.2	9	30.0
Inadecuado	0	0	21	77.8	21	70.0
TOTAL	3	100	27	100	30	100

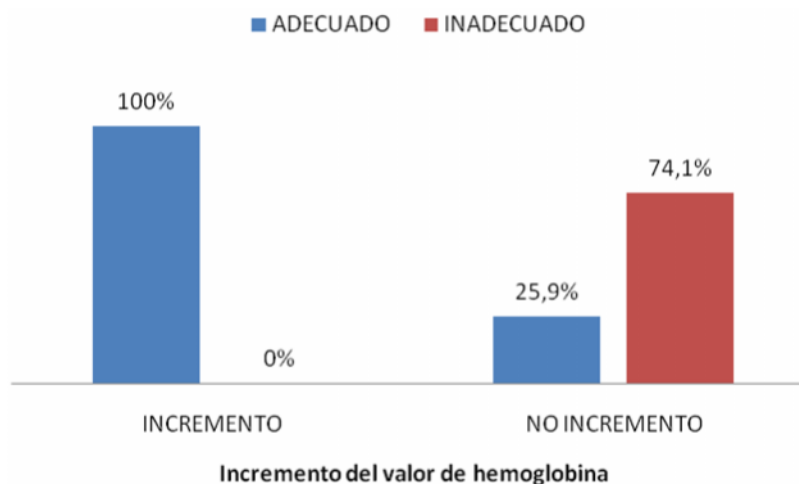
Chi cuadrado: 7,78 P=0,000<0,05 existe relación estadística



**APORTE DE ALIMENTOS CON HIERRO EN LA ALIMENTACION
DEL LACTANTES CON PERSISTENCIA DE ANEMIA
EN RELACION A SU INCREMENTO DEL NIVEL DE
HEMOGLOBINA C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**

APORTE DE ALIMENTOS CON HIERRO	INCREMENTO DEL VALOR DE HEMOGLOBINA				TOTAL	
	Incremento		No incremento		n	%
	n	%	n	%		
Adecuado	3	100	7	25,9	10	33,3
Inadecuado	0	0	20	74,1	20	66,7
TOTAL	3	100	27	100	30	100

Chi cuadrado :6,67 P=0,01<0,05 existe relación estadística



**ALIMENTACION DE CASO DE ENFERMEDAD AL LACTANTES
CON PERSISTENCIA DE ANEMIA EN RELACION A SU
INCREMENTO DEL NIVEL DE HEMOGLOBINA
C.S. CONDE DE LA VEGA BAJA
LIMA – PERÚ
2010**

ALIMENTACION EN CASO DE ENFERMEDAD	INCREMENTO DEL VALOR DE HEMOGLOBINA				TOTAL	
	Incremento		No incremento		n	%
	n	%	n	%		
Adecuado	3	100	6	22,2	9	30,0
Inadecuado	0	0	21	77,8	21	70,0
TOTAL	3	100	27	100	30	100

Chi cuadrado: 7,78 P=0,005<0,05 existe relación estadística

