ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE
¡Seguimos avanzando!

Contribución en el diagnóstico, seguimiento e implementación de actividades enmarcadas en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la población gestantes.

Elaborado por
Lariza Luzestela Barros Cotes
Código 1094277008

Nutrición y dietética

Facultad de salud, Universidad de pamplona

Pamplona -Colombia, Diciembre 2021

Introducción

La alimentación es un factor importante en el desarrollo de los individuos y la poblaciones, por lo que la implementación de una dieta sana y adecuada a lo largo del ciclo de vida permite controlar y prevenir la aparición de diversas enfermedades, pero esto se ve afectado a medida que las poblaciones avanzan y evolucionan con el tiempo, siendo influenciada por factores socio económicos, como los ingresos, el precio de los alimentos, la disponibilidad de los mismos, preferencias, creencias y tradiciones culturales, sumado a esto la capacidad que tienen los territorios para producir alimentos, el lugar donde se ubique la población y el cambio climático, hacen parte de los factores que condicionan esas modificaciones de la dieta y los estilos de vida.

En los últimos años, el aumento de enfermedades no transmisibles derivadas de una alimentación inadecuada tanto en adultos como en niños, han disparado las alarmas en todos los sistemas de salud alrededor del mundo, por lo que intervenir durante los primeros años de vida se hace indispensable para promover un adecuado crecimiento, adoptando estilos de vida saludables que a futuro permitirán reducir el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles. En cuanto a los adultos, es importante que se establezcan hábitos y estilos de vida saludables, ya que ellos son el modelo a seguir de niños, niñas y adolescentes.

La alcaldía municipal de villa del rosario tiene como objetivo dirigir y ejecutar todas las políticas, planes, programas y proyectos del sistema general de seguridad social, además de promover acciones de promoción y prevención en el municipio de villa del rosario , fundamentadas en el plan de salud municipal, conforme a las disposiciones del sistema de salud pública, plan de desarrollo y plan de acción de la dependencia, teniendo en cuenta esto, es un ente indispensable para promover y mantener la salud de la población en todos los aspectos incluyendo la nutrición de todos los grupos de edad.

El propósito de este trabajo es desarrollar actividades, mediante la implementación de acciones de diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación, en diferentes áreas, así mismo, la creación de estrategias de información, educación y comunicación en salud con el fin de mejorar el estado nutricional de la población a lo largo del ciclo de vida

ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE
¡Seguimos avanzando!

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO
PRÁCTICA CAMPOS DE ACCION PROFESIONAL

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

PLAN DE ACCIÓN

OBJETIVO GENERAL: Determinar acciones que contribuyan al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional, seguimiento y control de los menores de 18 años de edad reportados en el WINSISVAN, además de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad del municipio de villa del rosario durante el segundo semestre del año 2021.

POBLACIÓN OBJETO: *Niños y niñas menores de 18 años 11 meses 29 días de edad reportados*

ÁREA COMUNITARIA

Objetivo General	Objetivos Específicos	Meta	Estrategia	Actividad	Indicador	Tiempo	Recursos	Responsable
Describir y analizar la situación alimentaria y nutricional de los menores de 18 años reportados en el software WINSISVAN	Consolidar los formatos de investigación de visita de campo para niños menores de 5 años con desnutrición aguda. (según SIVIGILA)	. Consolidar el 100% de los reportes encontrados de niños menores de 5 años con DNT Aguda.	Base de datos del SIVIGILA Y WINSISVAN. Formato de visitas de campo DNT y BPN Consolidado en informe trimestral de visitas de campo realizadas y envío de la información por vía correo electrónico. Asesoría por parte de la docente supervisora	Consolidar las visitas entregadas por los promotores Construcción de la base de datos con adjuntos en medio físicos. Realización mensual del informe. Entrega del informe mensual a la docente supervisora	Informe elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de SIVIGILA Y WINSISVAN. **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**.

ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE
¡Seguimos avanzando!

Desarrollar actividades del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (WISISVAN) para grupos específicos y población en general y proponer acciones de intervenciones alimentaria y nutricional	Elaborar consolidado, procesamiento y envío de reporte mensual del WISISVAN al IDS por grupo vital menores de 18 años.	Procesar y consolidar el 100% de los reportes mensuales.	Revisión de la base de datos Filtrar por IPS y EPS. Revisión de Correos de solicitud de HC para verificar datos reportados. Realizar ajustes en caso de datos erróneos. Uso correcto de las Tics. Asesoría por parte de la docente supervisora	Verificar el consolidado de la base de datos entregados por reportes Procesamiento, análisis y consolidación de la información recolectada Filtración de la información en una base de datos. Elaboración del informe con los Dx del estado nutricional de los menores de 18 años Envío de documentos por vía correo electrónico Entrega del informe a la docente supervisora	Reporte procesado / reporte mensual *100 Informe elaborado, revisado y aprobado	Segundo Semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** -Computador -Celular	Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**.

	Establecer Diagnóstico nutricional, con la interpretación de los indicadores antropométricos a partir de los reportes del software WINSISVAN tercer y cuarto trimestre 2021 para niños menores de 18 años.	. Determinar el diagnostico nutricional del 100% de los menores de 18 años reportados por el WINSISVAN Y SIVIGILA Identificar al	Uso de Base de datos del WINSISVAN y SIVIGILA Uso de la Resolución 2465/2016 Interpretación de las rejillas. Uso correcto de las TICs. Asesoría por parte de la docente supervisora. Bases de datos consolidada	Filtrar por IPS y EPS. Procesamiento de la información. Correos de solicitud de HC para verificar datos reportados. Clasificación del estado nutricional según puntos de corte establecidos en la resolución 2465 de 2016. Cruce de datos de reportes de WINSISVAN con SIVIGILA. Elaboración del informe de dx. del estado nutricional de los niños y niñas menores de 18 años. Envío de documentos vía correo electrónico. Entrega del informe a la docente supervisora	N° de menores con bajo peso al nacer / N° total de menores de 18 años *100 N° de menores con DNT Aguda menores de 5 años / N° total de menores de 5 años N° de menores con Riesgo de DNT Aguda menores de 5 años / N° total de menores de 5 años Informe elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN Y SIVIGILA **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**.

	Canalizar a los niños menores de 5 años identificados en WINSISVAN con estado nutricional en DNT aguda para su atención oportuna por parte de las IPS	100% de los menores con alteraciones nutricionales reportados que necesitan atención en salud.	Revisión de la base de datos. Realizar el filtro de los niños con DNT por IPS. Oficios vía correo electrónico. Revisión de historias clínicas de niños/as reportados. Uso de las TICs. Asesoría por parte de la docente supervisora. Analizar	Revisar la base de datos. Diligenciar la base de datos con los niños ya filtrados y enviarlos a las IPS Analizar la base de datos Realizar filtrado de los menores de 18 años con alteraciones nutricionales Seguimiento de la retroalimentación de la base de datos reportada de manera mensual	N° de menores con bajo peso al nacer / N° total de menores de 18 años *100 N° de menores con DNT Aguda menores de 5 años / N° total de menores de 5 años N° de menores con Riesgo de DNT Aguda menores de 5 años / N° total de menores de 5 años Informe elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**.

	Diseñar y desarrollar un plan de intervenciones con las IPS por zona con los mayores casos de DNT de acuerdo a los resultados obtenidos en el diagnóstico nutricional con niños <5 años con DNT. (Según reportes del Winsisvan) en el municipio de villa del rosario.	Plan de intervenciones 100% elaborado	Consolidado del diagnóstico nutricional de los menores de 18 años Formato de plan de intervenciones Plan de intervenciones Uso adecuado de las TICs Asesoría por parte de la docente supervisora	Elaborar el plan de intervenciones. Enviar plan de intervención a la docente supervisora para su respectiva aprobación. Crear material educativo de cada una de las intervención Aprobación de material educativo por parte de la docente supervisora Convocar reunión con IPS y zonas con mayores casos de DNT. Entregar el informe a la docente supervisora	. Plan de intervenciones elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**.

	Ejecutar el plan de interve nciones propuesto.	Ejecutar el 100% del plan de intervenciones diseñado	Invitar mediante convocatoria atreves de los canales de comunicación (telefónica, correo electrónico, oficios, etc.). Enviar información por medio de los canales de comunicación Implementación del material educativo aprobado Difusión de la información del plan educativo Uso de las TICs Asesoría por parte de la docente supervisora	Enviar invitación a las IPS para llevar acabo la ejecución del plan de intervención diseñado. Consolidar los diagnósticos nutricionales de los menores de 18 años Diligenciar formatos de asistencia Diseñar y diligenciar formato de plan de intervenciones Entrega del informe a la docente supervisora	N° de intervenciones realizadas / N° de intervenciones programadas * 100 Informe elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**.

ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE
¡Seguimos avanzando!

Realizar Verificación a los planes, programas y proyectos de alimentación y nutrición para dar solución a problemas alimentarios y nutricionales de la población	Llevar a cabo las visitas de seguimiento a las IPS de la red pública y privada en cumplimiento a la ruta de atención para niños reportados según base de datos de Winsisvan con estado de DNT en atención oportuna. (Formato basado en lineamiento de atención a la desnutrición 5406 y la resolución 2465de 2016)	Realizar el seguimiento al 100% de las IPS de la red pública y privada	Revisar y ajustar formato de verificación Radicar oficios a las IPS para verificar acciones de seguimiento realizadas en cumplimiento de activación de la ruta para atención a la DNT, vía correo electrónico. Diligenciar formato de verificación Diseño de videos de asistencia técnica. Elaboración del informe. Envío de documentos vía correo electrónico Asesoría por parte de la docente supervisora	Visitar según reportes Winsisvan a las IPS de la red pública y privada Revisar las historias clínicas de los menores con DNT Aguda menores de 5 años Realizar formato de verificación Base de datos consolidada Realizar videos de asistencia técnica Entrega del informe a la docente supervisora	N° de visitas realizadas / N° de visitas programadas * 100 Informe elaborado	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**.

ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE
¡Seguimos avanzando!

Establecer seguimiento a los planes de mejoramiento que deben enviar las IPS a partir de la visita de seguimiento en cumplimiento a la ruta de atención para niños reportados según Winsisvan con estado de DNT y Riesgo de DNT	Realizar seguimiento a los planes de mejoramiento enviados por las IPS al 100%	Envío de los videos de asistencia técnica del lineamiento de atención integrada la desnutrición aguda moderada y severa en menores de 5 años y del lineamiento para dar continuidad a la atención de la desnutrición en el contexto de la pandemia por COVID-19. Seguimiento al cumplimiento de los planes de mejoramiento mediante el cruce de bases de datos de WINSISVAN y SIVIGILA. Asesoría por parte de la docente supervisora	Diligenciar el formato de seguimiento a los planes de mejora. Implementación de la Ruta de Atención a los menores de 5 años con DNT y Riesgo de DNT Afiliación a los menores no afiliadas al SGSSS Verificación de los de los seguimientos de ruta de atención Diligenciamiento de formato de asistencia técnica. Material educativo Diligenciar Actas con informe de visita Entrega del informe a la docente supervisora	N° de planes de mejoramiento recibidos/ N° de planes de mejoramiento solicitados* 100 Informe elaborado, revisado y aprobado.	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**

	Realizar Seguimiento a las rutas de atención activadas por la EPS o IPS en los casos notificados con DNT teniendo en cuenta el manejo ambulatorio de la DNT aguda mediante la activación de la ruta y suministro del tratamiento en el manejo ambulatorio descrito en el lineamiento por medio de la base datos suministrada según el SIVIGILA.	Realizar seguimiento al 100% al cumplimiento de las rutas de atención	Revisar Historia Clínica del menor para verificación de criterios para ser notificados. Visitas de investigación de campo para verificar estado nutricional, en caso de manejo ambulatorio Verificar si le fue ordenada la FTLC, Verificación de esquema de vacunación y de asistencia a controles de CyD, y control por nutrición. Asesoría por parte de la docente supervisora	Revisar de Historias Clinicas Consolidar casos notificados con DNT Realizar visitas de campo Confirmar la entrega de la FTLC Verificar carnes de vacunación que se encuentren completos para la edad y de Verificar asistencia a los controles de CR y control por nutrición. Diligenciar formatos de investigación de visitas de campo Plataforma ADRES.	N° de seguimientos en el cumplimiento de la ruta de atención/ N de casos notificados con DNT * 100 Informe elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**

				Diligenciar Matriz de chequeo. Entrega del informe a la docente supervisora				
	Evaluar el escenario de práctica mediante matriz DOFA	Elaboración del 100% de la matriz DOFA	Determinar factores internos de (Fortalezas y debilidades) y factores externos (oportunidades y amenazas) de la alcaldía municipal de villa del rosario. Diseño de la matriz DOFA. Asesoría por parte de la docente supervisora	Calificación personal del escenario de prácticas Uso correcto de las TICs Elaborar la matriz DOFA . Entrega del informe a la docente supervisora	Matriz DOFA elaborada, revisada y aprobada	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Base de datos de WINSISVAN. **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**

ÁREA EDUCATIVA								
Desarrollar programas educativos en salud, alimentación y nutrición que contribuyan a la promoción de estilos de vida saludable.	Elaborar material educativo en temas relacionados con alimentación y nutrición.	Planificar el programa educativo en un 100%.	Diseñar plan educativo. Diseñar de videos, folletos, infografías. Diseñar pre-test y post-test. Uso correcto de las TICs Asesorías por parte de la docente supervisora.	Fortalecer la educación en alimentación y nutrición. Resolución 2465 del junio 2016 Resolución 1343 mayo 2019 (FTLC) Resolución 2350 diciembre 2020 (ruta de atención DNT) Resolución 202 febrero 2021 Ruta perinatal Elaboración de material educativo (Folletos, infografías, videos, capacitaciones) Entrega del informe a la docente supervisora	Programa educativo diseñado, revisado y aprobado.	Segundo semestre académico de 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisor a. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Material educativo **Equipos:** **-**Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación** .

ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE
¡Seguimos avanzando!

	Intervención de la capacitación educativa en temas relacionados con alimentación y nutrición.	Ejecutar al 100% las actividades educativas.	Invitar mediante los canales de comunicación. Formatos Pretest y pos-test. Material educativo elaborado. Actas y listas de asistencia.	Convocar a la población objeto atreves de los canales de comunicación Ejecutar las actividades establecidas. Diligenciar actas de reunión Entrega del informe a la docente supervisora	Nª de actividades desarrolladas / Nª de actividades programas * 100 Nª de asistentes/ Nª de personas convocadas *100 Informe elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021.	**Talento Humano:** -Docente supervisor a. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Material educativo **Equipos:** -Computador	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**
	Evaluar el programa de educación nutricional en temas relacionados con alimentación y nutrición.	Evaluar el 100% de las actividades ejecutadas.	Revisión de material evaluativo formatos (Pre- test y post test) Elaboración del informe educativo. Asesorías por parte de la docente supervisora	Aplicación del pre-test y post-test Procesamiento y análisis de la información del post-test y post-test Entrega del informe a la docente supervisora	Nª de actividades de evaluadas / Nª de actividades programas * 100 Informe de evaluación elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021. .	**Talento Humano:** -Docente supervisor a. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Material educativo **Equipos:** -Computador	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**

ÁREA ADMINISTRATIVA								
Fomentar planes, programas y proyectos enfocados a los temas de alimentación y nutrición.	Diseñar el plan de acción para el desarrollo de las competencias de alimentación y nutrición en las prácticas de campo de acción profesional.	Plan de acción elaborado al 100% Diagrama esquemático.	Formato de competencias de niños. Uso de las TICS Elaboración del plan de acción y el diagrama Asesorías por parte de la docente supervisora.	Revisar el documento de competencias para las prácticas de campo de acción profesional Elaborar el plan de acción. Diseño de diagrama esquemático. Cronograma de actividades. Entrega del informe a la docente supervisora	Plan de acción diseñado, revisado y elaborado. Diagrama esquemático diseñado, revisado y aprobado.	Segundo semestre académico de 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Documento de competencias - Formato de plan de acción **Equipos:** -Computador - Celular	- Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación.**
	Apoyo en tareas y/o gestiones administrativas según las necesidades del escenario de prácticas - secretaria de salud municipal de villa del rosario.	Realizar al 100% las actividades de apoyo administrativo.	Material informativo para celebración de fechas de interés en salud. Búsqueda de documentación pdf, de estrategias de educación, información y comunicación del ministerio de salud. Uso de las TICs Asesoría por parte de la docente	Realización de documentación , informes o consolidados. Entrega del informe a la docente supervisora	N º de actividades realizadas / N ª de actividades asignadas x 100%	Segundo semestre académico de 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Documentación y formatos del escenario de prácticas. **Equipos:** -Computador - Celular	- Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación**

			supervisora.					
ÁREA INVESTIGACIÓN- INTERVENCIÓN								
Diseñar una propuesta de intervención en temas relacionados con alimentación y nutrición.	Diseñar el proyecto de intervención para la implementación de programas y proyectos de alimentación y nutrición.	Proyecto de intervención aprobado.	Revisión de Bibliografía. Uso de las TICs Asesorías por parte de la docente supervisora.	Revisión bibliográfica de la temática. Entrega de documentos. Asesoría y correcciones por parte de docente Supervisor.	Proyecto de intervención revisado, aprobado y socializada.	Segundo semestre académico de 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Bibliografía - Formatos **Equipos:** - Computador -Celular	- Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación.**

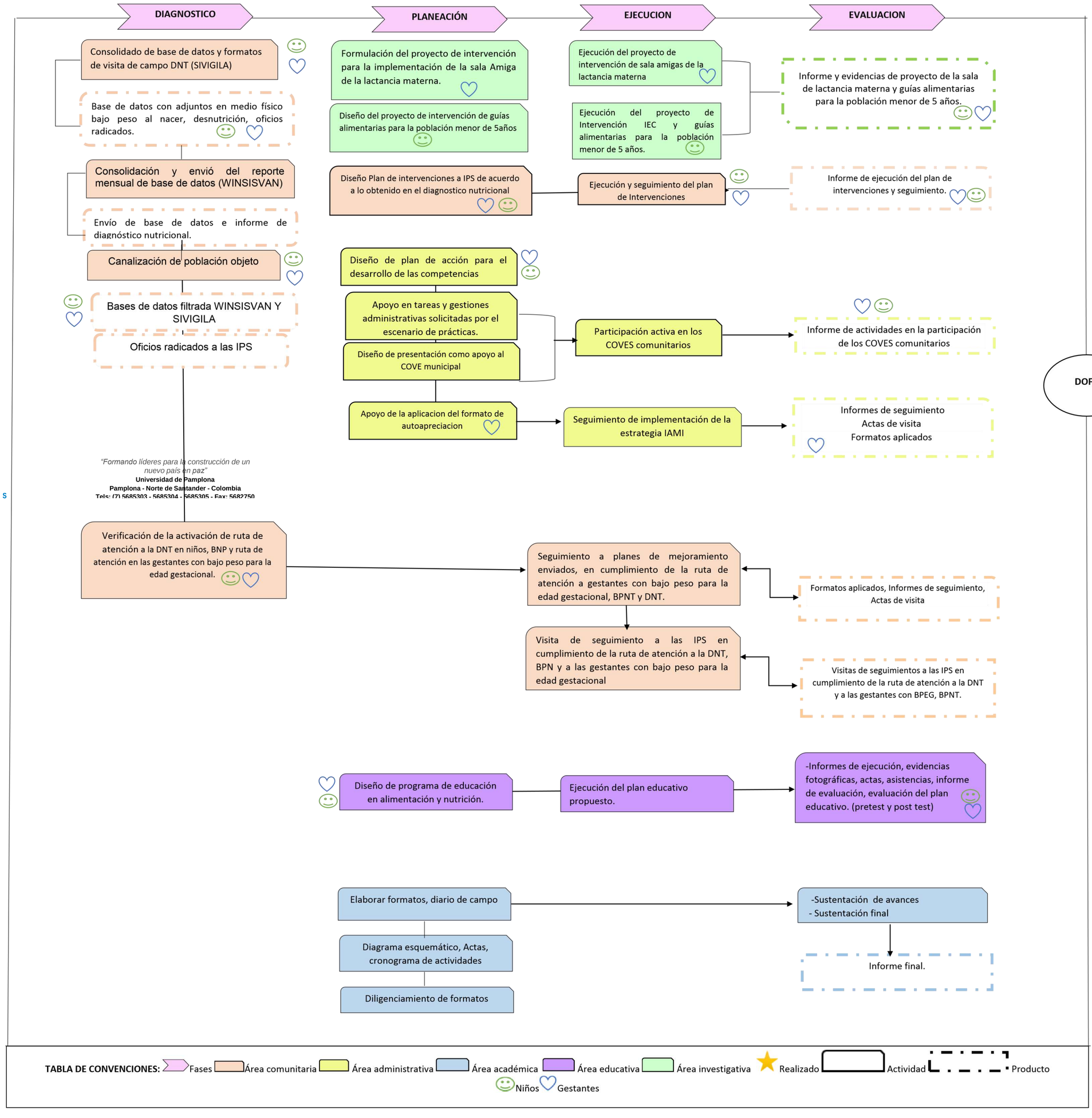
	Implementar el proyecto de intervención para la implementación de temas relacionados con alimentación y nutrición.	Ejecutar el proyecto de intervención en un 100%	Invitación a la intervención educativa en salud, con temas relacionados en alimentación y nutrición que contribuyen a la promoción de estilos de vida saludable en individuos y colectividades. Uso de las TICs Asesorías por parte de la docente supervisora	Elaboración de la Aplicación del procesamiento y análisis de la información del pre-test y post-test	Informe de ejecución del proyecto de intervención elaborado, revisado y aprobado	Segundo semestre académico de 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Bibliografía - Formatos **Equipos:** - Computador -Celular	- Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano **Nutricionistas Dietistas en formación.**

ÁREA ACADÉMICA								
	Elaborar formatos, diarios de campo e instructivos según la necesidad del escenario de prácticas. Sustentar los avances de primer y segundo corte de los resultados obtenidos en el desarrollo de las prácticas de campo de acción profesional en la secretaria de salud municipal, de Villa de Rosario en el segundo semestre del 2021	Diligenciar al 100% los formatos Sustentar el 100% de los productos programados.	Formato de actas de reunión Diario de campo, Paz y Salvo, Informes Uso de las TIC'S Asesoría por parte la docente supervisora Asesorías por parte de la	Diligenciar actas de reunión Realizar diarios de campo, Paz y salvo e informes Elaborar cronograma de actividades Entrega de los diferentes formatos a la docente Supervisora para su verificación.	Formatos completamente diligenciados, revisados y firmados sustentaciones realizadas/ N º de sustentaciones programadas x100 Informes de	Segundo semestre académico de	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** -Formatos Informes -CD final **Equipos:** - Computador -Celular	- Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano

	Presentar el consolidado de la práctica mediante la clausura en el escenario Secretaría de Salud municipal de Villa del Rosario, y entrega de informe final al escenario y CD a la Coordinación de prácticas	Sustentar el 100% de las actividades ejecutadas en las practicas CAP.	docente supervisora Uso de las TICs Definir el material audio visual a utilizar	Consolidación de actividades elaboradas durante la práctica campos de acción profesional. Diseño, revisión y aprobación de las diapositivas Sustentación final	avances elaborados, revisados y aprobados. Diapositivas diseñadas, revisadas y aprobadas. Informe final en medio digital elaborado, revisado y aprobado	2021		**Nutricionistas Dietistas en formación**

Elaborado: Lariza Luzestela Barros Cotes María Fernanda Rodríguez Solano	Revisado	Aprobado: Supervisor Practica Dra. Luz Dary Ropero

Objetivo general: Desarrollar actividades de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación que contribuyan al mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de gestantes y niños(a) menores de 18 años de edad del municipio de Villa del Rosario, durante el desarrollo de las prácticas campos de acción profesional en el segundo periodo académico de 2021.



Elaborado por:

Lariza Luzestela Barros Cotes
Natalya Alejandra Jajoy Lazo
María Fernanda Rodríguez Solano

AREA COMUNITARIA

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO, PARA EL EVENTO 113: DESNUTRICION AGUDA MODERADA Y SEVERA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE DAD NOTIFICADOS EN EL SIVIGILA SEMANAS EPIDEMIOLOGICAS 26 A LA 40, EN EL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO.

Lariza Luzestela Barros Cotes
María Fernanda Rodríguez Solano
Nutricionista Dietista en formación.

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPA
VILLA DEL ROSARIO
2021-2

INTRODUCCIÓN

El Municipio de Villa del Rosario busca desarrollar estrategias de información a través de medios de comunicación, que permitan dar a conocer a todos los rosarienses sobre el plan Municipal de Seguridad Alimentaria y Nutricional, con énfasis en el componente de consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos que se producen en el Municipio, además de fomentar una nutrición saludable que involucre todos los ciclos vitales. Teniendo en cuenta que existen conductas riesgosas de malnutrición.

La Desnutrición aguda moderada y severa es una enfermedad que afecta negativamente el desarrollo social y económico del municipio de Cúcuta, las causas de la enfermedad están dadas por diferentes factores los cuales se deben abordar desde todos los sectores posibles. Es por esto necesario realizar seguimiento a todas las entidades que prestan el servicio de salud para atender tal situación, las intervenciones en este tipo de eventos en salud pública deben ser efectivas, y para que sean de esta manera, se debe hacer auditorías o veedurías por parte de las entidades territoriales.

Con base a esto, se presenta un informe sobre el seguimiento de visitas de campo del manejo ambulatorio de la desnutrición aguda, moderada y severa de las semanas epidemiológicas 26 a la 40 del presente año, con el fin de verificar que el lineamiento de la ruta de atención a la desnutrición se esté cumpliendo por parte de las entidades que atienden la población.

OBJETIVOS

General

Determinar el adecuado manejo del lineamiento de la ruta a la desnutrición aguda moderada y severa en los casos notificados de la semana 26 a la 40 del 2021 en el municipio de Villa del Rosario.

Específicos

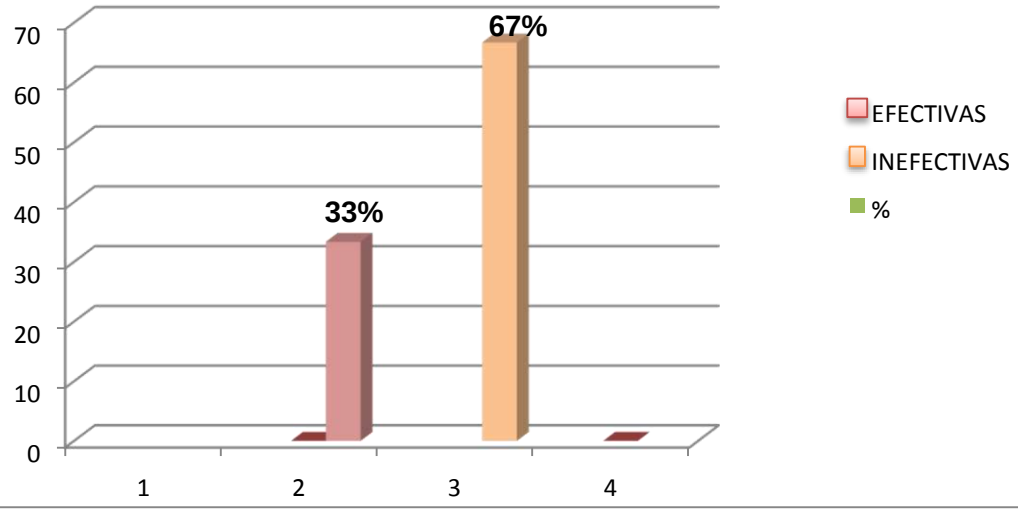
- Identificar los casos reportados al SIVIGILA por desnutrición evento 113 presentados en el municipio.
- Indagar sobre el manejo a la desnutrición a los padres, cuidadores o personal asistencial de la IPS y EPS, mediante el diligenciamiento del formato de seguimiento de visitas de campo al manejo ambulatorio de la desnutrición.
- Analizar los resultados reportados por la IPS al SIVIGILA.

INFORME VISITA DE INVESTIGACIÓN DE CAMPO, HASTA LA SEMANA 12 DEL 2021.

Tabla 1. Distribución porcentual de las visitas de investigación de campo efectiva e inefectiva de los casos de desnutrición aguda (moderada y severa) en niños menores de 5 años de edad, según SIVIGILA de la semana 26 a la semana 40.

VISITAS	N°	%
EFECTIVAS	3	33
INEFECTIVAS	6	67
TOTAL	9	100

GRÁFICA 1. Distribución porcentual de las visitas de investigación de campo efectiva e inefectiva de los casos de desnutrición aguda (moderada y severa) en niños menores de 5 años de edad, según SIVIGILA de la semana 26 a la semana 40.



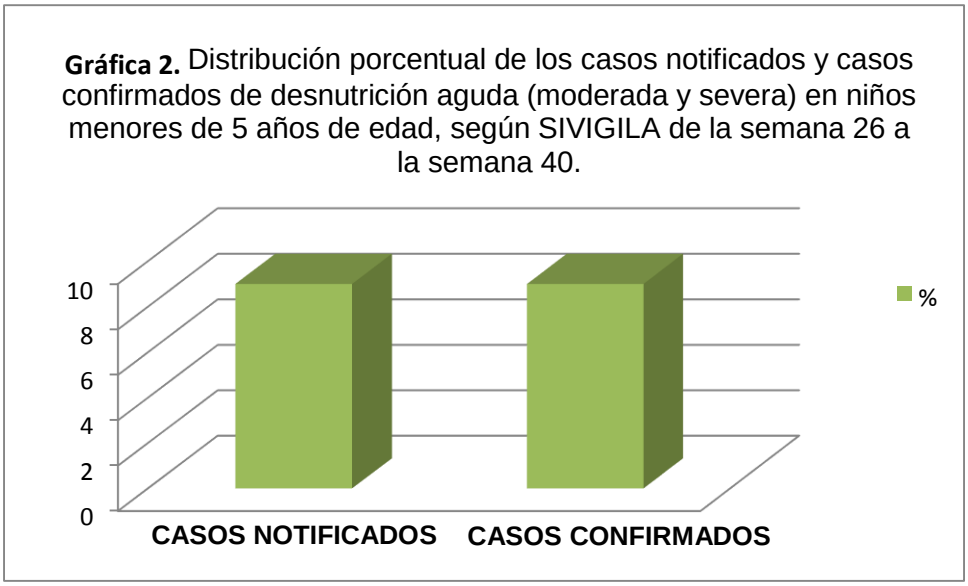
Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Municipal, Villa del Rosario 2021.

ANÁLISIS: Distribución porcentual de las visitas de investigación de campo efectivas e inefectivas de los casos de desnutrición aguda (moderada y severa) en menores de 5 años de edad, según SIVIGILA semana 26 a la semana 40.

Se identifica que dentro de visitas EFECTIVAS se encuentra el 33% e INEFECTIVAS el 67% de los niños menores de 5 años notificados al SIVIGILA. De igual forma se realizaron las 8 visitas de campo con el fin de identificar el manejo realizados a los menores dentro de cada una de las instituciones que los notificaron.

TABLA 2. Distribución de los casos notificados y casos confirmados de desnutrición aguda (moderada y severa) en niños menores de 5 años de edad, según SIVIGILA de la semana 1 a la semana 12.

NIÑOS CON DESNUTRICION AGUDA (MODERADA- SEVERA)	
CASOS NOTIFICADOS	**CASOS CONFIRMADOS**
8	8



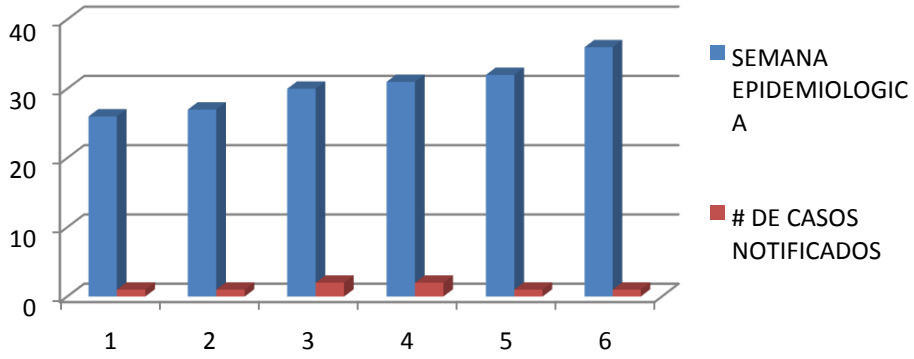
Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Municipal, Villa del Rosario 2021.

ANÁLISIS: Según la base de datos reportada por el sistema de vigilancia en salud pública (SIVIGILA) del evento 113, Desnutrición aguda (moderada y severa) en los niños menores de 5 años, del tercer trimestre del año 2021; se observan 8 casos casos notificados y casos confirmados

TABLA 3. Distribución porcentual del número de casos notificados y confirmados por semana epidemiológica de desnutrición aguda (moderada y severa) en niños menores de 5 años de edad, según SIVIGILA de la semana 26 a la semana 40.

# DE CASOS REPORTADOS POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA		
SEMANA EPIDEMIOLOGICA	**# DE CASOS NOTIFICADOS**	**CASOS CONFIRMADOS**
26	1	1
27	1	1
30	2	2
31	2	2
32	1	1
36	1	1

Grafica 3. Distribución porcentual del número de casos notificados por semana epidemiológica de desnutrición aguda (moderada y severa) en niños menores de 5 años de edad, según SIVIGILA de la semana 26 a la semana 40.

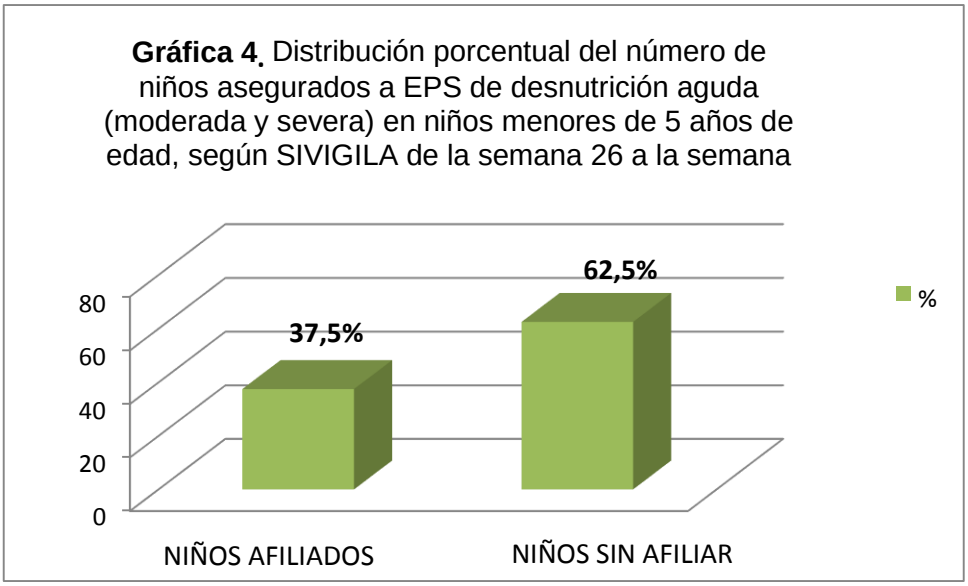


Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Municipal, Villa del Rosario 2021.

ANÁLISIS: Los casos reportados con desnutrición aguda moderada y severa en el tercer trimestre del año en curso son 8 casos notificados, los cuales se han venido presentando con mayor cantidad en las semanas epidemiológicas 30 y 31 , con 2 casos que representan un 25% para cada una de las semanas anteriormente mencionadas del total de casos notificados. Para realizar la confirmación de los casos, se utilizan las rejillas del indicador peso/talla-longitud establecido en la Resolución 2465 de 2016 con el fin de verificar el diagnostico de los casos reportados, y para soportar algunos casos en los que se encuentran inconsistencias en el diagnostico se solicitan historias clínicas para confirmar el reporte.

Tabla 4. Distribución porcentual del número de niños asegurados a EPS de desnutrición aguda (moderada y severa) en niños menores de 5 años de edad, según SIVIGILA de la semana 26 a la semana 40.

NIÑOS AFILIADOS	NIÑOS SIN AFILIAR	TOTAL
3	5	8
37,5%	62,5%	100%



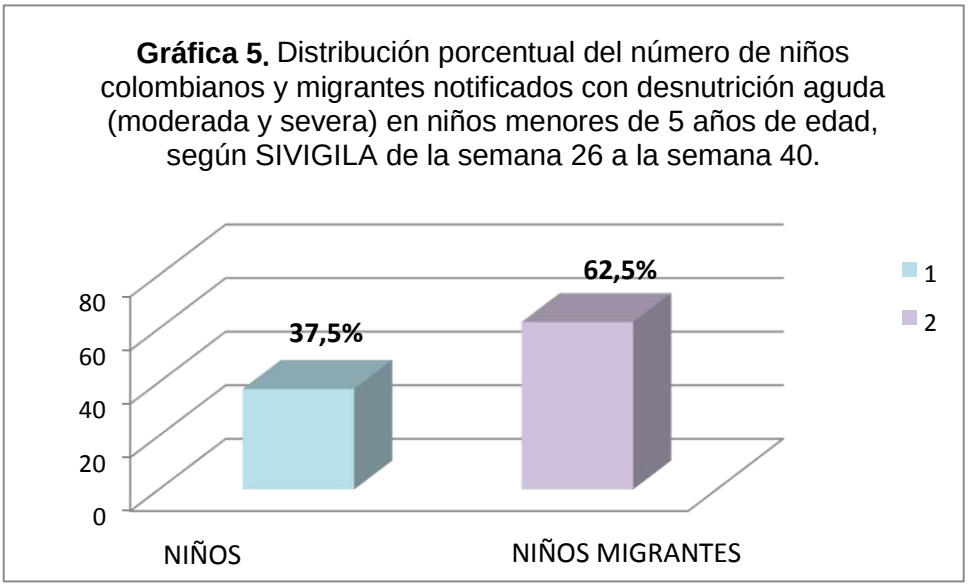
Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Municipal, Villa del Rosario 2021.

ANÁLISIS: En la gráfica se puede evidenciar que los niños que están afiliados al sistema de salud son el 37,5% los cuales van a poder recibir la atención para la desnutrición de forma más completa, lo que con lleva que estos niños puedan recuperar su estado nutricional y puedan tener una mejor calidad de vida. Por el contrario, se evidencia que un 62,5% de los niños reportados con desnutrición aguda no están afiliados al SGSSS, se debe en cierta parte que la mayoría son poblaciones migrantes o se encuentran indocumentados para realizar la respectiva afiliación al SGSSS en el municipio de Villa del Rosario; por lo tanto sin afiliación se hace más difícil el seguimiento médico y nutricional.

Tabla 5. Distribución porcentual del número de niños colombianos y migrantes notificados con desnutrición aguda (moderada y severa) en niños menores de 5 años de edad, según SIVIGILA de la semana 26 a la semana 40.

NIÑOS COLOMBIANOS	NIÑOS VENEZOLANOS	TOTAL
3	5	8
37,5%	62,5%	100%

Fuente: SIVIGILA, Secretaria de Salud Municipal, Villa del Rosario 2021.



ANÁLISIS: En la gráfica se puede evidenciar que los niños que más presentan desnutrición aguda son migrantes siendo el 62,5% del total de la población notificada por el SIVIGILA en las semanas 27 a la 40 del año presente.

ACREDITADA INSTITUCIONALMENTE
¡Seguimos avanzando!

SITUACIÓN ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS, DEL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO, PARA EL TERCER TRIMESTRE 2021.

Elaborado por:

MARIA FERNANDA RODRIGUEZ SOLANO CC.1093775436

LARITZA LUZ ESTELA BARROS COTES CC.1094277008

Nutricionistas Dietistas en formación, X semestre

Presentado a:

ND. LUZ DARY ROPERO BARRAZA SUSANA

Docente supervisora de la Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)

ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

NUTRICION Y DIETETICA

2021-2

TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN 4
2. GLOSARIO 5
3. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO. 8
3.1. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO ETARIO 8
3.2. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO 10
3.3. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO ETNICO 11
3.4. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN 12
3.5. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR UBICACIÓN GEOGRÁFICA 14

2. ANÁLISIS NUTRICIONAL - INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARAPOBLACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 15
2.1. DESNUTRICIÓN GLOBAL – INDICADOR PESO PARA LA EDAD –P/E 15
2.2. DESNUTRICIÓN AGUDA – INDICADORES PESO PARA LA TALLA – P/T. 18
2.3. DESNUTRICIÓN CRÓNICA – INDICADORES PESO PARA LA TALLA - T/E 22
2.4. EXCESO DE PESO – INDICADOR ÍNDICE DE MASA CORPORAL – IMC/E 25
3. ANÁLISIS NUTRICIONAL INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA POBLACIÓNDE 5 A 12 AÑOS DE EDAD 29
3.1. DELGADEZ – INDICADOR INDICE DE MASA CORPORALPARA LA EDAD –IMC/E 29
3.2. EXCESO DE PESO – INDICADOR INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD 32
3.3. TALLA BAJA PARA LA EDAD – INDICADOR TALLA BAJA PARA LA EDAD – T/E.35
4. ANÁLISIS NUTRICIONAL INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA POBLACIÓNDE 12 A 18 AÑOS DE EDAD 38
4.1. DELGADEZ INDICADOR INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD –IMC/E 38
4.2. EXCESO DE PESO – INDICADOR INDICE DEMASA CORPORAL PARA LA

EDAD – IMC/E.....41
5. COMPONENTE DE SALUD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 44
5.1. INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA (IRA) 44
5.2. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA (EDA).....44
6. DISTRIBUCION PORCENTUAL D ENIÑOS Y NIÑAS QUE RECIBIERON LACTANCIAMATERNA EXCLUSIVA Y COMPLEMENTARIA. 46
7. CONCLUSIONES……47
8. BICLIOGRAFIA……48

1. INTRODUCCIÒN

La situación alimentaria y nutricional son nociones muy amplias que abarcan diferentes conceptos de hábitos, tanto de la ingesta y requerimientos nutrimentales específicos otorgados por la variedad y calidad de consumo de alimentos; como comportamientos independientes del diario vivir, estos están íntimamente relacionadas con la cultura, socioeconómica y demografía de la población objeto de estudio (Cerro, 2017); Es por ello que el estado nutricional es el resultante del balance entre la ingesta y las necesidades energéticas y de nutrientes del organismo, lo que expresa distintos grados de bienestar de las personas y en sí mismo, son dependientes de la interacción entre la dieta, los factores relacionados con la salud y el entorno físico, social, cultural y económico. Aspecto que influye en el desarrollo y crecimiento que se define un fenómeno continuo que se inicia en el momento de la concepción y culmina al final de la pubertad, periodo dentro del cual se alcanza la madurez en sus aspectos físicos, psicosocial y reproductivo. Esta transformación involucra cambios en el tamaño, organización espacial y diferenciación funcional de tejidos y órganos. El aumento en el tamaño y masa corporal es el resultado de la multiplicación e hiperplasia celular, proceso conocido como crecimiento. (OMS)

La nutrición es la ingesta de alimentos en relación con las necesidades dietéticas del organismo. Una dieta suficiente y equilibrada combinada con el ejercicio físico regular es un elemento fundamental de una buena salud. La malnutrición describe una condición patológica consecuencia del desequilibrio en el estado nutricional y puede referirse a un déficit en la ingesta de nutrientes, a un estado de sobre nutrición o a una alteración en la utilización de estos en el organismo. La malnutrición es del mismo modo, un factor de riesgo que incrementa las prevalencias de morbilidad y mortalidad en las poblaciones, disminuyendo su capacidad productiva y en general, su calidad de vida que se refleja en elevados costos sociales (ENSIN, 2010).

Por esta razón,el diagnóstico de la desnutrición infantil abarca diferentes indicadores antropométricos utilizados en ámbitos individuales como poblacionales, estos hacen referencia a la duración, severidad y magnitud de las secuelas de las condiciones carenciales, las cuales son: Peso/Talla (P/T), Peso/Edad (P/E) y Talla/Edad (T/E). (Fundación Éxito, 2019). Este primer indicador expresa que inicialmente se evidencia es la pérdida de peso, dando así un peso inferior al que debería tener un niño de su talla. De esta manera, la evaluación del estado nutricional actual de la población infantil se tiene en cuenta el peso corporal y la estatura. El cual se clasifica

como desnutrición aguda moderada si existe evidencia de emaciación o bajo peso, o en muchos casos, evoluciona a desnutrición aguda severa presentando edema nutricional severo y/o marasmo, o las dos condiciones. De acuerdo con los patrones de crecimiento infantil de la Organización Mundial de Salud OMS y la Resolución 2465 de 2016 para Colombia, la desnutrición aguda se caracteriza por un peso corporal bajo para la estatura con una puntuación Z inferior a -2 desviaciones estándar (DE), clasificándose en desnutrición aguda moderada entre -2 a -3 DE y desnutrición aguda severa con puntuaciones inferiores a -3 DE. (Gómez, E.M. 2019).

2. GLOSARIO

a) ASEGURADORAS: son las entidades promotoras de salud, entidades adaptadas, las administradoras del régimen subsidiado, las empresas de medicina preparada y las entidades responsables de los regímenes de excepción de que tratan el artículo 279 de la Ley 100 de 1993 y la Ley 647 de 2001.

b) DESNUTRICIÓN: por debajo de la línea de puntuación -2 desviaciones estándar de puntuación Z en los indicadores peso para la edad, peso para la longitud/talla, longitud/talla para la edad o IMC para la edad.

c) DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA: peso para la talla o longitud menor a -2 y mayor o igual a -3 Desviaciones Estándar.

d) DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA: peso para la talla o longitud menor a -3 Desviaciones Estándar.

e) DESVIACIÓN ESTÁNDAR - DE: medida que expresa la dispersión de una serie de valores o puntuaciones con relación a la media aritmética.

f) ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE PLANES DE BENEFICIO – EAPB: Se entiende por Entidades Administradoras de Planes de Beneficios de Salud (EAPB) las Entidades Promotoras de Salud del Régimen Contributivo y Subsidiado, Empresas Solidarias de Salud, las Asociaciones Mutuales en sus actividades de Salud, las Entidades Promotoras de Salud Indígenas, las Cajas de Compensación Familiar en sus actividades de salud, las Entidades que administren planes adicionales de salud, las entidades obligadas a compensar, las entidades adaptadas de Salud, las entidades pertenecientes al régimen de excepción de salud y las universidades en sus actividades de salud.

g) ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD (EPS): es la encargada de promover la afiliación asistema de seguridad social. Aquí no hay servicio médico, solo administrativo y comercial.

h) ESTADO NUTRICIONAL: es el resultado de la relación entre la ingesta de energía y nutrientes y el gasto causado por los requerimientos nutricionales según la edad, sexo, estado fisiológico y actividad física.

i) GRUPO DE EDAD MENORES DE 5 AÑOS: niñas y niños desde el nacimiento hasta los 4 años 11 meses, 29 días y 23 horas, también de 0 a 59 meses cumplidos. No incluye a los niños y niñas de 5 años o 60 meses cumplidos.

j) GRUPO DE EDAD DE 5 A 17 AÑOS: niñas, niños y adolescentes desde los 5 años cumplidos hasta los 17 años, 11 meses, 29 días y 23 horas, también de 60 a 215 meses cumplidos. No incluye a los individuos con 18 años o 216 meses cumplidos.

k) GRUPO DE EDAD MENORES DE 18 AÑOS: niñas, niños y adolescentes desde el nacimiento hasta los 17 años, 11 meses, 29 días y 23 horas, también de 0 a 215 meses cumplidos. No incluye a los individuos con 18 años o 216 meses cumplidos. 6

l) IMC PARA LA EDAD - IMC/E: índice de Masa Corporal es un indicador que correlaciona de acuerdo con la edad, el peso corporal total en relación con la talla. Se obtiene al dividir el peso expresado en kilogramos entre la talla expresada en metros al cuadrado.

m**) INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS (IPS):** Estas son las Instituciones Prestadoras de Servicios. Es decir, todos los centros, clínicas y hospitales donde se prestan los servicios médicos, bien sea de urgencia o de consulta.

n) PESO BAJO PARA LA EDAD: peso para la edad por debajo de -2 desviaciones estándar. También denominado desnutrición global, indica bajo peso para una edad específica, considerando el patrón de referencia. PESO PARA LA EDAD - P/E: indicador antropométrico que relaciona el peso con la edad sin considerar la talla.

o) PESO PARA LA LONGITUD/TALLA - P/T: un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud o con la talla. Da cuenta del estado nutricional actual del individuo.

p) RÉGIMEN CONTRIBUTIVO: son un conjunto de normas que rigen la vinculación de los individuos y las familias al Sistema General de Seguridad Social en Salud, cuando tal vinculación se hace a través del pago de una cotización, individual y familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre éste y su empleador.

q) RÉGIMEN SUBSIDIADO: es un conjunto de normas y procedimientos que rigen la vinculación de la población pobre y vulnerable al Sistema General de Seguridad Social en Salud, con recursos de la Nación y Entidades Territoriales.

r) REGISTRO ESPECIAL DE PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD (REPS): Es la base de datos de los prestadores de servicios de salud (IPS, Profesionales Independientes, Trasporte Especial de Pacientes y Objeto Social.

s) RETRASO EN TALLA: también denominado talla baja para la edad, que corresponde a un déficit en la talla con relación a la edad. El indicador T/E se encuentra por debajo de -2 desviaciones estándar.

t) RIESGO DE DESNUTRICIÓN: clasificación antropométrica entre las líneas de puntuación $Z \geq -2$ y < -1 desviaciones estándar del indicador peso para la longitud/talla, IMC para la edad o del indicador longitud/talla para la edad.

u) UNIDAD PRIMARIA GENERADORA DE DATOS –UPGD: Es la entidad pública o privada que capta la ocurrencia de eventos de interés en salud pública y genera información útil y necesaria para los fines del Sistema de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA).

v) USUARIOS: Persona natural o jurídica que provea y/o demande información del Sistema de Vigilancia en Salud Pública. 7

w) VARIABLE: Estructura que contiene datos y recibe un nombre único dado por el programador, mantiene los datos asignados a ella hasta que un nuevo valor se le asigne.

x) VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA: función esencial asociada a la responsabilidad estatal y ciudadana de protección de la salud, consistente en el proceso sistemático y constante de recolección, análisis, interpretación y divulgación de datos específicos relacionados con la salud, para su utilización en la planificación, ejecución y evaluación de la práctica en salud pública.

y) TALLA PARA LA EDAD - T/E: un indicador de crecimiento que relaciona la talla o longitud con la edad. Da cuenta del estado nutricional histórico o acumulativo.

3. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO

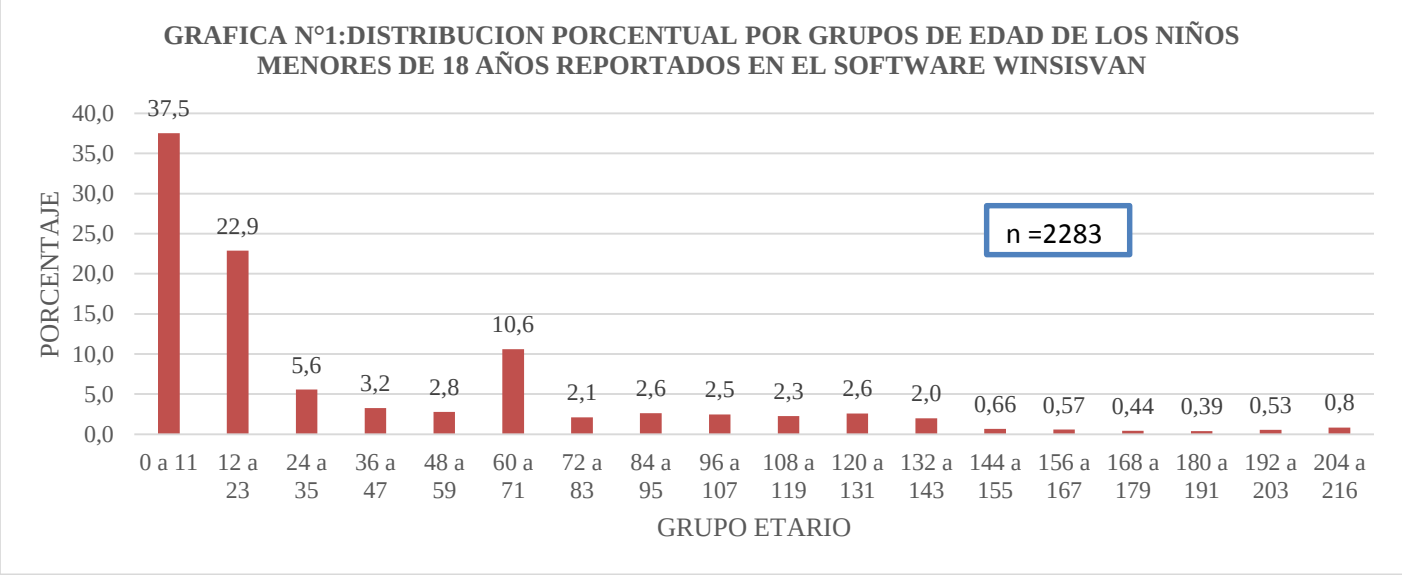
NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS REPORTADOS EN EL SOFTWARE WINSISVAN, VIGENCIA 2021.

La siguiente población evaluada corresponde a los reportes generados por las unidades notificadoras durante el tercer trimestre del año 2021 en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander, mediante el Sistema de Vigilancia Nutricional (WINSISVAN).

3.1 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO ETARIO

EDAD EN MESES	NUMERO	PORCENTAJE
0 a 11	857	37,6
12 a 23	522	22,9
24 a 35	127	5,6
36 a 47	74	3,2
48 a 59	63	2,8
60 a 71	242	10,6
72 a 83	48	2,1
84 a 95	60	2,6
96 a 107	56	2,5
108 a 119	52	2,3
120 a 131	59	2,6
132 a 143	45	2,0
144 a 155	15	0,66
156 a 167	13	0,57
168 a 179	10	0,44
180 a 191	9	0,39
192 a 203	12	0,53
204 a 216	19	0,8
TOTAL	2283	100

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.

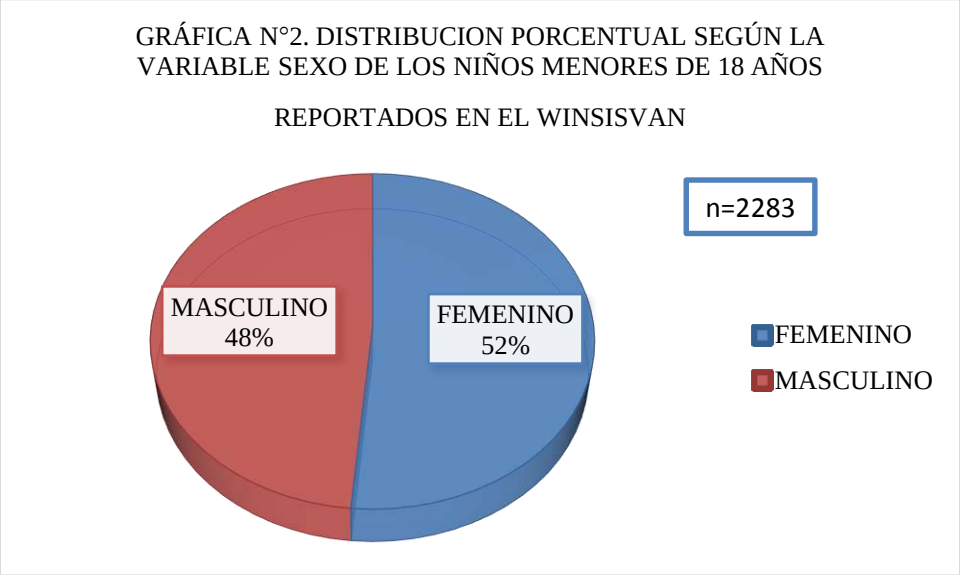


De acuerdo a los resultados obtenidos y presentados en la gráfica anterior se evidencia la distribución porcentual de la población reportada mediante WINSISVAN donde se logra observar por grupo etario el número de menores que fueron atendidos en el tercer trimestre del año 2021 dando a si una población total de 2283 niños menores de 18 años, se logra observar que los grupos de edad con mayor porcentaje de registro de atención son niños entre los 0 a 11 meses con el 37,5%, seguido del grupo de edad de 12 a 23 meses con un 22,9 % y finalmente los menores entre 60 y 71 meses de edad con un 10,6%.

3.2 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR SEXO

GÉNERO	NUMERO	PORCENTAJE
FEMENINO	1187	52
MASCULINO	1096	48
TOTAL	**2283**	**100**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

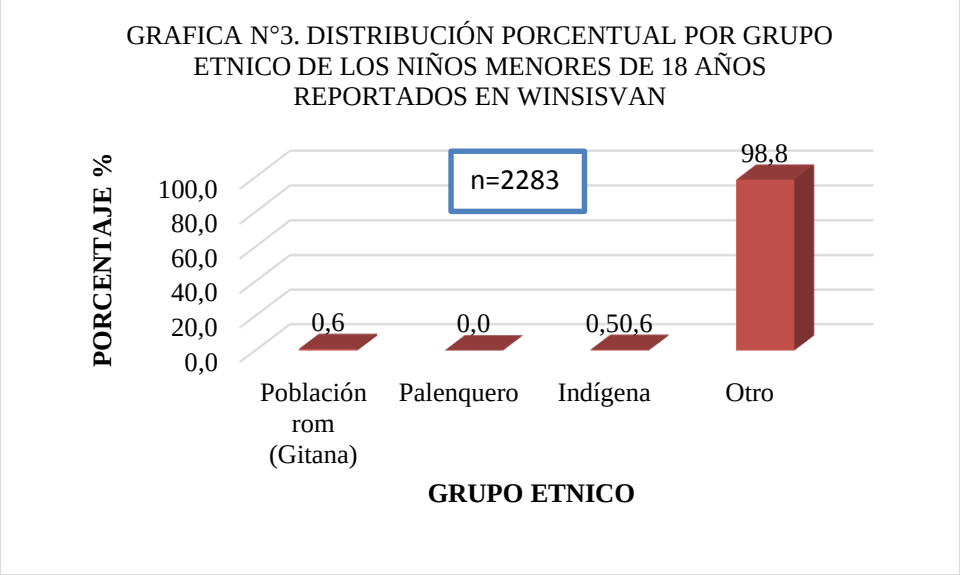


Se logra evidenciar en la gráfica N°2 la distribución porcentual por sexo de niños y niñas menores de 18 años que fueron atendidos en el tercer trimestre del año 2021 , siendo así el 52% correspondientes al sexo femenino y el 48% al sexo masculino para un total del 100% de la población estudiada. En relación al último boletín del DANE 2005 del municipio de villa del rosario establece que del total de la población rosarence el 49,5% son hombres y el 50,5% son mujeres.

3.3 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR GRUPO ETNICO

GRUPO ETNICO	NUMERO	PORCENTAJE
POBLACIÓN ROM (GITANA)	13	0,6
PALENQUERO	1	0,0
INDÍGENA	14	0,6
OTRO	2256	98,8
TOTAL	**2283**	**100**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021



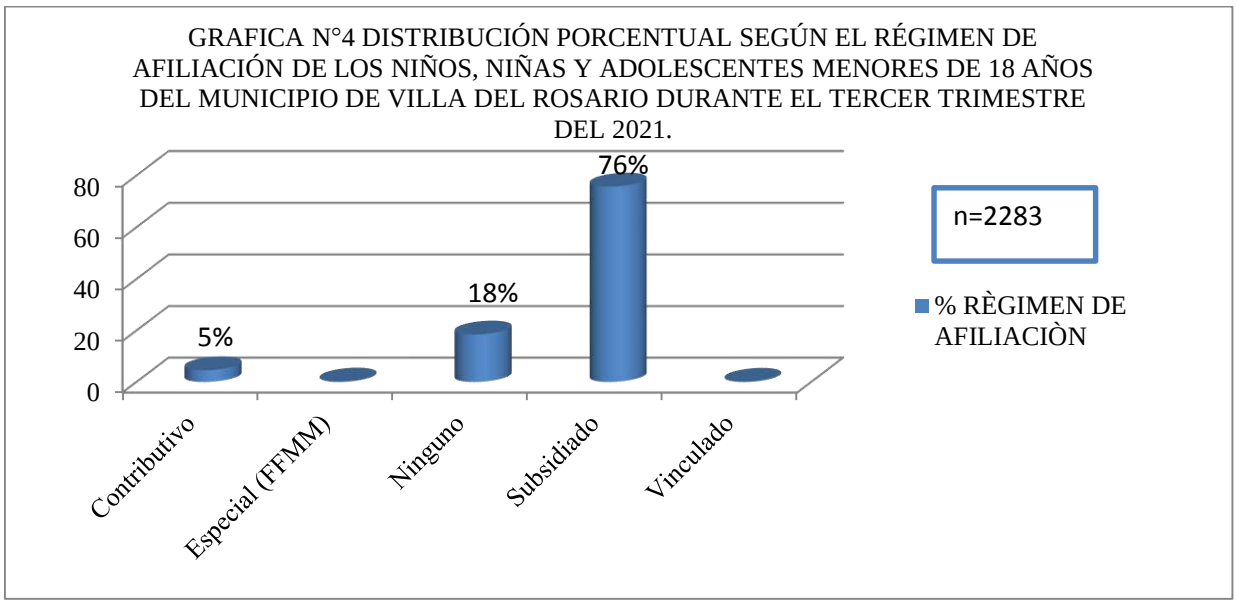
Se logra evidenciar que casi en su totalidad los menores de 18 años atendidos no pertenecen a un grupo poblacional étnico, arrojando así el 98,8% del total de la población registrada ante el WINSISVAN; seguidamente una pequeña proporción si pertenecen a un grupo étnico tales como población rom gitana, palenquero e indígena con porcentajes del 0,6%respectivamente. En relación con el boletín del DANE 2005 establece que el 1,1% de la población residente del municipio de villa del rosario se auto reconoce como negro, mulato, afrocolombiano y afrodecendiente.

3.4 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR RÉGIMEN DE AFILIACIÓN

- *Distribución porcentual según el régimen de afiliación de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años del municipio de villa del rosario durante el tercer trimestre del 2021.*

REGIMENDE AFILIACION	NUMERO	PORCENTAJE
CONTRIBUTIVO	104	5
ESPECIAL (FFMM)	4	0
NINGUNO	421	18
SUBSIDIADO	1729	76
VINCULADO	2	0
NO ASIGNADO	23	1
TOTAL	**2283**	**100**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021



De acuerdo con la gráfica, del total de la población evaluada se evidenció que el 76% del total de la población se encuentran afiliados al régimen subsidiado, le sigue con un 18% de la población no se encuentran en ningún régimen de afiliación y solo una pequeña proporción se encuentran en el régimen contributivo con un 5% del total de la población valorada.

Según el DANE en el trimestre móvil junio - agosto 2021, el 57,4% del total de la población ocupada pertenecía al régimen contributivo o especial como aportante, presentando una reducción de 1,9 puntos porcentuales respecto al mismo periodo de 2020 (59,3%). El 9,1% del total de la población ocupada pertenecía al régimen contributivo o especial como beneficiario. Finalmente, el 24,2% de los ocupados pertenecía al régimen subsidiado, lo que significó un aumento de 1,8 puntos porcentuales respecto al trimestre móvil junio – agosto de 2020 (22,4%).

Cabe resaltar que en los últimos años el régimen contributivo ha disminuido a diferencia del subsidiado y de la cobertura general. Lo anterior en parte se explica por la baja cobertura del área rural, para la cual se le dificulta en mayor medida el acceso y la afiliación al sistema de seguridad social. (PDM, 2020)(PLAN DE DESARROLLO MUNICIPAL).

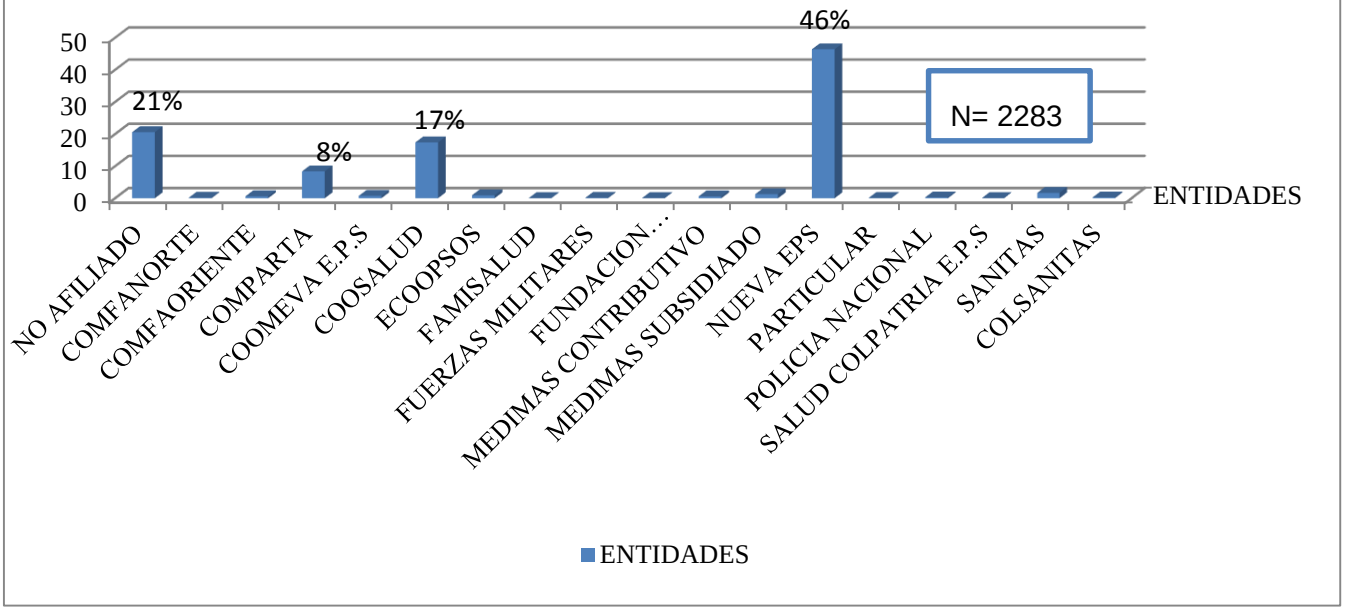
3.5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR EPS

- *Distribución porcentual según entidad de afiliación de los niños, niñas y adolescentes menores de 18 años del municipio de villa del rosario tercer trimestre del 2021.*

ENTIDAD	NUMERO	PORCENTAJE
NO AFILIADO	470	21
COMFANORTE	4	0
COMFAORIENTE	14	1
COMPARTA	191	8
COOMEVA E.P.S	17	1
COOSALUD	397	17
ECOOPSOS	21	1
FAMISALUD	1	0
FUERZAS MILITARES	3	0
FUNDACION MEDICOPREVENTIVA	1	0
MEDIMAS CONTRIBUTIVO	13	1
MEDIMAS SUBSIDIADO	29	1
NUEVA EPS	1059	46
PARTICULAR	2	0
POLICIA NACIONAL	6	0
SALUD COLPATRIA E.P.S	1	0
SANITAS	38	2
COLSANITAS	6	0
SISBEN	3	0
CAJACOPI	1	0
COMPENSAR	4	0
SALUD EPS	2	0
TOTAL	**2283**	**100**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

GRAFICA N°5 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN ENTIDAD DE AFILIACIÓN DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 18 AÑOS DEL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO TERCER TRIMESTRE DEL 2021.

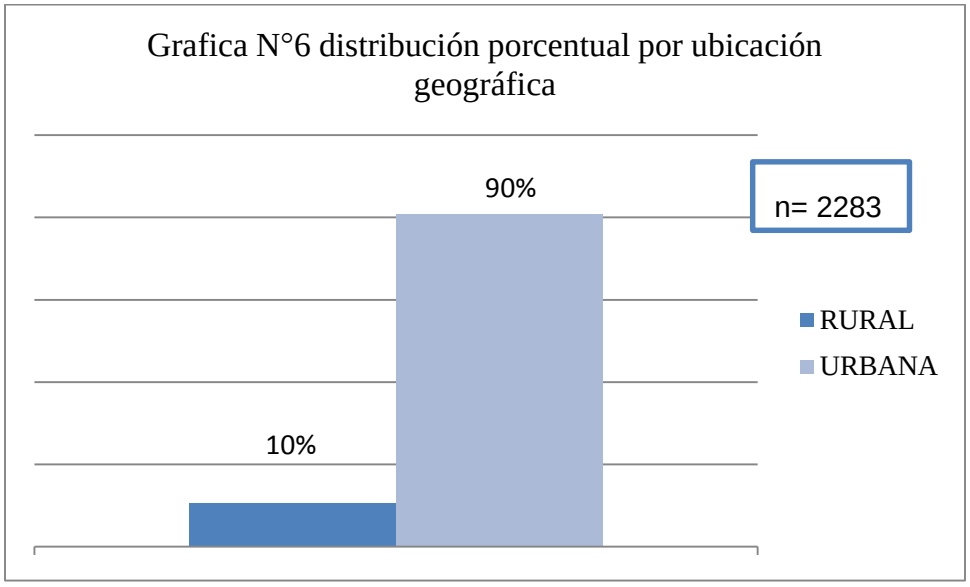


De acuerdo con la gráfica el % con mayor población reportada es la Nueva EPS con un 46% total de la población valorada, le sigue con un 17% del total de la población COOSALUD y por ultimo con un 8% la EPS COMPARTA. Las EPS con menos población atendida según los reportes del software WINSISVAN son Confaoriente, Coomeva esp, Medimas, y Sanitas.

3.6 DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL POR UBICACIÓN GEOGRÁFICA

UBICACIÓN GEOGRAFICA	NUMERO	PORCENTAJE
RURAL	263	10
URBANA	2020	90
TOTAL	**2283**	**100**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021



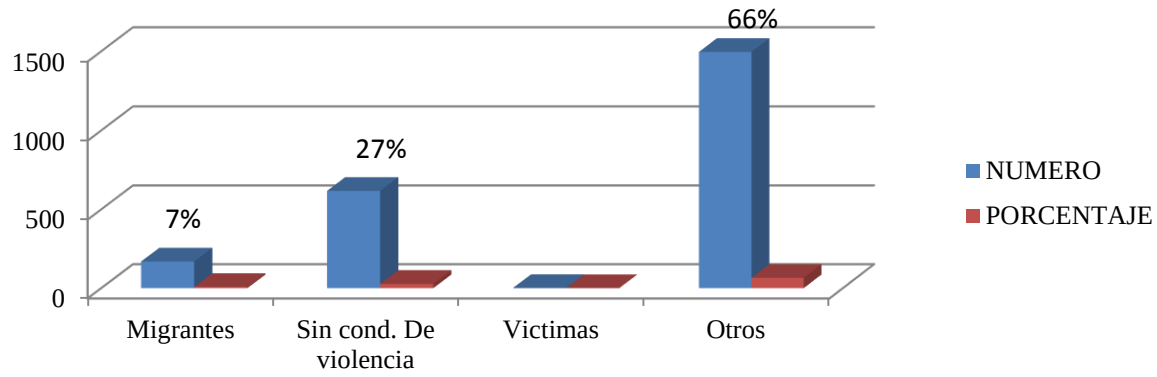
Según la gráfica Del total de población valorada se identifica que el 10% residen en zona rural y el 90% pertenece al área urbana.

3.7 DISTRIBUCION PORCENTUAL POR CONDCION ESPECIAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS REPORTADOS EN EL WINSISVAN PARA EL TERCER TRIMESTRE DEL 2021.

CONDICION ESPECIAL	NUMERO	PORCENTAJE
MIGRANTES	169	7
SIN COND. DE VIOLENCIA	617	27
VICTIMAS	1	0
OTROS	1496	66
TOTAL	**2283**	**100**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

GRÁFICA N° 7. DISTRIBUCION PORCENTUAL POR CONDICION ESPECIAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 18 AÑOS REPORTADOS EN EL WINSISVAN PARA EL TERCER TRIMESTRE DEL 2021.



En la gráfica se encuentra la distribución porcentual por zona geográfica indicando que el 7% pertenecen a la población migrante, el 27% de la población No presentan condición de violencia, y el 66% presentan otras condiciones no mencionadas. Según el DANE a nivel nacional se observa una clara diferencia en la distribución de la población inmigrante respecto a la población retornada y no migrante, los inmigrantes son principalmente personas jóvenes en edad de trabajar (15-35 años) siendo particularmente ancha la silueta en las edades de 20 a 25 años, y con mayor prominencia en el caso de los hombres. Además, se observa una potencial migración en familia, ya que la base de la pirámide, donde se encuentran los niños de 0 a 5 años se ensancha, y se vuelve delgada para niños entre 10 y 15 años, lo que probablemente indica que los adolescentes no emigraron desde Venezuela. Esto se observa tanto para los inmigrantes de un año como de cinco años. La forma de la pirámide es atípica, en general cuando se producen migraciones masivas, los niños no tiene tanta participación, esto da pie a que se pueda hablar de una migración económica debido, principalmente, a la crisis humanitaria y económica en Venezuela.

4. ANÁLISIS NUTRICIONAL - INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA POBLACIÓN DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.

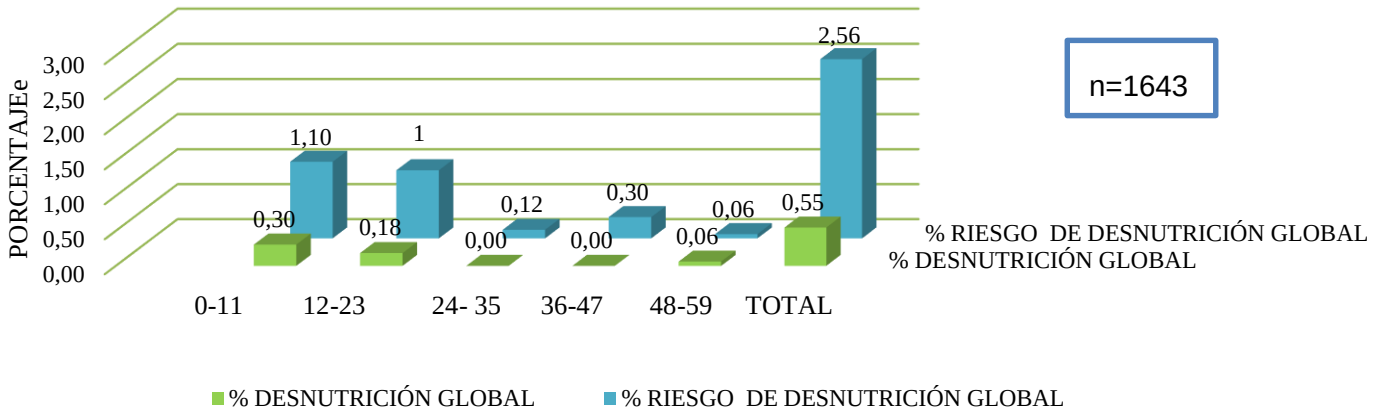
4.1 DESNUTRICIÓN GLOBAL – INDICADOR PESO PARA LA EDAD –P/E.

- *Prevalencia de desnutrición global por grupo etario, en niños menores de 5 años*.

EDAD EN MESES	N° VALORADOS	N° DESNUTRICIÓN GLOBAL	% DESNUTRICIÓN GLOBAL	N° RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL	% RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL
0-11	857	5	0,30	18	1,10
12-23	522	3	0,18	16	0,97
24-35	127	0	0,00	2	0,12
36-47	74	0	0,00	5	0,30
48-59	63	1	0,06	1	0,06
TOTAL	**1643**	**9**	**0,55**	**42**	**2,56**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.

GRÁFICA N°8. PREVALENCIA DE DESNUTRICION GLOBAL EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS POR GRUPO ETARIO REPORTADOS EN EL SOFTWARE WINSISVAN, TERCER TRIMESTRE DE 2021.

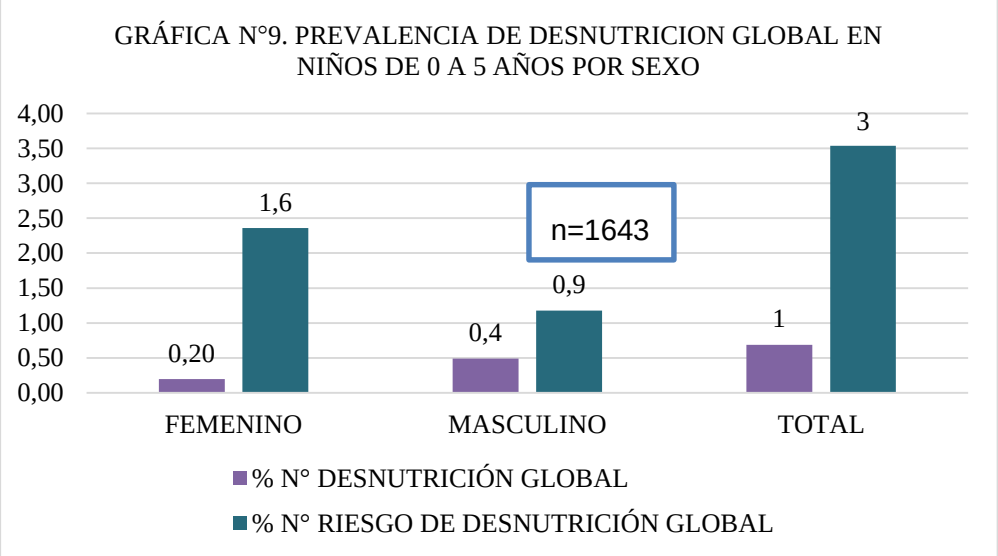


Teniendo en cuenta los datos obtenidos mediante la base de datos (WINSISVAN) se puede observar en la presente grafica que el total de menores de 5 años valorados es de 1643 menores, asumiendo así una prevalencia de desnutrición global de menos del 1% para todos los grupos etarios, en cuanto al riesgo de desnutrición global tenemos que los grupos que presentan mayor prevalencia son de 0-11 y 12-23 meses con el 1,1% 1%respectivamente.Según datos obtenidos por la ENSIN 2015, se establece que la desnutrición global, afecta a 3,7% de los menores del país.

- *Prevalencia de desnutrición global por sexo, en niños menores de 5 años*

GÉNERO	N° VALORADOS	N° DESNUTRICIÓN GLOBAL	% N° DESNUTRICIÓN GLOBAL	N° RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL	% N° RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL
FEMENINO	817	3	0,2	27	1,6
MASCULINO	826	6	0,4	15	0,9
TOTAL	**1643**	**9**	1	**42**	3

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.

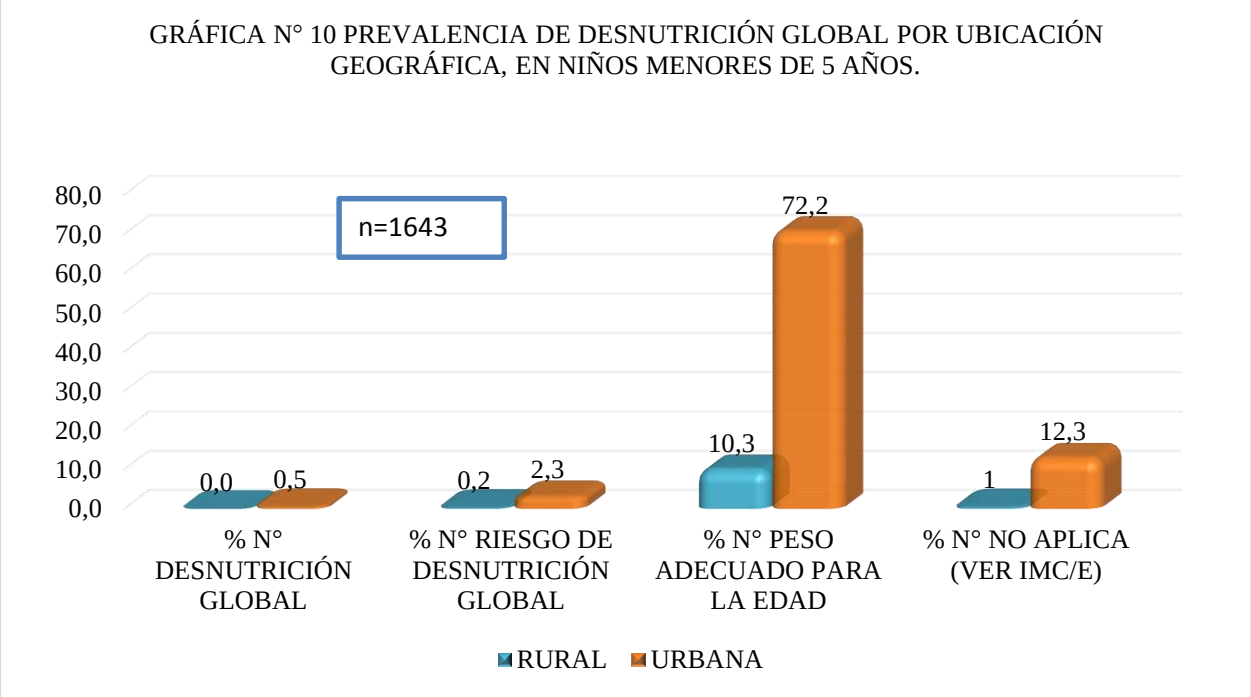


En la gráfica porcentual de prevalencia de desnutrición global por sexo en niños menores de 5 años se puede evidenciar que en ambos sexos se presentan de forma similar la desnutrición global, en ese orden de ideas el sexo femenino presenta 0,2% y el sexo masculino 0,4 %; Finalmente el diagnóstico de riesgo de desnutrición global en hombres es 0,9% y en el sexo femenino de 1,6%. Según datos arrojados por la ENSIN 2015 La prevalencia de LA DESNUTRICIÓN GLOBAL en el país fue mayor en el sexo femenino con un 3,8%, y menor en el sexo masculino con el 3,4%.

- *Prevalencia de desnutrición global por ubicación geográfica, en niños menores de 5 años.*

ZONA	N° VALORADOS	N° DESNUTRICIÓN GLOBAL	% N° DESNUTRICIÓN GLOBAL	N° RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL	% N° RIESGO DE DESNUTRICIÓN GLOBAL	N° PESO ADECUADO PARA LA EDAD	% N° PESO ADECUADO PARA LA EDAD	N° NO APLICA (VER IMC/E)	% N° NO APLICA (VER IMC/E)
RURAL	191	0	0,0	4	0,2	169	10,3	16	1,0
URBANA	1452	9	0,5	38	2,3	1186	72,2	202	12,3
TOTAL	1643	9	**0,5**	42	**2,6**	1355	**82,5**	218	**13,3**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



En la gráfica n° 10 de prevalencia de desnutrición global por ubicación geográfica se logra evidencia que la desnutrición global en niños menores de 5 años en el área urbana corresponde a un 0,5% con respecto al área rural que no presenta casos de dicho diagnostico . La prevalencia de riesgo de desnutrición global en el área rural es de menos del 1% y dentro del área urbana un 2,3% para el municipio villa del rosario, norte de santander. Finalmente peso adecuado para la edad es mayor en la zona urbana 72,2% y el no aplica deberá ser verificado con indicador imc/e que se encuentra en porcentajes mínimos.

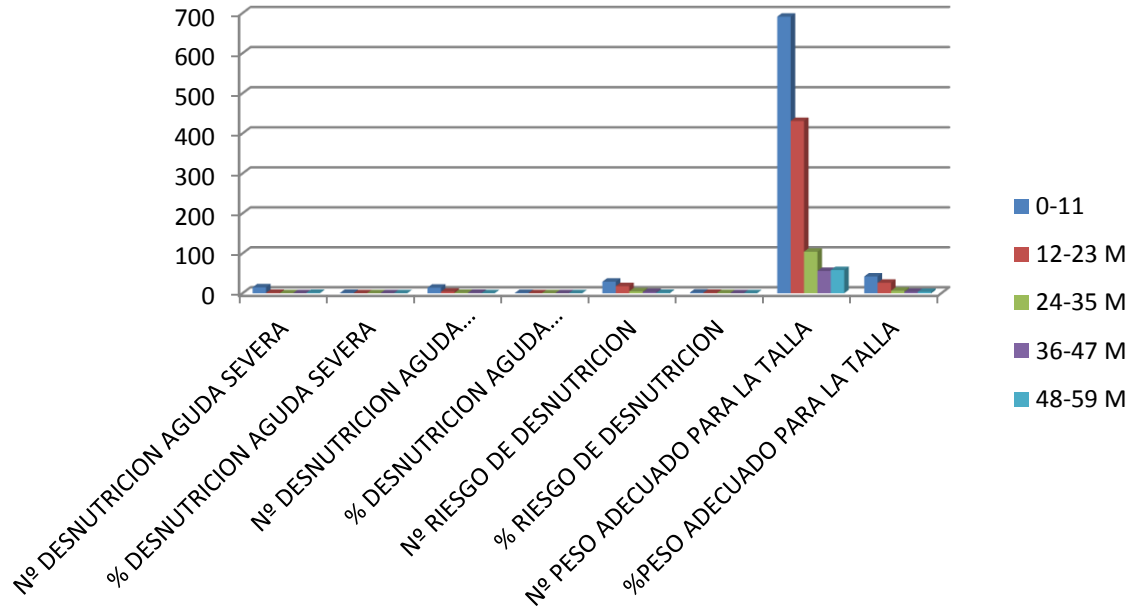
4.2 DESNUTRICIÓN AGUDA – INDICADORES PESO PARA LA TALLA – P/T.

- *Prevalencia de desnutrición aguda, por grupo etario en niños menores de 5 años.*

EDAD EN MESES	VALORADOS	Nº DESNUTRICION AGUDA SEVERA	% DESNUTRICION AGUDA SEVERA	Nº DESNUTRICION AGUDA MODERADA	% DESNUTRICION AGUDA MODERADA	Nº RIESGO DE DESNUTRICION	% RIESGO DE DESNUTRICION	Nº PESO ADECUADO PARA LA TALLA	%PESO ADECUADO PARA LA TALLA
0-11	**857**	15	1	14	1	29	2	691	42
12-23 M	**522**	1	0	4	0	18	1	431	26
24-35 M	**127**	0	0	1	0	5	0	104	6
36-47 M	**74**	0	0	1	0	3	0	56	3
48-59 M	**63**	1	0	0	0	1	0	58	4
TOTAL	1643	17	1	20	1	56	3	1340	82

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

GRAFICA N°11 PREVALENCIA DE DESNUTRICIÓN AGUDA, POR GRUPO ETARIO EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS.



En la gráfica se describe el comportamiento del indicador P/T en los niños menores de 5 años, donde se observa que la población de 0 a 11 meses es la más marcada en los diferentes tipos de nutrición, destacado en el peso adecuado para la talla con un 42% de la población, lo que demuestra un estado nutricional favorable en estos niños, siguiendo con el indicador riesgo de desnutrición, con un 92% de la población.. Es la población más vulnerable nivel global en tener un mayor riesgo de desnutrición.

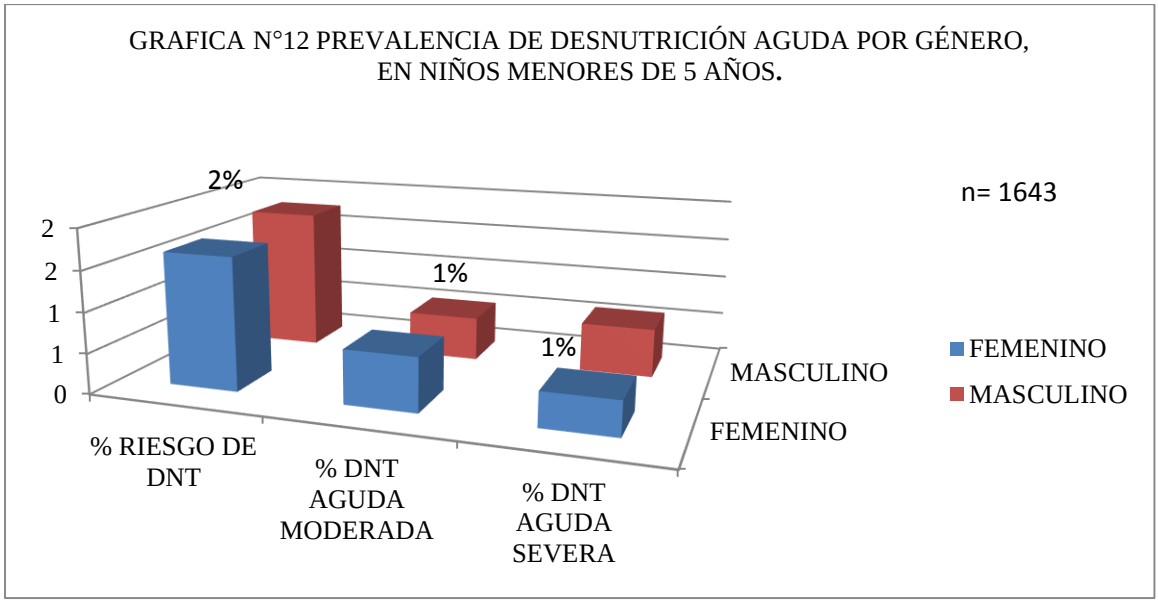
Según la ENSIN 21015 Colombia continúa dentro de la meta de 5% establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre desnutrición aguda o indicador de peso para la talla. En 2015 alcanzó 1,6%, superior al 0,9% presentado en 2010.

La desnutrición en este grupo de edad podría deberse a una mayor interacción del niño con el medio ambiente ya que puede aumentar la exposición a enfermedades infantiles bien sea por el consumo de alimentos contaminados el consumo de fuentes de agua no mejoradas O por saneamiento ambiental deficiente según la ENSIN 2015 Y La mayor prevalencia en los indicadores del peso para la talla está en las edades comprendidas de 0 a 11 meses de edad.

- *Prevalencia de desnutrición aguda por género, en niños menores de 5 años.*

PREVALENCIA DE DNT AGUDA POR GENERO	Nª VALORADOS	Nª RIESGO DE DESNUTRICION	% RIESGO DE DNT	Nª DESNUTRICION AGUDA MODERADA	% DNT AGUDA MODERADA	Nª DESNUTRICION AGUDA SEVERA	% DNT AGUDA SEVERA
FEMENINO	817	27	2	11	1	7	0
MASCULINO	826	29	2	9	1	10	1
TOTAL	1643	56	4	20	1	17	1

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

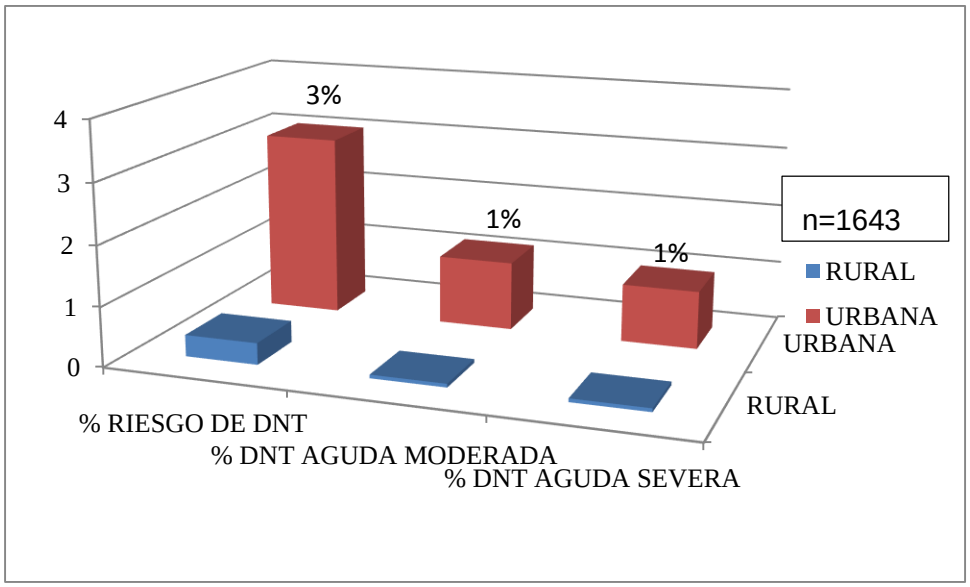


La gráfica muestra el comportamiento del indicador P/T en menores de 5 años según el sexo, donde se observa que existe una igualdad de proporción en los dos géneros en riesgo de desnutrición con un 2% de la población evaluada. Sí bien el género se encuentra fuertemente relacionada con padecimientos particulares en algunas personas también puede considerarse su influencia en el campo de la nutrición infantil sea directa o indirectamente es así que al referirse a aspectos de género y de nutrición se debe considerar el papel de la mujer en el contexto de su relación con el mercado laboral. (Guardiola & González, 2010). Catedrático de Economía Aplicada. Instituto de Investigaciones del Agua.

- *Prevalencia de desnutrición aguda por ubicación geográfica, en niños menores de 5 años.*

PREVALENCIA DE DNT AGUDA POR UBICACIÓN GEOGRAFICA	Nª VALORADOS	Nª RIESGO DE DESNUTRICION	% RIESGO DE DNT	Nª DESNUTRICION AGUDA MODERADA	% DNT AGUDA MODERADA	Nª DESNUTRICION AGUDA SEVERA	% DNT AGUDA SEVERA
RURAL	191	6	0	1	0	1	0
URBANA	1452	50	3	19	1	16	1
TOTAL	1643	56	3	20	1	17	1

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



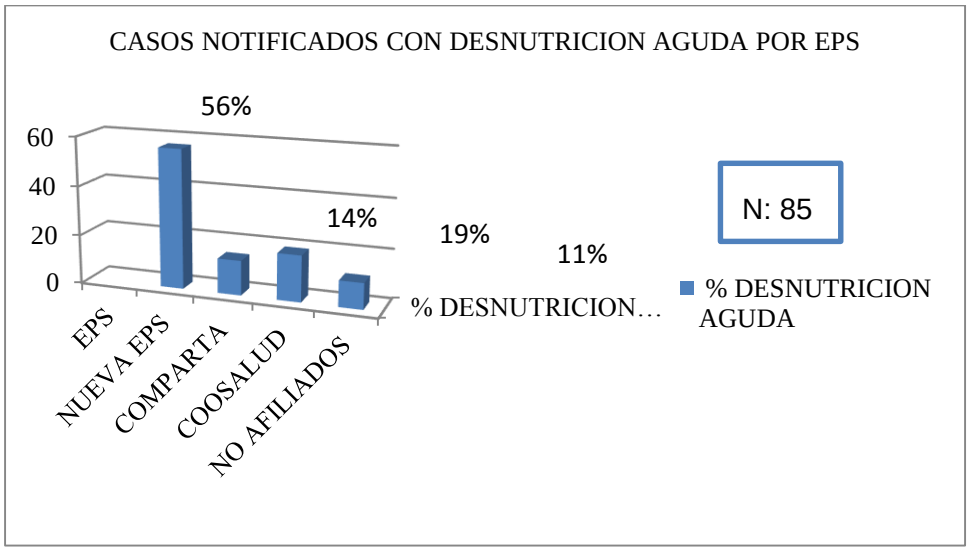
Según la gráfica se logra evidenciar que el área rural con más prevalencia a tener riesgo de desnutrición, desnutrición aguda moderada y severa es la Urbana. Según la ENSISN 2015, para la desnutrición aguda, se presentó una prevalencia de 1,4% en el área urbana y de 1,8% para el área rural.

Al revisar la distribución de la población se puede identificar un marcado grado de Urbanización con un 5%, visto desde la concentración de su población en el área urbana o cabecera sin olvidar que el resto de la población vive en zona rural encontrada principalmente en el corregimiento y las veredas del municipio es precisamente esta población la que requiere mayor atención y apoyo en la generación de oportunidades que permitan alcanzar su bienestar. (PLAN DE DESARROLLO MINICIPAL 2020)

- *Prevalencia de desnutrición aguda, por eps en niños menores de 5 años.*

EPS	Nº DESNUTRICION AGUDA	% DESNUTRICION AGUDA
NUEVA EPS	48	56
COMPARTA	12	14
COOSALUD	16	19
NO AFILIADOS	9	11
TOTAL	**85**	**100**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021



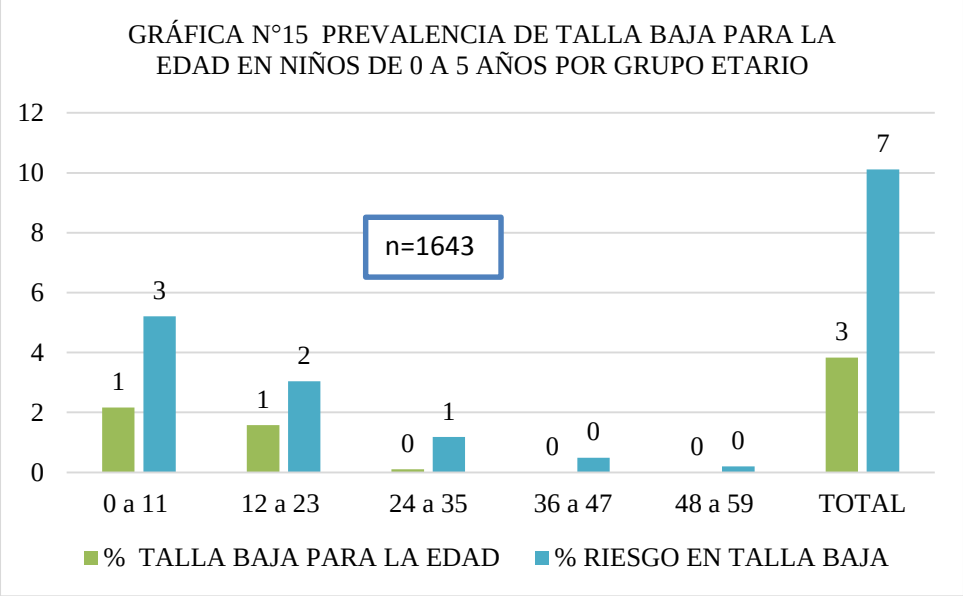
Según la Grafica el mayor %de casos notificados con desnutrición aguda es la Nueva EPS con el 56% de la población total evaluada, seguido de Coosalud con un 19% de casos notificados en niños menores de 5 años y por último la EPS Comparta con un 14% de casos notificados de acuerdo a los datos establecidos por el software WINSISVAN en los meses de julio a septiembre del 2021.

4.3 DESNUTRICIÓN CRÓNICA – INDICADORES PESO PARA LA TALLA - T/E

- *Prevalencia de desnutrición crónica por grupo etario, en niños menores de 5 años.*

EDAD EN MESES	N° VALORADOS	N° TALLA BAJA PARA LA EDAD	% TALLA BAJA PARA LA EDAD	N° RIESGO EN TALLA BAJA	% RIESGO EN TALLA BAJA
0 a 11	857	22	1	55	3
12 a 23	522	18	1	34	2
24 a 35	127	1	0	13	1
36 a 47	74	0	0	6	0
48 a 59	63	2	0	3	0
TOTAL	**1643**	**43**	**3**	**111**	**7**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



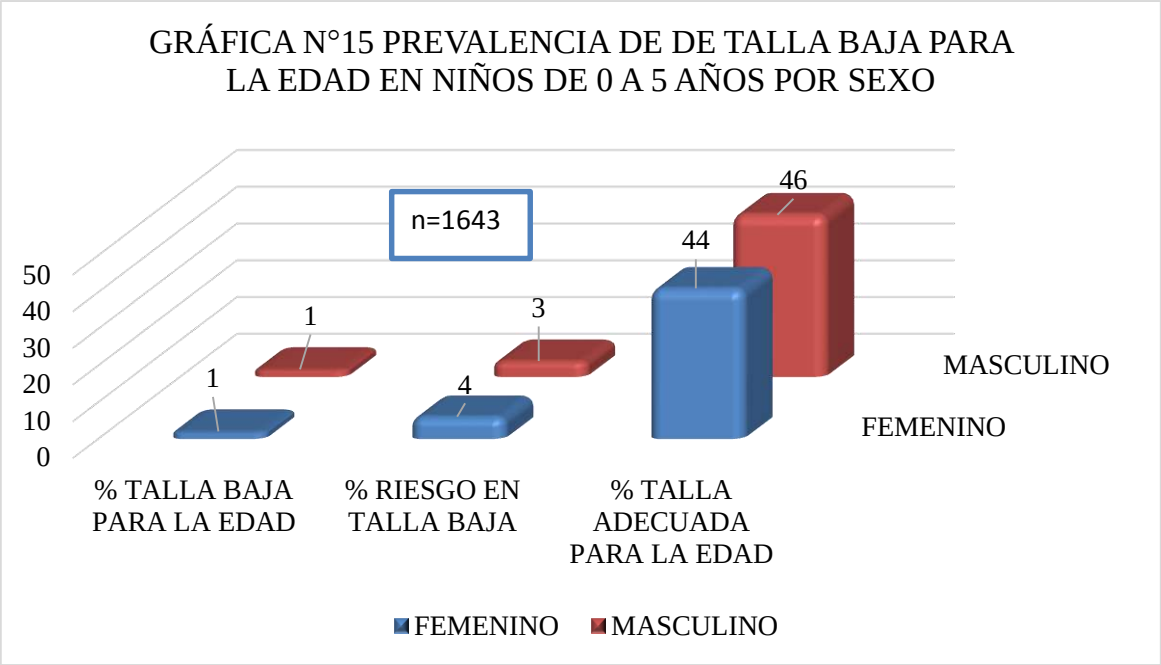
Este es el resultado de desequilibrios nutricionales sostenidos en el tiempo, reflejando la relación entre la talla y la edad del niño, es asociada a presentarse con mayor frecuencia en hogares con inseguridad alimentaria, bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. Se dice que el retraso en talla es más severo si se inicia a edades tempranas, asociado a bajo peso materno, peso y talla bajos al nacer, prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria, y enfermedades infecciosas recurrentes.

En la presente grafica se logra evidenciar que el grupo que presenta mayor prevalencia de talla baja son los grupos de 0-11 y 12-23 meses con igual porcentaje del 1%, seguidamente riesgo de talla baja donde el grupo que mayor prevalencia presenta es de igual modo el de 0 a 11 meses de edad con el 3%,continuando así con un 2% el grupo de 12 a 23 meses de edad, finalmente el grupo 24 a 35 meses con 1%, Lo cual es asociado a hogares con posible inseguridad alimentaria y bajo acceso a servicios de salud, agua y saneamiento básico. De acuerdo a la ENSIN 2015 arroja que la desnutrición crónica, disminuyó de 13,2% en 2010 a 10,8% en 2015. Para el año 1990, 1 de cada 4 niños tenía desnutrición crónica, mientras que hoy solo es 1 de 10 niños.

- *Prevalencia de retardo en el crecimiento por sexo, en niños menores de 5 años*.

GÉNERO	N° VALORADOS	N° TALLA BAJA PARA LA EDAD	% TALLA BAJA PARA LA EDAD	N° RIESGO EN TALLA BAJA	% RIESGO EN TALLA BAJA	N° TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	% TALLA ADECUADA PARA LA EDAD
FEMENINO	817	23	1	66	4	724	44
MASCULINO	826	20	1	45	3	755	46
TOTAL	**1643**	**43**	**3**	**111**	**7**	**1479**	**90**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, SIEPVAN 3er trimestre 2021.



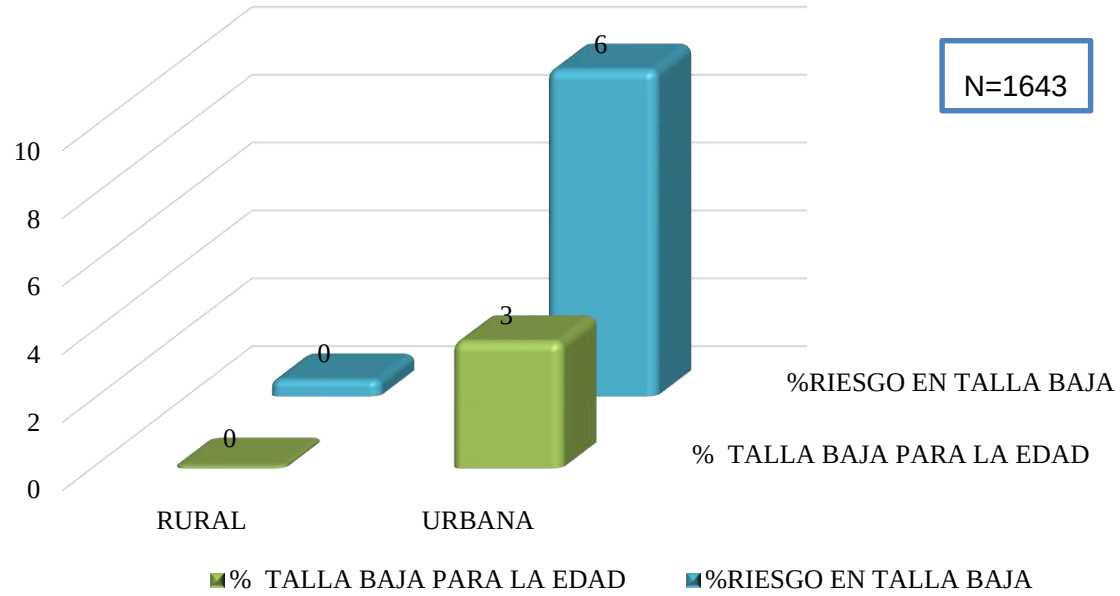
En la gráfica N°15 se encuentra representado el comportamiento del indicador T/E en los niños y niñas menores de 5 años de acuerdo al sexo; se puede evidenciar que en ambos sexos se presenta talla baja para edad con el 1% respectivamente. Se logra además identificar que del 100% de la población estudiada el sexo femenino es el que mayor prevalencia tiene de riesgo de talla baja con un 4% y el sexo masculino con 3%. Para talla adecuada para la edad el sexo femenino presenta un 44% y el sexo masculino 46%. De acuerdo a datos de la ENSIN 2015 la prevalencia en el país de talla baja para la edad de acuerdo al sexo es mayor en el sexo masculino con un 12,1% en comparación con el sexo femenino de 9,5%.

- *Prevalencia de retardo en el crecimiento por ubicación geográfica, en niños menores de 5 años.*

ZONA	N° VALORADOS	N° TALLA BAJA PARA LA EDAD	% TALLA BAJA PARA LA EDAD	N° RIESGO EN TALLA BAJA	%RIESGO EN TALLA BAJA
RURAL	191	1	0	5	0
URBANA	1452	42	3	106	6
TOTAL	**1643**	**43**	**3**	**111**	**7**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.

GRÁFICA N°16 PREVALENCIA DE TALLA BAJA PARA LA EDAD EN NIÑOS DE 0 A 5 AÑOS POR ZONA GEOGRÁFICA



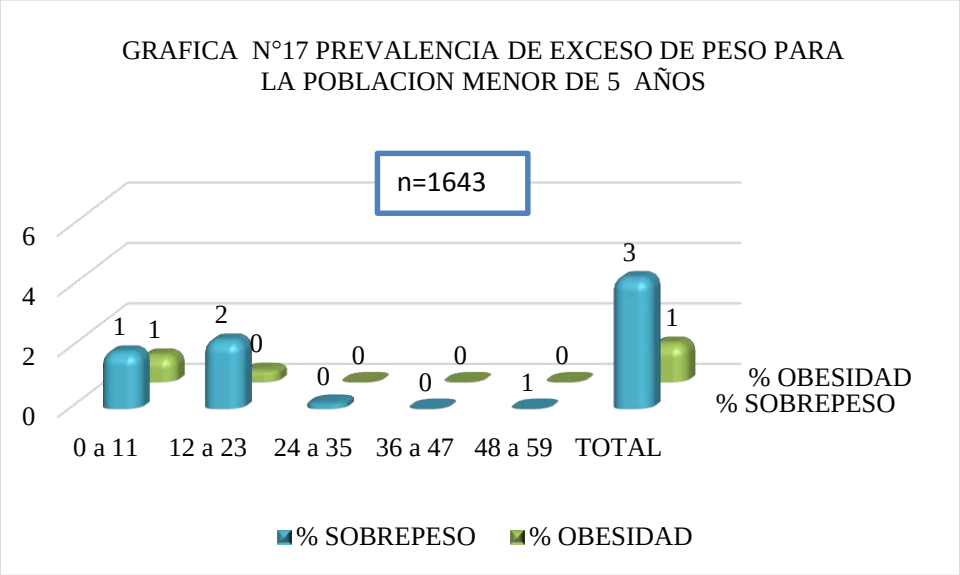
Para el grupo poblacional de 0 a 5 años, se identifica en el indicador talla baja para la edad, que la zona urbana es quien presenta mayor prevalencia de menores con talla baja para la edad en un 3% comparado con el área rural con un 0%, en el riesgo de talla baja, la zona urbana presenta la mayor prevalencia igualmente con 6% para el tercer trimestre del 2021 ,Según ENSIN 2015, durante el periodo 2010-2015, la reducción de la prevalencia de talla baja fue mayor en el área urbana que en el área rural con 2,6% y 1,7% respectivamente.

4.4 EXCESO DE PESO – INDICADOR ÍNDICE DE MASA CORPORAL – IMC/E

Prevalencia de exceso de peso por grupo etario, en niños menores de 5 años de edad.

EDAD EN MESES	N° VALORADOS	NUMERO SOBREPESO	% SOBREPESO	NUMERO DE OBESIDAD	% OBESIDAD
0 a 11	857	20	1	9	1
12 a 23	522	25	2	4	0
24 a 35	127	3	0	0	0
36 a 47	74	1	0	0	0
48 a 59	63	1	0	1	0
TOTAL	**1643**	**50**	3	**14**	1

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.

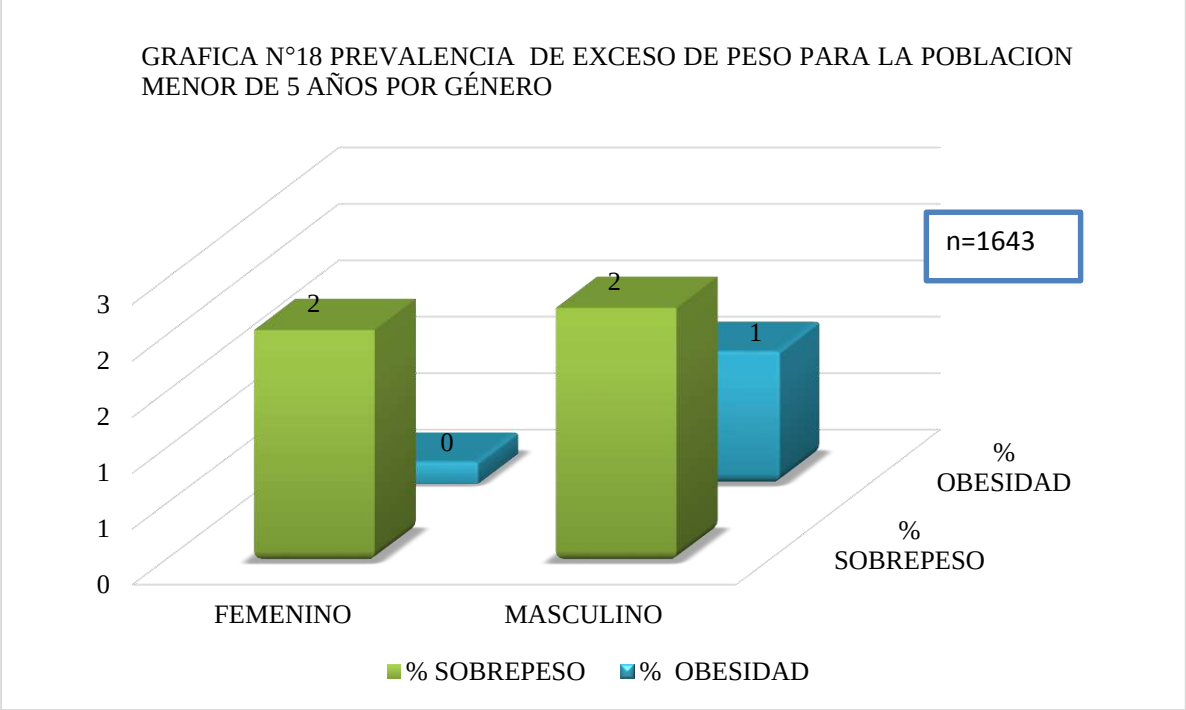


La gráfica N°17 representa la clasificación antropométrica del indicador imc/e en los niños y niñas menores de 5 años valorados y reportados en el winsisvan en el tercer trimestre del 2021 con exceso de peso; donde se logra evidenciar que el grupo etario entre 0- 11 y 12-23 meses presentan mayor prevalencia de sobrepeso con un 1%,2% respectivamente y solo el 1% de la población se encuentra en obesidad.
Según datos de la ENSISN 2015, el exceso de peso subió de 4,9% en 2010 a 6,3% en 2015; incremento del exceso de peso infantil en colombia.

- *Prevalencia de exceso de peso por sexo, en niños menores de 5 años.*

GÉNERO	N° VALORADOS	NUMERO DE SOBREPESO	% SOBREPESO	NUMERO DE OBESIDAD	% OBESIDAD
FEMENINO	817	25	2	2	0
MASCULINO	826	25	2	12	1
TOTAL	**1643**	**50**	**3**	**14**	**1**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.

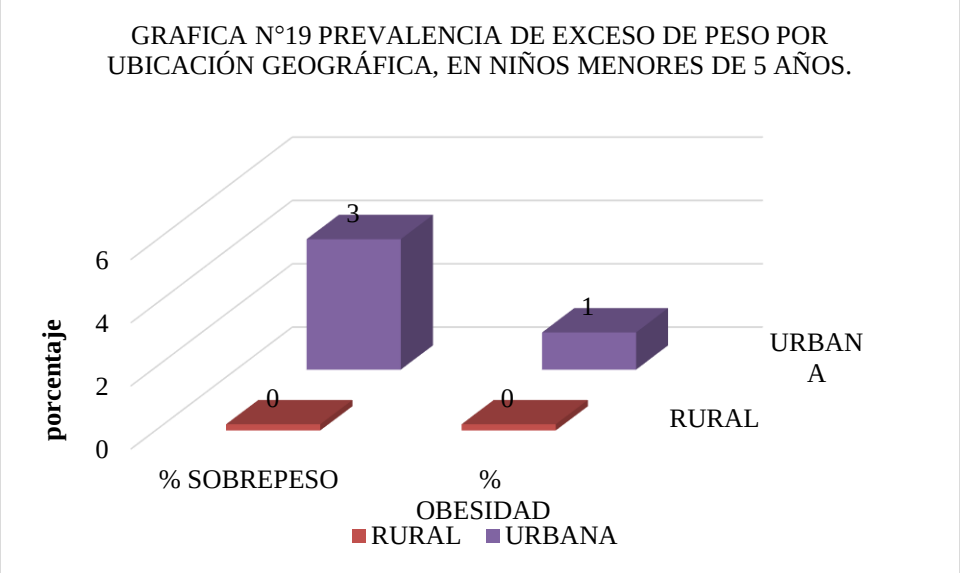


Se evidencia en la gráfica de prevalencia de exceso de peso por sexo en menores de cinco años que del 100% de la población estudiada ambos sexos se presentan de forma similares los diagnósticos de sobrepeso, donde así como resultado que el sexo femenino presenta un 2% y el sexo masculino 2%; En cuanto al diagnóstico de obesidad en hombres se presenta 1% y en el sexo femenino no se presentan PORCENTAJE de obesidad para la edad.

- *Prevalencia de exceso de peso por ubicación geográfica, en niños menores de 5 años.*

UBICACIÓN GEOGRAFICA	N° VALORADOS	NUMERO SOBREPESO	% SOBREPESO	NUMERO DE OBESIDAD	% OBESIDAD
RURAL	191	2	0	2	0
URBANA	1452	48	3	12	1
TOTAL	**1643**	**50**	3	**14**	1

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



La grafica N°19 muestra la distribución porcentual de exceso de peso por zona geográfica para el grupo poblacional de 0 a 5 años de edad, donde se logra observar que para el grupo poblacional, la zona urbana es la que presenta mayor prevalencia de sobrepeso con un 3% en comparación con la zona rural con 0%, finalmente la obesidad se presenta en mayor proporción en la zona urbana con 1% que la zona rural.

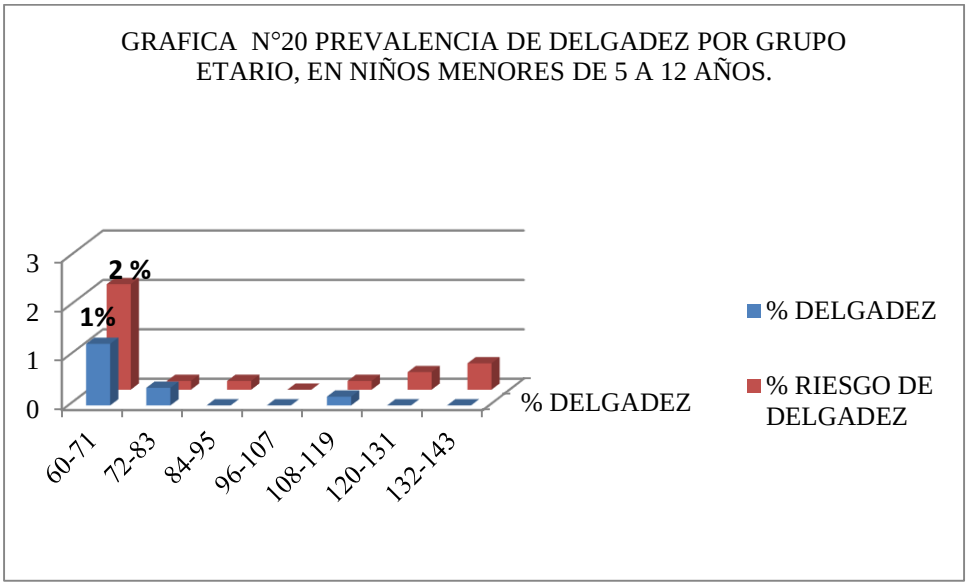
5. ANÁLISIS NUTRICIONAL INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA POBLACIÓN DE 5 A 12 AÑOS DE EDAD.

5.1 DELGADEZ – INDICADOR INDICE DE MASA CORPORALPARA LA EDAD – IMC/E.

- *Prevalencia de delgadez por grupo etario, en niños menores de 5 a 12 años.*

EDAD EN MESES	N° VALORADOS	N° DELGADEZ	% DELGADEZ	N° RIESGO DE DELGADEZ	% RIESGO DE DELGADEZ
60-71	242	7	1	12	2
72-83	48	2	0	1	0
84-95	60	0	0	1	0
96-107	56	0	0	0	0
108-119	52	1	0	1	0
120-131	59	0	0	2	0
132-143	45	0	0	3	1
TOTAL	**562**	**10**	1	**20**	4

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

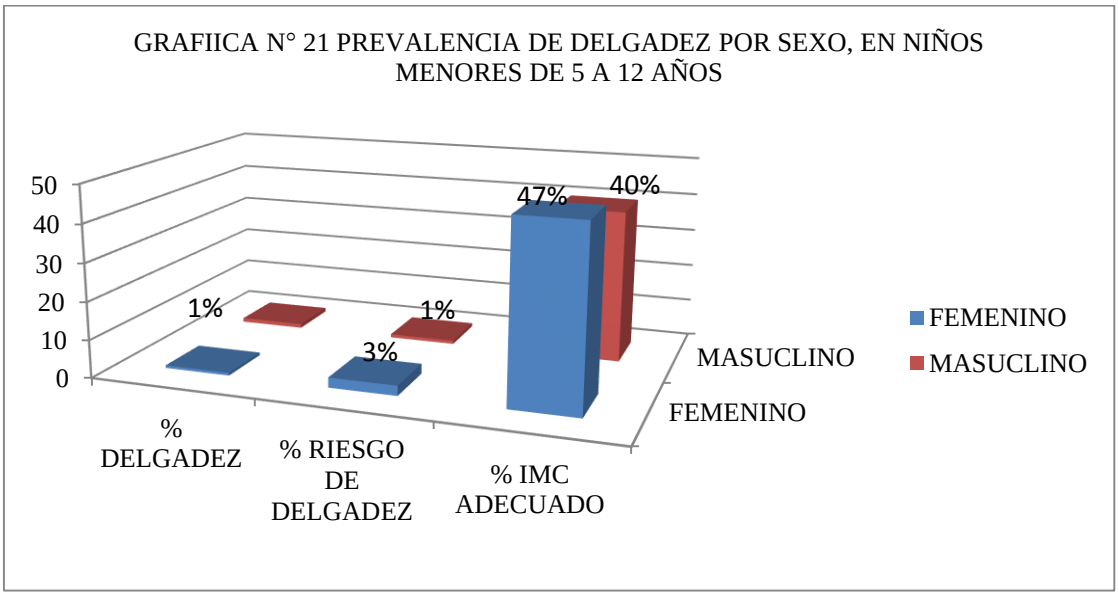


La gráfica muestra la distribución porcentual para el indicador IMC/E menores entre 5 a 12 años de edad para los meses de julio, agosto y septiembre del año 2021 reportados en el WINSISVAN, donde la clasificación de delgadez está presente en el 1% de la población total del grupo etario, para riesgo de delgadez, se observó un comportamiento del 4% del total de valorados, siendo así la mayor prevalencia en el grupo de 60-71 con el 2%, finalmente el restante de menores valorados se encuentran en IMC adecuado para la edad

- *Prevalencia de delgadez por sexo, en niños menores de 5 a 12 años.*

GENERO	Nº VALORADOS	Nº DELGADEZ	% DELGADEZ	Nº RIESGO DE DELGADEZ	% RIESGO DE DELGADEZ	Nº IMC ADECUADO	% IMC ADECUADO
FEMENINO	308	4	1	15	3	266	47
MASUCLINO	254	6	1	5	1	225	40
TOTAL	562	10	2	20	4	491	87

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

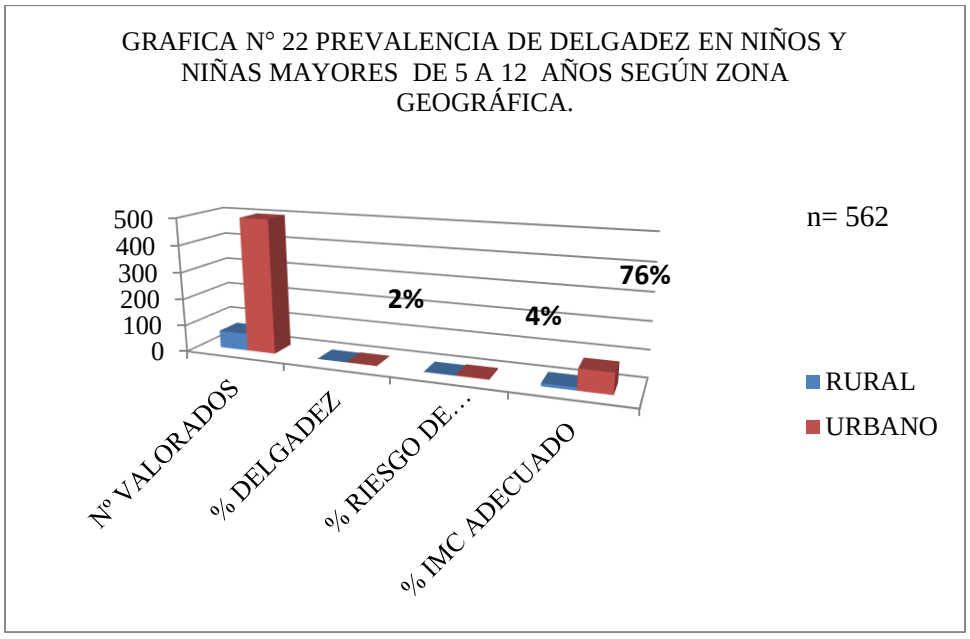


Para los meses de julio, agosto y septiembre del 2021 se evidencia que hay una mayor población en el género femenino con un porcentaje en delgadez del 1% al del género masculino, así mismo de evidencia que existe un mayor porcentaje de riesgo de delgadez en la población femenina siendo un 3% de la población de la población evaluada. Sin embargo hay una cifra de mayor prevalencia en el género femenino con un IMC adecuado siendo un 40% y el del género masculino un 40%

- *Prevalencia de delgadez en niños y niñas mayores de 5 a 12 años según zona geográfica.*

ZONA	Nº VALORADOS	Nº DELGADEZ	% DELGADEZ	Nº RIESGO DE DELGADEZ	% RIESGO DE DELGADEZ	Nº IMC ADECUADO	% IMC ADECUADO
RURAL	64	0	0	0	0	63	11
URBANO	498	10	2	20	4	428	76
TOTAL	562	10	2	20	4	491	87

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



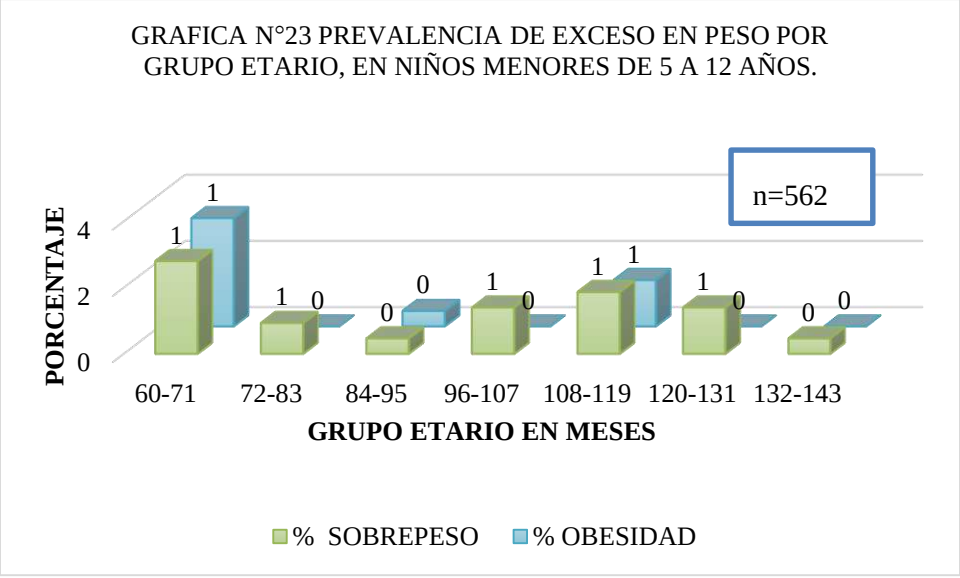
La gráfica muestra la distribución porcentual para el indicador IMC/E en mayores de 5 años y menores de 12 para el mes de julio, agosto y septiembre del año 2021, donde la clasificación de delgadez está presente en el 2% de la población, para riesgo de delgadez el porcentaje fue de 4%, luego se presenta que el 76% de los niños se encuentra con IMC adecuado para siendo prevalente el zona Urbana de la totalidad de la población del municipio de Villa del Rosario.

5.2 EXCESO DE PESO – INDICADOR INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD.

- *Prevalencia de exceso en peso por grupo etario, en niños menores de 5 a 12 años.*

EDAD EN MESES	N° VALORADOS	N° SOBREPESO	% SOBREPESO	N° OBESIDAD	% OBESIDAD
60-71	242	7	1	7	1
72-83	48	3	1	0	0
84-95	60	1	0	1	0
96-107	56	4	1	2	0
108-119	52	4	1	3	1
120-131	59	3	1	0	0
132-143	45	1	0	0	0
TOTAL	**562**	**23**	**4**	**13**	**2**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



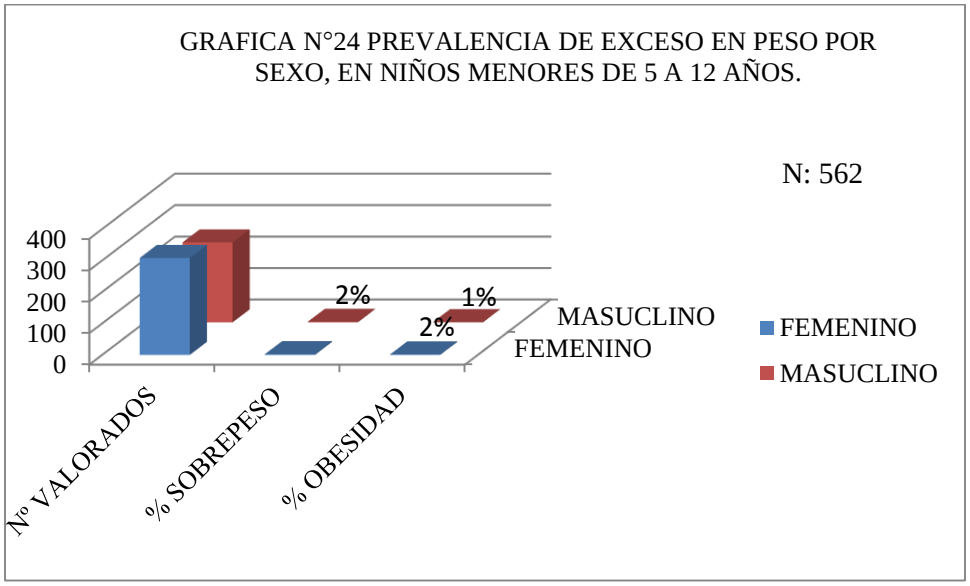
La presente grafica evidencia la prevalencia de exceso de peso en el grupo de edad de 5 -12 años distribuidos por grupos en meses reportados en el WINSISVAN(tercer trimestre del 2021) del municipio de villa del rosario donde, la mayor prevalencia de sobrepeso se observa en su mayoría en todos los grupos con un porcentaje del 1%, seguidamente del grupo en obesidad la mayor prevalencia se observa en el grupo etario de niños entre los 60 a 71,108 a 119 meses con el 1% del total de la población estudiada .

Según la ENSIN 2015, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en Colombia va en aumento, el 17,3% de los menores de 18 años presentan algún tipo de malnutrición por exceso, esto se puede deber al aumento en la exposición de la población más joven al consumo de comida rápida, bebidas azucaradas como gaseosas y jugos procesados, en el caso del municipio de Los Patios las cifras de sobrepeso se mantuvieron, a diferencia de la obesidad que disminuyó teniendo en cuenta el reporte del mes anterior. (ENSIN, 2015)

- *Prevalencia de exceso en peso por sexo, en niños menores de 5 a 12 años.*

GENERO	Nº VALORADOS	Nº SOBREPESO	% SOBREPESO	Nº OBESIDAD	% OBESIDAD
FEMENINO	308	13	2	9	2
MASUCLINO	254	10	2	4	1
TOTAL	562	23	4	13	3

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



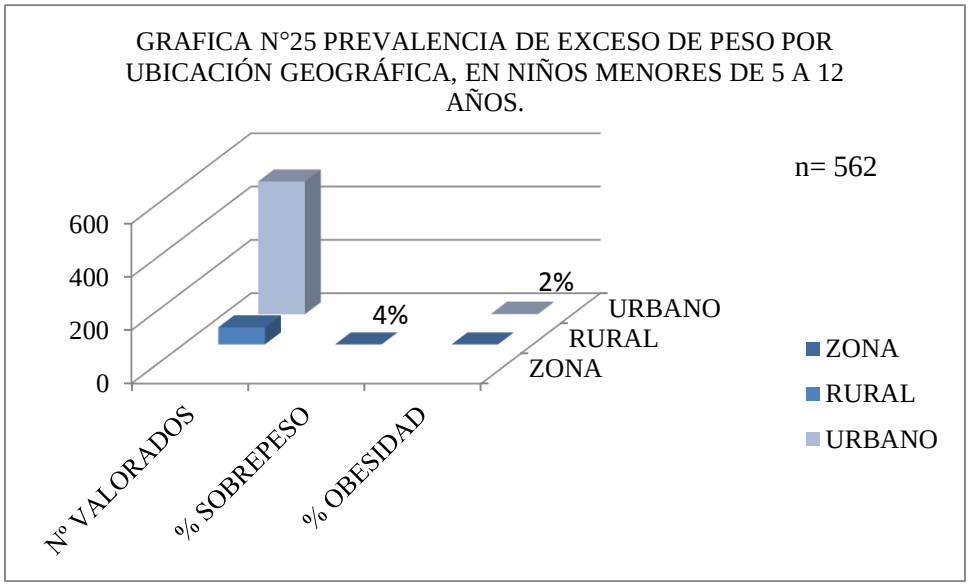
La grafica muestra la distribución porcentual en la población mayor a 5 años y menor de 12, donde el 2% del género femenino tiene mayor prevalencia al tener obesidad y el 1% del género masculino. A diferencia en el porcentaje de sobrepeso con un 2% igual en los dos géneros.

En la primera infancia, la prevalencia de exceso de peso según la ENSIN 2015 fue de 6,4%, el municipio de Villa del Rosario se encuentra ubicada por encima de la referencia nacional, situación que debe ser analizada e intervenida, ya que, desde el punto de vista metabólico y fisiológico, presentar exceso de peso en edades en las que se está en etapa de crecimiento, disminuye el pronóstico de recuperación del peso sano y saludable.

- *Prevalencia de exceso de peso por ubicación geográfica, en niños menores de 5 a 12 años.*

ZONA	Nº VALORADOS	Nº SOBREPESO	% SOBREPESO	Nº OBESIDAD	% OBESIDAD
RURAL	64	0	0	0	0
URBANO	498	23	4	13	2
TOTAL	562	23	4	13	2

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



En la gráfica se observa que, que en la zona urbana del municipio de Villa del Rosario existe mayor prevalencia en sobrepeso con un 4% y un 2% en obesidad.

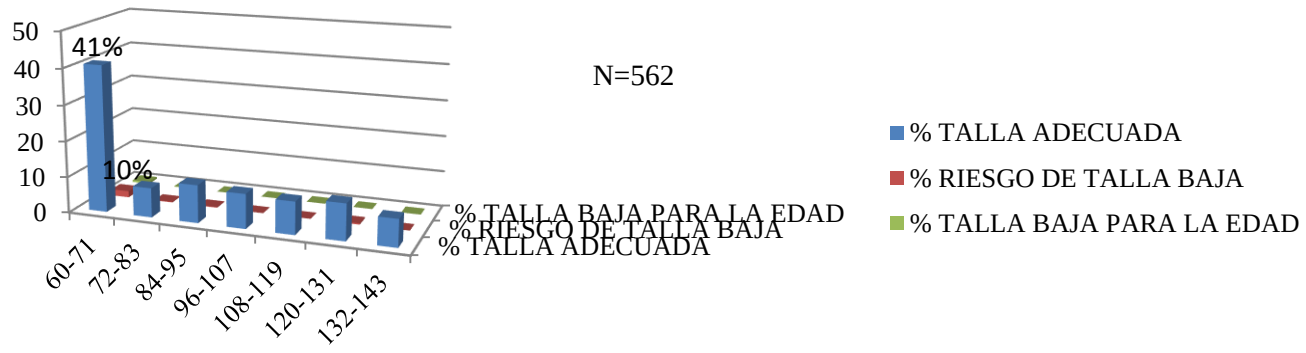
5.3 TALLA BAJA PARA LA EDAD – INDICADOR TALLA BAJA PARA LA EDAD – T/E.

- *Prevalencia de talla baja para la edad por grupo etario, en niños menores de 5 a 12 años*

EDAD EN MESES	Nº VALORADOS	TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	% TALLA ADECUADA	Nº RIESGO DE TALLA BAJA	% RIESGO DE TALLA BAJA	TALLA BAJA PARA LA EDAD	% TALLA BAJA PARA LA EDAD
60-71	242	229	41	10	2	3	1
72-83	48	46	8	1	0	1	0
84-95	60	59	10	1	0	0	0
96-107	56	54	10	0	0	2	0
108-119	52	51	9	1	0	0	0
120-131	59	57	10	2	0	0	0
132-143	45	43	8	1	0	1	0
TOTAL	562	539	96	16	2	7	1

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

GRAFICA N°26 PREVALENCIA DE TALLA BAJA PARA LA EDAD POR GRUPO ETARIO, EN NIÑOS MENORES DE 5 A 12 AÑOS



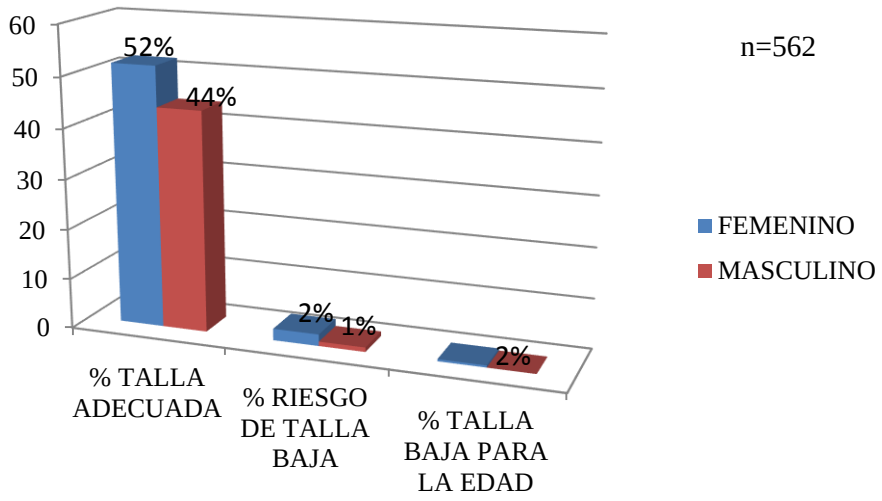
Para el grupo poblacional de niños y niñas mayores a 5 años y menores a 12 años hay mayor prevalencia en la de edad de 60 a 71 meses de edad en Riesgo de talla baja con un 10% de la población, Así mismo hay una mayor prevalencia en las edades de 60-71 meses para el indicador de talla adecuado para la edad con un valor del 41% de la población.

- *Prevalencia de talla baja para la edad por sexo, en niños menores de 5 a 12 años*

GENERO	Nº VALORADOS	TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	% TALLA ADECUADA	Nº RIESGO DE TALLA BAJA	% RIESGO DE TALLA BAJA	TALLA BAJA PARA LA EDAD	% TALLA BAJA PARA LA EDAD
FEMENINO	308	292	52	13	2	2	0
MASCULINO	254	247	44	5	1	2	0
TOTAL	562	539	96	18	3	4	0

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.

GRAFICA N°27 PREVALENCIA DE TALLA BAJA PARA LA EDAD POR SEXO, EN NIÑOS MENORES DE 5 A 12 AÑOS



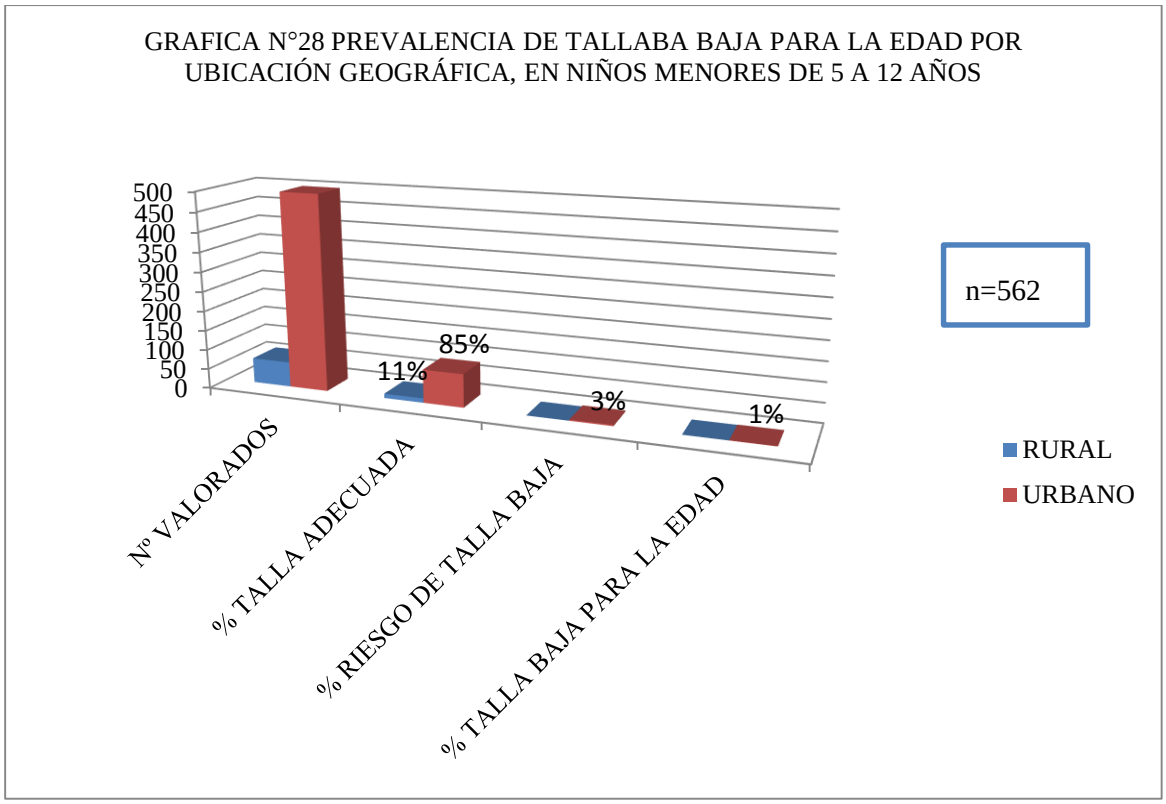
En la gráfica se puede observar la prevalencia de talla baja o retraso en el crecimiento en mayores de 5 años y menores de 18 para el mes de marzo del año 2021, donde se puede observar que la clasificación de talla baja para la edad tiene un valor de 21% en el género masculino, el riesgo de retraso en talla presenta un 61% en el género femenino y el mayor porcentaje lo presenta la talla adecuada para la edad con 51% en el género masculino.

En el caso del municipio de villa del rosario de los meses julio y agosto reportado por el software Winsisvan, se puede observar que para el indicador T/E el porcentaje de talla baja para la edad (51%) está por encima de la media nacional (9.7%). (ENSIN, 2015).

- *Prevalencia de tallaba baja para la edad por ubicación geográfica, en niños menores de 5 a 12 años*

ZONA	Nº VALORADOS	TALLA ADECUADA PARA LA EDAD	% TALLA ADECUADA	Nº RIESGO DE TALLA BAJA	% RIESGO DE TALLA BAJA	TALLA BAJA PARA LA EDAD	% TALLA BAJA PARA LA EDAD
RURAL	64	63	11	1	0	0	0
URBANO	498	476	85	17	3	4	1
TOTAL	562	539	96	18	3	4	1

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



La grafica deja en evidencia que existe más prevalencia para el indicador talla adecuada para la edad T/E en la zona urbana con un 85% y en la zona rural un 11%; la presencia de riesgo de retraso en talla en zona urbana es mayor con un 3% y con respecto a la talla baja para la edad la zona urbana es representada con un 1% (n=4) del total de la población

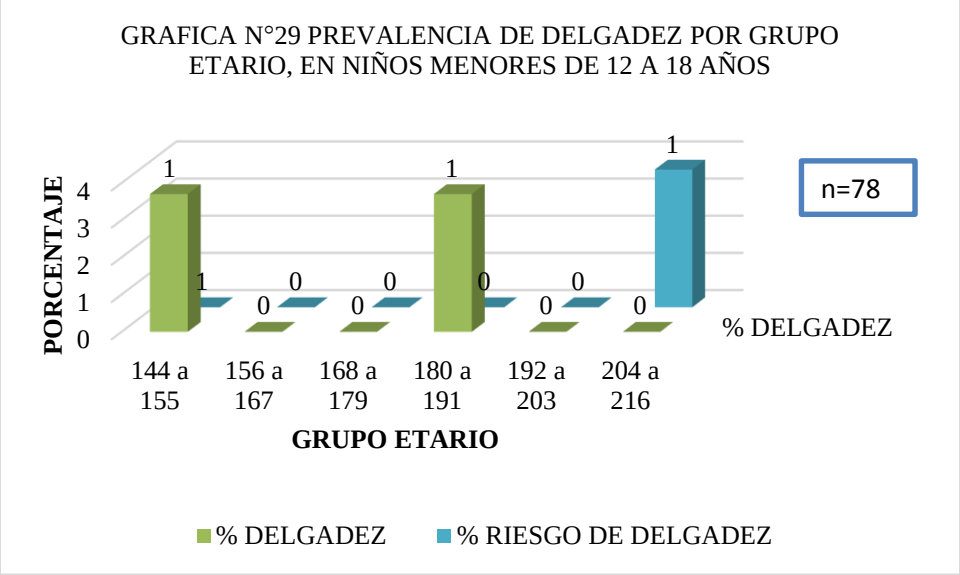
6. ANÁLISIS NUTRICIONAL INDICADORES ANTROPOMÉTRICOS PARA POBLACIÓN DE 12 A 18 AÑOS DE EDAD.

6.1 DELGADEZ INDICADOR INDICE DE MASA CORPORAL PARA LA EDAD – IMC/E

- *Prevalencia de delgadez por grupo etario, en niños menores de 12 a 18 años.*

EDAD EN MESES	N° VALORADOS	N° DELGADEZ	% DELGADEZ	N° RIESGO DE DELGADEZ	% RIESGO DE DELGADEZ
144 a 155	15	1	1	1	1
156 a 167	13	0	0	0	0
168 a 179	10	0	0	0	0
180 a 191	9	1	1	0	0
192 a 203	12	0	0	0	0
204 a 216	19	0	0	1	1
TOTAL	**78**	**2**	**3**	**2**	**3**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



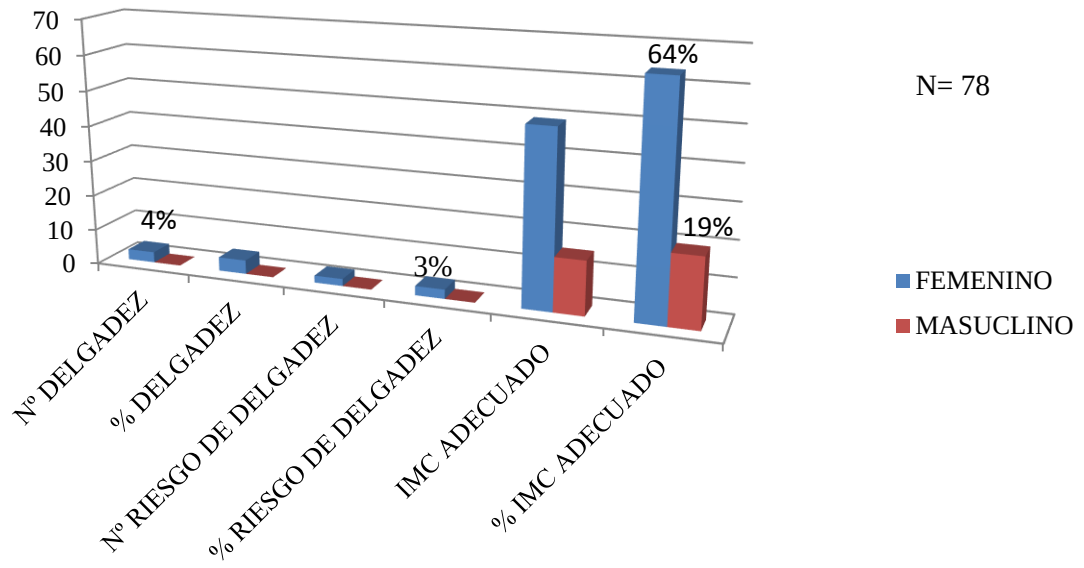
Se evidencia en la gráfica de prevalencia de delgadez por grupo etario de 12 a 18 años que el grupo de edad entre 144 y 155 meses es el grupo con mayor prevalencia de delgadez con el 1% seguidamente del grupo poblacional de 180 a 191 con resultados similares del 1%, continuadamente, el riesgo de delgadez se presenta con mayor prevalencia en el grupo de edad entre 204 y 216 meses con un 1%.

- *Prevalencia de delgadez por sexo, en niños menores de 12 a 18 años.*

GENERO	Nº VALORADOS	Nº DELGADEZ	% DELGADEZ	Nº RIESGO DE DELGADEZ	% RIESGO DE DELGADEZ	IMC ADECUADO	% IMC ADECUADO
FEMENINO	61	3	4	2	3	49	64
MASUCLINO	17	0	0	0	0	16	19
TOTAL	78	2	4	1	3	65	83

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021

GRAFICA N°30 PREVALENCIA DE DELGADEZ POR SEXO, EN NIÑOS MENORES DE 12 A 18 AÑOS.

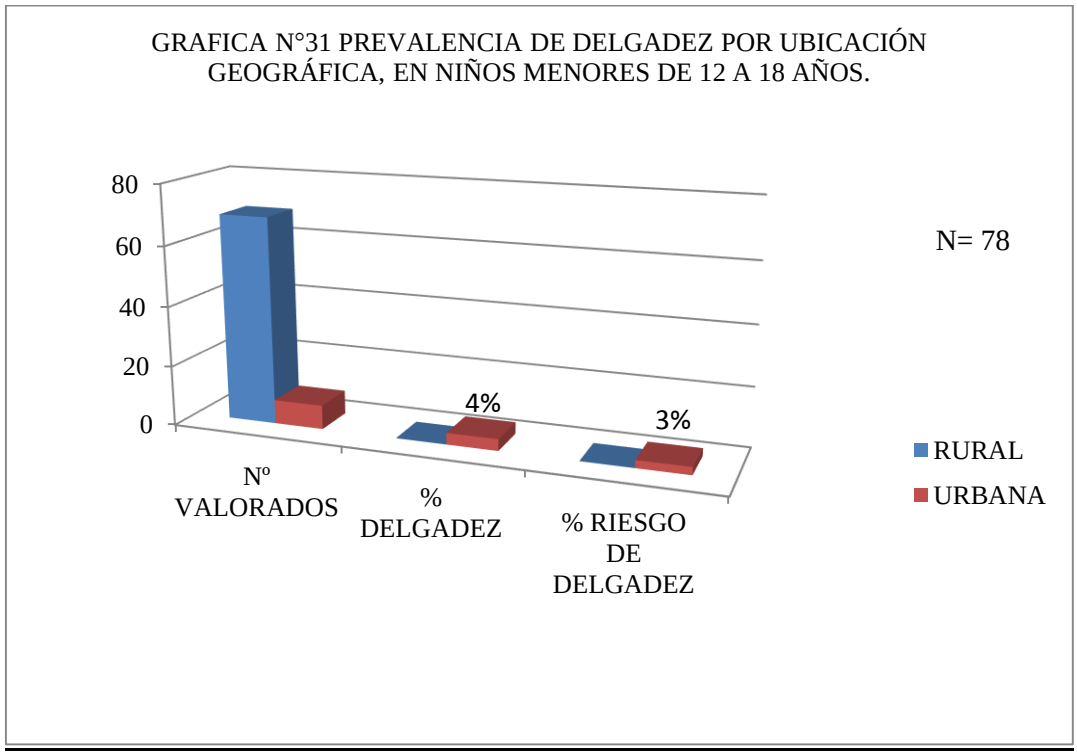


En la Grafica se evidencia que existe prevalencia de delgadez de un 4% en el género femenino y riesgo de delgadez en niños de 12 a 18 años un 3% en el género femenino, finalmente con un 64% del total de la población evaluada tiene un IMC adecuado prevaleciendo el género femenino.

- *Prevalencia de delgadez por ubicación geográfica, en niños menores de 12 a 18 años.*

ZONA	Nº VALORADOS	Nº DELGADEZ	% DELGADEZ	Nº RIESGO DE DELGADEZ	% RIESGO DE DELGADEZ
RURAL	69	0	0	0	0
URBANA	9	3	4	2	3
TOTAL	78	2	4	2	3

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021



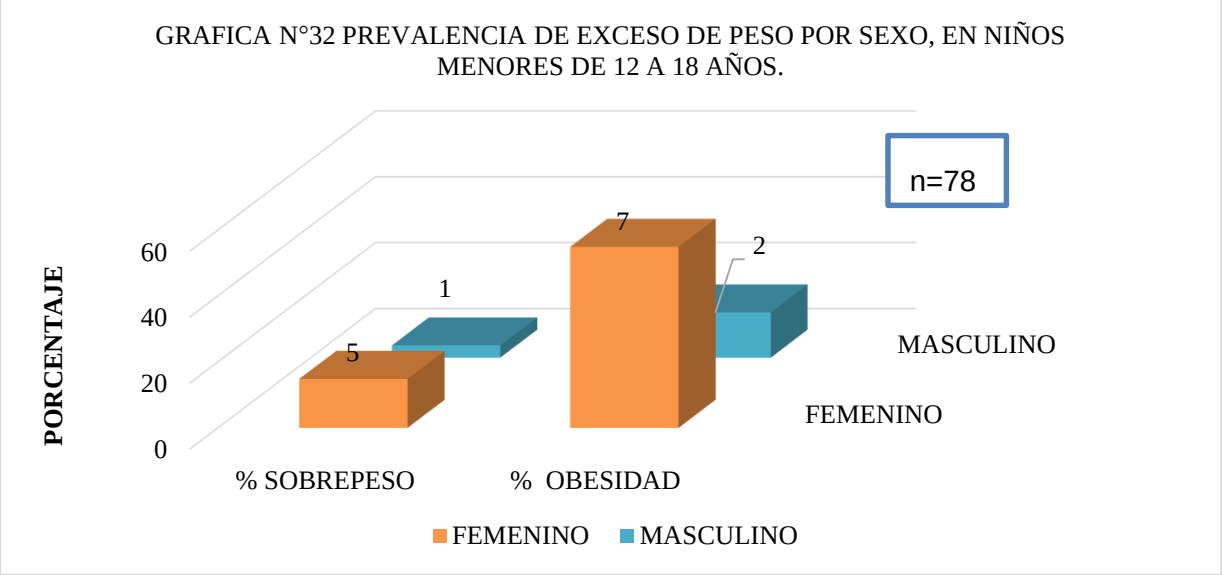
En la gráfica según los datos del software de Winsisvan en los meses de julio, agosto y septiembre se puede evidenciar que existe un mayor porcentaje de delgadez en la zona urbana o cabecera del municipio de villa del rosario con un 4$ del total de la población evaluada y en riesgo de delgadez un 3% en la zona urbana.

6.2 EXCESO DE PESO – INDICADOR INDICE DEMASA CORPORAL PARA LA EDAD – IMC/E.

- *Prevalencia de exceso de peso por sexo, en niños menores de 12 a 18 años.*

GÉNERO	N° VALORADOS	NUMERO DE SOBREPESO	% SOBREPESO	NUMERO DE OBESIDAD	% OBESIDAD
FEMENINO	61	4	5	1	7
MASCULINO	17	1	1	0	2
TOTAL	**78**	**5**	**6**	**1**	**8**

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



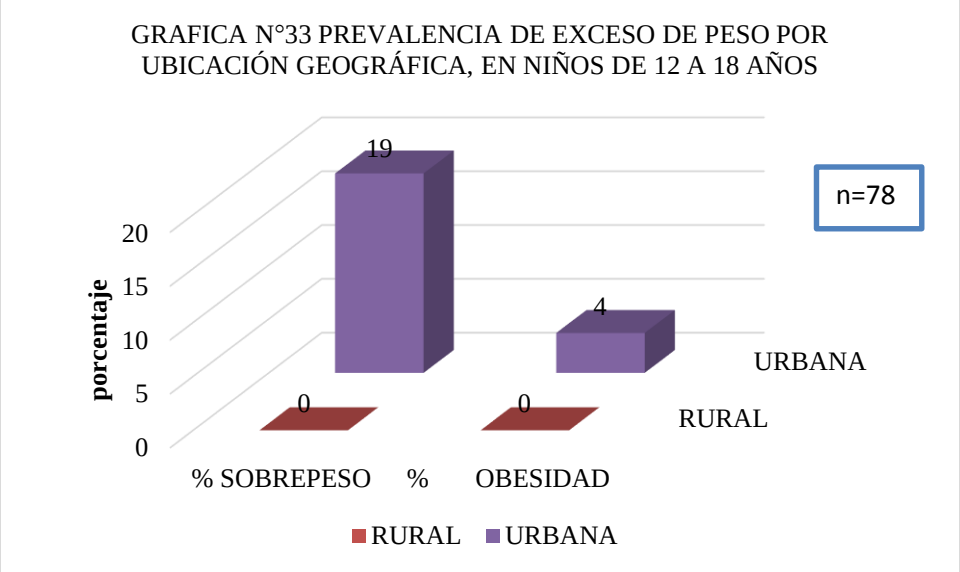
En la anterior gráfica de la distribución porcentual de exceso de peso para la población de 12 a 18 años por sexo valoradas en el tercer trimestre del 2021, se puede evidenciar que, en la clasificación de sobrepeso y obesidad, el género femenino se lleva el mayor porcentaje de prevalencia con un 5% y 7% respectivamente y finalmente el género masculino presenta el menor porcentaje de prevalencia para la clasificación nutricional sobrepeso y obesidad con 1% y 2% respectivamente. De acuerdo a los datos obtenidos en la ENSIN 2015 establece que 1 de cada 5 adolescentes presenta exceso de peso con un 17,9%. Y que la prevalencia de exceso es mayor en mujeres con un 21,1% en comparación con el sexo masculino con 8,7%.

}

- *Prevalencia de exceso de peso por ubicación geográfica, en niños de 12 a 18 años.*

UBICACIÓN GEOGRAFICA	N° VALORADOS	NUMERO SOBREPESO	% SOBREPESO	NUMERO DE OBESIDAD	% OBESIDAD
RURAL	69	0	0	0	0
URBANA	9	5	19	1	4
TOTAL	**78**	**5**	19	**1**	4

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021.



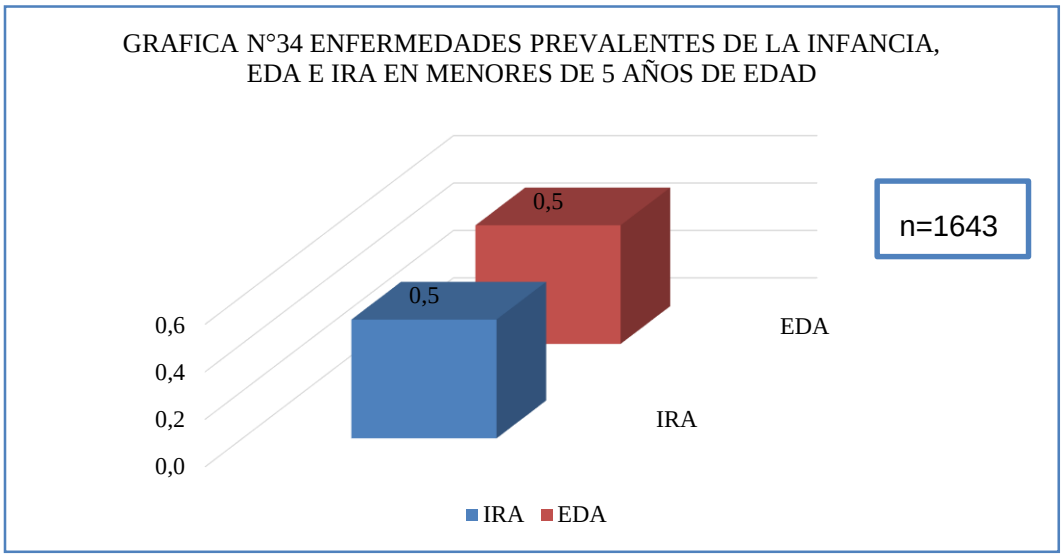
Para el grupo poblacional de 12 a 18 años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en área urbana con un 19% y 4% respectivamente en comparación al área rural que en general no presenta casos con dicho diagnóstico del 100% de la población estudiada.

7. COMPONENTE DE SALUD EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

- *7.1 Prevalencia de infección Respiratoria Aguda (IRA) Y Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)*

ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA	NUMERO	PORCENTAJE
IRA	9	0,5
NO IRA	1634	99,5
TOTAL	1643	100
ENFERMEDAD PREVALENTE DE LA INFANCIA	NUMERO	PORCENTAJE
EDA	9	0,5
NO EDA	1634	99,5
TOTAL	1643	100

Fuente: Base de datos WINSISVAN, 3er trimestre 2021



En la gráfica se observa que menos del 1% de los niños menores de 5 años presentaron **EDA (**enfermedad diarreica aguda) **y IRA** (Insuficiencia respiratoria aguda) del 100% de la población objeto lo cual es de gran importancia para la salud publica teniendo en cuenta que estas son unas de las infecciones más frecuente en el mundo y que para el país es un tema importante en la salud pública. De acuerdo al Ministerio de salud de Colombia estas infecciones son más prevalentes en niños menores de 5 años. Y está asociado igualmente a la DNT aguda.

8. PRACTICA DE LA LACTANCIA MATERNA

8.1 LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

- ***Prevalencia de la lactancia materna exclusiva en niños menores de 6 meses***

VALORADOS	Nº NIÑOS CON LME	% NIÑOS CON LME
524	253	48

DURACION EN DÍAS DE LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

N° NIÑOS LME	PROMEDIO MESES LME	DÍAS PROMEDIO	DIAS
253	1	2.02	2 días

Se observa una prevalencia en datos aportados por el software de Winsisvan en los meses de julio, agosto y septiembre del año presente que 253 niños y niñas menores de 6 meses de la población siendo el 48% valorados son alimentados con leche materna.

Según los datos reportados por el software WINSISVAN, dentro de los 6 meses 253 del total de niños valorados tuvieron EN PROMEDIO lactancia materna exclusiva en 2 días.

- Según la ENSIN 2015 El 72% de los menores de 2 años de edad recibió lactancia materna en su primera hora de vida, con lo que Colombia superó la meta establecida por la OMS y el UNICEF de mejorar el inicio temprano de la lactancia materna en al menos 70 por ciento.
- En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS.

Prevalencia de la lactancia materna continúa en niños menores de 24 meses.

8.2 LACTANCIA MATERNA COMPLEMENTARIA EN MENORES DE DOS AÑOS

VALORADOS	Nº NIÑOS CON LMC	% NIÑOS CON LMC
991	150	15

DURACIÓN EN MESES DE LA LACTANCIA MATERNA CONTÍNUA EN NIÑOS MENORES DE 24 MESES.

N° NIÑOS LMC	PROMEDIO MESES LMC	TOTAL MESES
186	13,4	0.44

Se observa una prevalencia de 186 de niños y niñas en la cual recibieron LM de manera complementaria. La adecuación de la alimentación complementaria (en términos de tiempo, suficiencia, seguridad y adaptación) depende no solo de la disponibilidad de alimentos variados en el hogar, sino también de las prácticas de alimentación de los cuidadores. La alimentación del niño pequeño requiere cuidados y estimulación activa, que su cuidador responda a los signos de hambre que manifieste el niño y que lo estimule para que coma. A esto se le llama alimentación activa. La OMS recomienda que los lactantes empiecen a recibir alimentos complementarios a los 6 meses, primero unas dos o tres veces al día entre los 6 y los 8 meses, y después, entre los 9 a 11 meses y los 12 a 24 meses, unas tres o cuatro veces al día, añadiéndoles aperitivos nutritivos una o dos veces al día, según se desee.

9. CONCLUSIONES

- Según la base de datos del software WISNSIVAN se encontró una totalidad de 2.283 niños y niñas en los meses de julio, agosto y septiembre del año 2021, de los cuales se distribuyó por poblaciones de 0-5, 5 a 12 y 12 a 18 años. Así mismo se identifica que el mayor grupo de población se encuentra en las de edades de 0 a 5 años representado con un número total de 857 niños y niñas.

- Teniendo en cuenta las competencias a trabajar, y según los datos reportados por el software WINSISVAN hubo una totalidad de 37 niños y niñas con desnutrición aguda moderada y severa en los meses de julio, agosto y septiembre del 2021.

- En el grupo poblacional de niños de 0 a 5 años se determina el estado nutricional según la resolución 2465 del 2016 a nivel poblacional el indicador trazador peso para la talla o longitud P/T, permite identificar el grado de desnutrición aguda, en el municipio de VILLA DEL ROSARIO, con una totalidad de 17 niños y niñas con desnutrición aguda severa y 20 niños y niñas con desnutrición aguda moderada en la población de 0 a 11 meses. Este es un indicador de crecimiento que relaciona el peso con longitud o con la talla. Da cuenta del estado nutricional actual del individuo.

- Con base a los resultados del software WINSISVAN en los meses de julio, agosto y septiembre se logra identificar que el 76% total de la población pertenece al régimen de salud subsidiado, y el 5% afirma contar con afiliación al régimen contributivo, y un 18% refiere no tener afiliación al régimen de seguridad social en salud. Es de gran preocupación al evidenciar que existe un porcentaje de niños y niñas que no se encuentran afiliadas a un régimen de salud, teniendo en cuenta que la afiliación al régimen de salud es un derecho fundamental.

- Con relación a la clasificación del indicador trazador (IMC/E) en mayores de 5 años, el 10% se encuentra en sobrepeso y el 10% en obesidad. En cuanto a la malnutrición por déficit el 23% se encuentra en riesgo de delgadez y un 13% en delgadez.

- Con base a la distribución porcentual de los niños y niñas menores de 6 meses que reciben lactancia materna exclusiva el 48% de la población cuenta con esta práctica y en relación con la lactancia materna complementaria solo el 15% del total de la población evaluada recibe lactancia materna de manera continua.

REFERENCIAS

- MINSALUD. (2016). Resolución 2465 de 2016. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%202465%20de%2 02016.pdf

- DANE. (2012). Obtenido de Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

- Consejo municipal de Villa del Rosario. (2020). Plan de desarrollo municipal de Villa del Rosario, Norte de Santander 2020-2023.
- ENSIN. (2015). Encuesta Nacional de Situación Nutricional (ENSIN). Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/epidemiologia/Paginas/encuestanacional-de-situacion-nutricional-ensin.aspx

Alcaldía de Villa del Rosario	GESTIÓN EN SALUD	Código:
	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS	Versión: 01
	FORMATO PARA EL MANEJO HOSPITALARIO	Aprobado:

FORMATO DE VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LA RUTA DE ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN SEGÚN RESOLUCIÓN 5406 DEL 2015 Y DE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS SEGÚN RESOLUCIÓN 2465 DEL 2016.

Fecha de la visita	Día	Mes	Año	**Hora**	
Nombre de la IPS					

DATOS DE IDENTIFICACIÓN								
Nombres y apellidos del paciente:		**Edad:**			**Tipo de Id:**	**No. de identificación:**		
		Edad en meses*			Ti: tarjeta de identidad; rc: registro civil.			
Dirección de residencia:		**Fecha de nacimiento:**			**No. de historia clínica**:			
		Día	Mes	Año	**Sexo:**	M	F	
Barrio:		**Teléfono:**			**Afiliación al SGSSS:**	SI	NO	
EPS:					**Régimen:**	Contributivo		
						Subsidiado		
						Especial		
						Excepción		
Nombres y apellidos del encargado:		**Parentesco:**			**Tipo de Id:**	**No. de identificación:**		
					Ti: tarjeta de identidad; cc: cédula de ciudadanía; ce: cédula de extranjería.			

DATOS ANTROPOMÉTRICOS Y SIGNOS CLÍNICOS					
Peso (kg)		**Talla (cm)**		**PB (cm)**	
¿Presenta edema?	Si	No	**Grado del edema**		
Signos clínicos					
DIAGNÓSTICO					
P/T (DE)		**Clasificación *(Anexo 1)***			
¿Requiere activación de la ruta?	Si	No	**¿Qué tipo de manejo necesita?**		
¿Qué tipo me manejo se le dio al niño/a?					
Si el niño/a tiene DNT, ¿la entidad hizo la respectiva notificación al WINSISVAN?		Si	No	Cuando?	
Si el niño/a tiene DNT, ¿la entidad hizo la respectiva notificación al SIVIGILA?		Si	No	Cuando?	

Alcaldía de Villa del Rosario Es momento de Crecer #DejandoHuella	GESTIÓN EN SALUD	Código:
	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS	Versión: 01
	FORMATO PARA EL MANEJO HOSPITALARIO	Aprobado:

MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 59 MESES		
¿Durante la estancia hospitalaria le realizaron la prueba de apetito?	Si	No
¿Al momento del ingreso se verificó si el niño/a estaba recibiendo antibiótico, la dosis del mismo y se evaluó la pertinencia de continuarlo o suspenderlo?	Si	No

Criterios		
¿Cumplió con alguno de los siguientes signos de desnutrición aguda moderada o severa?		
Edema bilateral	Si	No
PB <11.5cm	Si	No
Puntaje Z de P/T <-2 DE	Si	No
¿Y con alguno de los signos que aumentan el riesgo de muerte?		
Prueba de apetito negativa o no puede beber o tomar el pecho.	Si	No
Edema generalizado (+++)	Si	No
Hipotermia: temperatura axilar <35.5 °C	Si	No
Fiebre: temperatura axilar >38 °C	Si	No
Hemoglobina <4 g/d o <6 g/dl con signos de dificultad respiratoria	Si	No
Piel con lesiones ulcerativas y/o extensas	Si	No
Riesgo de deshidratación: diarrea, vómito persistente y rechazo a la vía oral	Si	No
Aumento de la frecuencia respiratoria para la edad: – Menor de 2 meses: 60 respiraciones o más por minuto. – 2 a 11 meses: 50 respiraciones o más por minuto. – 12 meses a 5 años: 40 respiraciones o más por minuto.	Si	No
¿O con alguno de los siguientes signos de peligro?		
Vomita todo	Si	No
Convulsiona	Si	No
Está letárgico o inconsciente	Si	No

Fase de estabilización			
Manejo de la hipoglicemia			Observaciones
Si tuvo hipoglicemia y estaba consciente:			
• ¿Se le administró un bolo de 50 ml de solución de glucosa al 10 % por vía oral o SNG? y continúe	Si	No	
• ¿Se continuó con leche materna y fórmula terapéutica F-75 cada 30 minutos durante 2 horas?	Si	No	
Si tuvo hipoglicemia y estaba inconsciente, letárgico o tuvo convulsiones:			
• ¿Se le administró un bolo de 5 ml/kg de dextrosa al 10 % por vía intravenosa (IV) en 5 minutos?	Si	No	
• Si persistió la hipoglicemia, ¿se le administró de nuevo un bolo de 5 ml/kg?	Si	No	
• Si no fue posible canalizar, ¿se le administró dextrosa al 10 % por SNG en 5 minutos?	Si	No	
• ¿Se administró 3 ml/kg/toma de fórmula terapéutica F-75 por SNG cada 30 minutos durante 2 horas, haciendo mediciones de glicemia cada hora?	Si	No	

• Si persistió la hipoglicemia, se presentó hipotermia o el nivel de consciencia se deterioró, ¿se continuó con manejo individualizado?	Si	No	
Manejo de la hipotermia Si presentó hipotermia:			Observaciones
• ¿Se vistió completamente al niño/a (también la cabeza)?	Si	No	
• ¿Se cubrió con una manta?	Si	No	
• ¿Se colocó cerca de una fuente de calor o directamente en contacto piel a piel con la madre?	Si	No	
• ¿Se midió la temperatura cada 2 horas hasta que esta fue mayor de 36.5 °C?	Si	No	
• ¿El niño/a permaneció cubierto, especialmente durante la noche?	Si	No	
Manejo de la deshidratación Si presentó deshidratación SIN alteraciones de consciencia, no estuvo letárgico ni inconsciente:			Observaciones
Para desnutrición moderada:			
• ¿Se le administró en 4 a 6 horas: 75 ml/kg de SRO de baja osmolaridad?	Si	No	
• ¿Se vigiló gasto urinario, estado de consciencia, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria?	Si	No	
• Cuando el niño/a estuvo hidratado, ¿se inició la lactancia materna y el suministro de la fórmula terapéutica F-75 a razón de 11 ml/kg/toma en los primeros 2 días?	Si	No	
• ¿Se continuó con la reposición de las pérdidas a razón de 50-100 ml de SRO por cada deposición líquida?	Si	No	
• ¿Se monitoreó los signos de hidratación o sobrehidratación cada 15 minutos durante las primeras dos horas y luego cada hora?	Si	No	
Para desnutrición severa:			
• ¿Se le administró durante máximo de 12 horas continuas: 10 ml/kg/hr de SRO de baja osmolaridad adicionando 10 ml de cloruro de potasio16 a un litro de esta SRO?	Si	No	
• ¿En la primera hora, se le suministró Amoxicilina: 90 mg/kg/día VO o SNG más Gentamicina: 5 mg/kg/día IM o IV?	Si	No	
• ¿Se vigiló gasto urinario, estado de consciencia, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria?	Si	No	
• Cuando el niño/a estuvo hidratado, ¿se inició la lactancia materna y el suministro de la fórmula terapéutica F-75 a razón de 11 ml/kg/toma en los primeros 2 días?	Si	No	
• ¿Se continuó con la reposición de las pérdidas a razón de 50-100 ml de SRO por cada deposición líquida?	Si	No	

• ¿Se monitoreó los signos de hidratación o sobrehidratación cada 15 minutos durante las primeras dos horas y luego cada hora?	Si	No	
Si presentó deshidratación CON alteraciones de consciencia (estuvo letárgico o inconsciente):			
• ¿Se colocó oxígeno en mascarilla o cánula a 1-2 Lt/min?	Si	No	
• ¿Se canalizó la vena?	Si	No	
• ¿Se realizó la glucometría y si el reporte es <54 mg/dl, se inició el manejo correspondiente?	Si	No	
• ¿Se administró un bolo de lactato de Ringer a razón de 15 ml/kg en 1 hora.	Si	No	
• En la primera hora, ¿se suministró Ampicilina: 200mg/kg/día y Gentamicina 5 mg/kg/día?	Si	No	
• ¿Se vigiló la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y los cambios en el estado de consciencia cada 10 minutos en la primera hora?	Si	No	
Si presentó signos de mejoría:			
• ¿Se mantuvo la vía venosa permeable colocando un tapón?	Si	No	
• ¿Se cambió a rehidratación por vía oral o SNG calibre 8 administrando 100 ml/kg de SRO de baja osmolaridad con adición de 10 ml de cloruro de potasio a un litro de esta SRO, durante máximo 12 horas?	Si	No	
• Luego de 8 horas de rehidratación, ¿Se inició la administración de fórmula terapéutica F-75 por vía oral o SNG a dosis de 11 ml/kg/toma a cada 2 horas, intercalando la F-75 con lactancia materna y SRO de baja osmolaridad sin sobrepasar el cálculo de líquidos para 24 horas?	Si	No	
• ¿Se continuó con la vigilancia del estado de consciencia, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, gasto urinario y número de deposiciones?	Si	No	
Si NO presentó signos de mejoría:			
• ¿Se suministró un segundo bolo de lactato de Ringer a razón 15 ml/kg en 1 hora?	Si	No	
• Si persistió el choque después del segundo bolo ¿se realizó manejo individualizado?	Si	No	
• ¿Se realizó prueba de hemoglobina y se administró líquidos de mantenimiento por vía IV (100 ml/kg/día)?	Si	No	
• Si presentó anemia grave (Hb <4 g/dl o <6 g/dl con signos de dificultad respiratoria), ¿se administró glóbulos rojos empaquetados a razón de 10 ml/kg lentamente en un periodo de 3 horas?	Si	No	
• Si presentó aumento de la frecuencia respiratoria en 5 o más respiraciones por minuto o de la frecuencia cardiaca en 25 o más pulsaciones por minuto, ¿se suspendió la perfusión?	Si	No	
Manejo de la diarrea aguda			Observaciones

• ¿Se administró SRO de baja osmolaridad en pequeñas cantidades y después de cada deposición?	Si	No	
• ¿Se continuó suministrando la fórmula terapéutica F-75 en pequeños volúmenes?	Si	No	
Manejo de la diarrea persistente			Observaciones
• ¿Se inició la administración de F-75 tan pronto como fue posible?	Si	No	
• ¿Se restringió el aporte de lactosa en la dieta?	Si	No	
• ¿Se administró el tratamiento antibiótico correspondiente? *(Ver anexo 2)*	Si	No	
Manejo de las infecciones			Observaciones
Si tuvo complicaciones:			
• ¿Se le administró Gentamicina IV o IM (5 mg/kg/día) cada 24 h durante 7 días y también:	Si	No	
• ¿Se le administró Ampicilina IV o IM (200 mg/kg/día) cada 6 h durante 2 días seguida de amoxicilina oral (90 mg/kg/día) cada 8 h durante 5 días?	Si	No	
Si no mejoró en 48 horas:			
• ¿Se cambió por ceftriaxona (100mg/kg/día) IV cada 8 h o IM cada 24 h durante 7 a 10 días?	Si	No	
Si se identificó foco infeccioso:			
• ¿Se le administró el antibiótico específico para la infección? *(Ver anexo 2)*	Si	No	
Manejo de la anemia grave			Observaciones
Si presentó la hemoglobina <4 g/dl o <6 g/dl con dificultad respiratoria y/o hematocrito <12 % al ingreso:			
• ¿Se administró glóbulos rojos empaquetados a razón de 10 ml/kg a goteo lento durante 3 horas?	Si	No	
• ¿Se midió la frecuencia respiratoria y la frecuencia del pulso cada 15 minutos?	Si	No	
• ¿Se evitó el suministro de comidas o líquidos durante la transfusión y en las 3 horas siguientes?	Si	No	
• ¿Se observó alguna reacción a la transfusión?	Si	No	
• ¿Se suspendió la transfusión ante la presencia de alguno de los siguientes signos: Fiebre, erupción pruriginosa, orina de color rojo oscuro, confusión u choque?	Si	No	
• ¿Si después de la transfusión la hemoglobina siguió siendo <4 g/dl, o <6 g/dl con dificultad respiratoria, se repitió la transfusión antes de 4 días?	Si	No	
Manejo de las deficiencias de micronutrientes			Observaciones
• ¿Se suministró 5 mg de ácido fólico el día 1 y continuó con 1 mg/día durante todo el tratamiento?	Si	No	
Manejo de la dermatosis			Observaciones

• En caso de infección bacteriana, ¿se administró Gentamicina a dosis de 5 mg/kg/día más Oxacilina 200 mg/kg/día cada 4 h?	Si	No	
• ¿Se aplicó una crema protectora sobre la zona afectada (pomada de zinc y aceite de ricino, vaselina o gasa parafinada)?	Si	No	
• ¿Se evitó el uso de pañales?	Si	No	
• ¿Se mantuvo las zonas afectadas aireadas y secas?	Si	No	
Manejo nutricional			Observaciones
• ¿Se inició la lactancia materna si el niño o niña estaba siendo amamantado?	Si	No	
• ¿Se le suministró la fórmula terapéutica F-75?	Si	No	
• ¿Se le suministró la cantidad indicada de F-75 y se aumentó gradualmente el volumen? *(Ver anexo 3)*	Si	No	
• ¿Se ajustó la ingesta diaria de F-75 de acuerdo con las variaciones en el peso?	Si	No	
• En caso de anorexia, ¿Se ofreció la leche materna y la fórmula terapéutica F-75 con cuchara, taza o jeringa, o por SNG si no es posible la vía oral?	Si	No	
• ¿Se realizó vigilancia estricta de: cantidad de leche materna y fórmula terapéutica ofrecida y rechazada, presencia de vómito, peso diario y frecuencia y tipo de deposiciones?	Si	No	
Fase de transición			Observaciones
• ¿El niño/a recuperó el apetito, se le resolvió el edema y mejoró la infección?	Si	No	
• ¿Se hizo el paso de la fórmula terapéutica F-75 a la FTLC?	Si	No	
• ¿Recibió leche materna antes de ofrecer las fórmulas terapéuticas?	Si	No	
• ¿Se ofreció la FTLC en varios momentos del día, garantizando un aporte de 100 y 135 kcal/kg/día?	Si	No	
• ¿Se ofreció agua hervida a libre demanda en varios momentos del día, hasta alcanzar entre 130 a 150 ml/kg/día?	Si	No	
Opción 1	Si	No	
• Si el niño o niña no consumió la cantidad prescrita de la FTLC, ¿se completó con F-75?	Si	No	
• ¿Se aumentó la cantidad de FTLC en los siguientes 2 a 3 días hasta que el niño o niña recibió solamente esta fórmula?	Si	No	
Opción 2	Si	No	
• Si el niño o niña no consumió al menos la mitad de la cantidad prescrita de FTLC en las primeras 12 horas, ¿se suspendió y regresó a la F-75?	Si	No	

• ¿Se volvió a ofrecer la FTLC después de 1 a 2 días y se incrementó la cantidad hasta suplir el 100 % de la ingesta con esta fórmula?	Si	No	
Complicaciones en la fase de transición			Observaciones
• ¿Presentó aumento en número y volumen de las deposiciones?	Si	No	
• ¿Presentó algunas de las alteraciones del síndrome de realimentación? (Aumento de la frecuencias respiratoria, tiraje costal, roncus, arritmia, hiperglicemia, hipofosfatemia, hipokalemia e hipomagnesemia)	Si	No	
Si se realizó la transición y la frecuencia respiratoria aumentó en 5 o más respiraciones/minuto, o la frecuencia cardiaca aumentó en 25 o más pulsaciones/minuto, entre dos controles sucesivos con intervalo de 4 horas:			
• ¿Se redujo a la mitad la cantidad de FTLC administrada durante 24 horas?	Si	No	
• ¿Se aumentó lenta y progresivamente la cantidad de FTLC en las siguientes 24 a 48 horas hasta lograr una ingesta efectiva de 150 kcal/kg/día?	Si	No	
Fase de rehabilitación			Observaciones
• ¿El niño/a comió con avidez y ganó peso en el inicio de la rehabilitación?	Si	No	
• ¿Se verificó el cumplimiento de los criterios de egreso del manejo intrahospitalario?	Si	No	
• ¿Se verificó el cumplimiento de los criterios para seguir el tratamiento en el hogar, con control médico y nutricional, a través de los servicios ambulatorios de la IPS de baja complejidad?	Si	No	
• ¿Se continuó con lactancia materna cuando el niño o niña está siendo amamantado y en la administración de la FTLC?	Si	No	
• ¿Recibió un aporte de 150 a 200 kcal/kg/día, de 4 a 6 g/kg/día de proteína y de 150 a 200 ml/kg/día de agua.	Si	No	

Niños y niñas mayores de 6 meses y con peso inferior a 4 kg			
Se manejan de la misma forma que los niños de 6 a 59 meses con desnutrición aguda severa			
Manejo inicial hasta alcanzar 4 kg:			Observaciones
• ¿Se le suministró la cantidad indicada de F-75 en el manejo inicial? *(Ver anexo 4)*	Si	No	
Manejo al alcanzar 4 kg:			
• ¿Se hizo el paso de F-75 a FTLC, siguiendo las mismas opciones planteadas en la fase de transición para los niños y niñas de 6 a 59 meses de edad?	Si	No	

• ¿Aumentó la cantidad de fórmula terapéutica F-75 a medida que se resolvieron las complicaciones médicas y mejoró el apetito?	Si	No	
• Si continuó ganando más de 20 gramos de peso al día por más de 3 días consecutivos, ¿Se le dio egreso del hospital?	Si	No	
• ¿Se orientó a la madre sobre el inicio de la alimentación complementaria?	Si	No	

Criterios de egreso hospitalario		
¿Cumplió con todos los siguientes criterios?		
Clínicamente bien y estable	Si	No
Ausencia de edema durante 10 días consecutivos	Si	No
Ganancia de peso >20 g/día durante 3 días consecutivos.	Si	No
¿Y se cumplió con todas las siguientes condiciones?		
Garantía de seguimiento médico y nutricional en los servicios ambulatorios de la IPS de baja complejidad.	Si	No
Cita de control programada en el curso de la siguiente semana.	Si	No
Esquema de vacunación completo para la edad.	Si	No
Continuación del tratamiento ambulatorio de la anemia ferropénica, si aplica.	Si	No
Aceptación por parte de la madre de seguir las recomendaciones de alimentación acordadas con el equipo de salud.	Si	No
Resumen de historia clínica entregado al servicio ambulatorio de la IPS de baja complejidad	Si	No

MANEJO INTRAHOSPITALARIO EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES		
Criterios		
¿Cumplió con alguno de los siguientes signos?		
Edema grado 1 (+), 2 (++) o 3 (+++)	Si	No
Puntaje Z de P/T menor de -2 DE.	Si	No
Delgadez visible	Si	No
¿Y con alguna de las siguientes condiciones?		
Pérdida reciente de peso o dificultad para ganar peso.	Si	No
Alimentación inefectiva detectada en la evaluación del binomio madre-hijo durante 15 a 20 minutos para identificar o descartar problemas de succión o agarre, hipotonía, disfunción oral-motora u otras alteraciones.	Si	No
Cualquiera de los signos de peligro o de riesgo de muerte descritos para el grupo de 6 a 59 meses con desnutrición aguda.	Si	No
Condición médica o social del niño o la familia que requiera evaluación e intervención, por ejemplo, abandono, discapacidad o enfermedad mental del cuidador.	Si	No
Si se cumplió con los criterios para el manejo hospitalario:		
¿Se gestionó el ingreso del niño o niña en una IPS de mediana o alta complejidad para su atención inmediata?	Si	No
¿Se le explicó a la madre o cuidador las razones por las cuales se debe hospitalizar el niño o niña, incluido el alto riesgo de muerte asociado a la desnutrición aguda?	Si	No

Alcaldía de Villa del Rosario Es momento de Crecer #DejandoHuella	GESTIÓN EN SALUD	Código:
	FORMATO DE VERIFICACIÓN DE ATENCIÓN A LA DESNUTRICIÓN EN NIÑOS/AS MENORES DE 5 AÑOS	Versión: 01
	FORMATO PARA EL MANEJO HOSPITALARIO	Aprobado:

Manejo Médico			
Al ingreso de un niño o niña menor de 6 meses con desnutrición aguda:			Observaciones
• ¿Se le preguntó a la madre o cuidador sobre enfermedades de la niña o niño en las últimas dos semanas, alimentación en las últimas 24 horas, frecuencia de amamantamiento y ganancia o pérdida de peso reciente?	Si	No	
• ¿Se evaluó el edema de la misma forma que se hace en el mayor de 6 meses?	Si	No	
• ¿Se realizó las mediciones de peso y longitud y evaluó el indicador peso para la talla (P/T)?	Si	No	
• Si la niña o niño estaba siendo amamantado, ¿se realizó la evaluación del binomio madre-hijo durante 15 a 20 minutos?	Si	No	
• Si tuvo complicaciones médicas asociadas o presentó alguno de los signos generales de peligro (no puede beber ni tomar el pecho, vomita todo, ha tenido convulsiones, está letárgico o inconsciente), ¿el niño o niña recibió atención inmediata?	Si	No	
• ¿Se realizó el manejo con antibióticos de rutina al ingreso al hospital? *(Ver anexo 5)*	Si	No	

Manejo de la hipoglicemia			Observaciones
Si tuvo hipoglicemia y estaba consciente:			
• ¿Se le administró un bolo de 50 ml de solución de glucosa al 10 % por vía oral o SNG?	Si	No	
• ¿Se continuó con leche materna y fórmula terapéutica F-75 cada 30 minutos durante 2 horas?	Si	No	
Si tuvo hipoglicemia y estaba inconsciente, letárgico o tuvo convulsiones:			
• ¿Se le administró un bolo de 5 ml/kg de dextrosa al 10 % por vía intravenosa (IV) en 5 minutos?	Si	No	
• Si persistió la hipoglicemia, ¿se le administró de nuevo un bolo de 5 ml/kg?	Si	No	
• Si no fue posible canalizar, ¿se le administró dextrosa al 10 % por SNG en 5 minutos?	Si	No	
• ¿Se administró 3 ml/kg/toma de fórmula terapéutica F-75 por SNG cada 30 minutos durante 2 horas, haciendo mediciones de glicemia cada hora?	Si	No	
• Si persistió la hipoglicemia, se presentó hipotermia o el nivel de consciencia se deterioró, ¿se continuó con manejo individualizado?	Si	No	
Manejo de la hipotermia			Observaciones
Si presentó hipotermia:			
• ¿Se vistió completamente al niño/a (también la cabeza)?	Si	No	
• ¿Se cubrió con una manta?	Si	No	

• ¿Se colocó cerca de una fuente de calor o directamente en contacto piel a piel con la madre?	Si	No	
• ¿Se midió la temperatura cada 2 horas hasta que esta fue mayor de 36.5 °C?	Si	No	
• ¿El niño/a permaneció cubierto, especialmente durante la noche?	Si	No	
Manejo de la deshidratación			
Si presentó deshidratación SIN alteraciones de consciencia, no estuvo letárgico ni inconsciente:			Observaciones
Para desnutrición moderada:			
• ¿Se le administró en 4 a 6 horas: 75 ml/kg de SRO de baja osmolaridad?	Si	No	
• ¿Se vigiló gasto urinario, estado de consciencia, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria?	Si	No	
• Cuando el niño/a estuvo hidratado, ¿se inició la lactancia materna y el suministro de la fórmula terapéutica F-75 a razón de 11 ml/kg/toma en los primeros 2 días?	Si	No	
• ¿Se continuó con la reposición de las pérdidas a razón de 50-100 ml de SRO por cada deposición líquida?	Si	No	
• ¿Se monitoreó los signos de hidratación o sobrehidratación cada 15 minutos durante las primeras dos horas y luego cada hora?	Si	No	
Para desnutrición severa:			
• ¿Se le administró durante máximo de 12 horas continuas: 10 ml/kg/hr de SRO de baja osmolaridad adicionando 10 ml de cloruro de potasio16 a un litro de esta SRO?	Si	No	
• ¿En la primera hora, se le suministró Amoxicilina: 90 mg/kg/día VO o SNG más Gentamicina: 5 mg/kg/día IM o IV?	Si	No	
• ¿Se vigiló gasto urinario, estado de consciencia, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria?	Si	No	
• Cuando el niño/a estuvo hidratado, ¿se inició la lactancia materna y el suministro de la fórmula terapéutica F-75 a razón de 11 ml/kg/toma en los primeros 2 días?	Si	No	
• ¿Se continuó con la reposición de las pérdidas a razón de 50-100 ml de SRO por cada deposición líquida?	Si	No	
• ¿Se monitoreó los signos de hidratación o sobrehidratación cada 15 minutos durante las primeras dos horas y luego cada hora?	Si	No	
Si presentó deshidratación CON alteraciones de consciencia (estuvo letárgico o inconsciente):			
• ¿Se colocó oxígeno en mascarilla o cánula a 1-2 Lt/min?	Si	No	
• ¿Se canalizó la vena?	Si	No	
• ¿Se realizó la glucometría y si el reporte es <54 mg/dl, se inició el manejo correspondiente?	Si	No	

• ¿Se administró un bolo de lactato de Ringer a razón de 15 ml/kg en 1 hora.	Si	No	
• En la primera hora, ¿se suministró Ampicilina: 200mg/kg/día y Gentamicina 5 mg/kg/día?	Si	No	
• ¿Se vigiló la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria y los cambios en el estado de consciencia cada 10 minutos en la primera hora?	Si	No	
Si presentó signos de mejoría:			
• ¿Se mantuvo la vía venosa permeable colocando un tapón?	Si	No	
• ¿Se cambió a rehidratación por vía oral o SNG calibre 8 administrando 100 ml/kg de SRO de baja osmolaridad con adición de 10 ml de cloruro de potasio a un litro de esta SRO, durante máximo 12 horas?	Si	No	
• Luego de 8 horas de rehidratación, ¿Se inició la administración de fórmula terapéutica F-75 por vía oral o SNG a dosis de 11 ml/kg/toma a cada 2 horas, intercalando la F-75 con lactancia materna y SRO de baja osmolaridad sin sobrepasar el cálculo de líquidos para 24 horas?	Si	No	
• ¿Se continuó con la vigilancia del estado de consciencia, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, gasto urinario y número de deposiciones?	Si	No	
Si NO presentó signos de mejoría:			
• ¿Se suministró un segundo bolo de lactato de Ringer a razón 15 ml/kg en 1 hora?	Si	No	
• Si persistió el choque después del segundo bolo ¿se realizó manejo individualizado?	Si	No	
• ¿Se realizó prueba de hemoglobina y se administró líquidos de mantenimiento por vía IV (100 ml/kg/día)?	Si	No	
• Si presentó anemia grave (Hb <4 g/dl o <6 g/dl con signos de dificultad respiratoria), ¿se administró glóbulos rojos empaquetados a razón de 10 ml/kg lentamente en un periodo de 3 horas?	Si	No	
• Si presentó aumento de la frecuencia respiratoria en 5 o más respiraciones por minuto o de la frecuencia cardiaca en 25 o más pulsaciones por minuto, ¿se suspendió la perfusión?	Si	No	
Manejo de la diarrea aguda			Observaciones
• ¿Se administró SRO de baja osmolaridad en pequeñas cantidades y después de cada deposición?	Si	No	
• ¿Se continuó suministrando la fórmula terapéutica F-75 en pequeños volúmenes?	Si	No	
Manejo de la diarrea persistente			Observaciones
• ¿Se inició la administración de F-75 tan pronto como fue posible?	Si	No	
• ¿Se restringió el aporte de lactosa en la dieta?	Si	No	

• ¿Se administró el tratamiento antibiótico correspondiente? *(Ver anexo 2)*	Si	No	
Manejo de las infecciones			Observaciones
Si tuvo complicaciones:			
• ¿Se le administró Gentamicina IV o IM (5 mg/kg/día) cada 24 h durante 7 días y también:	Si	No	
• ¿Se le administró Ampicilina IV o IM (200 mg/kg/día) cada 6 h durante 2 días seguida de amoxicilina oral (90 mg/kg/día) cada 8 h durante 5 días?	Si	No	
Si no mejoró en 48 horas:			
• ¿Se cambió por ceftriaxona (100mg/kg/día) IV cada 8 h o IM cada 24 h durante 7 a 10 días?	Si	No	
Si se identificó foco infeccioso:			
• ¿Se le administró el antibiótico específico para la infección? *(Ver anexo 2)*	Si	No	
Manejo de la anemia grave			Observaciones
Si presentó la hemoglobina <4 g/dl o <6 g/dl con dificultad respiratoria y/o hematocrito <12 % al ingreso:			
• ¿Se administró glóbulos rojos empaquetados a razón de 10 ml/kg a goteo lento durante 3 horas?	Si	No	
• ¿Se midió la frecuencia respiratoria y la frecuencia del pulso cada 15 minutos?	Si	No	
• ¿Se evitó el suministro de comidas o líquidos durante la transfusión y en las 3 horas siguientes?	Si	No	
• ¿Se observó alguna reacción a la transfusión?	Si	No	
• ¿Se suspendió la transfusión ante la presencia de alguno de los siguientes signos: Fiebre, erupción pruriginosa, orina de color rojo oscuro, confusión u choque?	Si	No	
• ¿Si después de la transfusión la hemoglobina siguió siendo <4 g/dl, o <6 g/dl con dificultad respiratoria, se repitió la transfusión antes de 4 días?	Si	No	
Manejo de las deficiencias de micronutrientes			Observaciones
• ¿Se suministró 5 mg de ácido fólico el día 1 y continuó con 1 mg/día durante todo el tratamiento?	Si	No	
Manejo de la dermatosis			Observaciones
• En caso de infección bacteriana, ¿se administró Gentamicina a dosis de 5 mg/kg/día más Oxacilina 200 mg/kg/día cada 4 h?	Si	No	
• ¿Se aplicó una crema protectora sobre la zona afectada (pomada de zinc y aceite de ricino, vaselina o gasa parafinada)?	Si	No	
• ¿Se evitó el uso de pañales?	Si	No	
• ¿Se mantuvo las zonas afectadas aireadas y secas?	Si	No	
Suplementación con micronutrientes			Observaciones

• ¿Se administró por vía oral hierro polimaltosado o aminoquelado a dosis de 3 mg/kg/día, iniciando el tratamiento en la fase de rehabilitación?	Si	No	
• Si el niño o niña tiene desnutrición aguda severa ¿Se le administró al ingreso 2.5 mg de ácido fólico?	Si	No	

Manejo nutricional			
Opción 1. Niños y niñas menores de 6 meses que están recibiendo leche materna al ingreso o logran un proceso de relactancia exitoso durante su estancia en el hospital.			Observaciones
• ¿Se realizó la técnica de suplementación por succión (TSS)?	Si	No	
• ¿Se le suministró la dosis indicada de la fórmula terapéutica F-75? *(Ver anexo 6)*	Si	No	
• ¿Se redujo la F-75 a medida que la lactancia mejoró y el niño o niña ganó peso?	Si	No	
• ¿Se recuperó la lactancia materna?	Si	No	
Seguimiento intrahospitalario			Observaciones
• ¿Se monitoreó diariamente la ganancia de peso?	Si	No	
Si la ganancia de peso fue mayor de 20 g/día:	Si	No	
• Si ganó más de 20 gramos al día durante 2 días consecutivos, ¿Se le informó a la madre sobre la ganancia de peso y se redujo a la mitad el suministro de F-75?	Si	No	
• Si continuó ganando peso con la cantidad reducida a la mitad de F-75, ¿se suspendió TSS y se continuó con lactancia materna exclusiva?	Si	No	
• Si continuó ganando peso con lactancia materna exclusiva, ¿Se le dio el egreso del hospital?	Si	No	
Si la ganancia de peso fue menor de 20 g/día:	Si	No	
• Si el niño o niña tomó toda la ración de F-75 y no ganó o perdió peso durante tres días consecutivos, ¿Se aumentó la cantidad de F-75 en 5 ml en cada toma?	Si	No	
• Si persistió la falla en la ganancia de peso, ¿Se aumentó el volumen de F-75 hasta aportar al menos 150 kcal/kg/día, equivalentes a 200 ml/kg/día?	Si	No	
• Si después de 7 días continuó la falla en la ganancia de peso, ¿Se suspendió la TSS y se procedió según se indica en la Opción 2?	Si	No	
Opción 2. Niños y niñas menores de 6 meses que no están siendo amamantados			Observaciones
• ¿Se le suministró la dosis indicada de la fórmula terapéutica F-75 para cada fase hasta el egreso del hospital? *(Ver anexo 7)*	Si	No	
Seguimiento intrahospitalario			Observaciones
• ¿Se monitoreó diariamente la ganancia de peso?	Si	No	

• ¿Aumentó la cantidad de fórmula terapéutica F-75 a medida que se resolvieron las complicaciones médicas y mejoró el apetito?	Si	No	
• Si continuó ganando más de 20 gramos de peso al día por más de 3 días consecutivos, ¿Se le dio egreso del hospital?	Si	No	
• ¿Se orientó a la madre sobre el inicio de la alimentación complementaria?	Si	No	

Criterios de egreso hospitalario		
¿Cumplió con todos los siguientes criterios?		
Clínicamente bien y estable	Si	No
Ausencia de edema durante 10 días consecutivos	Si	No
Ganancia de peso >20 g/día durante 3 días consecutivos.	Si	No
¿Y se cumplió con todas las siguientes condiciones?		
Garantía de seguimiento médico y nutricional en los servicios ambulatorios de la IPS de baja complejidad.	Si	No
Cita de control programada en el curso de la siguiente semana.	Si	No
Esquema de vacunación completo para la edad.	Si	No
Continuación del tratamiento ambulatorio de la anemia ferropénica, si aplica.	Si	No
Aceptación por parte de la madre de seguir las recomendaciones de alimentación acordadas con el equipo de salud.	Si	No
Resumen de historia clínica entregado al servicio ambulatorio de la IPS de baja complejidad	Si	No

REQUERIMIENTOS E INSUMOS ESENCIALES PARA EL MANEJO INTEGRADO DE LA DESNUTRICIÓN AGUDA

REQUERIMIENTOS ESENCIALES DE IPS			
¿Cuenta con el siguiente talento humano?			
Personal con entrenamiento en el manejo de los niños y niñas con desnutrición aguda.	Si	No	No aplica
Promotor de salud que permanezca en la comunidad.	Si	No	No aplica
¿Cuenta con los siguientes equipos?			
Balanza digital	Si	No	No aplica
Tallímetro e infantómetro	Si	No	No aplica
Laboratorio clínico	Si	No	No aplica
Hemocue con lancetas y microcubetas	Si	No	No aplica
Glucómetro	Si	No	No aplica
Camilla y biombos portátiles	Si	No	No aplica
Fonendoscopio	Si	No	No aplica
Equipo de órganos de los sentidos	Si	No	No aplica
Bala de oxígeno	Si	No	No aplica
¿Cuenta con los siguientes medicamentos y suministros?			
Fórmula terapéutica lista para consumir	Si	No	No aplica
Fórmula terapéutica F-75 en polvo	Si	No	No aplica
SRO de baja osmolaridad	Si	No	No aplica
Cloruro de potasio	Si	No	No aplica
Cloruro de sodio	Si	No	No aplica
Ampicilina, Gentamicina, Amoxicilina	Si	No	No aplica
Ceftriaxona, Oxacilina, Trimetoprim Sulfa	Si	No	No aplica
Piridoxina	Si	No	No aplica
Antimaláricos según guía MinSalud	Si	No	No aplica
Albendazol o Mebendazol	Si	No	No aplica
Ácido fólico	Si	No	No aplica
Sulfato ferroso	Si	No	No aplica
Micronutrientes en polvo	Si	No	No aplica
¿Cuenta con los siguientes materiales?			

Kit de la fórmula terapéutica lista para consumir: tijeras, pinza, taza plástica pequeña con tapa, cuchara, recipiente plástico grande con tapa.	Si	No	No aplica
Cintas de perímetro braquial	Si	No	No aplica
Tablas de clasificación antropométrica	Si	No	No aplica
Historias clínicas y formatos de registro	Si	No	No aplica
¿Los equipos antropométricos cumplen con lo estipulado en la resolución 2465 de 2016?			
Balanza			
Pesabebés para < 2 años • Capacidad: 20 - 25 kilos • Precisión: 10 a 20 g	Si	No	No aplica
Balanza de pie para >2 años • Capacidad: 120 a 150 kg. • Precisión: ideal 50 gr, máximo 100 gr.	Si	No	No aplica
Tallímetro e infantómetro			
Infantómetro para < 2 años • Capacidad: 110 – 120 cm • Precisión: 1 mm	Si	No	No aplica
Tallímetro para >2 años • Capacidad: 2 m • Sensibilidad: 1 mm	Si	No	No aplica

INSUMOS ESENCIALES			
¿Cuenta con los siguientes insumos para contrarrestar complicaciones?			
Camilla plegable pequeña	Si	No	No aplica
Glucómetro con tirillas	Si	No	No aplica
Hemocue con lancetas y microcubetas	Si	No	No aplica
Fonendoscopio	Si	No	No aplica
Equipo de órganos de los sentidos	Si	No	No aplica
Equipo de venoclisis de microgoteo	Si	No	No aplica
Bala de oxígeno	Si	No	No aplica
Lámpara lupa portátil de baterías	Si	No	No aplica
SNG calibre 8	Si	No	No aplica
Yelcos 22, 23 y 24	Si	No	No aplica
Torniquete pediátrico	Si	No	No aplica
Cánula y mascarilla de oxígeno	Si	No	No aplica
Jeringas de 5 cc, 20 cc y 50 cc	Si	No	No aplica
Apósito de fijación	Si	No	No aplica
Guantes desechables	Si	No	No aplica
Paños húmedos	Si	No	No aplica
Jarras plásticas con tapa	Si	No	No aplica
Tabla o inmovilizador	Si	No	No aplica
Alcohol gel glicerinado al 70 %	Si	No	No aplica

SRO de baja osmolaridad	Si	No	No aplica
Dextrosa al 5 %	Si	No	No aplica
Dextrosa al 10 % Lactato de Ringer	Si	No	No aplica
Antibióticos: Ampicilina, Gentamicina, Amoxicilina	Si	No	No aplica
Cloruro de potasio	Si	No	No aplica
Ampollas 2mEq/ml	Si	No	No aplica
Cloruro de sodio - Ampollas 2mEq/ml	Si	No	No aplica
Glóbulos rojos empaquetados	Si	No	No aplica
Agua potable	Si	No	No aplica

RESPONSABLE DE LA VISITA					
Nombres y apellidos:					
Tipo de ID:		**N° de identificación:**		**Cargo:**	

PLAN DE CAPACITACIONES

Alcaldía de Villa del Rosario Es momento de Crecer #DejandoHuella	**CRONOGRAMA DE CAPACITACIONES**	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA COLOMBIA
Objetivo	Establecer de forma organizada las intervenciones que corresponden a cada tema de capacitación propuesto para implementar las intervención de las Resoluciones 2350 de 2020 y 2465 de 2016.	

TEMAS DE CAPACITACIONES	**RESPONSABLES**	**DEL 30 DE NOVIEMBRE AL 3 DICIEMBRE**			
		30	**1**	**2**	**3**
Visita a EPS públicas que operan en el municipio, evaluando el rango del cumplimiento de la aplicabilidad de las guías de práctica clínica, protocolos, Ruta integral de atención a la Primera Infancia 2350 del 2020 Y la resolución 2465 del 2016.	María Fernanda Rodríguez Solano Lariza Luzestela Barros Cotes Natalya Alejandra Jajoy Lazo				
➢ Socialización de la Resolución 2465 de 2016 ➢ Socialización de la Ruta Integral de atención a la primera infancia 2350 del 2020.	María Fernanda Rodríguez Solano Lariza Luzestela Barros Cotes Natalya Alejandra Jajoy Lazo				
Capacitación al personal asistencial de las EPS Coosalud y NUEVA EPS, sobre la Activación de la Ruta de Atención a la desnutrición aguda en menores de 5 años.	María Fernanda Rodríguez Solano Lariza Luzestela Barros Cotes Natalya Alejandra Jajoy Lazo				
Capacitación al personal asistencial de las EPS Coosalud y Nueva EPS sobre el manejo Hospitalario y Ambulatorio de niños de 0 a 6 meses de edad con Desnutrición aguda moderada y severa.	María Fernanda Rodríguez Solano Lariza Luzestela Barros Cotes Natalya Alejandra Jajoy Lazo				
Capacitación al personal asistencial de las EPS Coosalud y Nueva EPS sobre el manejo Hospitalario y Ambulatorio de niños de 6 a 59 meses de edad con Desnutrición aguda moderada y severa.	María Fernanda Rodríguez Solano Lariza Luzestela Barros Cotes Natalya Alejandra Jajoy Lazo				

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Villa del Rosario, 18 de noviembre de 2021

SSMVR- 784-2021

Señores

COOSALUD

Villa Del Rosario, Norte de Santander

COOSALUD E.P.S.S.
En POSS de tu bienestar

19 NOV 2021

RECIBIDO FOLIO # 34446

Asunto: Verificación de cumplimiento de lo establecido en las Resoluciones 2350 de 2020 y 2465 de 2016. Y seguimiento a casos notificados en mujeres gestantes con Bajo peso y Obesidad para la Edad Gestacional.

Cordial saludo,

Conociendo la importancia del proceso de vigilancia nutricional en la población y tomando como referente que es un componente vital en la salud pública y basada en la normativa vigente: Resolución 3280 de 2018, Resolución 2350 de 2020 y Resolución 2465 de 2016, el programa de SAN de la secretaria de salud municipal, de acuerdo a los datos arrojados por el software WINSISVAN para los meses de julio, agosto, y septiembre del año en curso, se hace necesario realizar el seguimiento al sistema de vigilancia nutricional del Municipio de Villa del Rosario en todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Por lo anterior de la manera más atenta y formal me permito solicitar las historias clínicas con el fin de verificar el diagnóstico nutricional, realizar seguimiento para que con ello se logren mejorar los procesos y la atención brindada a los usuarios.

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Con el fin de dar cumplimiento a lo planteado anteriormente, me permito informar que el día 23 de noviembre a las 9:00 am, se estará realizando asistencia técnica presencial en sus instalaciones, esto con el fin de verificar cada una de las Historias Clínicas; y así poder revisar el cumplimiento del proceso de notificación y vigilancia nutricional adelantados por ustedes.

A continuación, se relacionan los datos de los niños y niñas menores de 5 años con DNT aguda moderada y severa, reportados por la entidad al SIVIGILA evento 113, así como los datos con Bajo Peso y Obesidad para la Edad Gestacional, de acuerdo con la IPS que fueron atendidos:

MUJERES GESTANTES CON BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL.

NOMBRE	IDENTIFIACIÓN	DIAGNOSTICO
DEISY VIVIANA FUENTES FUENTES	1092388745	BAJO PESO
YULI PAOLA LIZARAZO SUAREZ	1090482638	BAJO PESO
DAILY YOLIANA PATIÑO RAMIREZ	1004912828	BAJO PESO
YANETH URBINA	1092341960	BAJO PESO
YURLEY GARCIA	1092347135	BAJO PESO
DAYANA PRADA	1102352972	BAJO PESO
CLAUDIA PATRCIA ROLON	1007336047	BAJO PESO
MARIA ISABEL ESCAMILLA MALDONADO	1092356819	BAJO PESO
TATIANA SANCHEZ	1004626170	BAJO PESO
ADRIANA SANABRIA	1092350574	BAJO PESO
PAOLA FUNES	1005023851	BAJO PESO
ANGIE SHALON NOVA SILVERA	1005001040	BAJO PESO
ANA ROSALBA RINCON	1092386570	BAJO PESO
MARIA NATALI SALAZAR CONTRERAS	1094244032	BAJO PESO
YULEYSI OVALLOS CASTELLANOS	1091964690	BAJO PESO
MAIRIA GUADALUPE GARCIA CASTILLO	1090504505	BAJO PESO
DAYANA LOPEZ	1093592113	BAJO PESO
TANIA GISELA MORENO NIÑO	1092334149	BAJO PESO
MARIA ISABEL ESCAMILLA MALDONADO	1092356819	BAJO PESO
DAYLI PATIÑO	3007664375	BAJO PESO
NUITH MICHELL VARON CAMACHO	1004912543	BAJO PESO
KAREM DEUJEINNY ESCOBAR QUINTERO	1149460054	BAJO PESO

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL
MUJERES GESTANTES CON OBESIDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL.

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIAGNOSTICO
LINDA NATALY CONTRERAS JAIMEZ	1092350714	OBESIDAD
CHIRLEY GOMEZ RODRIGUEZ	1048994676	OBESIDAD
LEYDI LORENA MENDOZA DURAN	1092354993	OBESIDAD
ELIANDRY MENDOZA	810552103051994	OBESIDAD
EDDY AYALA	1092347760	OBESIDAD
ANGELLICA DUEÑAS	1007011466	OBESIDAD
TATIANA HIGUERA	1092389563	OBESIDAD
TATIANA SANCHEZ	1004626170	OBESIDAD
ANGUIE FERNANDA ORTIZ LOZANO	1004921644	OBESIDAD
ELIANDRYS DEL VALLE MANDOZA PEROZO	81055210305198	OBESIDAD
MARIA FERNANDA PEÑA GUTIERREZ	1090468261	OBESIDAD
ADRIANA SANABRIA	1092350574	OBESIDAD
TATIANA HIGUERA	1092389563	OBESIDAD

MUJERES GESTANTES CON SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL.

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIAGNOSTICO
LISETH CALLE	1004810655	SOBREPESO
PIEDAD LONELA LIZCANO SIERRA	1090517347	SOBREPESO
YEIMI LOZANO LEON	1092355729	SOBREPESO
DEISY GILMAR VILLAMIZAR CORDOBA	1090403568	SOBREPESO
MARIA ISIDRO	1090502971	SOBREPESO
LUZ MARINA RODRIGUEZ	1092176005	SOBREPESO
CEYDI DIAZ VARGAS	1092350328	SOBREPESO
MARLYN SELENA DELGADO RODRIGUEZ	1092364855	SOBREPESO
IRBEILYS DEL CARMEN MORA CORONADO	1127051308	SOBREPESO
SHIRLEY PUENTES	1149462883	SOBREPESO
ELIZABETH LIZARASO ROJAS	1065585245	SOBREPESO
GREYSI BRICEÑO	37507400	SOBREPESO
MARIA JIMENEZ	1004914531	SOBREPESO

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

LISBETH KATERIN NAVARRO GUERRERO	1092339507	SOBREPESO
KELLY ESTUPIÑAN	1092347607	SOBREPESO
CAROLINA CONTRERAS	1092345148	SOBREPESO
DEISY GILMAR VILLAMIZAR CORDOBA	1090403568	SOBREPESO
DARLY YULISSA BARRERA TRUJILLO	1092363010	SOBREPESO
LUZ DANIELA ZABALA SANGUINO	109236008	SOBREPESO
YEYMI PEINADO	1092354445	SOBREPESO
LUZ MARINA RODRIGUEZ	1092176005	SOBREPESO
YENIFER MONCADA CASTRO	1092349282	SOBREPESO
KELLY ESTUPIÑAN	1092347607	SOBREPESO
LUCILA SUESCUM	1092334555	SOBREPESO
CEYDI DIAZ VARGAS	1092350328	SOBREPESO
YEYMI PEINADO	1092354445	SOBREPESO
LILIAN ALEXANDER HERNADEZ GARCIA	1148219466	SOBREPESO
LUCILA SUESCUM	1092334555	SOBREPESO

NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DNT AGUDA MODERADA Y SEVERA

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	DIAGNÓSTICO	FECHA DE NOTIFICACIÓN
RC. 1092397222	Yerack Isaac Prato Rincón	Desnutrición aguda Moderada	06/07/2021
RC. 1222254922	Miguel Ángel Rodríguez Noguera	Desnutrición aguda Severa	06/07/2021
R.C.1092397192	Juan Diego Orduz Bohorquez	Desnutrición Aguda Moderada	16/ 7/2021
R.C. 1093611271	Juan Diego Zambrano Ruiz	Desnutrición Aguda Moderada	6/ 8/2021
R.C. 1092028129	Ian Leon Herrera	Desnutrición Aguda Severa	9/ 8/2021
R.C. 1092397464	Thiago Alonso Cuervo Chavez	Desnutrición Aguda Severa	9/ 8/2021

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Villa del Rosario, 18 de noviembre de 2021

SSMVR-783-2021

Señores

NUEVA EPS

Villa Del Rosario, Norte de Santander

18/Nov/2021
11:06am
Nuevaeps

Asunto: Verificación de cumplimiento de lo establecido en las Resoluciones 2350 de 2020 y 2465 de 2016. Y seguimiento a casos notificados en mujeres gestantes con Bajo peso y Obesidad para la Edad Gestacional.

Cordial saludo,

Conociendo la importancia del proceso de vigilancia nutricional en la población y tomando como referente que es un componente vital en la salud pública y basada en la normativa vigente: Resolución 3280 de 2018, Resolución 2350 de 2020 y Resolución 2465 de 2016, el programa de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) de la secretaria de salud municipal, de acuerdo a los datos arrojados por el software WINSISVAN para los meses de julio, agosto, y septiembre del año en curso, se hace necesario realizar el seguimiento al sistema de vigilancia nutricional del Municipio de Villa del Rosario en todas las Entidades Promotoras de Salud (EPS). Por lo anterior de la manera más atenta y formal me permito solicitar las historias clínicas con el fin de verificar el diagnóstico nutricional, realizar seguimiento para que con ello se logren mejorar los procesos y la atención brindada a los usuarios.

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

Con el fin de dar cumplimiento a lo planteado anteriormente, me permito informar que el día 23 de noviembre a las 10:30 am, se estará realizando asistencia técnica presencial en sus instalaciones, esto con el fin de verificar cada una de las Historias Clínicas; y así poder revisar el cumplimiento del proceso de notificación y vigilancia nutricional adelantados por ustedes.

A continuación, se relacionan los datos de los niños y niñas menores de 5 años con DNT aguda moderada y severa, reportados por la entidad al SIVIGILA evento 113, así como los datos con Bajo Peso y Obesidad para la Edad Gestacional, de acuerdo con la IPS que fueron atendidos:

MUJERES GESTANTES CON BAJO PESO PARA LA EDAD GESTACIONAL.

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIAGNOSTICO
YASMIN ESCOLASTICO	1004911654	BAJO PESO
ANGY CARDENAS	1092363042	BAJO PESO
INGRID DANIELA ORTEGA HERNANDEZ	1093801421	BAJO PESO
NAILETH ALVAREZ RIOBO	1065567989	BAJO PESO
YESSICA GOMEZ	1099542532	BAJO PESO
ANDREA ROMERO	1094708132	BAJO PESO
ALEXA DAYANA CORREDOR PLAZAS	1004910783	BAJO PESO
ALEXA DAYANA CORREDOR PLAZAS	1004910783	BAJO PESO
ROSA FLOREZ	1092356902	BAJO PESO
DIANA ARIAS	1004914241	BAJO PESO
ROSAURA CONTRERAS CAÑAS	1090435829	BAJO PESO
YENY KARINA DUARTE GARZA	1092356167	BAJO PESO
YASMIN ESCOLASTICO	1004911654	BAJO PESO
LUZ SANCHEZ	1093800830	BAJO PESO
BLANCA ANDRAE CABELLO	24121095	BAJO PESO
CECILIA BARRIOS	1090537243	BAJO PESO
DANIELA SERRANO	1127060710	BAJO PESO

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

DAYANA BARRERA	1004877945	BAJO PESO
DAILY DAYANA BARRERA RINCON	1004877945	BAJO PESO
ALEXA DAYANA CORREDOR PLAZAS	1004910783	BAJO PESO
INES CAROLINA RANGEL GONZALEZ	8,16121E+13	BAJO PESO
NAILETH XIOMARA GOMEZ SANCHEZ	1127059802	BAJO PESO
DIANA ARIAS	1004914241	BAJO PESO
MARIA GREGORIA TOSCANO HERNANDEZ	1004914083	BAJO PESO
FRANCELINA TARAZONA	1092361729	BAJO PESO
KAREN LISSETE TREJO GOMEZ	83206740910203	BAJO PESO
MARLYN YESENIA CASTAÑEDA PINZON	1094285991	BAJO PESO
SANDRA FLOREZ	1005231452	BAJO PESO
LAURA PACHECO	1092358276	BAJO PESO
INES CAROLINA RANGEL	816120702011998	BAJO PESO
SANDRA MILENA MARTINEZ PRADA	1092353683	BAJO PESO
ANGY TARAZONA	1092364615	BAJO PESO
YULY SANDOVAL	1092358179	BAJO PESO
ERIKA NATALIA SOTO ENEMESICA	1004878419	BAJO PESO
DIANA ARIAS	1004914241	BAJO PESO
MAYERLY RODRIGUEZ ROJAS	1004904375	BAJO PESO
CECILIA BARRIOS	1090537243	BAJO PESO
ROSA FLOREZ	1092356902	BAJO PESO

MUJERES GESTANTES CON OBESIDAD PARA LA EDAD GESTACIONAL.

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIAGNOSTICO
BETZABE CAROLINA MONSALVE COLMENARES	1092394606	OBESIDAD
YENIRE SCARLEN NIETO TORRES	1007998979	OBESIDAD
ANA SANCHEZ	1127574012	OBESIDAD
YENIRE SCARLEN NIETO TORRES	1007998979	OBESIDAD
BETZABE CAROLINA MONSALVE COLMENARES	1092394606	OBESIDAD
SANDY CONTRERAS	1214214462	OBESIDAD
LUISA PAOLA JIMENEZ RAMIREZ	1127058387	OBESIDAD
GRACIELA GREGORINA ROSAL GONZALEZ	1415269	OBESIDAD
INGRID DANIELA ORTEGA HERNANDEZ	1093801421	OBESIDAD
DORELSY SALAS PRATO	809492321111978	OBESIDAD

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

MARIA GABRIELA CUNA DUQUE	830642129081988	OBESIDAD
YENIRE SCARLEN NIETO TORRES	1007998979	OBESIDAD

MUJERES GESTANTES CON SOBREPESO PARA LA EDAD GESTACIONAL.

NOMBRE	IDENTIFICACIÓN	DIAGNOSTICO
YENIFER GUERRERO ORDUZ	1092344717	SOBREPESO
LEIDY HERNANDEZ MEZA	1092348517	SOBREPESO
KLEEYN FORERO PIMIENTO	1121668955	SOBREPESO
YOXIMAR REYES TORRADO	1128225429	SOBREPESO
LUZ MERY JAIMES	68297748	SOBREPESO
KATIUSKA LIZARAZO	1148709803	SOBREPESO
LUZ REINOSA	37507596	SOBREPESO
YENY PATRICIA RIAÑO CORZO	1092345974	SOBREPESO
CARMEN GRANADOS	1243138473	SOBREPESO
MILEYDI PARRA	1004797251	SOBREPESO
LUZ ANDREA WICHES	1092353082	SOBREPESO
YARITZA SILVA	1149463111	SOBREPESO
ROSMELY DIAZ	810062318101989	SOBREPESO
COROMOTO VASQUEZ	832620016101977	SOBREPESO
LISSETTE MAGALY MORA CARDENAS	1092347253	SOBREPESO
GLORIA CASTILLEJO	1092358882	SOBREPESO
ESMERALDA TORRES	1012379130	SOBREPESO
DAYANA ACEVEDO	1092335819	SOBREPESO
SAIDA ALEJANDRA MORENO MARTINEZ	1010088752	SOBREPESO
YEIDI ESTEFANIA ORTEGA ADARME	1092334043	SOBREPESO
YURY ANDREA AYALA RAVELO	1092345355	SOBREPESO
MARITZA AGUDELO OVALLES	1092340599	SOBREPESO
EDMALIOSKA ROSMELY DIAZ OLMEDO	81006231810198	SOBREPESO
KARINA MARQUEZ	1092339460	SOBREPESO
INGRID PAOLA ROJAS RAMIREZ	1092347953	SOBREPESO
ANA RUBI RUIZ RINCON	1092357486	SOBREPESO
YOLANDA DERSY ORELLANA JARAMILLO	1149462842	SOBREPESO
ANGIE MARIA RAMITREZ ARCINIEGAS	1010102747	SOBREPESO
KATHERINE YANETH TARACHE PARADA	1090536469	SOBREPESO
LUZ ANDREA WICHES	1092353082	SOBREPESO
JOHANA DURAN	1127052736	SOBREPESO
KATHERY YANELITH RAMIREZ CARRILLO	1127062461	SOBREPESO
CARMEN GRANADOS	1243138473	SOBREPESO
ESMERALDA TORRES	1012379130	SOBREPESO
YENIFER ANDREA PEREZ VELASCO	1127047892	SOBREPESO
TORCOROMA MARTINEZ	1007925119	SOBREPESO

Escaneado con CamScanner

PROGRAMA DE SEGURIDAD ALIMENTARIA Y NUTRICIONAL

ZULI ANDREA OCHOA	1092363688	SOBREPESO
MILEYDI PARRA	1004797251	SOBREPESO
DIANA CAROLINA SIERRA	1092343028	SOBREPESO
YEIDI ESTEFANIA ORTEGA ADARME	1092334043	SOBREPESO
ANDRY YURLEY PEREZ HERNANDEZ	1092354911	SOBREPESO
YANETH ALEXANDRA GONZALEZ IZAQUITA	1093798767	SOBREPESO

NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS CON DNT AGUDA MODERADA Y SEVERA

IDENTIFICACIÓN	NOMBRE	DIAGNÓSTICO	FECHA DE NOTIFICACIÓN
RC.1092027196	Jhosua Alejandro Guerrero Jaimez	Desnutrición aguda Moderada	06/07/2021
RC. 1090543877	Yonielys Alejandra Parra Colmenares	Desnutrición aguda Moderada	07/07/2021
RC. 1092025012	Alana Guadalupe Franco Galban	Desnutrición Aguda Moderada	14/ 7/2021
RC.1030048652	Rosa Milagros Gomez Gomez	Desnutrición Aguda Severa	21/ 7/2021
RC.1090544405	Deret Emiliano Somaza Moreno	Desnutrición Aguda Severa	21/ 7/2021
RC.1092026530	Orlando Josue Sanchez Ramos	Desnutrición Aguda Moderada	21/ 7/2021
RC.1093314945	Deyna Sofia Sanchez Peña	Desnutrición Aguda Severa	26/ 7/2021
RC. 1030050514	Rainbocu Rodriguez	Desnutrición Aguda Severa	9/ 8/2021
RC.1092027667	Lauren Gabriela Acero Blanco	Desnutrición Aguda Severa	9/ 8/2021

Escaneado con CamScanner

INFORME DE CAPACITACIÓN DE LA RESOLUCIÓN:
2465 DE JUNIO DEL 2016 Y 2350 DEL 2020

Inicialmente se radico el oficio para la capacitación de la EPS COOSALUD, se definió que el día 30 de noviembre de 2021 a las 2:00 pm se conectaría el personal asistencial de para llevara cabo la capacitación de las dos resoluciones.

En el día propuesto, se inicia con el saludo, presentación de la estudiantes de X semestre de prácticas de campos de acción profesional para realizar la respectiva socialización de las actividades a desarrollar durante el tiempo que se llevó a cabo teniendo en cuenta una tabla de contenido con los respectivos puntos a tratar, seguidamente se hace le dice al personal que se les enviara un link para que cada uno diligencie el formulario de asistencia, por otro lado se dio inicio a la presentación por medio de una presentación de diapositivas en la cuales se evidenció lo más relevante a tratar, seguidamente se resuelven las dudas e inquietudes que tuvieron los asistente y se da por finalizada la jornada con agradecimientos por estar presente en la reunión.

Resolución 2465 de 2016

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. Clasificación nutricional según indicadores antropométricos: Para la clasificación antropométrica del estado nutricional se debe tener en cuenta:

a. El indicador antropométrico.
b. El patrón de referencia.
c. Los puntos de corte.

Las consideraciones que se presentan a continuación, se determinan a partir de estos aspectos para cada grupo de edad

Niños y niñas menores de 5 años de edad (de 0 a 59 meses

En el grupo de niños y niñas de 0 a 4 años 11 meses y 29 días de edad, se utilizaránlos siguientes indicadores antropométricos a nivel individual: Peso para la Talla - P/T, Talla para la Edad - T/E y Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E, para determinar la evolución del crecimiento y parte del desarrollo de los niños y niñas.

Cuadro No. 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de Uso
Peso para la Talla (P/T)	> +3	Obesidad	Individual y Poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	
	< -3	Desnutrición Aguda Severa*	
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	
Perímetro Cefálico para la Edad (PC/E)	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	
	≥ -2 a ≤ 2	Normal	
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	

Perímetro del brazo

Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicadaen todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgode muerte por desnutrición.

Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir lasatenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la

desnutrición aguda (Resolución 5406 de 2015). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.

Uso de las gráficas

En primer lugar, debe establecerse la edad, el peso y la estatura del niño o niña. La clasificación para cada indicador se obtiene con la intersección de la línea vertical con la línea horizontal. La unión de los puntos en controles de crecimiento sucesivos permite expresar gráficamente la tendencia de crecimiento del niño o niña y detectar precozmente alteraciones del mismo. Si un niño o niña tiene un patrón de crecimiento normal, la curva generada por la unión de los puntos debe desplazarse a lo largo de un canal siguiendo una línea paralela a la mediana de la población de referencia. Aplanamientos de la curva de crecimiento o cambios en el canal en niños que evolucionaban en el rango normal deben ser debidamente investigados y evaluados. Las gráficas deben imprimirse mínimo en tamaño de media hoja oficio, con el fin de garantizar una correcta ubicación de las variables de peso, talla y edad y permitir un adecuado seguimiento en los controles





Toma de medidas antropométricas

Durante la capacitación se dio a conocer la importancia de una buena toma de medidas antropométricas puesto que es muy importante obtener datos veraces, es decir, garantizar que estos sean lo más fidedignos posibles, Para eso se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones.

- ✓ Se debe realizar la estandarización periódica en la toma de medidas antropométricas al personal que hace las valoraciones
- ✓ Se debe garantizar que las instituciones cuenten con equipos adecuados para las mediciones

según la edad.

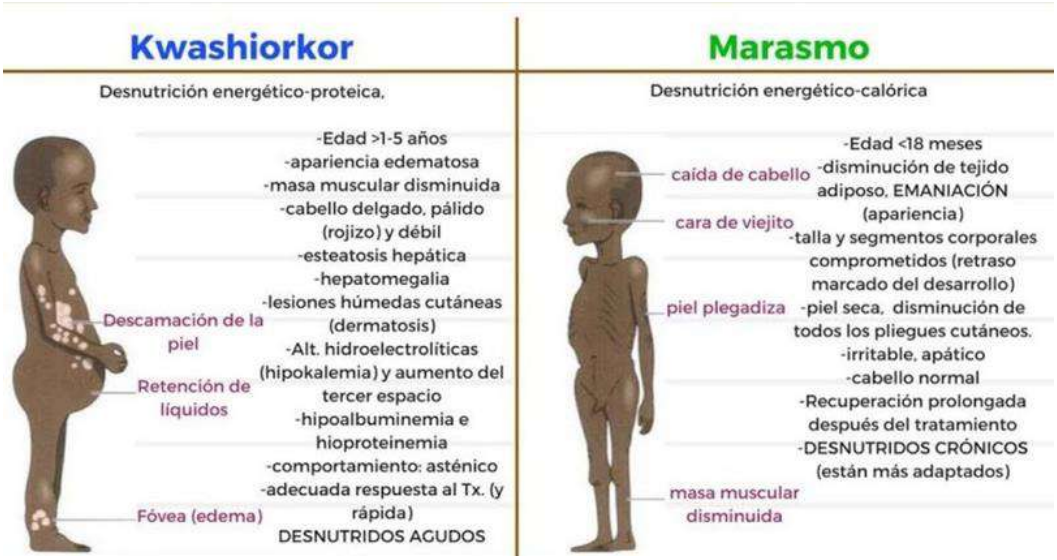
- ✓ Los equipos deben tener un proceso de mantenimiento y calibración periódica de los mismos.

Señales de alerta para detectar a tiempo desnutrición infantil.

Se proyecto durante la presentación una imagen con características físicas y comportamentales de la desnutrición infantil teniendo en cuenta que pueden ver a simple vista.



Señales de alerta para detectar a tiempo desnutrición infantil



Se conoce a un niño desnutrido por presentar **signos de alarma** como:

- ✓ Bajo peso
- ✓ Falta de apetito
- ✓ No tiene ganas de jugar
- ✓ Se cansa rápido
- ✓ Es un niño irritable
- ✓ Enfermedades frecuentes o de mayor duración

RESOLUCIÓN 2350 DEL 2020

Se realizó una breve introducción de la resolución para dar continuidad a la capacitación iniciando con la explicación de lo que se adopta en el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, niños de 0 a 59 meses.

Puntos de actualización

- ✓ Conceptualización fisiopatológica desnutrición aguda y síndrome de realimentación.
- ✓ Secuencialidad en las intervenciones requeridas a través del ABCDARIO terapéutico
- ✓ Fortalece manejo de niños menores de 6 meses: se prioriza la recuperación con la lactancia materna, se incluye la posibilidad de recuperación para niños en los que sea imposible retomar la práctica de lactancia materna.
- ✓ Principios básicos de diagnóstico: Valoración antropométrica y clínica, complicaciones o comorbilidades, escenario manejo: hospitalización o ambulatorio.
- ✓ Actualizan los requerimientos nutricionales para el inicio progresivo de la alimentación tanto para el manejo intrahospitalario como ambulatorio.
- ✓ Indicadores para seguimiento y monitoreo para IPS, EAPB Y ETS.

Responsables

Secretaria de salud:

- ✓ Aseguramiento
- ✓ Fortalecimiento de capacidades
- ✓ Vigilancia en salud
- ✓ Vigilancia y control
- ✓ Línea de base de adherencia de los lineamientos.
- ✓ Articulación intersectorial.

Entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB)

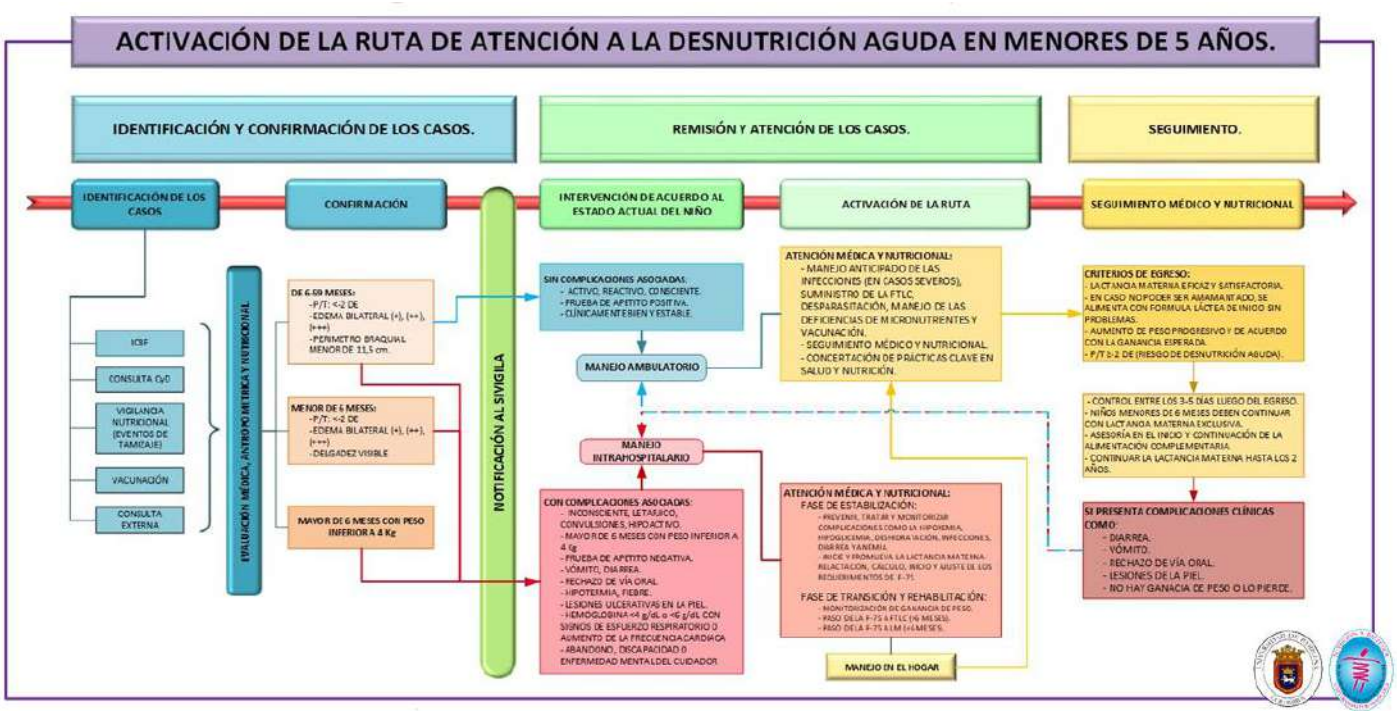
- ✓ Aseguramiento
- ✓ Calidad y oportunidad en la atención
- ✓ Referencia y contra referencia
- ✓ Red prestadora: Equipos antropométricos, enfoque diferencial, búsqueda activa, atención

diferencial, búsqueda activa, atención extramural, tratamiento, seguimiento, adherencia implementación lineamiento.

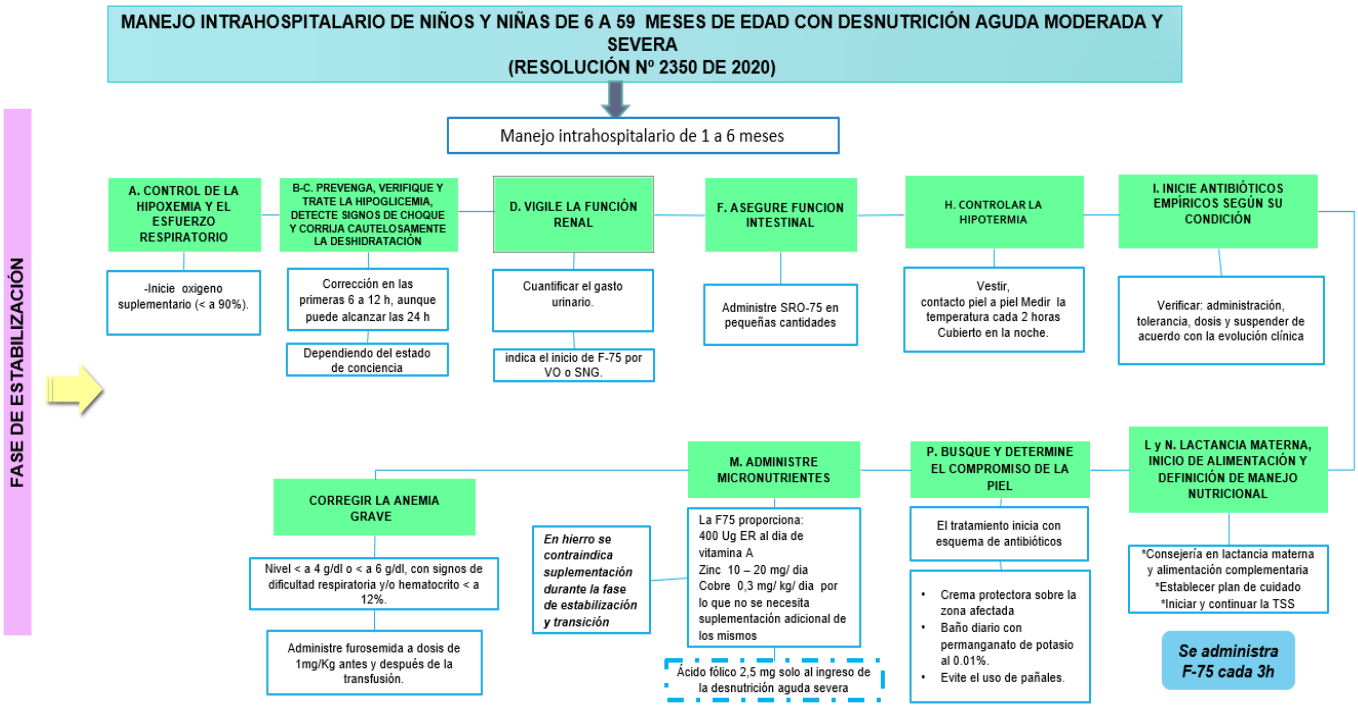
Instituciones prestadoras de salud:

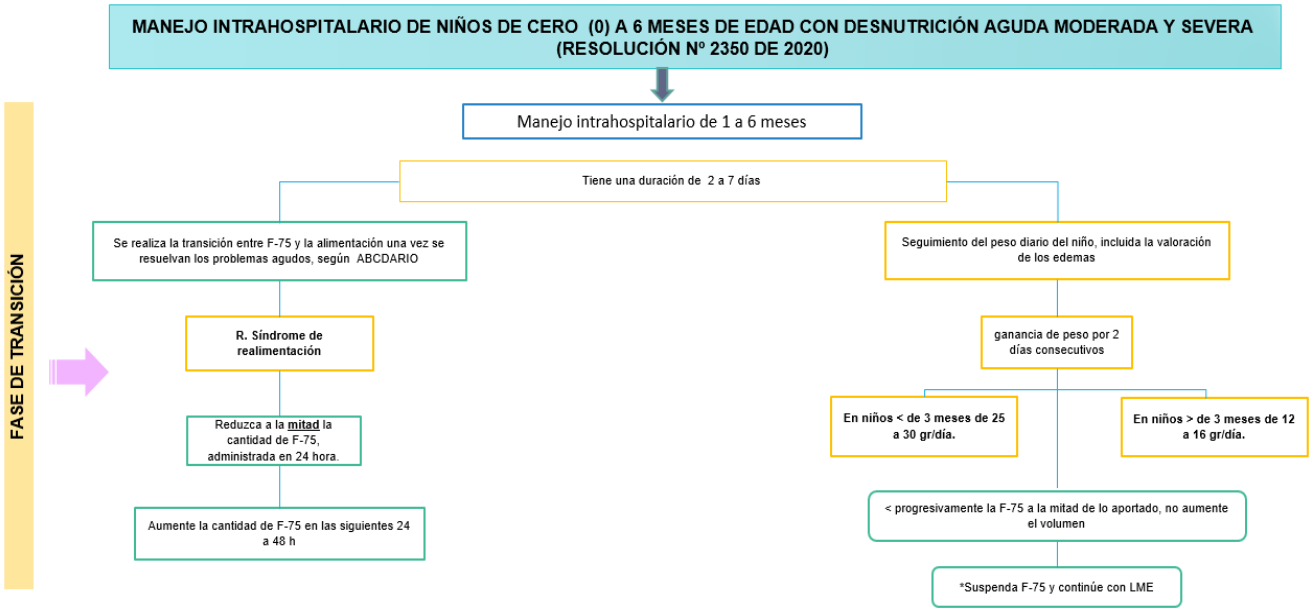
- ✓ Prestación de servicios de calidad y oportunidad.
- ✓ Equipos antropométricos
- ✓ Enfoque diferencial
- ✓ Búsqueda activa
- ✓ Atención extramural
- ✓ Tratamiento seguimiento
- ✓ Adherencia implementación lineamiento
- ✓ Notificación
- ✓ Fortalecimiento de capacidades.

RESOLUCIÓN 2350 DE 2020: Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad.
Fija las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud.
Las disposiciones contenidas en esta resolución son de obligatorio cumplimiento.

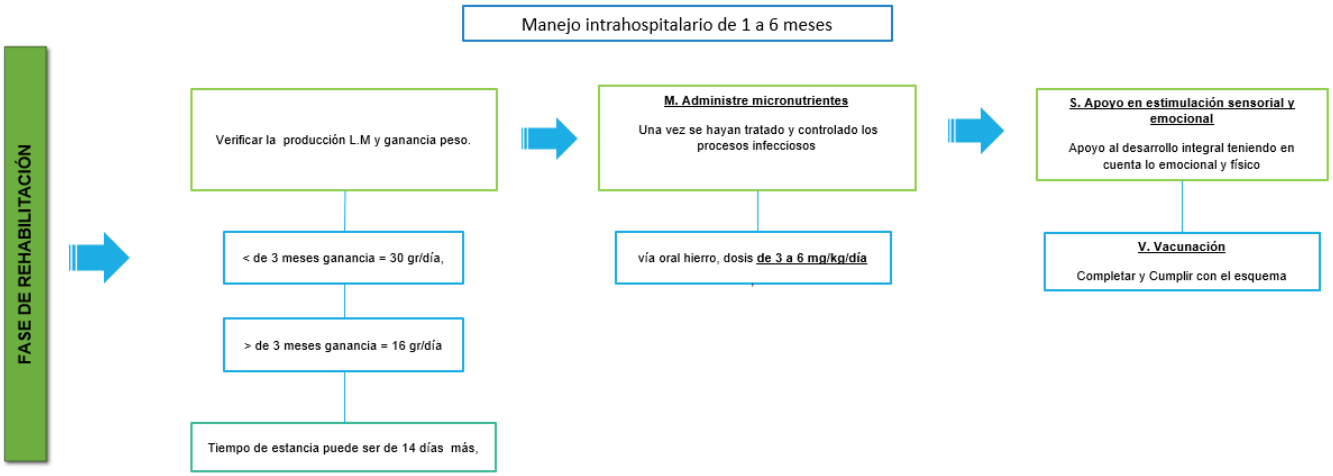


MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)



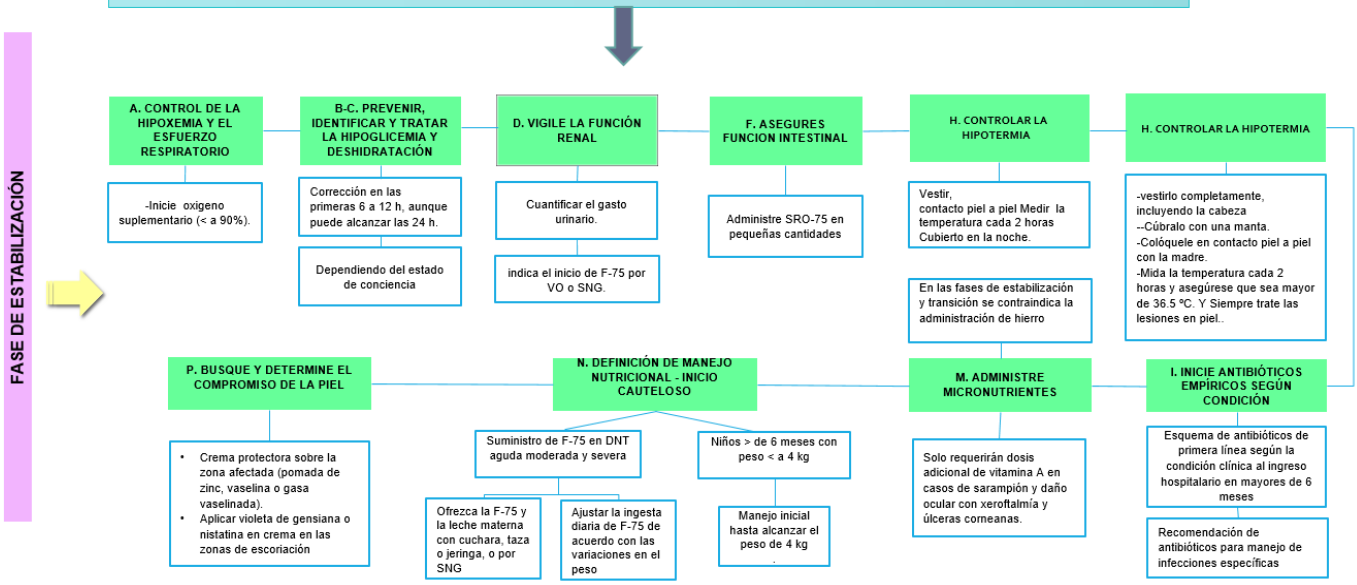


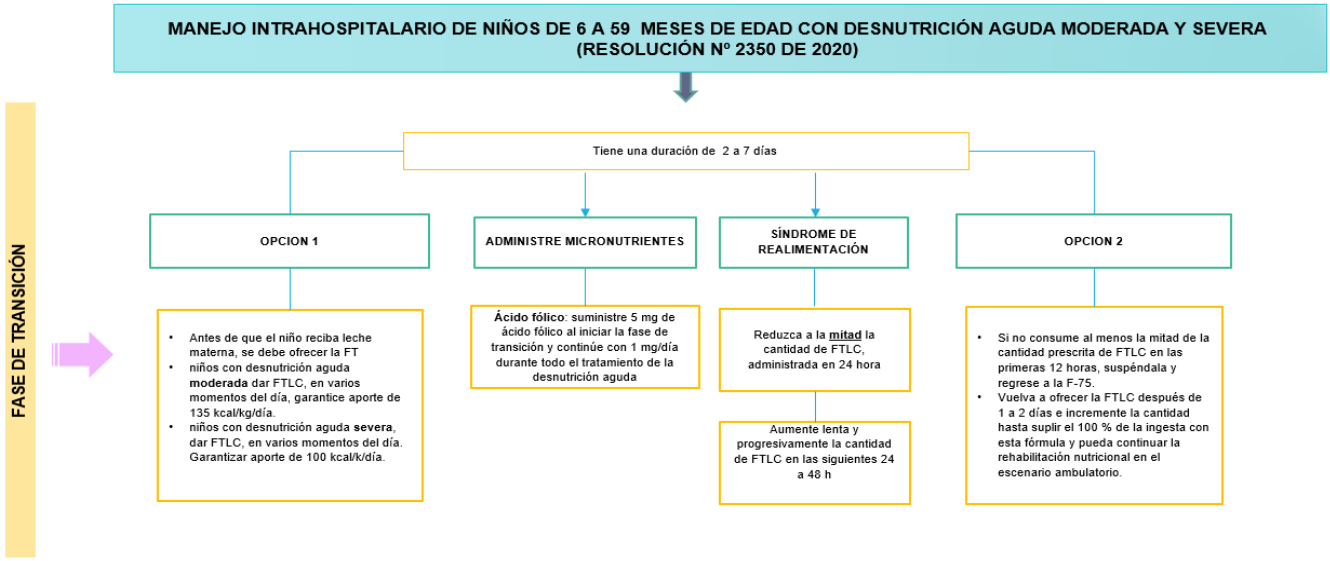
MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS DE CERO (0) A 6 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)

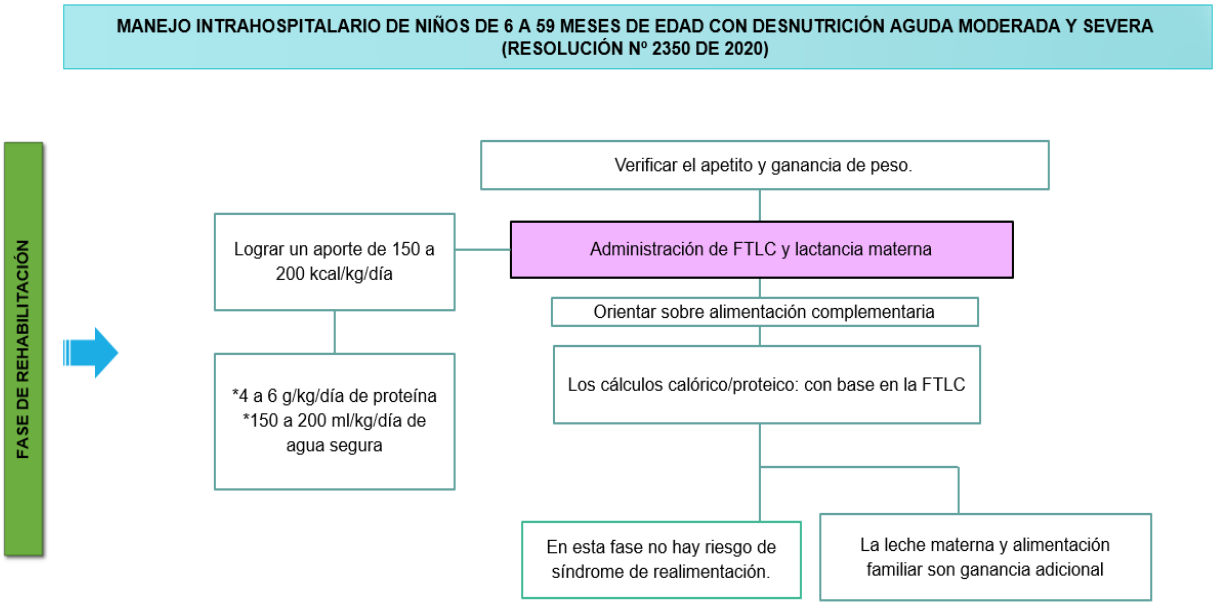


MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)

MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)







CASO PRÁCTICO

Manejo hospitalario en niños con DNT aguda moderada y severa de 0 a 6 meses de edad.

Ejemplo:
Fecha de nacimiento: 28/06/2021
Sexo Femenino
Peso: 4kg
Talla: 59cm
Pz: -3.86
Edad: 4 Meses
Sin EDEMA

- FASE DE ESTABILIZACIÓN

MOMENTO/ HORAS	CANTIDAD DE F-75	KCAL/kg	FRECUENCIA
PRIMERAS 24 HORAS	7ml/kg =28 mL	42 Kcal/kg= 42*4= 168kcal	Cada 3 horas
25 A 48 HORAS	10ml/kg= 10*4= 40ml	60kcl/kg= 60*4= 240kcal	Cada 3 horas

- FASE DE TRANSICIÓN

Niños amantados: Disminuya progresivamente la F-75 a la mitad de lo aportado, no aumente el volumen. Suspenda F-75 y continúe con LME

Niños sin posibilidad de ser amantados:

MOMENTO/DÍA	CANTIDAD DE F-75	KCAL/kg	FRECUENCIA
DÍA 3	13 ml/kg= 13*4= 52ml	80*4Kcal/kg= 80*4=320Kcal	Cada 3 horas
DÍA 4	17ml/kg/3h= 68 ml	100kcal/kg/3h= 400Kcal	Cada 3 horas

Tener en cuenta la ganancia de peso por 2 días consecutivos= >3 meses de 12 a 16gr/día

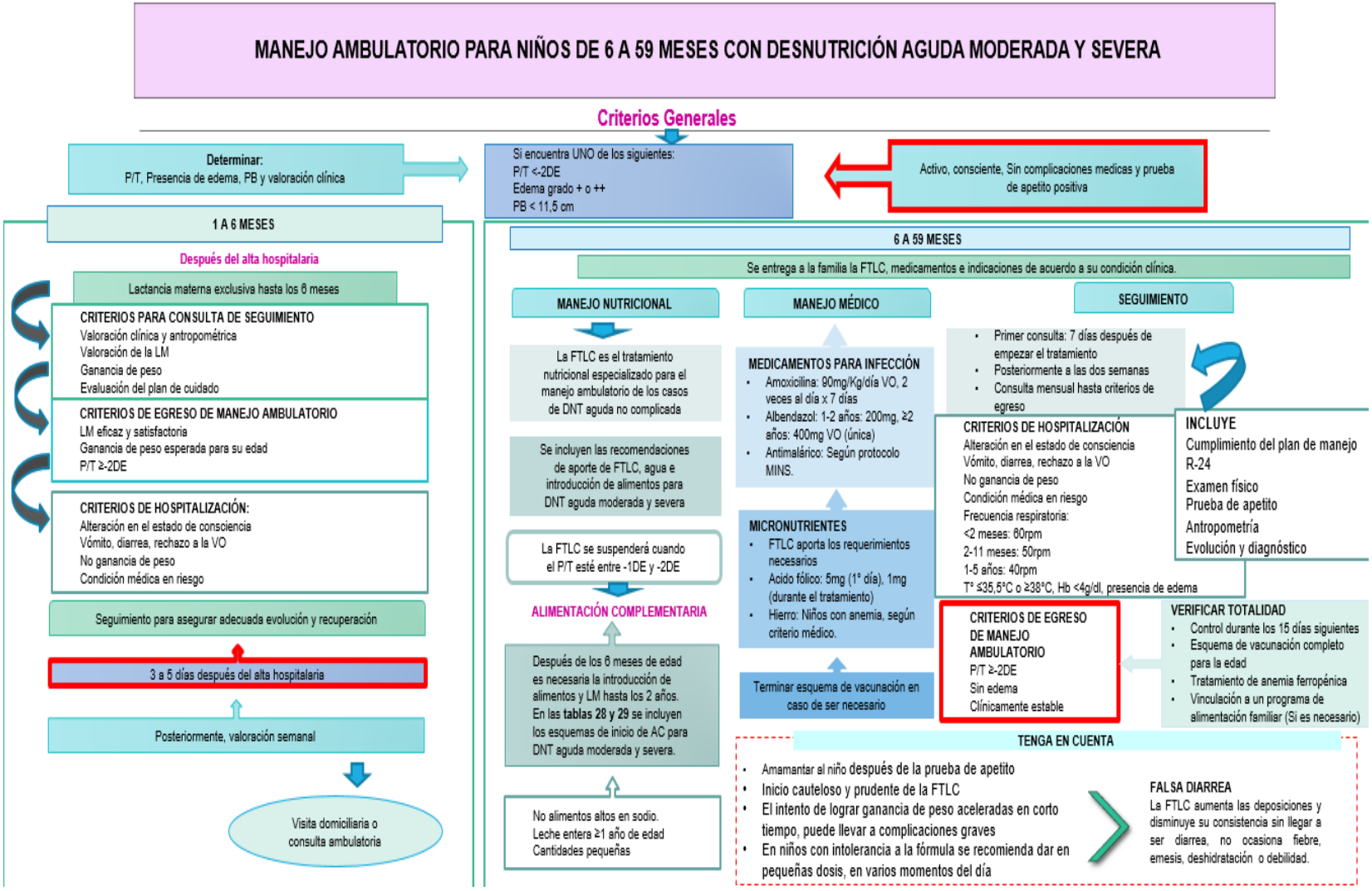
Día 5:

TIPO DE FÓRMULA	CANTIDAD	KCAL/Kg	FRECUENCIA
F-75 (85%)	19ml/kg= 77 ml	98Kcal/Kg= 395Kcal	Cada 3 horas
Fórmula de inicio (15%)	3ml/kg= 3*4= 12	17kcal/kg= 68 kcal	Cada 3 horas

DÍA	PESO ACTUAL	F-75		FORMULA DE INICIO		FRECUENCIA
		CANTIDAD	KCAL/Kg	CANTIDAD	KCAL/Kg	
DÍA 6	4.032 kg	15ml/kg= 60ml (70%)	88Kcal/kg= 354Kcal	7ml/kg= 28ml (30%)	38kcal/kg= 153Kcal	Cada 3 horas
DÍA 7	4.060 kg	12ml/kg= 49 ml (55%)	74kcal/kg= 300Kcal	11ml/kg= 45ml (45%)	61kcal/kg= 248Kcal	Cada 3 horas
DÍA 8	4.070kg	11ml/kg= 45ml	64kcal/kg= 260Kcal	18ml/kg=73ml	96kcal/kg=391Kcal	Cada 3 horas

DÍA	PESO ACTUAL	F-75		FORMULA DE INICIO		FRECUENCIA
		CANTIDAD	KCAL/Kg	CANTIDAD	KCAL/Kg	
DÍA 9	4.080 kg	8ml/kg = 33 ml	25kcal/kg = 102 kcal	25ml/kg/3h= 102ml	135kcal/kg/3h=550 Kcal	Cada 3 horas
DÍA 10	4.1Kg	-	-	37ml/kg= 152ml (100%)	200kcal/kg=820Kcal	Cada 3 horas

MANEJO AMBULATORIO PARA NIÑOS DE 6 A 59 MESES CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA



BICENTENARIO
Constitución de Villa del Rosario de Cúcuta
1821 - 2021
Norte de Santander, el lugar donde todo comenzó

Alcaldía de Villa del Rosario
Es momento de Crecer
#Dejando Huella

CASO PRÁCTICO

Manejo ambulatorio en niños con DNT aguda moderada

Día	Energía para cubrir con FTLC	Agua potable	Otros alimentos
1 a 7	150 kcal/kg /día	100 a 150 ml/kg/día	Leche materna y alimentación familiar. Ver Tabla 28
8 a 15	200 kcal/kg/día Si queda con hambre con 150 kcal/kg/día	100 a 150 ml/kg/día	
15 a 30 a egreso	200 kcal/kg/día	100 a 150 ml/kg/día	

Fecha de atención	**25/11/2021**
Fecha de nacimiento	3/08/2029
Edad	2 años 3 meses
Sexo	Femenino
Peso	6,5 kg
Talla	68 cm
PZ	-2.22 Desnutrición aguda moderada
Kcal FTLC	500 kcal

1 A 7 días		
150 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 7 días
150*6,5= 975	2	14
8 a 15 días		
150 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 8 días
150*6,5= 975	2	16
15 a 30 días		
200 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 15 días
200*6.5=1300	2,5	38
Total Sobres por 30 días		68

Manejo ambulatorio en niños con DNT aguda severa

Día	Requerimiento de energía para cubrir con FTLC	Agua potable	Otros alimentos
1 a 3	80 kcal/kg /día (Restar 5 % o 10 % del peso en caso de edema).	Entre 90 y 150 ml/ kg/día	Leche materna NO consumo de otras alimentos.
4a7	100 kcal/kg/día (Restar 5 % o 10 % del peso en caso de edema).	Entre 90 y 150 ml/ kg/día	Leche materna NO consumo de otras alimentos.
8 a 15	135-150 kcal/kg/día. Ajustar si queda con hambre.	150ml/kg/día.	Leche materna alimentación complementaria y familiar. Ver Tabla 28.
15 a 30	150-200 kcal/kg/día.	150ml/kg/día.	En aquellos niños con desnutrición aguda severa, la introducción de alimentos debe hacerse a los 8 días de iniciado el tratamiento en pequeñas cantidades, como se observa en la Tabla 29.

Fecha de atención	**25/11/2021**
Fecha de nacimiento	23/10/2017
Edad	4 años y 51 mes
Sexo	Masculino
Peso	6,6 kg
Talla	70 cm
PZ	-3.32
Kcal FTLC	500 kcal

1 A 3 días		
80 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 3 días
80*6,6kg=528	1,06	3
4 a 7 días		
100 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 7 días
100*6,6kg=660	1,32	9
8 a 15 días		
150 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 8 días
150*6,6kg=990	1,98	16

	15 a 30 días	
200 kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 15 días
200*6,6kg=1320	2,64	40
Total Sobres por 30 días		68

INFORME DE CAPACITACIÓN DE LA RESOLUCIÓN: 2465 DE JUNIO DEL 2016 Y 2350 DEL 2020. DIRIGIDA AL PERSONAL ASISTENCIAL DE LA E.S.E HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM DEL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO

Inicialmente se radico el oficio para la capacitación de la .S.E HOSPITAL JORGE CRISTO SAHIUM DEL MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO, se definió que el día 2 de diciembre 2021 a las 2:00 pm se conectaría el personal asistencial para llevara cabo la capacitación de las dos resoluciones.

En el día propuesto, se inicia con el saludo, presentación de la estudiantes de X semestre de prácticas de campos de acción profesional para realizar la respectiva socialización de las actividades a desarrollar durante el tiempo que se llevó a cabo teniendo en cuenta una tabla de contenido con los respectivos puntos a tratar, seguidamente se hace le dice al personal que se les enviara un link para que cada uno diligencie el formulario de asistencia, por otro lado se dio inicio a la presentación por medio de una presentación de diapositivas en la cuales se evidenció lo más relevante a tratar, seguidamente se resuelven las dudas e inquietudes que tuvieron los asistente y se da por finalizada la jornada con agradecimientos por estar presente en la reunión.

Resolución 2465 de 2016

Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. Clasificación nutricional según indicadores antropométricos: Para la clasificación antropométrica del estado nutricional se debe tener en cuenta:

a. El indicador antropométrico.
b. El patrón de referencia.
c. Los puntos de corte.

Las consideraciones que se presentan a continuación, se determinan a partir de estos aspectos para cada grupo de edad

Niños y niñas menores de 5 años de edad (de 0 a 59 meses

En el grupo de niños y niñas de 0 a 4 años 11 meses y 29 días de edad, se utilizaránlos siguientes indicadores antropométricos a nivel individual: Peso para la Talla - P/T, Talla para la Edad - T/E y Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E, para determinar la evolución del crecimiento y parte del desarrollo de los niños y niñas.

Cuadro No. 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de Uso
Peso para la Talla (P/T)	> +3	Obesidad	Individual y Poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	
	< -3	Desnutrición Aguda Severa*	
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	
Perímetro Cefálico para la Edad (PC/E)	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	
	≥ -2 a ≤ 2	Normal	
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	

Perímetro del brazo

Es una medida complementaria a los indicadores antropométricos descritos, está indicadaen todos los niños y niñas desde los 6 hasta los 59 meses de edad y está asociada a riesgode muerte por desnutrición.

Si el niño o niña tiene menos de 11,5 centímetros en el perímetro del brazo, debe recibir lasatenciones descritas en la ruta específica y el lineamiento de atención integrada a la

desnutrición aguda (Resolución 5406 de 2015). La medición del perímetro del brazo no reemplaza la toma de peso y talla, por lo cual se considera un criterio independiente y complementario a la clasificación antropométrica nutricional.

Uso de las gráficas

En primer lugar, debe establecerse la edad, el peso y la estatura del niño o niña. La clasificación para cada indicador se obtiene con la intersección de la línea vertical con la línea horizontal. La unión de los puntos en controles de crecimiento sucesivos permite expresar gráficamente la tendencia de crecimiento del niño o niña y detectar precozmente alteraciones del mismo. Si un niño o niña tiene un patrón de crecimiento normal, la curva generada por la unión de los puntos debe desplazarse a lo largo de un canal siguiendo una línea paralela a la mediana de la población de referencia. Aplanamientos de la curva de crecimiento o cambios en el canal en niños que evolucionaban en el rango normal deben ser debidamente investigados y evaluados. Las gráficas deben imprimirse mínimo en tamaño de media hoja oficio, con el fin de garantizar una correcta ubicación de las variables de peso, talla y edad y permitir un adecuado seguimiento en los controles





Toma de medidas antropométricas

Durante la capacitación se dio a conocer la importancia de una buena toma de medidas antropométricas puesto que es muy importante obtener datos veraces, es decir, garantizar que estos sean lo más fidedignos posibles, Para eso se deben tener en cuenta las siguientes consideraciones.

- ✓ Se debe realizar la estandarización periódica en la toma de medidas antropométricas al personal que hace las valoraciones
- ✓ Se debe garantizar que las instituciones cuenten con equipos adecuados para las mediciones según la edad.

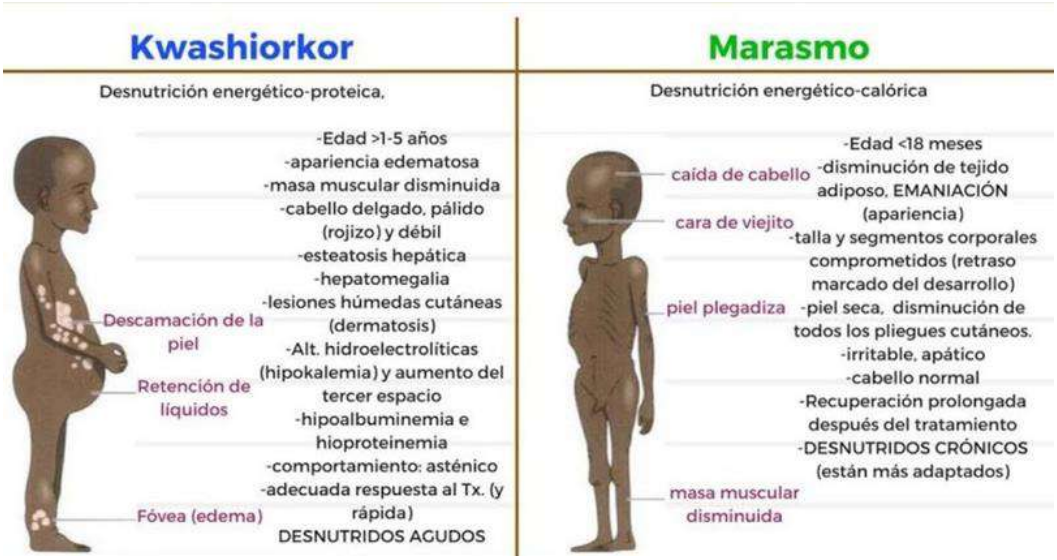
- ✓ Los equipos deben tener un proceso de mantenimiento y calibración periódica de los mismos.

Señales de alerta para detectar a tiempo desnutrición infantil.

Se proyecto durante la presentación una imagen con características físicas y comportamentales de la desnutrición infantil teniendo en cuenta que pueden ver a simple vista.



Señales de alerta para detectar a tiempo desnutrición infantil



Se conoce a un niño desnutrido por presentar **signos de alarma** como:

- ✓ Bajo peso
- ✓ Falta de apetito
- ✓ No tiene ganas de jugar
- ✓ Se cansa rápido
- ✓ Es un niño irritable
- ✓ Enfermedades frecuentes o de mayor duración

RESOLUCIÓN 2350 DEL 2020

Se realizó una breve introducción de la resolución para dar continuidad a la capacitación iniciando con la explicación de lo que se adopta en el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda, moderada y severa, niños de 0 a 59 meses.

Puntos de actualización

- ✓ Conceptualización fisiopatológica desnutrición aguda y síndrome de realimentación.
- ✓ Secuencialidad en las intervenciones requeridas a través del ABCDARIO terapéutico
- ✓ Fortalece manejo de niños menores de 6 meses: se prioriza la recuperación con la lactancia materna, se incluye la posibilidad de recuperación para niños en los que sea imposible retomar la práctica de lactancia materna.
- ✓ Principios básicos de diagnóstico: Valoración antropométrica y clínica, complicaciones o comorbilidades, escenario manejo: hospitalización o ambulatorio.
- ✓ Actualizan los requerimientos nutricionales para el inicio progresivo de la alimentación tanto para el manejo intrahospitalario como ambulatorio.
- ✓ Indicadores para seguimiento y monitoreo para IPS, EAPB Y ETS.

Responsables

Secretaria de salud:

- ✓ Aseguramiento
- ✓ Fortalecimiento de capacidades
- ✓ Vigilancia en salud
- ✓ Vigilancia y control
- ✓ Línea de base de adherencia de los lineamientos.
- ✓ Articulación intersectorial.

Entidades administradoras de planes de beneficio (EAPB)

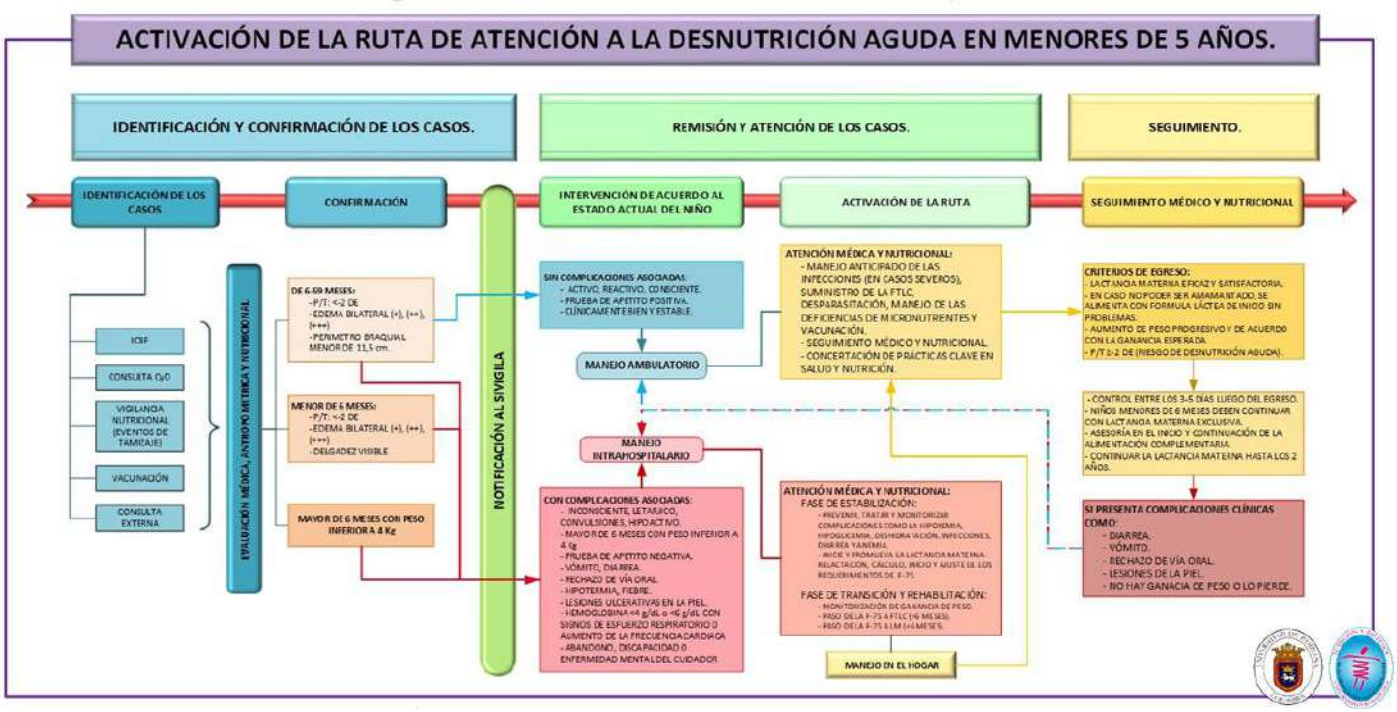
- ✓ Aseguramiento
- ✓ Calidad y oportunidad en la atención
- ✓ Referencia y contra referencia
- ✓ Red prestadora: Equipos antropométricos, enfoque diferencial, búsqueda activa, atención diferencial, búsqueda activa, atención extramural, tratamiento, seguimiento, adherencia

implementación lineamiento.

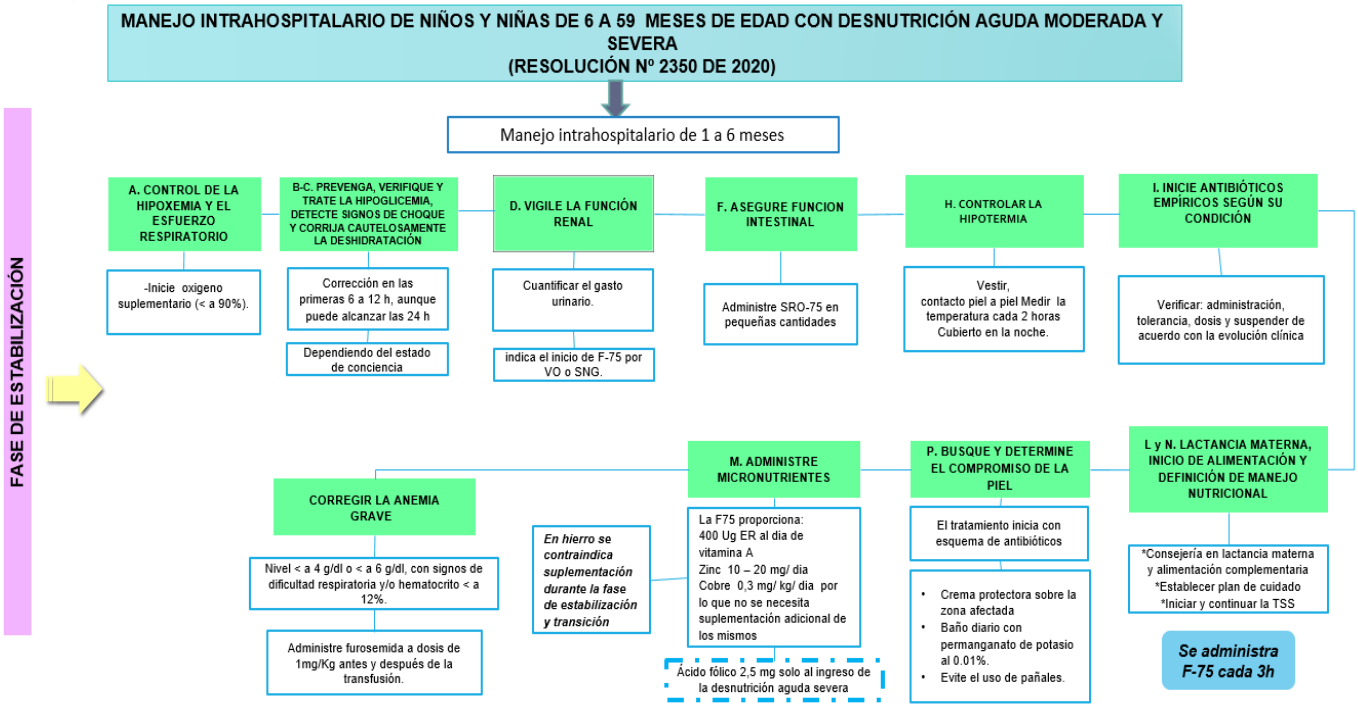
Instituciones prestadoras de salud:

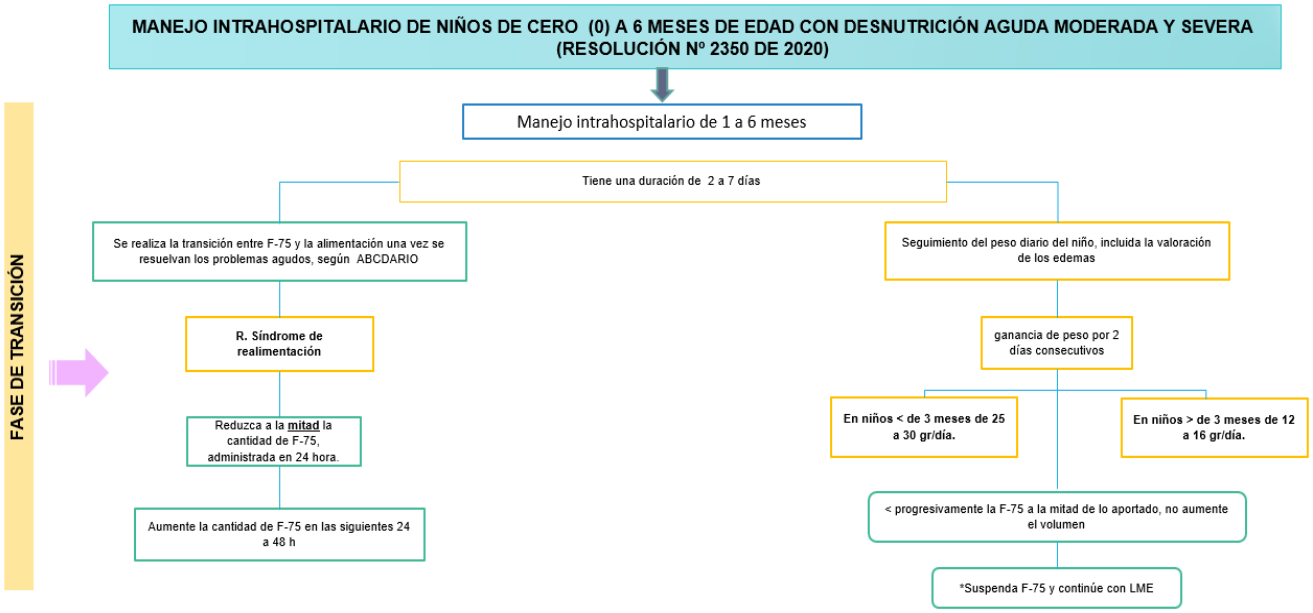
- ✓ Prestación de servicios de calidad y oportunidad.
- ✓ Equipos antropométricos
- ✓ Enfoque diferencial
- ✓ Búsqueda activa
- ✓ Atención extramural
- ✓ Tratamiento seguimiento
- ✓ Adherencia implementación lineamiento
- ✓ Notificación
- ✓ Fortalecimiento de capacidades.

RESOLUCIÓN 2350 DE 2020: Por la cual se adopta el lineamiento técnico para el manejo integral de atención a la desnutrición aguda moderada y severa, en niños de cero (0) a 59 meses de edad.
Fija las responsabilidades a cargo de los diferentes actores del sistema general de seguridad social en salud.
Las disposiciones contenidas en esta resolución son de obligatorio cumplimiento.

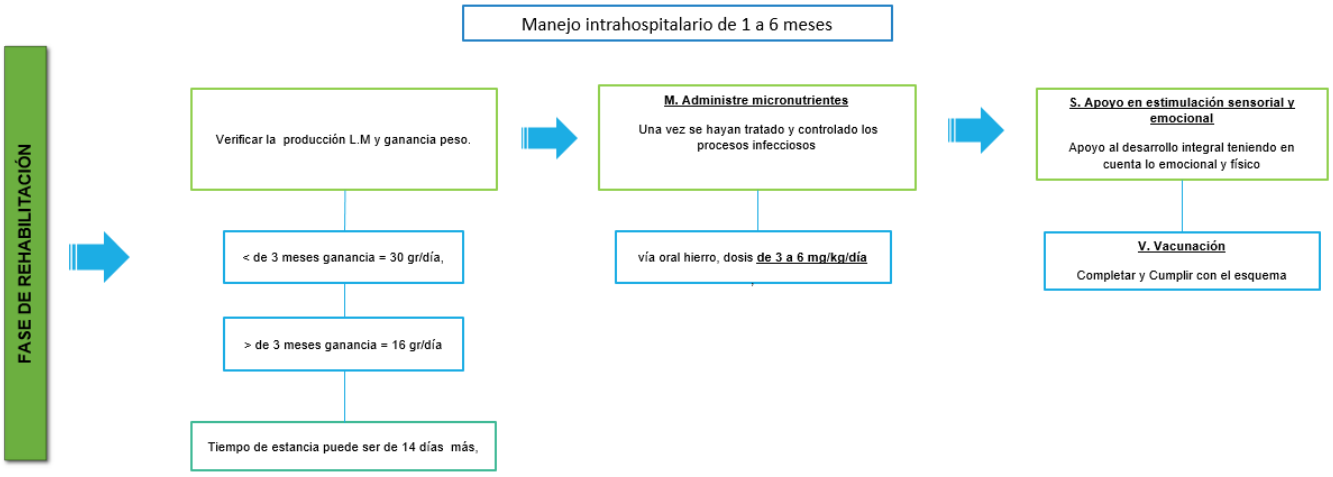


MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)



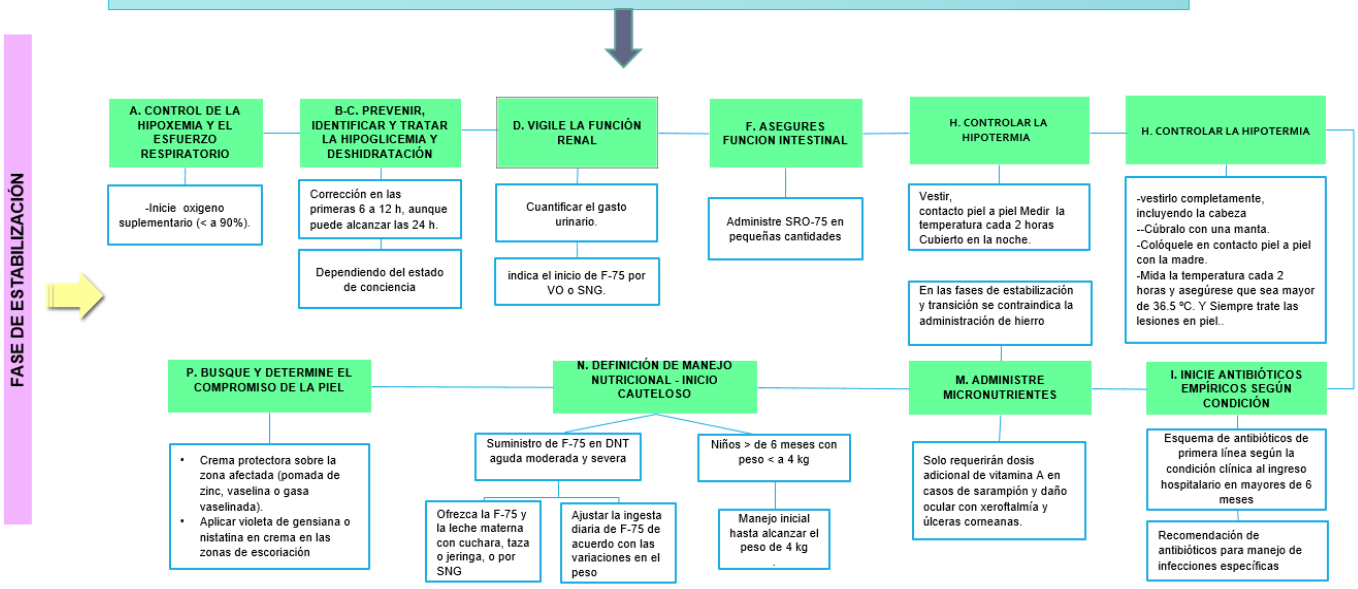


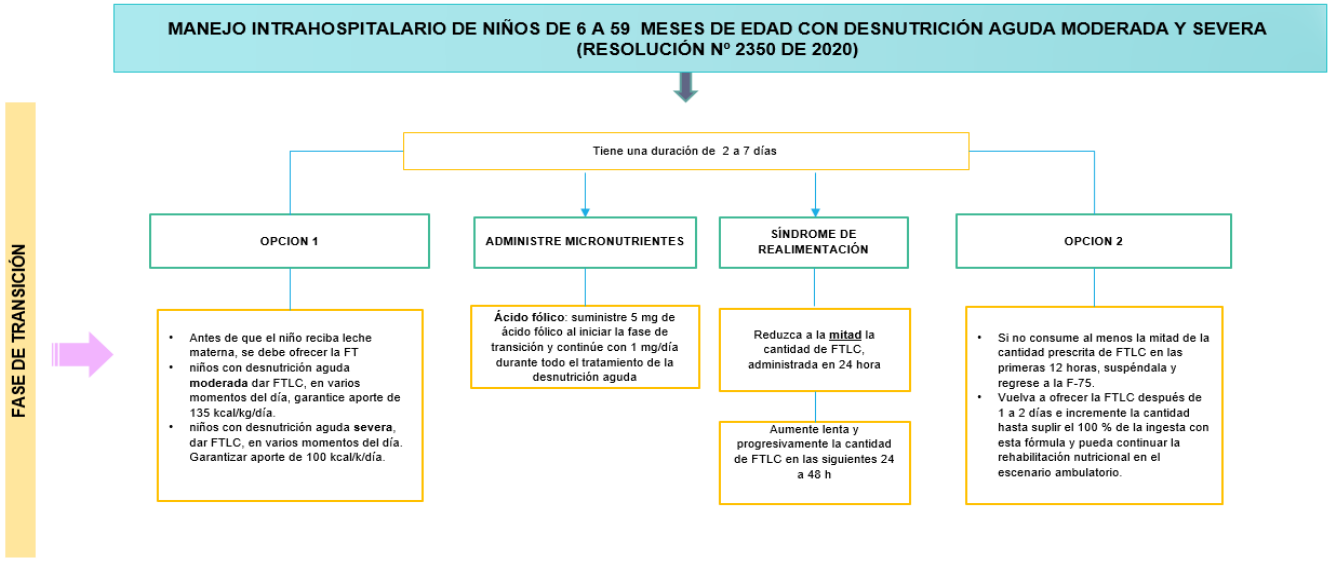
MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS DE CERO (0) A 6 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)

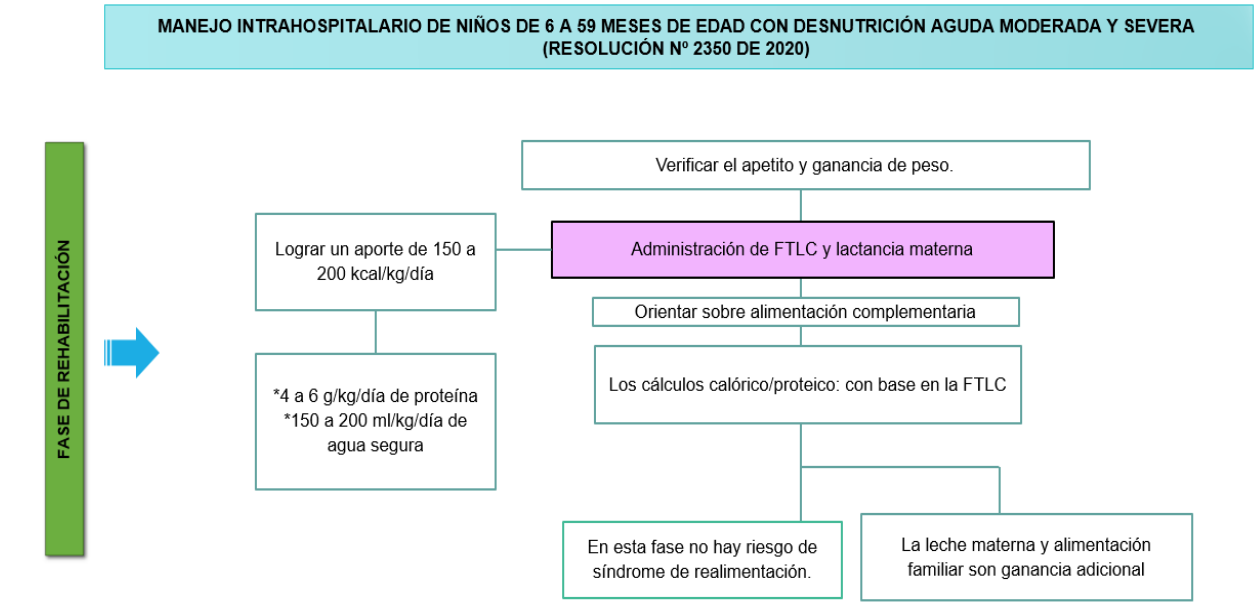


MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)

MANEJO INTRAHOSPITALARIO DE NIÑOS DE 6 A 59 MESES DE EDAD CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA (RESOLUCIÓN Nº 2350 DE 2020)







CASO PRÁCTICO

Manejo hospitalario en niños con DNT aguda moderada y severa de 0 a 6 meses de edad.

Ejemplo:
Fecha de nacimiento: 28/06/2021
Sexo Femenino
Peso: 4kg
Talla: 59cm
Pz: -3.86
Edad: 4 Meses
Sin EDEMA

- FASE DE ESTABILIZACIÓN

MOMENTO/ HORAS	CANTIDAD DE F-75	KCAL/kg	FRECUENCIA
PRIMERAS 24 HORAS	7ml/kg =28 mL	42 Kcal/kg= 42*4= 168kcal	Cada 3 horas
25 A 48 HORAS	10ml/kg= 10*4= 40ml	60kcl/kg= 60*4= 240kcal	Cada 3 horas

- FASE DE TRANSICIÓN

Niños amantados: Disminuya progresivamente la F-75 a la mitad de lo aportado, no aumente el volumen. Suspenda F-75 y continúe con LME

Niños sin posibilidad de ser amantados:

MOMENTO/DÍA	CANTIDAD DE F-75	KCAL/kg	FRECUENCIA
DÍA 3	13 ml/kg= 13*4= 52ml	80*4Kcal/kg= 80*4=320Kcal	Cada 3 horas
DÍA 4	17ml/kg/3h= 68 ml	100kcal/kg/3h= 400Kcal	Cada 3 horas

Tener en cuenta la ganancia de peso por 2 días consecutivos= >3 meses de 12 a 16gr/día

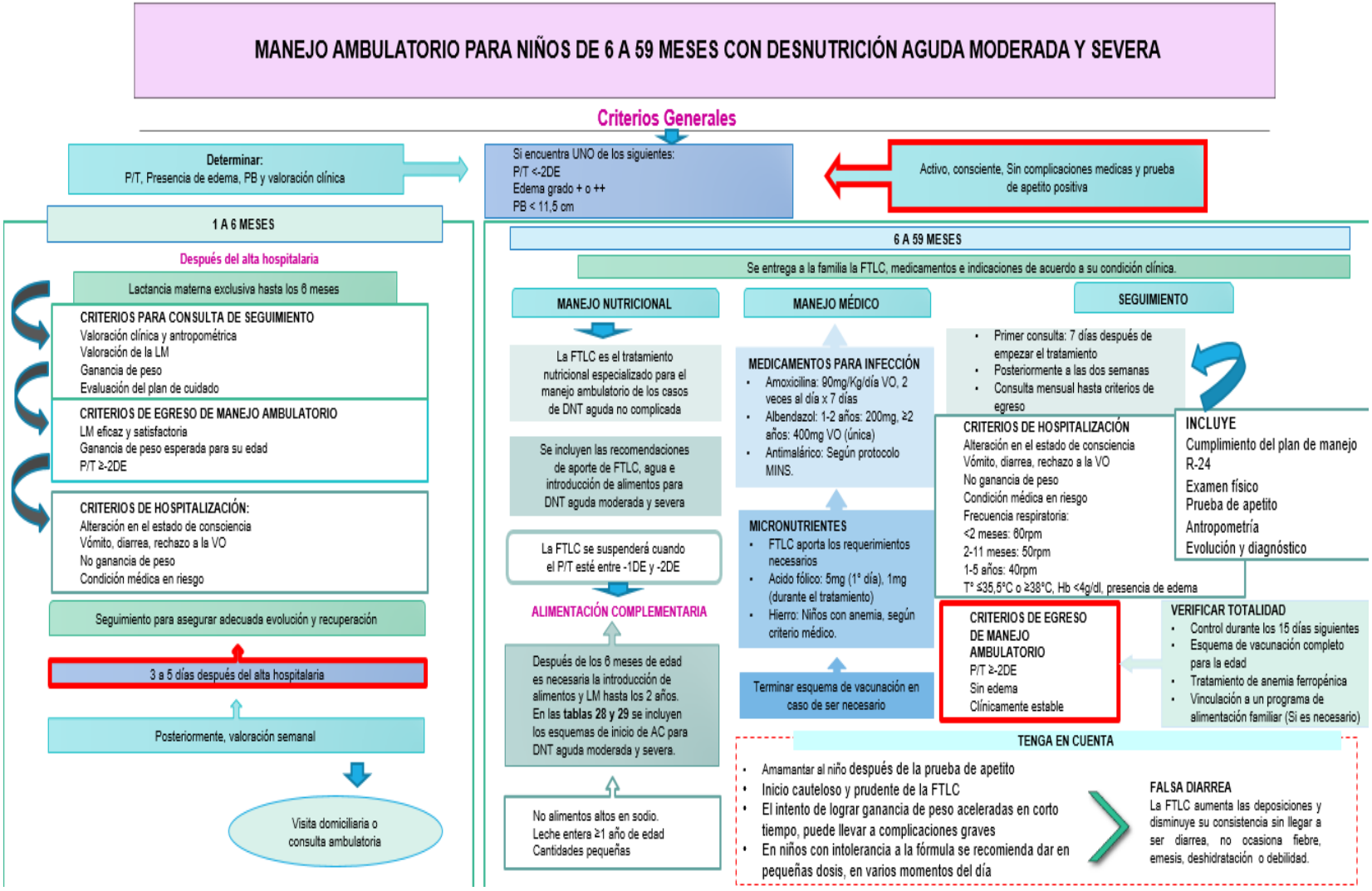
Día 5:

TIPO DE FÓRMULA	CANTIDAD	KCAL/Kg	FRECUENCIA
F-75 (85%)	19ml/kg= 77 ml	98Kcal/Kg= 395Kcal	Cada 3 horas
Fórmula de inicio (15%)	3ml/kg= 3*4= 12	17kcal/kg= 68 kcal	Cada 3 horas

DÍA	PESO ACTUAL	F-75		FORMULA DE INICIO		FRECUENCIA
		CANTIDAD	KCAL/Kg	CANTIDAD	KCAL/Kg	
DÍA 6	4.032 kg	15ml/kg= 60ml (70%)	88Kcal/kg= 354Kcal	7ml/kg= 28ml (30%)	38kcal/kg= 153Kcal	Cada 3 horas
DÍA 7	4.060 kg	12ml/kg= 49 ml (55%)	74kcal/kg= 300Kcal	11ml/kg= 45ml (45%)	61kcal/kg= 248Kcal	Cada 3 horas
DÍA 8	4.070kg	11ml/kg= 45ml	64kcal/kg= 260Kcal	18ml/kg=73ml	96kcal/kg=391Kcal	Cada 3 horas

DÍA	PESO ACTUAL	F-75		FORMULA DE INICIO		FRECUENCIA
		CANTIDAD	KCAL/Kg	CANTIDAD	KCAL/Kg	
DÍA 9	4.080 kg	8ml/kg = 33 ml	25kcal/kg = 102 kcal	25ml/kg/3h= 102ml	135kcal/kg/3h=550 Kcal	Cada 3 horas
DÍA 10	4.1Kg	-	-	37ml/kg= 152ml (100%)	200kcal/kg=820Kcal	Cada 3 horas

MANEJO AMBULATORIO PARA NIÑOS DE 6 A 59 MESES CON DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA Y SEVERA



CASO PRÁCTICO

Manejo ambulatorio en niños con DNT aguda moderada

Día	Energía para cubrir con FTLC	Agua potable	Otros alimentos
1 a 7	150 kcal/kg /día	100 a 150 ml/kg/día	Leche materna y alimentación familiar. Ver Tabla 28
8 a 15	200 kcal/kg/día Si queda con hambre con 150 kcal/kg/día	100 a 150 ml/kg/día	
15 a 30 a egreso	200 kcal/kg/día	100 a 150 ml/kg/día	

Fecha de atención	**25/11/2021**
Fecha de nacimiento	3/08/2029
Edad	2 años 3 meses
Sexo	Femenino
Peso	6,5 kg
Talla	68 cm
PZ	-2.22 Desnutrición aguda moderada
Kcal FTLC	500 kcal

1 A 7 días		
150 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 7 días
150*6,5= 975	2	14
8 a 15 días		
150 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 8 días
150*6,5= 975	2	16
15 a 30 días		
200 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 15 días
200*6.5=1300	2,5	38
Total Sobres por 30 días		68

Manejo ambulatorio en niños con DNT aguda severa

Día	Requerimiento de energía para cubrir con FTLC	Agua potable	Otros alimentos
1 a 3	80 kcal/kg /día (Restar 5 % o 10 % del peso en caso de edema).	Entre 90 y 150 ml/ kg/día	Leche materna NO consumo de otras alimentos.
4a7	100 kcal/kg/día (Restar 5 % o 10 % del peso en caso de edema).	Entre 90 y 150 ml/ kg/día	Leche materna NO consumo de otras alimentos.
8 a 15	135-150 kcal/kg/día. Ajustar si queda con hambre.	150ml/kg/día.	Leche materna alimentación complementaria y familiar. Ver Tabla 28.
15 a 30	150-200 kcal/kg/día.	150ml/kg/día.	En aquellos niños con desnutrición aguda severa, la introducción de alimentos debe hacerse a los 8 días de iniciado el tratamiento en pequeñas cantidades, como se observa en la Tabla 29.

Fecha de atención	**25/11/2021**
Fecha de nacimiento	23/10/2017
Edad	4 años y 51 mes
Sexo	Masculino
Peso	6,6 kg
Talla	70 cm
PZ	-3.32
Kcal FTLC	500 kcal

1 A 3 días		
80 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 3 días
80*6,6kg=528	1,06	3
4 a 7 días		
100 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 7 días
100*6,6kg=660	1,32	9
8 a 15 días		
150 Kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 8 días
150*6,6kg=990	1,98	16

	15 a 30 días	
200 kcal/kg/día	Sobres al día	Tratamiento por 15 días
200*6,6kg=1320	2,64	40
Total Sobres por 30 días		68

	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA **ALCALDÍA MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO PRÁCTICA CAMPOS DE ACCIÓN PROFESIONAL** **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**	

DEBILIDADES	**OPORTUNIDADES**
✓ Demora en dar respuesta por parte de las Instituciones de salud, a las solicitudes de los oficios radicados. ✓ Limitaciones al acceso de información debido al tiempo de entrega de la misma. ✓ Instituciones prestadoras de salud conceden poca importancia a los planes de capacitaciones realizados para el fortalecimiento del marco legal en la atención en salud.	✓ Acercamiento presencial en capacitaciones dirigidas al personal asistencial del E.S.E Hospital Jorge Cristo Sahium. ✓ Apoyo a las actividades estipuladas en el Plan de Acción en salud en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas. ✓ Las poblaciones convocadas asistieron a cada encuentro y capacitación planteada. ✓ Permitir la colaboración en el área investigativa para el desarrollo de los proyectos de intervención.
FORTALEZAS	**AMENAZAS**
✓ Utilización de herramientas audiovisuales como recurso educativo en capacitaciones y sustentaciones. ✓ Asesorías oportunas por parte de la docente supervisora en el desarrollo de las tareas estipuladas. ✓ Acompañamiento por parte del personal de apoyo adscrito a la secretaria de Salud Municipal en el desarrollo de las actividades asignadas del escenario.	✓ Los seguimientos a casos de eventos de interés en salud publica 110 y 113 se dificultan debido a que los datos suministrados a través del software Winsisvan no eran lo más fidedigno posible. ✓ Incumplimiento a las responsabilidades por parte del escenario a los seguimientos de los casos de desnutrición aguda por falta de contratación de personal. ✓ Información incompleta en las historias clínicas suministradas por IPS como parte del seguimiento que se le debe realizar a los niños con desnutrición aguda y gestantes. ✓ Limitación debido a la falta de conectividad a internet a la hora de desarrollar algunas actividades virtuales durante la práctica profesional.

Elaborado Lariza Luzestela Barros Cotes Natalya Alejandra Jajoy Lazo María Fernanda Rodríguez Solano	***Revisado*** *ND.Sp. Luz Dary Ropero Barraza* *docente supervisora de la práctica campos de acción profesional*	***Aprobado supervisora Practica*** *ND.Sp. Luz Dary Ropero Barraza* *docente supervisora de la práctica campos de acción profesional*

AREA EDUCATIVA

ESTRATEGÍA DE INFORMACION EN SALUD “TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS”

Elaborado por:
LARIZA LUZESTELA BARROS COTES
Nutricionistas Dietistas en formación
Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)

Presentado a:
ND, LUZ DARY ROPERO BARRAZA
Docente supervisora de la Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
2021-2

INTRODUCCION

Por medio de la Resolución 2465 del 2016 se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para realizar la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años, conforme con los patrones de crecimiento publicados en los años 2006 y 2007 por la Organización Mundial de la Salud – OMS; así como los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para efectuar la clasificación antropométrica del estado nutricional de adultos de 18 a 64 años y gestantes adultas, contenidos en el anexo técnico que forma parte de la misma. Igualmente, se identifican los equipos e instrumentos de medición antropométrica y los aspectos mínimos a tener en cuenta en la técnica utilizada para realizar estas mediciones.

Es por ello la importancia de conocer las condiciones mínimas a tener en cuenta para la toma de medidas antropométricas, así como los instrumentos a utilizar. Es muy importante en este proceso obtener datos responsables, es decir, garantizar que estos sean lo más fidedignos posibles. Es así como se debe realizar la estandarización periódica en la toma de medidas antropométricas al personal que hace las valoraciones y además, garantizar que las instituciones cuenten con equipos adecuados para las mediciones según la edad, incluyendo un proceso de mantenimiento y calibración periódica de los mismos el cual deberá ser soportado mediante la hoja de vida de los equipos antropométricos.

Teniendo en cuenta lo anterior esta estrategia tiene como objetivo desarrollar los temas relacionados con la toma de medidas antropométricas a las madres Fami del municipio San José de Cúcuta, fortaleciendo asi los conocimientos y habilidades a la hora del correcto uso de equipos y adecuada toma de medidas antropométricas en los niños y niñas menores de 5 años.

JUSTIFICACION

Las medidas antropométricas correctamente tomadas, nos dan a conocer la situación nutricional en que se encuentra un individuo o una población. El cuidado en la determinación del peso y la talla nos permite obtener medidas de alta calidad, que aseguran un diagnóstico correcto. El personal responsable de la toma de estas medidas debe haber sido capacitado y entrenado para la obtención de la misma. Por consiguiente, se considera importante realizar estrategias de información en salud a las madres Fami del municipio de San José de Cúcuta con el propósito de fortalecer dichos conocimientos para la toma correcta de las medidas antropométricos y así mejorar la técnica durante dicha implementación.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación en salud dirigida a las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta, con el fin de fortalecer conocimientos sobre la toma de medidas antropométricas en niños y niñas menores de 5 años.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

• Determinar la base teórica y material educativo para la socialización de la temática Toma de medidas antropométricas basada en la resolución 2465 del 2016.
• Intervenir a la población focalizada con el fin de fortalecer conocimientos acerca de los instrumentos y técnicas adecuadas en la toma de las medidas antropométricas.
• Evaluar los conocimientos adquiridos por las madres Fami, mediante una actividad evaluativa.

.

FOCALIZACION TERRITORIAL

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se propone la estrategia: TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS, con el fin de fortalecer conocimientos en las madres FAMI del municipio de Cúcuta, Norte de Santander.

ZONA	POBLACION	ABORDAJE	TOTAL, APROXIMADO
Plataforma Google Meet.	Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta	Educación en salud sobre toma de medidas antropométricas.	40
TOTAL	40	-	40

Entorno: Comunitario
Componente de la dimensión: Alimentación y Nutrición
Estrategia: Educación y comunicación en salud.

Total, de intervenciones: 1

FASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

FASE 1: Planeación:

- Focalización de la población a intervenir.(Madres Fami del municipio de San José de Cúcuta)
- Diseño de las diapositivas: Toma de medidas antropométricas(Anexo)
- Elaboración de pretest y post-test para identificación de conocimientos acerca de la toma de medidas antropométrica (Anexo)

FASE 2: Intervención:

- Aplicación del Pre-test
- El día 29 de octubre se realizará el desarrollo de la intervención.
- Presentación de la estrategia Toma de medidas antropométricas, en diapositivas, donde se proporcionará información específica acerca de los criterios para la correcta toma de medidas antropométricas.
- Presentación de Video Toma de medidas antropométricas (Anexo)
- Socialización de dudas e inquietudes

SOPORTES:

1. Acta de Reunión
2. Lista de Asistencia
3. Evidencias Fotográficas.

FASE 3: Seguimiento y evaluación

• Aplicación del Pos-test como herramienta con el fin de determinar si la población focalizada captó la información proporcionada.
• Tabulación, procesamientos e interpretación de los resultados obtenidos.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	CANTIDAD PROGRAMADA	AVANCE
Diseño de diapositivas con el fin de fortalecer los conocimientos referentes al tema tratado.	Diapositivas elaborada y aprobada	1	100%
Video Toma de medidas antropométricos	Video aprobado	1	

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaboración de material de apoyo.			
Elaboración del pre-test y post- test			
Ejecución de la intervención			
Tabulación, procesamiento e interpretación de los resultados del test.			
Entrega de soportes y documentos a la docente supervisora.			

PRETEST
TOMA ADECUADA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 2465 del 2016, para la toma de medidas antropométricas de menores de 5 años se deberá contar con los siguientes equipos y instrumentos

a) Tallimetro, balanza, infantometro y cintas métricas.
b) Tallimetro, balanza y cintas métricas.
c) Tallimetro, balanza, infantometro, pesabebés y cintas métricas.

2. ¿Para realizar la toma del peso de niños y niñas menores de 5 años se recomienda?

a) Pesar al menor sin ropa
b) Pesar al menor con mínima cantidad de ropa
c) Pesar al menor con toda su ropa
d) Pesar al menor sin ropa o con mínima cantidad de ropa

3 . La toma del perímetro braquial es una medida complementaria que se deberá realizar a todos los niños menores 5 años de edad excepto

a) Niños y niñas de meses
b) Niños y niñas de 36 meses
c) Niños y niñas de 6 meses
d) Niños y niñas de 0 a 59 meses

4. ¿Para menores de 2 años, sin importar que el niño o niña ya se coloque en pie, la toma de la talla debe de ser?

a) De pie
b) Acostado
c) De pie o acostado

5. ¿Para la toma del perímetro del brazo de los niños menores de 5 años se debe usar el brazo izquierdo o derecho?

a) El brazo izquierdo del niño o niña
b) El brazo derecho del niño o niña
c) El brazo dominante del niño o niña
d) Cualquiera de los brazos del niño o niña

POST TEST.
TOMA ADECUADA DE MEDIDAS ANTROPOMETRICAS

1. De acuerdo a lo establecido en la resolución 2465 del 2016, para la toma de medidas antropométricas de menores de 5 años se deberá contar con los siguientes equipos y instrumentos

d) Tallimetro, balanza, infantometro y cintas métricas.
e) Tallimetro, balanza y cintas métricas.
f) Tallimetro, balanza, infantometro, pesabebés y cintas métricas.

2. ¿Para realizar la toma del peso de niños y niñas menores de 5 años se recomienda?

e) Pesar al menor sin ropa
f) Pesar al menor con mínima cantidad de ropa
g) Pesar al menor con toda su ropa
h) Pesar al menor sin ropa o con mínima cantidad de ropa

3 . La toma del perímetro braquial es una medida complementaria que se deberá realizar a todos los niños menores 5 años de edad excepto

e) Niños y niñas de meses
f) Niños y niñas de 36 meses
g) Niños y niñas de 6 meses
h) Niños y niñas de 0 a 59 meses

4. ¿Para menores de 2 años, sin importar que el niño o niña ya se coloque en pie, la toma de la talla debe de ser?

d) De pie
e) Acostado
f) De pie o acostado

5. ¿Para la toma del perímetro del brazo de los niños menores de 5 años se debe usar el brazo izquierdo o derecho?

e) El brazo izquierdo del niño o niña
f) El brazo derecho del niño o niña
g) El brazo dominante del niño o niña
h) Cualquiera de los brazos del niño o niña

INFORME DE LA ESTRATEGÍA DE INFORMACIÓN EN SALUD "TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS"

A través de la previa concertación con la Doctora Marta Cervantes se define que el día 9 de noviembre de 2021 a las 3:00 pm se reunirán las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta para dar desarrollo a la Capacitación de la estrategia de educación y Comunicación en salud.

En el día establecido, se inicia con el saludo, seguidamente se hace la presentación de las estudiantes y se envía el link de asistencia junto con la aplicación de un pretest para evaluar el nivel de conocimiento de las Madres FAMI acerca de la toma de medidas antropométricas teniendo como base la resolución 2465 del 2016, posteriormente se realiza la presentación de la temática a través de diapositivas y finalmente se presenta un video de retroalimentación para luego realizar un pos-test y encuesta de satisfacción, se resuelven dudas e inquietudes, y se da por finalizada la intervención.

INFORMACIÓN DE LA TEMATICA:

RESOLUCIÓN 2465 DE 2016 : Por la cual se adoptan los indicadores antropométricos, patrones de referencia y puntos de corte para la clasificación antropométrica del estado nutricional de niñas, niños y adolescentes menores de 18 años de edad, adultos de 18 a 64 años de edad y gestantes adultas y se dictan otras disposiciones. Clasificación nutricional según indicadores antropométricos: Para la clasificación antropométrica del estado nutricional se debe tener en cuenta:

a. El indicador antropométrico.

b. El patrón de referencia.

c. Los puntos de corte.

Las consideraciones que se presentan a continuación, se determinan a partir de estos aspectos para cada grupo de edad

Niños y niñas menores de 5 años de edad (de 0 a 59 meses) En el grupo de niños y niñas de 0 a 4 años 11 meses y 29 días de edad, se utilizarán los siguientes indicadores antropométricos a nivel individual: Peso para la Talla -P/T, Talla para la Edad - T/E y Perímetro Cefálico para la Edad - PC/E, para determinar la evolución del crecimiento y parte del desarrollo de los niños y niñas. Las niñas y niños menores de 5 años identificados con desnutrición aguda moderada o severa mediante el indicador Peso para la Talla - P/T deben ser atendidos conforme a lo establecido en la ruta

específica y el lineamiento para la atención integrada de la desnutrición aguda de acuerdo con la Resolución 2350 de 2020.

Cuadro No. 2. Clasificación antropométrica del estado nutricional para niñas y niños menores de 5 años, según indicador y puntos de corte.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación antropométrica	Tipo de Uso
Peso para la Talla (P/T)	> +3	Obesidad	Individual y Poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Talla	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Aguda	
	< -2 a ≥ -3	Desnutrición Aguda Moderada*	
	< -3	Desnutrición Aguda Severa*	
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Talla Baja	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla	
Perímetro Cefálico para la Edad (PC/E)	> +2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	
	≥ -2 a ≤ 2	Normal	
	< -2	Factor de Riesgo para el Neurodesarrollo	
IMC para la Edad (IMC/E)	> +3	Obesidad	Poblacional
	> +2 a ≤ +3	Sobrepeso	
	> +1 a ≤ +2	Riesgo de Sobrepeso	
	≤ +1	No Aplica (Verificar con P/T)	
Peso para la Edad (P/E)	> +1	No Aplica (Verificar con IMC/E)	
	≥ -1 a ≤ +1	Peso Adecuado para la Edad	
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Desnutrición Global.	
	< -2	Desnutrición Global	

- **Niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad**

En el grupo de niñas, niños y adolescentes de 5 a 17 años de edad, se deben utilizar tanto a nivel individual como poblacional los indicadores IMC para la Edad - IMC/E y Talla para la Edad - T/E. A diferencia del grupo anterior, en éste no se incluye el indicador Peso para la Talla - P/T.

Indicador	Punto de corte (desviaciones estándar DE.)	Clasificación Antropométrica	Tipo de Uso
Talla para la Edad (T/E)	≥ -1	Talla Adecuada para la Edad.	Individual y Poblacional
	≥ -2 a < -1	Riesgo de Retraso en Talla.	
	< -2	Talla Baja para la Edad o Retraso en Talla.	
IMC para la Edad (IMC/E)*	> +2	Obesidad	
	> +1 a ≤ +2	Sobrepeso	
	≥ -1 a ≤ +1	IMC Adecuado para la Edad	
	≥-2 a < -1	Riesgo de Delgadez	
	< -2	Delgadez	

TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

En esta parte del documento se presentan algunas condiciones mínimas a tener en cuenta para la toma de medidas antropométricas, así como los instrumentos a utilizar. Es muy importante en este proceso obtener datos responsables, es decir, garantizar que estos sean lo más fidedignos posibles. Es así como se debe realizar la estandarización periódica en la toma de medidas antropométricas al personal que hace las valoraciones y además, garantizar que las instituciones cuenten con equipos adecuados para las mediciones según la edad, incluyendo un proceso de mantenimiento y calibración periódica de los mismos el cual deberá ser soportado mediante la hoja de vida de los equipos antropométricos.

- **Instrumentos para la toma de medidas antropométricas (peso, talla, perímetro cefálico, perímetro del brazo y circunferencia de cintura).**

Listado de los Instrumentos a utilizar en la toma de medidas antropométricas

BALANZA			
MENORES DE DOS AÑOS		MAYORES DE DOS AÑOS	
Consultorio o sitio fijo	**Trabajo de campo**	**Consultorio o sitio fijo**	**Trabajo de campo**
- Pesabebé Capacidad: 20 - 25 kilos Precisión: 10 a 20 g Mecanismo: electrónica, digital o de brazo mecánica.	- Balanzas con portabebés y calzoncitos. Capacidad 25 kg Precisión 50 o 100 g, la cual debe contar con calibrador o diferencias de pesos o con una sensibilidad menor (100g) - Pesabebé digital de baterías Capacidad: 20 -25 kilos Precisión: 50 g o menos	- Balanza de pie: Capacidad: 120 a 150 kg. Precisión: ideal 50 gr, máximo 100 gr. Mecanismo: Digital o mecánica con único uso para peso no para medir talla (sin metro).	Balanza de pie: Capacidad: 120 a 150 kg Precisión: ideal 50 gr, máximo 100 gr. Mecanismo: Equipos Digitales (portátil) con baterías.

Instrumentos para toma de peso

Grupo de edad	Peso	Longitud/ Talla	Perímetro cefálico	Perímetro del brazo	Circunferencia de cintura
Niños y niñas hasta dos años	Pesabebé Balanza de pie (para pesar a la madre y al niño en forma simultánea cuando no se dispone de Pesabebé)	Infantómetro*	Cinta métrica	Cinta métrica	Cinta métrica
Mayores de 2 años, adolescentes y adultos	Balanza de pie	Tallímetro	Cinta métrica	Cinta métrica	Cinta métrica

*El infantómetro es el instrumento equivalente al tallímetro utilizado para tomar la longitud en niñas y niños menores de dos años.

- **Instrumentos para toma de talla**

  Descripción de los instrumentos a utilizar en la toma de la talla

TALLIMETRO/INFANTOMETRO			
MENORES DE DOS AÑOS		MAYORES DE DOS AÑOS	
Consultorio o sitio fijo	**Trabajo de campo**	**Consultorio o sitio fijo**	**Trabajo de campo**
- Infantómetro: Precisión de 1 mm Capacidad de 110 a 120 cm. Material de fabricación: Resistente, liviano y no deformable. Sistema rodante, no inestable Cinta métrica metálica, ubicada a un lado y no en la mitad del equipo. Garantizar 90 grados espaldar, con una base de 25 cm de ancho y pieza móvil rodante. Que le permita al niño o niña acostarse No se recomienda el uso de infantómetro en materiales susceptibles a (dilatación) en diferentes ambientes (Temperatura).	- Infantómetro portátil: Precisión 1 mm Capacidad 110 a 120 cm. Desarmable con dos opciones infantómetro y tallímetro Calibración: recomendación vara de medición de 100 cm. No se recomienda el uso de metros de modistería	- Tallímetro en un material Resistente Liviano y no deformable. Capacidad de dos (2) metros, Sensibilidad 1mm. Si es tallímetro se recomienda una base de 25 cm de ancho. No se recomienda el uso de metros de modistería, cintas métricas, de papel o plástico, adheridos a la pared. No se recomienda el uso del tallímetro con balanzas mecánicas.	- Tallímetro portátil. Capacidad de dos (2) metros, sensibilidad 1 mm. Tener en cuenta ubicación del equipo. (Desarmable, para facilitar transporte).

- **Instrumento para toma de perímetro cefálico, perímetro del brazo y circunferencia de la cintura.**

El instrumento utilizado para la medición de los perímetros es la cinta métrica, la cual debe ser en un material flexible, inextensible e impermeable, con divisiones cada 1mm. Es aconsejable que la cinta mida máximo 0.5 cm de ancho debido a que pueden presentarse errores de medición en el punto de superposición de los dos extremos de la cinta.

TÉCNICAS PARA LA TOMA DE MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS

A pesar de que las técnicas para la toma de medidas antropométricas son específicas dependiendo del tipo de equipo que se esté utilizando (mecánico, electrónico, digital) a continuación se presentan algunas reglas básicas para la toma del peso, la talla y el perímetro cefálico.

Peso de niños y niñas menores de 2 años

a. Asegurarse que el pesabebé se encuentre en una superficie lisa, horizontal y plana.
b. Verificar que el equipo esté tarado en cero (0).
c. Con la ayuda de la acompañante, desvestir al niño o niña. Si esto no fuera posible por motivos de fuerza mayor (falta de privacidad o frío), se debe pesar al niño con ropa ligera.
d. Colocar al niño o niña en el centro del platillo, canasta, silla o bandeja de la balanza; no debe apoyarse y ninguna parte de su cuerpo debe quedar afuera.
e. Si la balanza es mecánica deben ubicarse las piezas móviles a fin de obtener el peso exacto o si es electrónica o digital simplemente leer el resultado. Para efectos de registro en balanzas mecánicas, el peso se debe aproximar a 10 o 20 gramos según la sensibilidad del equipo.
f. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

Si NO dispone de pesabebés:

a. En este caso es posible utilizar la balanza de pie y solicitar a la madre o el cuidador para que cargue al niño o niña, con el fin de establecer el peso del usuario por diferencia. Los procedimientos a seguir se explican a continuación.
b. Colocar la balanza sobre el piso, asegurándose que esté firme y que no se va a mover mientras alguien se pare allí.
c. Explicar a la madre o al cuidador que la idea es establecer el peso en la balanza mientras se sostiene al niño en los brazos.
d. Luego pedirle a la madre o cuidador que deje al niño o niña con la menor cantidad de ropa posible. Si se preocupa porque hace frío, puede cubrirlo con una manta mientras se alista la balanza y explicar el procedimiento a seguir y la posición en que debe cargar al niño para determinar el peso.
e. Pedirle a la madre o el cuidador que se ponga de pie sobre el centro de la balanza, encima de las plantillas, cargando al niño sostenido en los brazos, pero sin dejarlo descansar sobre ellos, pegado a su cuerpo y lo más quieto posible. Debe esperar hasta que los números ya no cambien más.
f. Leer el dato del peso combinado de la madre o cuidador alzando al bebe y anotarlo en una hoja en blanco.
g. Pedirle a la madre o cuidador que se ponga de pie sobre el centro de la balanza, encima de las plantillas, esta vez sin el niño o niña y una vez tenga esta cifra, restarle el valor del peso de la persona que está ayudando, al valor inicial del peso combinado y la diferencia es el peso del niño o niña.
h. Cuando se dispone de balanza con función de tara madre hijo, realizar el mismo procedimiento, asegurando de tarar el peso del auxiliar y el valor final corresponde al peso del niño o niña.
i. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

Peso de mayores de 2 años

a. Poner la báscula sobre una superficie plana y firme y asegurarse de que esté tarada o en cero (0).
b. Solicitar al usuario que se ponga de pie sobre las plantillas ubicadas en la superficie de la báscula con la mínima cantidad de ropa posible y que esté en posición recta y erguida.
c. Si la balanza es mecánica ubicar las piezas móviles a fin de obtener el peso exacto o si es electrónica o digital, simplemente leer el resultado.

d. Anotar el peso exacto en kilogramos con una aproximación de 50 a 100 gramos, según la sensibilidad del equipo.
e. Bajar al usuario de la báscula o balanza.
f. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida, si varía en más de dos veces el valor de la sensibilidad de la báscula, pese por tercera vez. Promedie los dos valores más cercanos; ejemplo, si la sensibilidad de la balanza son 100 gramos y en la segunda medición se obtiene una variación mayor a 100 gramos, se debe hacer una tercera medición y promediar los dos valores más cercanos.

Talla de niños y niñas menores de 2 años.

Para menores de dos años, sin importar si el niño o niña ya se sostiene en pie, la medición debe hacerse con el niño acostado (posición horizontal) y la medida se denomina LONGITUD, se tomará la longitud con la ayuda de un Infantómetro.

Antes de iniciar, se debe explicar a la madre o acompañante que se va a medir el tamaño del niño o niña y que requiere de su colaboración para que el niño o niña se sienta tranquilo, para colocarlo correctamente y mantenerlo en la posición adecuada. Los pasos a seguir son:

a. Colocar el infantómetro en la posición correcta, horizontal, en una superficie plana y firme para evitar que el niño se caiga (por ejemplo, sobre el suelo, piso o mesa estable)
b. Cubrir el infantómetro con una tela delgada o papel suave por higiene y para la comodidad del niño
c. Verificar que el niño(a), esté sin zapatos y que en la cabeza no tenga objetos que alteren la medida.
d. Acostar el niño boca arriba sobre el cuerpo del infantómetro con la cabeza apoyada en la plataforma fija, colocando la mano izquierda en la parte alta de la espalda con el fin de dar soporte a la cabeza y la mano derecha en los muslos, recostándolo suavemente
e. En ningún momento dejar al niño solo acostado en el infantómetro.
f. Solicitar a la madre que se coloque detrás de la plataforma fija del infantómetro y que tome la cabeza del niño con ambas manos, colocándolas a cada lado de la misma, de tal manera que los ojos miren hacia arriba. Sin ejercer mucha presión, trate de mantener la cara del niño recta.
g. Tomar ambas rodillas del niño con la mano izquierda, estirándolas con movimiento suave pero firme lo más rápido posible y correr firmemente con la mano derecha la pieza móvil del infantómetro contra la planta de los pies. Estos deben quedar perfectamente rectos sobre la pieza móvil.

h. Verificar que los hombros, espalda, glúteos y talones del niño estén en contacto con el infantómetro y en la parte central del cuerpo del instrumento.
i. Leer rápidamente sin mover al niño, la cifra que marca la pieza móvil. Asegurarse que la lectura se hace en la escala de centímetros.
j. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm.

Talla en mayores de 2 años

Para mayores de dos años, la medición se debe realizar de pie (posición vertical) y la medida se denomina TALLA O ESTATURA, la cual se tomará con un tallímetro.

Se debe tener en cuenta que el tallímetro esté ubicado verticalmente; revisar los siguientes pasos:

a. Poner el tallímetro sobre una superficie plana y contra una pared que no tenga guarda escobas. Es importante que en la base estén dibujadas las plantillas o huellas de los pies para indicar mejor la posición en donde debe quedar el usuario.
b. Ubicar al usuario contra la parte posterior del tallímetro, con los pies sobre las plantillas, en posición erguida ttcon los talones juntos y las rodillas rectas. Pueden presentarse usuarios que probablemente no pueden juntar totalmente los pies. Verificar que no existan adornos puestos en la cabeza ni zapatos.
c. Verifique que la parte de atrás de los talones, las pantorrillas, los glúteos, el tronco, los hombros y espalda toquen la tabla vertical. Los talones no debe estar elevados y los brazos deben colgar a los lados del tronco con las palmas hacia los muslos. La madre o acompañante debe sostener y presionar suavemente con una mano las rodillas y con la otra los tobillos contra la tabla vertical.
d. Solicitar al usuario que mire al frente y posteriormente sujetar su mentón para mantener la cabeza en esta posición (Plano de Frankfort) y pedir que realice una inspiración profunda sin levantar los hombros. Con la mano derecha deslizar la pieza movible hacia el vértice (coronilla) de la cabeza, hasta que se apoye suavemente sobre ésta. Cuidar que el niño no doble la espalda (joroba) ni se empine.
e. Una vez la posición del usuario esté correcta, leer rápidamente el valor que marca la pieza movible ubicándose frente a ella y anotarlo con una aproximación de 0.1 cm. Retirar la pieza movible de la cabeza del usuario y la mano del mentón.
f. Revisar la medida anotada y repetir el procedimiento para validarla. Compararla con la primera medida si varía en más de 0.5 cm, medir por tercera vez y promediar los dos valores que tengan una variabilidad hasta de 0.5 cm.

Para que la toma de medidas se lleve a cabo con la mejor aplicación de la técnica requerida, se recomienda que el responsable de la valoración, cuente con la colaboración de un auxiliar de toma de medidas. En la consulta individual, este rol lo puede cumplir un auxiliar o el acompañante del usuario con la indicación del profesional de la salud que lo esté valorando.

Perímetro cefálico

Para su medición se debe mantener al niño con la cabeza fija, deberá quitarse de la cabeza los ganchos, moños gorros, etc. que interfieran con la medición. Se mide la distancia que va desde la parte por encima de las cejas y de las orejas, alrededor de la parte posterior de la cabeza. Para esto, se pasa la cinta alrededor de la cabeza del sujeto, colocándola con firmeza sobre las protuberancias frontales y sobre la prominencia del occipital.

Perímetro del brazo (niños y niñas de 6 a 59 meses)

Para tomar el perímetro del brazo se necesita una cinta métrica con la cual se rodea la parte media del brazo en posición relajado, sin hacer presión sobre la piel y se lee el valor de esa circunferencia.

Para realizar la medición, tenga en cuenta los siguientes pasos:

a. Seleccione el brazo no dominante de la niña o niño. El brazo no dominante de un niño derecho es el izquierdo y viceversa.

b. Mida la distancia entre el acromion (apéndice de la clavícula) y el olecranon (apéndice del húmero). Marque el punto medio entre ambos con esfero o marcador.

c. Deje caer el brazo de la niña o niño de manera natural y sobre la marcación anterior enrolle horizontalmente la cinta antropométrica.

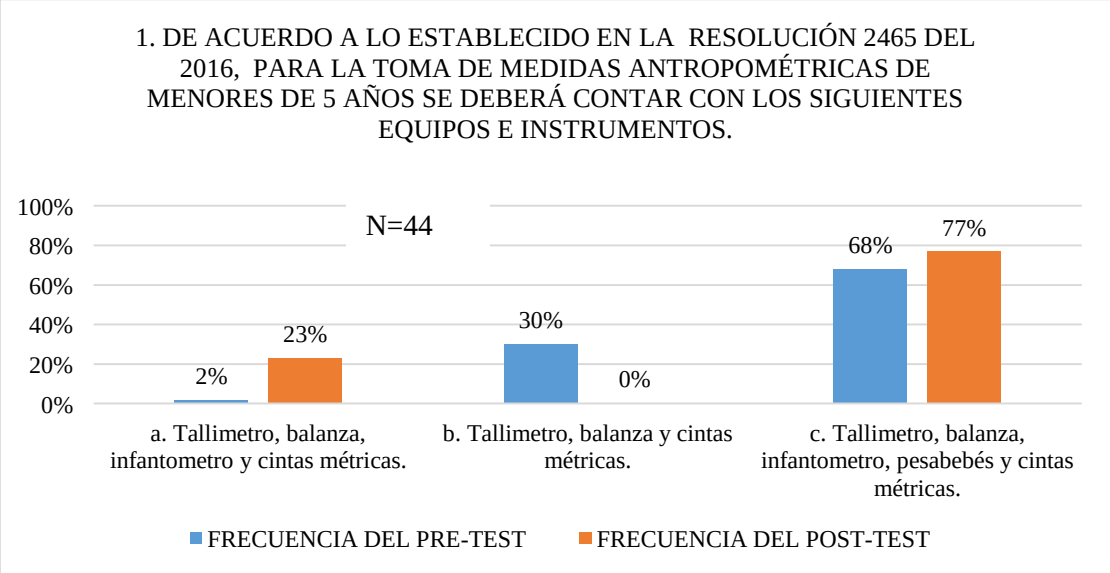
d. Verifique que la cinta no está ni muy apretada ni muy suelta y lea el número que aparece en la intersección. Dicho número es el perímetro del brazo de la niña o el niño.

2. INFORME DE TABULACIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS ENCUENTROS

TABLA N°1

1. **DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN LA RESOLUCIÓN 2465 DEL 2016, PARA LA TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE MENORES DE 5 AÑOS SE DEBERÁ CONTAR CON LOS SIGUIENTES EQUIPOS E INSTRUMENTOS.**

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 1	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. Tallimetro, balanza, infantometro y cintas métricas.	1	2%	10	23%
b. Tallimetro, balanza y cintas métricas.	13	30%	0	0%
c. Tallimetro, balanza, infantometro, pesabebés y cintas métricas.	30	68%	34	77%
TOTAL	**44**	100%	**44**	100%



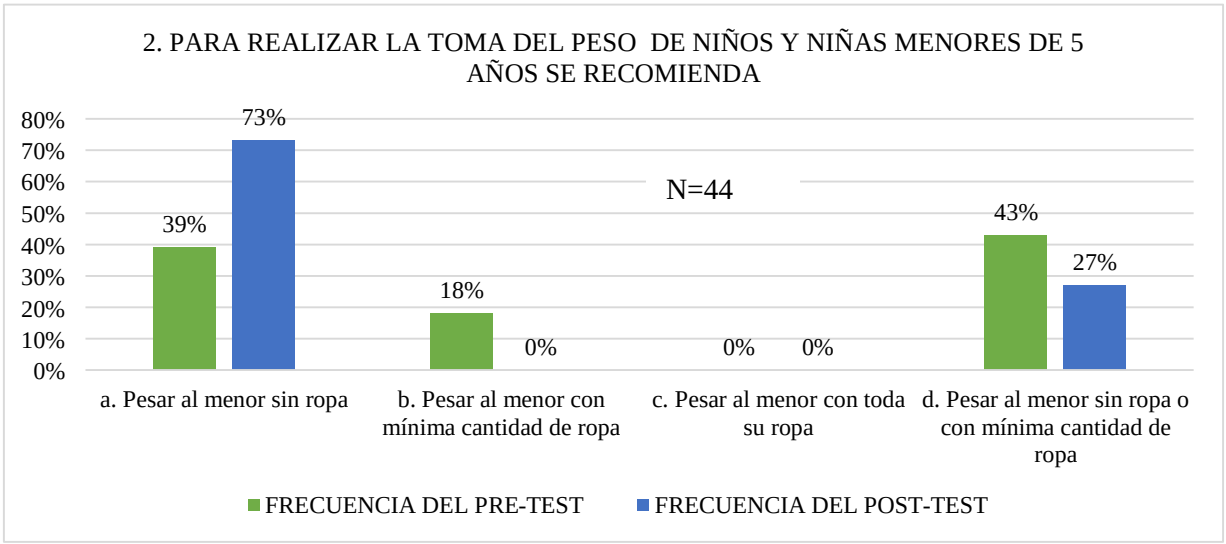
ANALISIS: Según datos obtenidos a través del pre -test y pos-test se logra observar en la presente gráfica que de todas las madres Fami que respondieron el pre-tes el 68% indicó que para la toma de medidas antropométricas se debía contar con tallimetro,balanza, pesabebes y cintas métricas, mientras que el 30% indicó tallimetro,balanza y cintas métricas seguidamente del 2% refiere que sólo se debía contar con tallimetro,balanza, infantometro y cintas

métricas;atraves del pos-test se logra evidenciar que una vez culminada la socialización el 77% indica que para la toma de medidas antropométricas se debía contar con tallimetro,balanza, pesabebes y cintas métricas lo cual es de gran importancia y el 23% refiere que sólo se debía contar con tallimetro,balanza, infantometro y cintas métricas.

TABLA N°2

2. PARA REALIZAR LA TOMA DEL PESO DE NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS SE RECOMIENDA

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 2	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. Pesar al menor sin ropa	17	39%	32	73%
b. Pesar al menor con mínima cantidad de ropa	8	18%	0	0%
c. Pesar al menor con toda su ropa	0	0%	0	0%
d. Pesar al menor sin ropa o con mínima cantidad de ropa	19	43%	12	27%
TOTAL	**44**	100%	**44**	100%

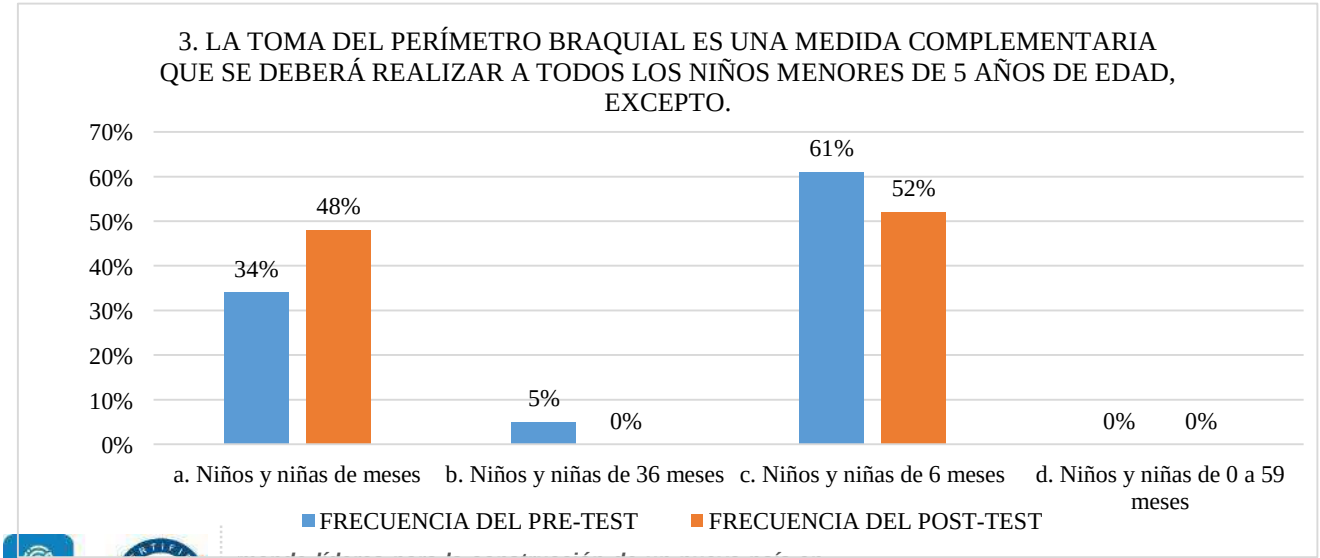


ANALISIS Según la gráfica N2 se puede evidenciar que el 43% de las madres fami encuestadas creen que para realizar la toma del peso de menores de 5 años se recomendaba pesar al menor sin ropa o con mínima cantidadde ropa en comparación con el 39% y 18% que refirió que se debía pesar a los menores sin ropa o pesar al menor con mínima cantidad de ropa respectivamente;Finalmente durante la realización del pos-Test se evidenció que del 100% de la población encuestada el 73% indico que debía pesarse a los menores sin ropa y el 27% pesar al menor sin ropa o con mínima cantidad de ropa., Por tanto se debe seguir profundizando para lograr que aquellas madres FAMI reconozcan y conozcan eficazmente la técnica y recomendaciones de toma de medidas antropométricas.

TABLA N°3

3. LA TOMA DEL PERÍMETRO BRAQUIAL ES UNA MEDIDA COMPLEMENTARIA QUE SE DEBERÁ REALIZAR A TODOS LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE EDAD, EXCEPTO.

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. Niños y niñas de meses	15	34%	21	48%
b. Niños y niñas de 36 meses	2	5%	0	0%
c. Niños y niñas de 6 meses	27	61%	23	52%



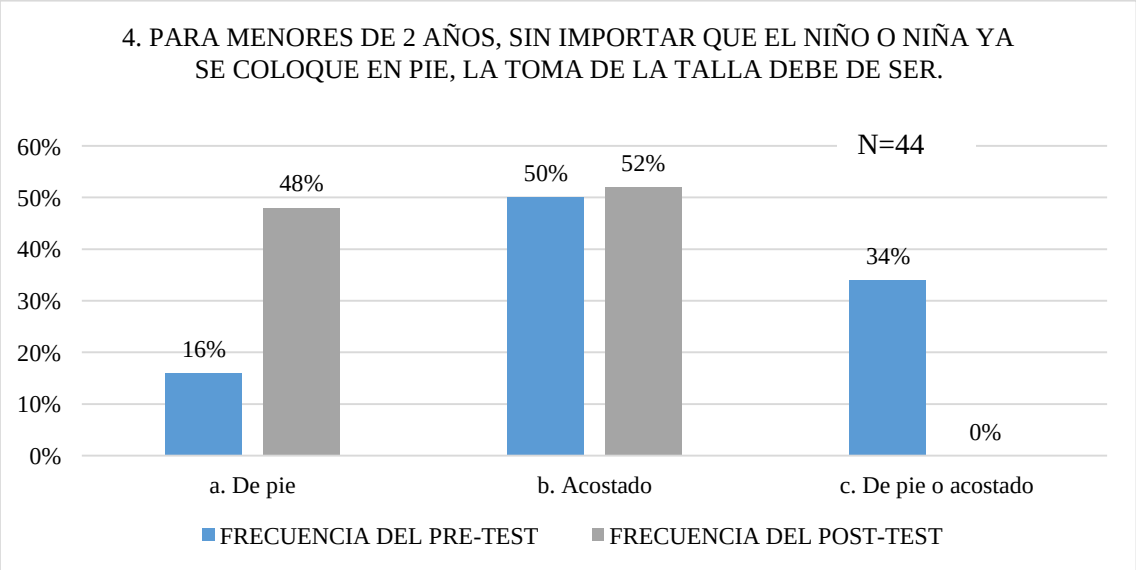
d. Niños y niñas de 0 a 59 meses	0	0%	0	0%
TOTAL	**44**	100%	**44**	100%

ANALISIS: De acuerdo a la anterior grafica se logra evidenciar que del total de madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 61% indico que la toma del perímetro braquial no debe ser tomada a los niños y niñas de 6 meses, mientras que el 34% y 5% refiere que no se le debe realizar a niños y niñas de meses ni 36 meses respectivamente; Una vez culminada la socialización se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 52% de la población identifica que no se le debe tomar la medida de perímetro del brazo a niños y niñas de 6 meses de edad en comparación a las madres fami que indicaron que no se aplica a los niños y niñas de meses con un 48%,es por ello que se debe seguir capacitando para lograr que aquellas madres FAMI reconozcan y conozcan eficazmente la técnica y recomendaciones de toma de medidas antropométricas.

TABLA N°4

4. **PARA MENORES DE 2 AÑOS, SIN IMPORTAR QUE EL NIÑO O NIÑA YA SE COLOQUE EN PIE, LA TOMA DE LA TALLA DEBE DE SER.**

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 4	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. De pie	7	16%	21	48%
b. Acostado	22	50%	23	52%
c. De pie o acostado	15	34%	0	0%
TOTAL	**44**	100%	**44**	100%



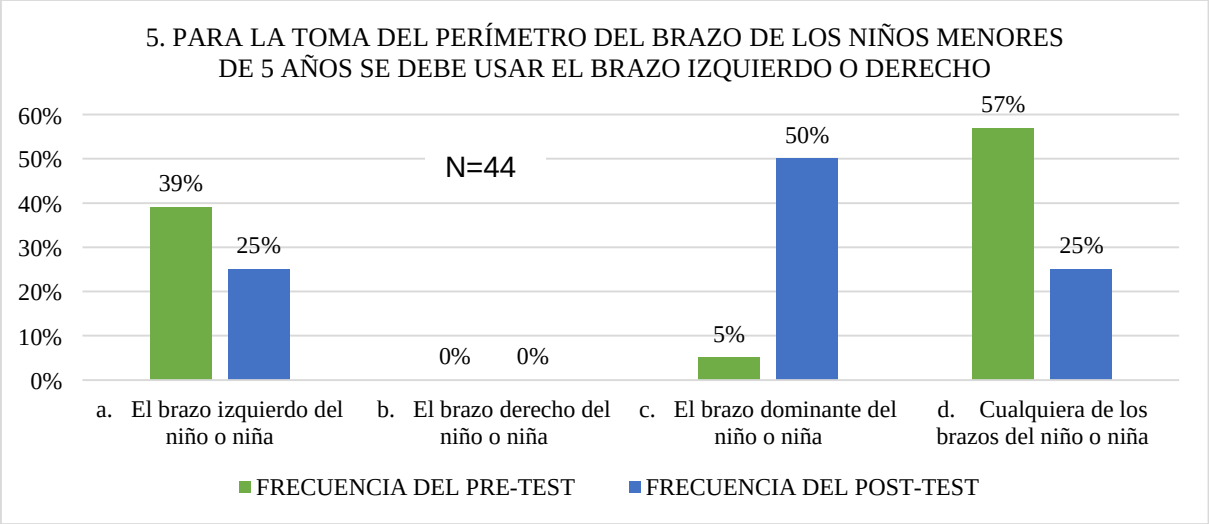
ANALISIS: Según datos obtenidos a través del pre-test y pos-test se logra observar en la presente gráfica que de todas las madres Fami que respondieron el pre-tes el 50% sabe que para menores de 2 años sin importar que el niño o niña ya se coloque en pie la toma de la talla debe ser acostado, comparando así con el 34% y 16% que refirieron que se debía tomar de pie o acostado y de pie respectivamente; finalmente atraves del pos-test se logra evidenciar que una vez culminada la socialización el 52% sabe que para menores de 2 años sin importar que el niño o niña ya se coloque en pie la toma de la talla debe ser acostado.

TABLA N°5

5. PARA LA TOMA DEL PERÍMETRO DEL BRAZO DE LOS NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS SE DEBE USAR EL BRAZO IZQUIERDO O DERECHO.

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 5	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. El brazo izquierdo del niño o niña	17	39%	11	25%
b. El brazo derecho del niño o niña	0	0%	0	0%
c. El brazo dominante del niño o niña	2	5%	22	50%

d. Cualquiera de los brazos del niño o niña	25	57%	11	25%
TOTAL	**44**	100%	**44**	100%



ANALISIS De acuerdo a la gráfica N°5 se logra evidenciar que del 100% de las madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 57% refiere que para la toma del perímetro del brazo de los niños menores de 5 años se debe usar en cualquiera de los brazos del menor, el 39%indica que en el brazo izquierdo del menor y el 5% el brazo dominante; Una vez culminada la socialización se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 50% de la población logra saber que para la toma del perímetro del brazo del menor se debe utilizar el brazo domínate, mientras un 25% indico el brazo izquierdo del niño o niña y el 25% faltante cualquiera de los brazos.

8. FORTALEZA Y RECOMENDACIONES

- De acuerdo a lo evaluado en la estrategia de información en salud realizada a las madres Fami se puedo evidenciar que en su mayoría no reconocían las técnicas adecuadas para la toma de medidas antropométricas, una vez finalizad la socialización sus conocimientos fueron reforzados y lograron comprender la importancia y la técnica adecuada para la toma de medidas antropométricas en niños menores de 5 años.

- Se recomienda la implementación y el uso correcto de los equipos a la hora de la toma de medidas antropométricas, a su vez la técnica adecuada durante el procedimiento.

- Mediante video educativo se logró fortalecer y profundizar la temática abordada logrando así que las madres Fami identificaran la importancia de una adecuada toma de medidas antropométricas.

- Se realizó una exitosa participación y se evidencia de acuerdo a la encuesta de satisfacción, que se logró obtener una ejecución con resultados positivos referido por las madres fami.

ESTRATEGÍA "GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS (GABA) PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS."

Elaborado por:

LARIZA LUZESTELA BARROS COTES

RUBBY MARCELA GUERRERO GARCÍA

Nutricionistas Dietistas en formación

Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)

Presentado a:

ND, LUZ DARY ROPERO BARRAZA

Docente supervisora de la Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

2021-2

INTRODUCCIÓN

Las Guías alimentarias basadas en alimentos para niños y niñas menores de 2 años, es una iniciativa propuesta por las GABA para incentivar la importancia de una alimentación adecuada basada en el desarrollo infantil que promueve un crecimiento óptimo y saludable en las diferentes etapas de la niñez.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF recomiendan que la lecha materna sea el alimento exclusivo de los bebés recién nacidos hasta los 6 meses de edad, y que hasta los 2 años se alimenten con una combinación de la misma con alimentos adecuados y nutritivos para su edad. A su vez la implementación de una dieta sana a lo largo del ciclo de vida permite disminuir y prevenir la aparición de la malnutrición en todas sus formas, enfermedades no transmisibles o trastornos relacionados a una mala alimentación. Las características propias de una alimentación saludable se enmarcan en que debe ser completa, variada, equilibrada, suficiente, inocua, de acuerdo a la edad, el sexo, hábitos, actividad física, en el contexto cultural y muchos otros factores que influyen en su modificación.

Así como las poblaciones evolucionan a medida que pasa el tiempo, lo mismo sucede con la alimentación y esta se ve influenciada por factores socioeconómicos, geográficos y ambientales que determinan directamente la alimentación de los individuos. Entre los factores socio económicos podemos encontrar los ingresos, el precio de los alimentos, disponibilidad de los alimentos, preferencias, creencias y tradiciones culturales; en relación lo geográfico y ambiental, tenemos la disponibilidad de suelos para producción agrícola, el territorio donde se encuentre la población, el cambio climático, entre otros.

De acuerdo a lo descrito anteriormente, se busca implementar la estrategia dirigida a las madres FAMI de la ciudad de Cúcuta, con el fin de informar a madres, padres y personas interesadas, en lo relacionado a las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para población menor de dos años, incentivando a la adopción de los mensajes dados por las guías y esperando que dicha estrategia permita mejorar las prácticas de alimentación y nutrición en la población menor de dos años de edad.

JUSTIFICACIÓN

Durante los primeros años de vida, especialmente los dos primeros, la importancia de una alimentación optima promueve el crecimiento sano y ayuda al desarrollo cognitivo, además, reduce el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad y enfermedades no transmisibles en el futuro.

De acuerdo a diversos estudios realizados en el año 2019, en el mundo únicamente el 38% de niños recibe leche materna de manera exclusiva hasta los 6 meses, en Colombia según la ENSIN 2015, el 36,1% y solamente 36,5% de niños de 6 a 23 meses recibe una dieta mínima aceptable. Las prácticas inadecuadas de Lactancia Materna y la Alimentación Complementaria han sido asociado con desnutrición, deficiencias de micronutrientes y enfermedades transmisibles.

Según la FAO 2020, las guías alimentarias basadas en alimentos son un instrumento de educación e información que se adapta a las condiciones sociales y económicas de la población y tienen como objetivo contribuir a mejorar las practicas alimentarias y los estilos de vida para disminuir en los niños la prevalencia de desnutrición, obesidad y enfermedades crónicas no transmisibles que hay en el mundo.

Por lo tanto, esta estrategia tiene como objetivo principal capacitar a las madres FAMI del municipio de Cúcuta, en temas relacionados con alimentación y nutrición establecidos en las GABA (Guías Alimentarias Basadas en Alimentos) para la población de niños y niñas menores de dos años para fortalecer sus conocimientos y de esa manera puedan ser transmitidos a la población, contribuyendo al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida.

FOCALIZACION TERRITORIAL

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se propone la estrategia: GUIAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS, con el fin de fortalecer conocimientos en las madres FAMI del municipio de Cúcuta, Norte de Santander.

LUGAR	POBLACION	ABORDAJE	TOTAL, APROXIMADO
Plataforma Google Meet	Madres FAMI	Educación en salud sobre las Guías alimentarias basadas en alimentos para niños y niñas menores de 2 años.	**40**
TOTAL	**40**		**40**

Entorno: Comunitario

Componente de la dimensión: Alimentación y Nutrición

Estrategia: Educación y comunicación en salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias de información, educación y comunicación en temas de nutrición y alimentación dirigidas a las Madres FAMI que pertenecen al municipio de Cúcuta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

• Construir documento base para la socialización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos.

• Elaborar material de apoyo relacionado a las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para población menor de dos años.

• Evaluar los conocimientos adquiridos por las personas presentes en la socialización, mediante una actividad evaluativa.

Total, de intervenciones: 1

FASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

FASE 1: Planeación:

- Focalización de la población a intervenir.
- Diseño de las invitaciones.(Anexo)
- Diseño de las diapositivas: Guías alimentarias basadas en alimentos para niños y niñas menores de 2 años.(Anexo)
- Elaboración de pretest y post-test para identificación de conocimientos

FASE 2: Intervención:

- Aplicación del Pre-test
- El día 05 de noviembre se realizará el desarrollo de la intervención.
- Entrega del Infografía.(Anexo)
- Presentación de la estrategia Guías alimentarias, en diapositivas, donde se proporcionará información específica acerca de las prácticas relacionadas a la alimentación y nutrición de los niños y niñas menores de dos años.
- Socialización de dudas e inquietudes.

SOPORTES:

1. Acta de Reunión
2. Lista de Asistencia
3. Evidencias Fotográficas.

FASE 3: Seguimiento y evaluación

• Aplicación del Pos-test como herramienta con el fin de determinar si los padres de familia captaron la información proporcionada.

• Tabulación, procesamientos e interpretación de los resultados obtenidos.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	CANTIDAD PROGRAMADA	AVANCE
Diseño de diapositivas e infografía con el fin de fortalecer los conocimientos referentes al tema tratado.	Invitaciones, Carteleras, Infografía elaborada y aprobada	1	100%

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaboración de la invitación.			
Elaboración de material de apoyo.			
Elaboración del pre-test y post- test			
Ejecución de la intervención			
Tabulación, procesamiento e interpretación de los resultados del test.			
Entrega de soportes y documentos a la docente supervisora.			

ANEXOS
PRE TEST

CAPACITACIÓN: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para niños y niñas menores de dos años.

DIRIGIDO A: Madres FAMI que pertenecen a la ciudad de Cúcuta Norte de Santander.

1. ¿Sabe usted que son las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la población colombiana?

   a. Sí
   b. No

2. ¿Por qué es importante una buena alimentación en niñas y niños de 0 a 2 años?

   a. Buen Crecimiento
   b. Buen Desarrollo
   c. Buen rendimiento físico e intelectual
   d. Todas las anteriores
   e. Ninguna de las anteriores

3. ¿Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas de 0 a 2 años, cree usted que es necesario ofrecer antes de los seis meses de edad alimentos?

   a. Si
   b. No

4. ¿Cree usted que brindarles leche materna exclusiva y leche materna hasta los 2 años a los niños y niñas, traerá beneficio para la salud de ellos?

   a. Si
   b. No

5. ¿Sabe usted que ofrecer a su niño o niña leches de tarro, cereales de caja, productos de paquete, carnes frías, comidas rápidas y bebidas azucaradas no es adecuado para una alimentación saludable?

   a. Si
   b. No

POST TEST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para niños y niñas menores de dos años.

DIRIGIDO A: Madres FAMI que pertenecen a la ciudad de Cúcuta Norte de Santander.

6. ¿Sabe usted que son las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos - GABA para la población colombiana?

c. Sí
d. No

7. ¿Por qué es importante una buena alimentación en niñas y niños de 0 a 2 años?

f. Buen Crecimiento
g. Buen Desarrollo
h. Buen rendimiento físico e intelectual
i. Todas las anteriores
j. Ninguna de las anteriores

8. ¿Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas de 0 a 2 años, cree usted que es necesario ofrecer antes de los seis meses de edad alimentos?

c. Si
d. No

9. ¿Cree usted que brindarles leche materna exclusiva y leche materna hasta los 2 años a los niños y niñas, traerá beneficio para la salud de ellos?

c. Si
d. No

10. ¿Sabe usted que ofrecer a su niño o niña leches de tarro, cereales de caja, productos de paquete, carnes frías, comidas rápidas y bebidas azucaradas no es adecuado para una alimentación saludable?

c. Si
d. No

INFORME ESTRATEGÍA DE INFORMACION EN SALUD "GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS (GABA) PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 2 AÑOS."

A través de la previa concertación con la Doctora Marta Cervantes se define que el día 5 de noviembre de 2021 a las 3:00 pm se reunirán las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta para dar desarrollo a la Capacitación de la estrategia de educación y Comunicación en salud.

En el día propuesto, se inicia con el saludo, seguidamente se hace la presentación de las estudiantes y se envía el link de asistencia junto con la aplicación de un pretest para evaluar el nivel de conocimiento de las Madres FAMI acerca del contenido del tema de socialización: Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para niñas y niños menores de 2 años, posteriormente se realiza la presentación mediante diapositivas y se resuelven dudas e inquietudes, finalmente se realiza el pos-test, la encuesta de satisfacción y se envía una infografía referente al tema socializado, por último se da por finalizada la intervención.

INFORMACIÓN DE LA TEMATICA:

GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS (GABA) PARA NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE DOS AÑOS

Mensajes dirigidos a madres, padres y criadores de niños y niñas menores de 2 años:

1.Para que los niños y niñas crezcan sanos e inteligentes bríndeles solamente leche materna durante los primeros seis meses de vida.

Importancia de este mensaje: El inicio temprano de la lactancia materna trae beneficios para la salud, el desarrollo cerebral y motor del bebé, además de prevenir la mortalidad, en gran medida porque reduce el riesgo de contraer enfermedades infecciosas.

La primera leche que produce la madre inmediatamente después del parto se llama calostro. Esta es una leche espesa, amarillenta o trasparente, que contiene todos los elementos necesarios para nutrir al bebé, anticuerpos y otras proteínas protectoras, lo mismo que las dosis de vitamina A y otros micronutrientes requeridos para fortalecer su sistema inmune.

Es considerada la primera vacuna y no se debe desechar.

La Lactancia Materna ofrece innumerables beneficios para el bebé, la madre, la familia y la sociedad, dentro de los que se encuentran:

- Brinda al bebé todos los nutrientes que necesita para su crecimiento y desarrollo saludable.

- La leche de la madre se adapta a las necesidades de su bebé y por ello se digiere más fácilmente que cualquier otra leche.

- La leche materna es más segura e higiénica porque el niño (a) la toma directamente de su mamá.

- Está disponible a toda hora y en cualquier lugar, y se conserva bien dentro del pecho materno, aun cuando la madre haya pasado un tiempo sin amamantar, evitando así enfermedades infecciosas como diarreas.

- A través de su leche, la mamá le trasmite al bebé factores de protección "anticuerpos" que los protegen contra las enfermedades infecciosas.

La lactancia materna favorece y fortalece la relación de afecto entre la mamá y el bebé; contribuye al desarrollo de niños inteligentes, seguros, y emocionalmente estables. El contacto "piel a piel" es fundamental para iniciar este vínculo afectivo, por tanto, los profesionales de la salud que atienden el parto, deben garantizar poner al bebe en el pecho de la madre una vez nace y amamantar dentro de la primera hora de nacido.

Alimente al bebé cada vez que lo pida, día y noche: esto es lo que se llama "lactancia a demanda". Los bebés piden cuando tienen hambre y esto favorece que la madre produzca la leche que su hijo necesita. Para lograrlo el niño debe mamar con frecuencia: ¡Esta es una de las reglas de oro de la lactancia!

La leche materna contiene el líquido que el bebé necesita durante los primeros 6 meses, por tanto, no necesita agua, ni tés, ni jugos, ni otros líquidos. Varios estudios han demostrado que, si los bebés reciben lactancia materna exclusiva, no requieren agua adicional durante los primeros 6 meses de vida, incluso en climas cálidos. La leche materna está compuesta por un 88 % de agua, y esta es suficiente para satisfacer la sed del lactante. En los casos de

separación temporal, usted puede extraer, conservar, transportar y suministrar la leche materna a su bebé.

Utilice vaso o taza para suministrarla, no tetero. La madre puede extraer la leche materna en el hogar, en el trabajo, en el jardín infantil, en un grupo de apoyo o en cualquier otro sitio, lo más importante es que el lugar sea higiénico, tranquilo, cómodo y preferiblemente con privacidad. El acompañamiento de la pareja o la familia de la madre es importante para que ella pueda emplear el tiempo necesario que demanda el amamantamiento y la extracción. Debe estar tranquila y relajada, porque las demás tareas del hogar son compartidas.

Recuerde que el uso de biberón puede generar diarreas, otitis, caries y otros problemas dentales y del lenguaje, está comprobado que el uso de estos elementos (biberones y chupetes) interfiere negativamente en el proceso de amamantamiento, causando muchas veces el fracaso de la lactancia, ya que el recién nacido se acostumbra y le resulta más cómodo succionar la tetina artificial que el pecho materno.

2. Para favorecer la salud y nutrición de los niños y niñas, ofrezca a partir de los seis meses de edad alimentos variados, frescos y naturales, preparados en el hogar y continúe amamantando hasta los 2 años o más.

Importancia del mensaje: La leche materna después de los 6 meses de edad sigue siendo el alimento principal hasta el año de vida y después del año de vida se debe ofrecer de manera complementaria hasta los 2 años o más. Se recomienda introducir la alimentación complementaria cuando los niños tengan el desarrollo fisiológico y motor para poder hacerlo. Esto sucede a los 6 meses. Al momento de iniciar la alimentación complementaria, el bebé debe tener el desarrollo de las siguientes habilidades:

Hitos Claves de Desarrollo:

• Se sienta sin apoyo y tiene buen control de movimiento de cabeza y cuello.

• Mastica y usa la lengua para mover la comida hacia atrás de la boca para tragar.

• Ha desaparecido el reflejo de extrusión.

• Trae manos y juguetes hacia la boca para explorar.

• Manifiesta deseo por comida.

• Muestra entusiasmo por participar en la comida de la familia

• Trata de poner comida en su boca. La introducción de la alimentación complementaria debe ser paulatina, incorporando alimentos poco a poco, hasta llegar a un patrón de consumo familiar al cumplir el primer año de vida:

• De los 6 a los 12 meses de edad, la leche materna sigue siendo la fuente más importante de alimentación.

• El consumo de una dieta sana y variada como fuente de nutrientes debe aumentar con la edad.

• Ofrezca variedad de frutas y verduras.

• Alimentos sólidos ricos en hierro como las vísceras y zinc, como las leguminosas, son muy importantes para los bebés amamantados.

Se debe realizar una transición gradual de consistencia: entre los 6 y 8 meses se ofrecen alimentos en forma de puré espeso, machacados o enteros blandos; y a partir de los 8 meses hasta el año, se ofrecen alimentos en pequeños trozos, más duros de consistencia, que el bebé pueda agarrar con su mano, evitando aquellos que por su forma ocasionen atoramientos como uvas, nueces o trozos de zanahoria o manzanas.

Después del primer año de vida: la alimentación saludable del bebé es fundamental para garantizar su adecuado crecimiento y desarrollo, esta alimentación ya es igual a la que consume la familia; sin embargo, se recomienda no adicionar sal, ni azúcar a las preparaciones para generar buenos hábitos alimentarios que lo protejan a lo largo de la vida de adquirir enfermedades crónicas.

RECOMENDACIONES GENERALES:

De 6 a 8 meses

•Continúe ofreciendo leche materna a su bebé todas las veces que lo pida

•Ofrezca un alimento nuevo a la vez junto con uno ya conocido. Introduzca uno nuevo 2 a 4 días después, según la tolerancia del bebé.

•Ofrezca comidas muy espesas en puré, hasta que aparezca la habilidad de masticar.

•Inicie con 4 a 6 cucharadas postreras por comida, hasta llegar gradualmente a media taza (4 onzas).

•La frecuencia de comidas debe ser progresiva hasta llegar a tres comidas diarias a los 8 meses.

• No adicione sal, azúcar, ni condimentos a las preparaciones.

•Prefiera siempre los alimentos preparados en casa.

•Agregue diariamente a las comidas una porción de alimentos de origen animal como carnes, vísceras, huevos y quesos frescos.

De los 9 a 11 meses

•Continúe ofreciendo leche materna a su bebé todas las veces que él quiera.

•De los 9 a 11 meses ofrezca alimentos finamente picados, machacados y que el bebé pueda coger con la mano.

•La cantidad de alimentos por comida es de media taza (4 onzas por comida).

• Ofrezca al menos 3 comidas diarias y de acuerdo con el apetito del bebé, uno o dos refrigerios.

•No adicione sal, azúcar, ni condimentos a las preparaciones.

•Prefiera siempre los alimentos preparados en casa.

•Incluya diariamente a las comidas una porción de alimentos de origen animal como carnes, vísceras, huevos y quesos frescos.

De los 12 a 23 meses

•Continúe dando de lactar las veces que la niña o el niño quieran, después de las comidas.

•A los 12 meses, la mayoría de los niños tiene la capacidad de comer los mismos alimentos consumidos por el resto de la familia

•Ofrezca variedad de alimentos sólidos, con algunas texturas modificadas: picados, molidos o trozos pequeños

•La cantidad de alimentos por comida es de una taza o plato (8 onzas) por comida.

•Ofrezca al menos 3 comidas diarias y de acuerdo con el apetito del bebé, uno o dos refrigerios.
•No ofrezca productos procesados como los de paquete, bebidas azucaradas, embutidos, entre otros.

•No adicione sal, azúcar, ni condimentos a las preparaciones.

•Prefiera siempre alimentos preparados en casa.

•Agregue diariamente a las comidas una porción de alimentos de origen animal como carnes, vísceras, huevos y quesos frescos.

3.A partir de los 6 meses ofrezca a los niños y niñas variedad de alimentos propios del territorio.

Importancia del mensaje: Colombia ofrece una diversidad muy grande de alimentos y es importante que los niños y niñas los conozcan y consuman, pues vivimos en un país de regiones y ecosistemas que brindan variedad de productos y preparaciones. Ofrezca a sus niños y niñas frutas y verduras aprovechando las que estén en cosecha. El acto de comer se trata no solo de la nutrición del cuerpo ya que constituye un vehículo para crea vínculos al interior de la familia y la comunidad. Disfrutar de un espacio para estimular aprendizajes para la vida: a compartir y departir, celebrar, adoptar reglas de comportamiento, a entender las diferencias entre los miembros de la familia y fuera de ellas.

4.Permita al bebé el contacto con los alimentos mientras come, para que experimente de forma segura sus texturas, olores y sabores.

Importancia del mensaje: Los padres, madres y cuidadores tienen una participación importante en el desarrollo de las habilidades de la alimentación del niño a través de la selección de los alimentos que les ofrecen, así como la forma y cantidad en que se presentan. Una forma eficaz de introducir un nuevo alimento es por "imitación o modelaje": si los niños

ven a su padre, madre o hermanos disfrutar un alimento, estarán más interesados en probarlo. La alimentación complementaria óptima depende, no solamente, de con qué se alimenta al niño; también del cómo, cuándo, dónde y quién lo alimenta.

Así, la alimentación perceptiva involucra reciprocidad entre el niño y la persona que lo alimenta. Se basa en 3 pasos clave: 1) el niño muestra señales de hambre y saciedad a través de acciones motoras, expresiones faciales y vocalizaciones, 2) el cuidador reconoce las señales y responde oportunamente de manera que apoya emocionalmente al niño y de acuerdo con sus necesidades y nivel de desarrollo, 3) el niño se acostumbra a una respuesta consistente a las necesidades que comunica.
El niño debe tener su propio plato, de manera que el cuidador pueda saber si está recibiendo suficiente comida. Para alimentarlo se puede emplear una cuchara, o solamente la mano limpia; dependerá de la cultura o prácticas. El utensilio debe ser el apropiado para la edad del niño.

De igual manera, se recomienda: alimentar despacio y pacientemente y animar a los niños a comer, pero sin forzarlos. Si los niños rechazan varios alimentos, se sugiere experimentar con diversas combinaciones, sabores, texturas y métodos; minimizar las distracciones durante las horas de comida si el niño pierde interés rápidamente y recordar que los momentos de comer son periodos de aprendizaje y amor será importante hablar con los niños y mantener el contacto visual.

5.No ofrezca a su niño o niña leches de tarro, compotas comerciales, cereales de caja para bebés, productos de paquete, carnes frías, comidas rápidas y bebidas azucaradas.

Importancia del mensaje: Generalmente, la leche artificial comercial para lactantes es elaborada a partir de la leche de vaca o productos de soja industrialmente modificados. Durante el proceso de manufactura, los nutrientes son ajustados para hacerlos más comparables a la leche materna. Sin embargo, las diferencias con relación a la grasa y las proteínas no pueden ser modificadas, por lo que la ausencia de factores anti infecciosos y bioactivos se mantiene. La leche artificial comercial en polvo para lactantes no es un producto estéril y puede ser insegura.

6.Para el desarrollo de los niños y las niñas promueva actividades que involucren el juego y el movimiento. Importancia del mensaje: Actualmente, los niños, desde muy temprana edad, permanecen un tiempo importante frente a una pantalla de televisión, celular o computador. Esta situación está directamente relacionada con los aumentos del sobrepeso y la obesidad. Es importante desde el inicio de la vida crear hábitos y estilos de vida saludables como la

actividad física, a través del juego y la exploración del medio y el movimiento, disminuyendo actividades sedentarias.

Los lactantes deben interactuar con los cuidadores en las actividades físicas diarias dedicadas a explorar el movimiento y el medioambiente. Los lactantes deben participar en un total de al menos 30 minutos de actividad física estructurada cada día. Los lactantes deben tener por lo menos 60 minutos y hasta varias horas diarias de actividad física no estructurada y no deben estar sedentarios por más de 60 minutos seguidos, excepto cuando duermen.
7.En el momento de la alimentación evite la televisión, teléfono y otras distracciones.

Importancia del mensaje: Alimentarse es mucho más que calmar el hambre. Es disfrutar de los alimentos con todos los sentidos, saborearlos, percibir su aroma y deleitarse con su presentación. La familia debe apagar el televisor mientras come, porque es importante que desde el inicio de la alimentación complementaria el niño (a) adquiera adecuados hábitos alimentarios. Lo ideal es comer en familia. Algunos estudios demuestran que los niños que comen junto con sus padres se alimentan mejor que los que comen solos. Consumen más frutas y verduras que aportan vitaminas y minerales, consumen más fibra, poseen mayores habilidades de expresión, establecen relaciones más saludables con otras personas y se sienten mejor con su familia. Cuando las personas, especialmente los niños y niñas, están pendientes de la televisión no prestan atención a lo que comen. No aprecian el sabor de los alimentos ni sus cualidades y además pierden el control sobre la cantidad que están consumiendo. En este sentido, el hábito de comer viendo la televisión puede favorecer la malnutrición, además, en horario infantil la televisión concentra la emisión de anuncios de alimentos que pueden influir en los hábitos de consumo del niño. La mayoría de anuncios son de golosinas, chocolates, productos de pastelería, refrescos, etc.; estos productos tienen un elevado contenido en grasas, azúcar y calorías, y no se deben consumir a diario.

8. Reflexione sobre la información y publicidad de alimentos y bebidas presentada en la televisión, radio y otros medios de comunicación, no toda está orientada a favorecer su salud y nutrición, consulte las guías alimentarias basadas en alimentos.

Importancia del mensaje: Está demostrado que la publicidad influye en los hábitos de consumo de la población, y los niños no son una excepción, son el grupo de población particularmente vulnerable a los efectos de la publicidad.

Los datos actuales muestran que la publicidad hace que los niños pidan y consuman alimentos menos saludables (ricos en calorías, grasas, azúcares y sal). Aunque no se ha demostrado una relación directa entre la publicidad de este tipo de productos y, por ejemplo, la obesidad, es bastante probable que, al menos, sea un factor relevante. Las madres, los padres y otros

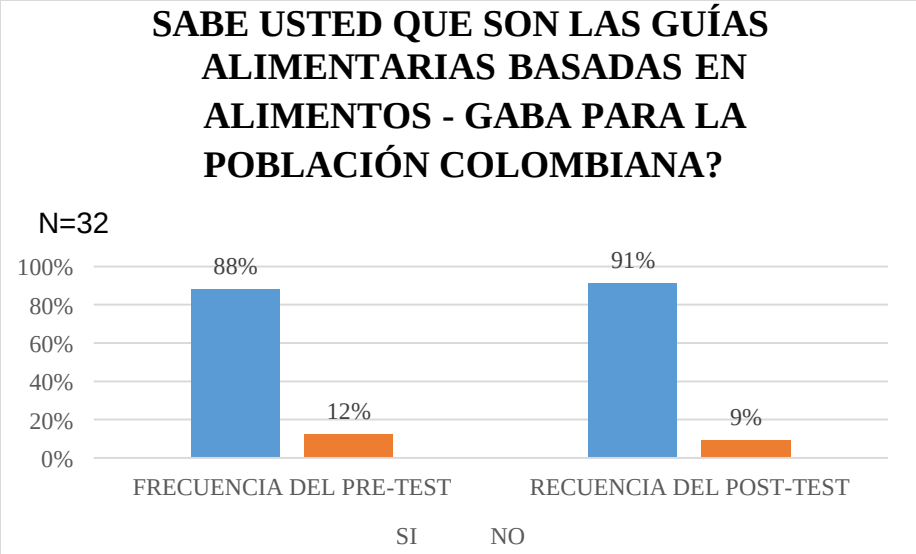
cuidadores deben tener acceso a información objetiva, coherente y completa, acerca de las prácticas apropiadas de alimentación, libre de toda influencia comercial. En particular, deben estar informados acerca del periodo recomendado de lactancia natural exclusiva y continua, el momento de introducción de los alimentos complementarios, qué tipos de alimentos tienen que utilizar, en qué cantidad y con qué frecuencia, y cómo darlos de forma inocua.

2. INFORME DE TABULACIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS ENCUENTROS

TABLA 1|

1. ¿SABE USTED QUE SON LAS GUÍAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS - GABA PARA LA POBLACIÓN COLOMBIANA?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 1	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POSTTEST	%
SI	28	88%	29	91%
NO	4	12%	3	9%
TOTAL	**32**	100%	**32**	100%

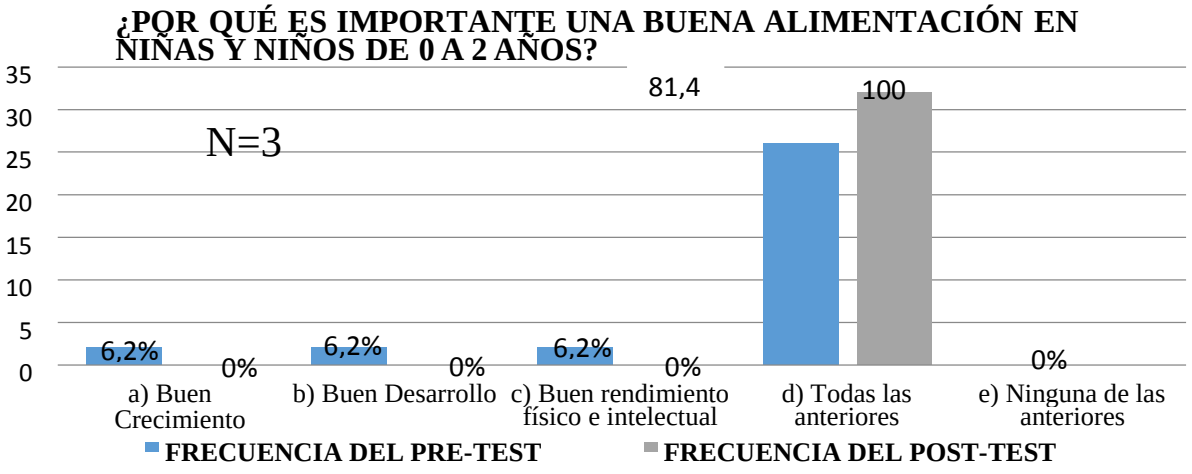


ANÁLISIS : De acuerdo a la anterior grafica se logra evidenciar que del 100% de las madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 88% si reconocen que son las GABAS mientras el 3% indicó que no; Una vez culminada la socialización se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 91% de la población logra saber que son las GABAS, y solo el 3% no reconoce, por lo tanto se debe seguir profundizando para lograr que las madres FAMI reconozcan y conozcan las guías alimentarias basadas en alimentos

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE UNA BUENA ALIMENTACIÓN EN NIÑAS Y NIÑOS DE 0 A 2 AÑOS?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 2	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POSTTEST	%
a) Buen Crecimiento	2	6.2%	0	0%
b) Buen Desarrollo	2	6.2%	0	0%
c) Buen rendimiento físico e intelectual	2	6.2%	0	0%
d) Todas las anteriores	26	81.4%	32	100%
e) Ninguna de las anteriores	0	0	0	0%
TOTAL	**32**	100%	**32**	100%

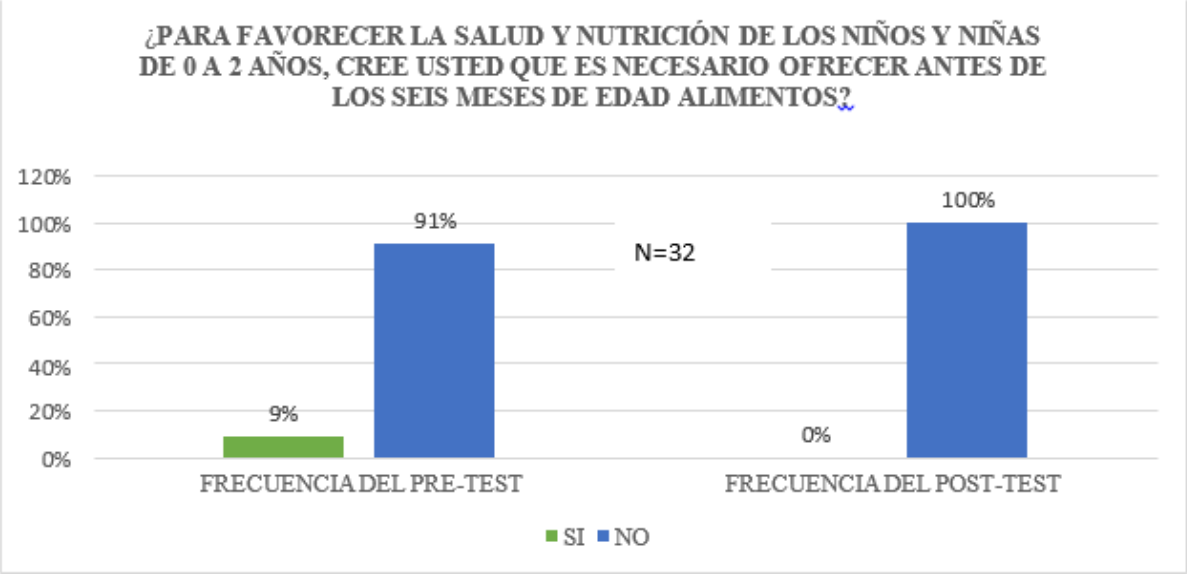
ANÁLISIS: Según la gráfica N2 se puede evidenciar que en su mayoría la población conoce la importancia de una buena alimentación en los menores de 2 años con un 81,4% donde reconocieron que todas las anteriores eran la respuesta correcta comparado con el 18,6% que indicaron una sola opción de respuesta con 6,2% respectivamente, Por tanto se debe seguir profundizando para lograr que aquellas madres FAMI reconozcan y conozcan las importancia de una buena alimentación en niñas y niños de 0 a 2 años.



¿PARA FAVORECER LA SALUD Y NUTRICIÓN DE LOS NIÑOS Y NIÑAS DE 0 A 2 AÑOS, CREE USTED QUE ES NECESARIO OFRECER ANTES DE LOS SEIS MESES DE EDAD ALIMENTOS?

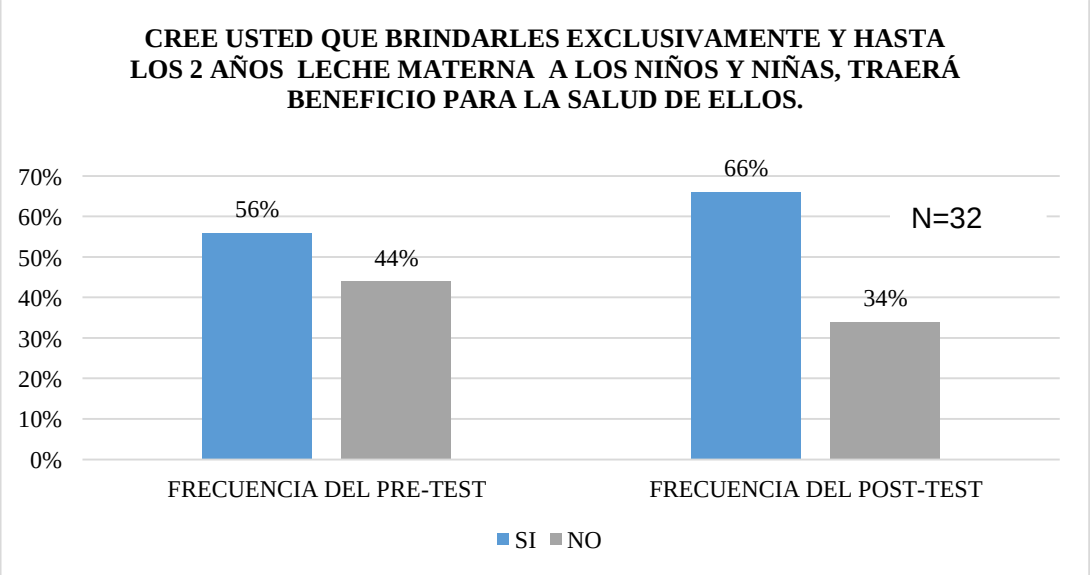
RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POSTTEST	%
SI	3	9%	0	0%
NO	29	91%	32	100%
TOTAL	**32**	100%	**32**	100%

ANÁLISIS : De acuerdo a la anterior grafica se logra evidenciar que del total de madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 91% cree que no es necesario ofrecer alimentos antes de los 6 meses de edad a los bebés, mientras el 9% indicó que si es necesario ; Una vez culminada la socialización se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 100% de la población indica que no es necesario iniciar precozmente la alimentación en los niños y niñas menores de 1 año.



CREE USTED QUE BRINDARLES EXCLUSIVAMENTE Y HASTA LOS 2 AÑOS LECHE MATERNA A LOS NIÑOS Y NIÑAS, TRAERÁ BENEFICIO PARA LA SALUD DE ELLOS

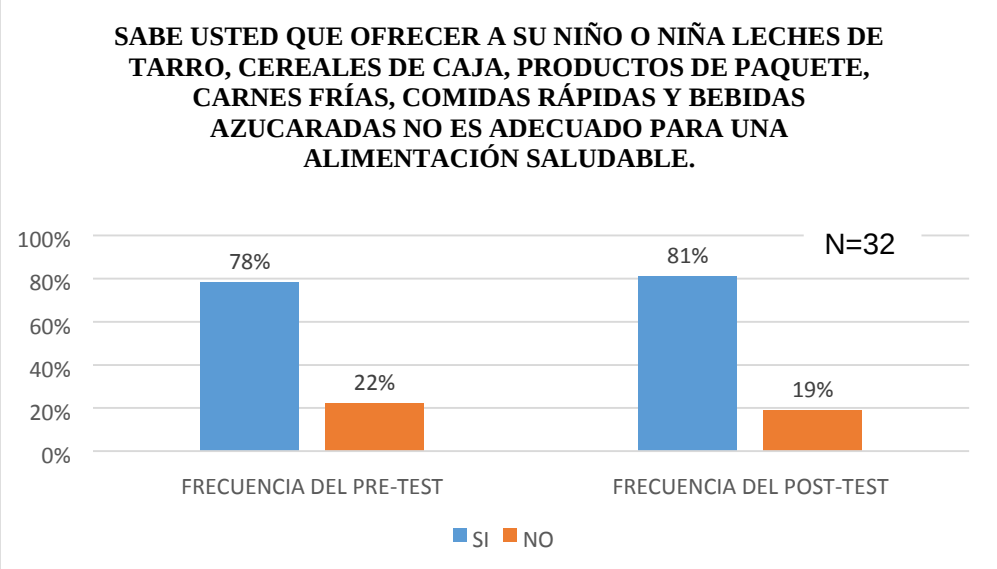
RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 4	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POSTTEST	%
SI	18	56%	21	66%
NO	14	44%	11	34%
TOTAL	**32**	100%	**32**	100%



ANÁLISIS: Según datos obtenidos a través del pre-test y pos-test se logra observar en la presente gráfica que de todas las madres Fami que respondieron el pre-tes el 56% si cree que brindarle leche materna hasta los 24 meses trae beneficios para los Niños y niñas, mientras que el 44% no lo cree; atraves del pos-test se logra evidenciar que una vez culminada la socialización el 66% cree usted brindarles exclusivamente y hasta los 2 años leche materna a los niños y niñas, traerá beneficio para la salud de ellos y el 34% refiere que no.

SABE USTED QUE OFRECER A SU NIÑO O NIÑA LECHES DE TARRO, CEREALES DE CAJA, PRODUCTOS DE PAQUETE, CARNES FRÍAS, COMIDAS RÁPIDAS Y BEBIDAS AZUCARADAS NO ES ADECUADO PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE.

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 5	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POSTTEST	%
SI	25	78%	26	81%
NO	7	22%	6	19%
TOTAL	**32**	100%	**32**	100%



ANALISIS: De acuerdo a la gráfica N°5 se logra evidenciar que del 100% de las madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 78% sabe que ofrecer a los niños o niñas leches de tarro, cereales de caja, productos de paquete, carnes frías, comidas rápidas y bebidas azucaradas no es adecuado para una alimentación saludable mientras el 22% indicó que no saber; Una vez culminada la socialización se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 81% de la población logra saber que ofrecer a los niños o niñas leches de tarro, cereales de caja, productos de paquete, carnes

frías, comidas rápidas y bebidas azucaradas no es adecuado para una alimentación saludable, y solo el 19% indica lo contario, por lo tanto se debe seguir profundizando para lograr que las madres FAMI reconozcan y conozcan los beneficios del no consumo de dichos alimento s

FORTALEZA Y RECOMENDACIONES

- La implementación de la Estrategia de Información en salud "Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para niños y niñas menores de dos años" dirigida a las madres FAMI, logró ser aceptada positivamente por cada una de sus participantes, teniendo en cuenta que de esta forma fortalecen sus capacidades y permite que se transmita la información mediante la orientación a las familias gestantes con madres en periodo de lactancia y con niños y niñas menores de dos años.
- Es importante que se continúen implementando diferentes estrategias de Información en salud hacia toda la comunidad, con contenido referente a la práctica de la lactancia materna, e inicio adecuado y natural de la alimentación complementaria.
- Se logró orientar a las madres FAMI sobre el consumo de alimentos, con el fin de promover un completo bienestar nutricional, fomentando estilos de vida saludable, y contribuyendo a prevenir el riesgo de sufrir enfermedades relacionadas con la alimentación.

ESTRATEGÍA “PROGRAMA MADRE CANGURO”

Elaborado por:
LARIZA LUZESTELA BARROS COTES
RUBBY MARCELA GUERRERO GARCÍA
Nutricionistas Dietistas en formación
Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)

Presentado a:
ND, LUZ DARY ROPERO BARRAZA
Docente supervisora de la Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
2021-2

INTRODUCCIÓN

Doce años después que la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendara el uso del Método Madre Canguro (MMC) (2003), y el Ministerio de Salud y Protección Social en Colombia emitiera el Decreto 3039 de 2007 y la Resolución 0425 de 2008 para la promoción de Programas Madre Canguro y la aplicación del MMC en todas las Unidades de Recién Nacidos del país, el MMC sigue encontrando resistencias y barreras para su implementación. En la actualidad, reducir la morbimortalidad y las secuelas del bajo peso al nacer y prematuridad ha sido posible en sociedades afluentes gracias a un mejoramiento de la calidad de vida que ha resultado en embarazos más saludables, un acceso sin restricciones a los cuidados neonatales y a los avances en la tecnología de este cuidado perinatal.

Teniendo en cuenta que el Método Madre Canguro es un sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado basado en el contacto piel a piel entre el niño prematuro y/o de bajo peso al nacer y su madre, lactancia materna exclusiva cuando es posible y salida precoz a casa en Posición Canguro bajo un seguimiento ambulatorio estricto durante el primer año de edad corregida, es de suma importancia empoderar a la madre (a los padres o cuidadores) y transferirle gradualmente la capacidad y responsabilidad de ser la cuidadora primaria de su hijo, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.
A su vez, el Método Canguro constituye un método poco utilizado, pero efectivo y adecuado para el manejo de todos los bebés prematuros y con BPN, muchos bebés que nacen con bajo peso no tienen acceso a la atención en incubadora, son atendidos en forma improvisada, inefectiva y hasta peligrosa mediante el empleo de artefactos de calentamiento improvisados, siendo este otro argumento para preferir la aplicación del Método Canguro.

Por lo tanto, es importante que las madres FAMI, obtengan todos los conocimientos necesarios acerca de este método, para que de esta manera sean trasmitidos hacia las mujeres gestantes y madres en periodo de lactancia apoyando en el desarrollo de los niños y niñas y contribuyendo a su bienestar y calidad de vida.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, se hace necesario realizar la Estrategia de Información en Salud con el fin de dar a conocer las características que conforman el método madre canguro, los beneficios que ofrece y la importancia de su implementación.

JUSTIFICACIÓN

Uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, promulgado por las Naciones Unidas es garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. A pesar de los avances en materia de la reducción de la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, la mortalidad infantil se está reduciendo, pero no lo suficientemente rápido.

La prematuridad y el bajo peso al nacer (BPN) representan una carga en la salud pública, en especial en los países en vía de desarrollo. Los estudios sobre el bajo peso al nacer desarrollados por UNICEF reportan que todos los años nacen más de 20 millones de niños y niñas en esta condición (con un peso inferior a los 2500 gramos), que son prematuros (nacidos antes de la semana 37 de gestación) o a término con bajo peso al nacer; lo anterior, equivale al 17% de todos los nacimientos en países en vía de desarrollo, una tasa que duplica el nivel de los países industrializados (7%).El Método Canguro constituye un método poco utilizado, pero efectivo y adecuado para el manejo de todos los bebés prematuros y con BPN, muchos bebés que nacen con bajo peso no tienen acceso a la atención en incubadora, son atendidos en forma improvisada, inefectiva y hasta peligrosa mediante el empleo de artefactos de calentamiento improvisados, siendo este otro argumento para preferir la aplicación del Método Canguro, Por tal motivo, se considera importante realizar la estrategia de información en salud programa madre canguro a las madres Fami con el objetivo de fortalecer conocimientos y habilidades de las mismas.

FOCALIZACION TERRITORIAL

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se propone la estrategia: PROGRAMA MADRE CANGURO, con el fin de fortalecer el conocimiento de las madres FAMI del municipio de Cúcuta, Norte de Santander.

ZONA	POBLACION	ABORDAJE	TOTAL, APROXIMADO
Plataforma Google Meet.	Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta	Educación en salud sobre programa madre canguro	40
TOTAL	**40**	**-**	**40**

Entorno: Comunitario
Componente de la dimensión: Alimentación y Nutrición
Estrategia: Educación y comunicación en salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Establecer una estrategia de información, educación y comunicación en salud dirigida a las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta, con el fin de fortalecer conocimientos sobre la temática programa madre canguro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

• Diseñar material de apoyo para la socialización del programa madre canguro.
• Intervenir a la población focalizada con el fin de fortalecer conocimientos acerca de las características, beneficios e importancia de dicho método.
• Evaluar los conocimientos adquiridos mediante actividad evaluativa.

.

Total, de intervenciones: 1

FASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

FASE 1: Planeación:

- Focalización de la población a intervenir.
- Diseño de las diapositivas: Plan madre canguro(Anexo)
- Elaboración de pretest y post-test para identificación de conocimientos (Anexo)

FASE 2: Intervención:

- Aplicación del Pre-test
- El día 11 de noviembre se realizará el desarrollo de la intervención.
- Presentación de la estrategia programa madre canguro, en diapositivas, donde se proporcionará información específica acerca de los criterios para la implementación del programa.
- Presentación de Video ¿Qué es el plan canguro?(Anexo)
- Socialización de dudas e inquietudes

SOPORTES:

1. Acta de Reunión
2. Lista de Asistencia
3. Evidencias Fotográficas.

FASE 3: Seguimiento y evaluación

• Aplicación del Pos-test como herramienta con el fin de determinar si la población focalizada captaron la información proporcionada.
• Tabulación, procesamientos e interpretación de los resultados obtenidos.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	CANTIDAD PROGRAMADA	AVANCE
Diseño de diapositivas con el fin de fortalecer los conocimientos referentes al tema tratado.	Diapositivas elaborada y aprobada	1	100%
Video	Video aprobado	1	

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaboración de material de apoyo.			
Elaboración del pre-test y post- test			
Ejecución de la intervención			
Tabulación, procesamiento e interpretación de los resultados del test.			
Entrega de soportes y documentos a la docente supervisora.			

PRE-TEST
PROGRAMA MADRE CANGURO

1. ¿Conoce usted el Método Madre canguro?
   a) Si
   b) No

2. ¿Cuáles son los componentes del Método Madre canguro?
   a) La Posición Canguro
   b) La alimentación canguro
   c) Política de egreso canguro
   d) Todas las anteriores
   e) Ninguna de las anteriores

3. ¿El programa Madre Canguro hace referencia a?
   a) Conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud.
   b) Sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado
   c) Ninguna de las anteriores
   d) Todas las anteriores

4. ¿Es una característica del programa Madre Canguro?
   a) Posición Canguro.
   b) Políticas canguro
   c) Alta temprana
   d) Contacto piel a piel

5. ¿Algunos beneficios de la posición canguro son?
   a) Regulación térmica
   b) Estabilidad en la respiración y la frecuencia cardiaca
   c) Sueño profundo
   d) Ninguna de las anteriores
   e) Todas las anteriores

POS-TEST
PROGRAMA MADRE CANGURO

1. ¿Conoce usted el Método Madre canguro?
- c) Si
- d) No

2. ¿Cuáles son los componentes del Método Madre canguro?
- f) La Posición Canguro
- g) La alimentación canguro
- h) Política de egreso canguro
- i) Todas las anteriores
- j) Ninguna de las anteriores

3. ¿El programa Madre Canguro hace referencia a?
- e) Conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud.
- f) Sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado
- g) Ninguna de las anteriores
- h) Todas las anteriores

4. ¿Es una característica del programa Madre Canguro?
- e) Posición Canguro.
- f) Políticas canguro
- g) Alta temprana
- h) Contacto piel a piel

5. ¿Algunos beneficios de la posición canguro son?
- f) Regulación térmica
- g) Estabilidad en la respiración y la frecuencia cardiaca
- h) Sueño profundo
- i) Ninguna de las anteriores
- j) Todas las anteriores

INFORME ESTRATEGÍA DE INFORMACION EN SALUD
PROGRAMA MADRE CANGURO.

A través de la previa concertación con la Doctora Marta Cervantes se define que el día 9 de noviembre de 2021 a las 3:00 pm se reunirán las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta para dar desarrollo a la Capacitación de la estrategia de educación y Comunicación en salud.

En el día propuesto, se inicia con el saludo, seguidamente se hace la presentación de las estudiantes y se envía el link de asistencia junto con la aplicación de un pre-test para evaluar el nivel de conocimiento de las Madres FAMI acerca la temática del programa madre canguro , posteriormente se realiza la presentación de la temática mediante diapositivas, se proyecta video educativo y se resuelven dudas e inquietudes, finalmente se realiza el pos-test, la encuesta de satisfacción y se envía una infografía referente al tema socializado, por último se da por finalizada la intervención.

INFORMACIÓN DE LA TEMATICA:

EL PROGRAMA MADRE CANGURO PMC

Conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud, en este caso la intervención Madre Canguro, con un personal de atención en salud debidamente entrenado y organizado, dentro de una estructura física y administrativa definida.

- Programa. Conjunto de acciones cuyo objetivo principal es disminuir la mortalidad de los recién nacidos prematuros y/o de bajo peso al nacer y compensa la falta de incubadoras.
- Madre. A la madre del recién nacido se le pide participar de manera activa en el cuidado del prematuro. Es cierto que el padre cuando está lo hace, pero siempre la responsabilidad reposa en la madre, razón por la cual se le atribuye el nombre del método.
- Canguro. El término evoca la maduración extrauterina del feto tal como ocurre en los mamíferos no placentarios. Se refiere a que la madre, como proveedora de la llamada Posición Canguro (que se define más adelante), carga continuamente al prematuro hasta que alcanza la madurez esperada.

OBJETIVOS DEL MÉTODO MADRE CANGURO

El MMC busca el mejoramiento de las condiciones de salud integral de los niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, como también la humanización de los procesos de cuidado del niño y su familia en las Unidades de Cuidado Neonatal. De tal manera se obtendrán los siguientes beneficios.

- Humanizar el cuidado hospitalario y ambulatorio de los niños prematuros.
- Brindar atención especializada orientada a la sobrevida con calidad y la preservación del adecuado desarrollo cerebral.

- Después del nacimiento, permitir el desarrollo de la relación de apego entre el niño y sus padres tan pronto como sea posible.
- Empoderar a la madre o a cuidadores y transferirles de manera gradual la capacidad y responsabilidad de ser los cuidadores primarios del niño, satisfaciendo sus necesidades físicas y emocionales.
- Detectar de forma oportuna las variaciones en el desarrollo neuromotor y psicomotor para intervenir y prevenir la aparición de secuelas inherentes a la prematuridad y bajo peso al nacer durante el seguimiento de alto riesgo (mínimo hasta un año de edad corregida).
- Mejorar el pronóstico de vida y propiciar un adecuado desarrollo físico, neurológico y psicosocial en estos niños.
- Ser una alternativa de cuidado clínico adecuado, cuando la capacidad y la tecnología disponibles sean limitadas y permitir así un uso racional de los recursos humanos y tecnológicos.
- Promover y proteger la lactancia materna exclusiva, hasta donde sea posible.
- Educar y empoderar a la madre y el padre para que se conviertan en los cuidadores primarios y atiendan las necesidades físicas y emocionales del niño en el hogar, con la transferencia gradual de la responsabilidad del cuidado y las habilidades para ello.
- Contribuir a la disminución del abandono y del maltrato infantil

CONCEPTUALIZACIÓN DEL MÉTODO MADRE CANGURO

El Método Madre Canguro (MMC) fue concebido e implementado al final de la década de 1970 en el Instituto Materno Infantil de Bogotá por el Doctor Edgar Rey Sanabria (1978), quien decidió utilizar a las madres como fuente de calor debido a la escasez de incubadoras, instituyendo lo que sería conocido como Método Madre Canguro (MMC) en todos los recién nacidos 'sanos' con peso al nacer <2000g. La intervención fue luego desarrollada durante 15 años en conjunto por los pediatras Héctor Martínez Gómez (1979) y Luis Navarrete Pérez (1982). Desde entonces, ha evolucionado a partir de los conceptos iniciales, incorporando modificaciones originadas en la práctica y en la investigación científica lideradas en Colombia por la Fundación Canguro (1989).

Desde su creación en los años 70, el Método ha evolucionado a partir de los conceptos iniciales y de la incorporación de modificaciones originadas en la práctica y en la investigación científica.

CARACTERÍSTICAS BÁSICAS DEL MÉTODO MADRE CANGURO (MMC

1. Población blanco (objeto de la intervención).
2. Posición Canguro .
3. Alimentación y nutrición canguro basada en la lactancia materna.
4. Políticas canguro de egreso hospitalario y seguimiento ambulatorio.
5. Seguimiento multidisciplinario - integral
6. Consulta colectiva

- **Población Blanco (objeto de la intervención canguro)**

La Intervención Madre Canguro (IMC) se ofrece a recién nacidos prematuros de menos de 37 semanas de gestación (independiente del peso) o recién nacidos con pesos menores a 2500 gramos (bajo peso, independiente de la edad gestacional). La Posición Canguro (PC) se utiliza tan pronto como es posible y prudente si: 1) el niño tiene la capacidad de tolerarla: hay estabilización de los signos vitales, no presenta bradicardia o hipoxemia cuando se le manipula, no presenta apneas primarias o si éstas estuvieron presentes, ya están controladas; y 2) los niños candidatos a la intervención canguro nacen o son remitidos mínimo a una IPS de nivel II con Unidad de Recién Nacidos (URN).

Si nace un niño en una Institución Prestadora de Salud (IPS) de nivel I, debe ser trasladado a una IPS donde exista una URN, con un Programa Madre Canguro (PMC) implementado de forma adecuada desde el ambiente intrahospitalario. Para que lo anterior sea posible es necesario hacer una capacitación del personal de las IPS de nivel I en lo referente al traslado y a los cuidados iniciales.

La intervención canguro es un complemento del cuidado neonatal y de las intervenciones de salud realizadas en el recién nacido prematuro y/o de bajo peso al nacer. El niño a término de peso adecuado para la edad gestacional, puede aprovechar la Posición Canguro durante un tiempo limitado en el día y durante un número de días limitados (mientras tolere ser puesto y mantenido en contacto piel a piel). Aunque la intervención canguro puede dirigirse a niños sanos y a término, este documento no abarca este tema.

- **Posición Canguro**

El sello distintivo del MMC es la llamada Posición Canguro . Los atributos de la PC “típica” o de referencia son:

1. Contacto piel a piel entre la madre y el niño, 24 horas al día, colocado en estricta posición vertical, entre los senos de la madre y debajo de la ropa. Las madres cumplen no solo la función de mantener la temperatura corporal del niño (reemplazando en esta función a las incubadoras) sino que además son la fuente principal de alimentación y estimulación.
2. Se utiliza un soporte elástico de tela (de algodón o de fibra sintética elástica) que permite al proveedor de la posición relajarse y dormir mientras el niño se mantiene permanentemente y de forma segura en Posición Canguro. El soporte de tela ayuda a que la vía aérea del niño no se obstruya por cambios de posición (por ejemplo: flexión o hiperextensión del cuello) lo que es particularmente importante ya que debido a la hipotonía que habitualmente presenta el niño prematuro, sin este apoyo se pueden producir apneas obstructivas posicionales. El componente elástico de la tela permite pequeños movimientos por parte del niño, como cuando se encontraba dentro del vientre materno, sin poner en riesgo la Posición Canguro.
3. El recién nacido puede ser alimentado en cualquier momento permaneciendo en contacto piel a piel.
4. Cualquier otra persona (el padre por ejemplo) puede compartir el papel de la madre cargándolo en PC.
5. Para dormir hay que hacerlo en posición semi-sentada (30°).
6. La PC se mantiene hasta que el niño no la tolera más (el niño mostrará que no la soporta porque suda, araña y grita o hace otras demostraciones claras de incomodidad, cada vez que su mamá lo coloca en PC).

El propósito de esta posición es que el niño encuentre en la madre una fuente permanente de calor corporal, estimulación cinética y sensorial, manteniendo la vía aérea permeable. La posición estimula y favorece la lactancia materna. Además, el contacto íntimo y prolongado entre la madre y el hijo busca establecer o reforzar el vínculo biológico y afectivo sano que debe existir entre todo recién nacido y su madre, y cuyo establecimiento se ve dificultado por la prematuridad y enfermedad del niño que llevan a una separación física madre-hijo. Para cumplir estos propósitos, la posición debe ser: a) continua, es decir con el mínimo posible de interrupciones, b) prolongada, es decir, por el mayor tiempo posible, de preferencia las 24 horas del día y no menos de 2 horas consecutivas, y c) duradera, por tantos días o semanas como el niño la necesite y la tolere.



Para cumplir estos propósitos la posición debe ser:
a) Continua, es decir, con el mínimo posible de interrupciones
b) Prolongada, o sea, por el mayor tiempo posible, ojalá las 24 horas del día.
c) Duradera, por tantos días o semanas como el niño necesite la Posición Canguro

VARIANTES DE LA POSICIÓN CANGURO

En diferentes instituciones de salud que enfrentan problemáticas distintas, se han desarrollado variantes de la Posición Canguro, principalmente en los siguientes tres aspectos.

- **Momento de iniciación.**

Se ha descrito la iniciación de la Posición Canguro en distintos períodos a partir del nacimiento, desde el postparto inmediato hasta el momento del egreso hospitalario tan pronto como se estabiliza el niño prematuro. También se ha descrito el uso de la Posición Canguro como parte de las maniobras de estabilización temprana.

- **Continuidad de la posición**.

Se busca mantener la PC durante las 24 horas del día. Sin embargo, en niños muy frágiles recientemente estabilizados se aconseja colocar al niño sobre el pecho de la madre de forma intermitente, se considera adecuado por periodos de mínimo 2 horas, alternando con la incubadora. Esta modalidad intermitente se emplea sobre todo buscando fortalecer el vínculo madre-hijo y la lactancia materna, y se puede considerar como la etapa inicial de la adaptación a la PC en la Unidad de Cuidado Intensivo cuando el niño no está estable (de manera permanente) o cuando la madre por su estado de salud no se encuentra lista para portear a su hijo en Posición Canguro.

- **Duración de la intervención.**

Hay diferentes esquemas, por ejemplo sólo durante la hospitalización y el niño es dado de alta fuera de la Posición Canguro una vez regula su temperatura; mientras que otros mantienen la Posición Canguro después del egreso del hospital.

- **Identificación de una variante como Método Madre Canguro.**

De manera independiente del momento de inicio, de la continuidad y la duración de la Posición Canguro , estas alternativas pueden ser identificadas como variantes del MMC siempre que se satisfaga la definición descrita previamente, como es cargar al niño en Posición Canguro . En definitiva, no se puede hablar de Método Madre Canguro si en algún momento el niño no es colocado en Posición Canguro.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN CANGURO BASADA EN LA LACTANCIA MATERNA

Todos los Programas Madre Canguro deben cumplir con el Decreto 1397 de 1992 por el cual se promueve la lactancia materna, se reglamenta la comercialización y publicidad de los alimentos de fórmula para lactantes y complementarios de la lecha materna y se dictan otras disposiciones. Las necesidades nutricionales del niño de bajo peso al nacer y del prematuro son heterogéneas y son distintas a las de un niño sano a término. En primer lugar, recién nacidos con el mismo bajo peso al nacer pueden ser niños a término, niños prematuros con pesos adecuados y niños prematuros y con restricción del crecimiento intrauterino. Adicionalmente, en la ategoría prematuridad se incluyen niños casi maduros y cercanos al término (por ejemplo 35-36 semanas), niños prematuros moderados y niños prematuros extremos (2328 semanas de gestación al nacer). Sus requerimientos y capacidad de recibir alimentación también pueden cambiar con la presencia de enfermedades y condiciones concomitantes o complicaciones de la transición a la vida extra uterina.

El período de transición, que abarca desde el nacimiento hasta que se completan los aspectos principales de la transición inmediata y mediata a la vida extrauterina (usualmente durante la primera

semana de vida), donde suele ser eventualmente necesario el soporte nutricional parenteral y/o el uso de estrategias de adaptación de la fisiología del niño al uso del tracto digestivo para administrarle los nutrientes que requiere.

El período de "crecimiento estable", desde que se completa la transición hasta llegar al término, que semeja el período de crecimiento intrauterino que hubiese ocurrido si el neonato hubiese podido llegar al término en el vientre de su madre, y en el cual ya suele ser apropiado usar formas de alimentación predominantemente por vía oral.

El "período pos egreso", desde el término hasta el año de edad corregida

POLÍTICAS CANGURO DE EGRESO HOSPITALARIO Y SEGUIMIENTO AMBULATORIO

Criterios de salida para el alojamiento conjunto madre-hijo canguro:

- Independientemente del peso o de la edad gestacional pero tan pronto como se consiga que tanto la madre como el niño alcancen una adaptación canguro exitosa.
- Que no exista la seguridad de que la diana madre (cuidador) – hijo pueden asistir a la consulta diaria.

Criterios de elegibilidad para la salida del niño

a. El niño ha tenido una adaptación canguro intrahospitalaria exitosa.
b. El niño tiene una adecuada ganancia de peso en la Unidad Neonatal con Posición Canguro e incubadora al menos durante dos días consecutivos.
c. El niño ha terminado su tratamiento médico, si lo había.
d. Si recibe oxígeno por cánula nasal, éste debe ser inferior a ½ lt/min.
e. Cuenta con un Programa Madre Canguro ambulatorio en capacidad de brindarle un seguimiento adecuado.

SEGUIMIENTO AMBULATORIO DE ALTO RIESGO

- Después del egreso, se realiza un control diario hasta que los niños alcanzan una ganancia de peso de 15 g/Kg/día
- Luego se realizan controles semanales hasta que se alcanza el término (40 semanas de edad gestacional y 2,500 g)
- El seguimiento incluye tratamiento preventivo como profilaxis antireflujo, apnea primaria y vitaminas
- Durante este seguimiento se realiza tamizaje oftalmológico, audiométrico y neurológico que incluye ecografía cerebral.

SEGUIMIENTO MULTIDISCIPLINARIO - INTEGRAL

El principio de Seguimiento – Multidisciplinario – Integral del MMC define que la IPS que atiende al niño pone a disposición de éste el personal médico necesario, perteneciente o no al PMC, le proporciona los exámenes y cuidados necesarios y realiza un seguimiento permanente. La integralidad en la atención va más allá de los aspectos médicos ya que se analizan las dificultades de orden psicológico, social, económico que pueda tener el niño, la madre, el cuidador, la familia y que impidan una adecuada adaptación al MMC.

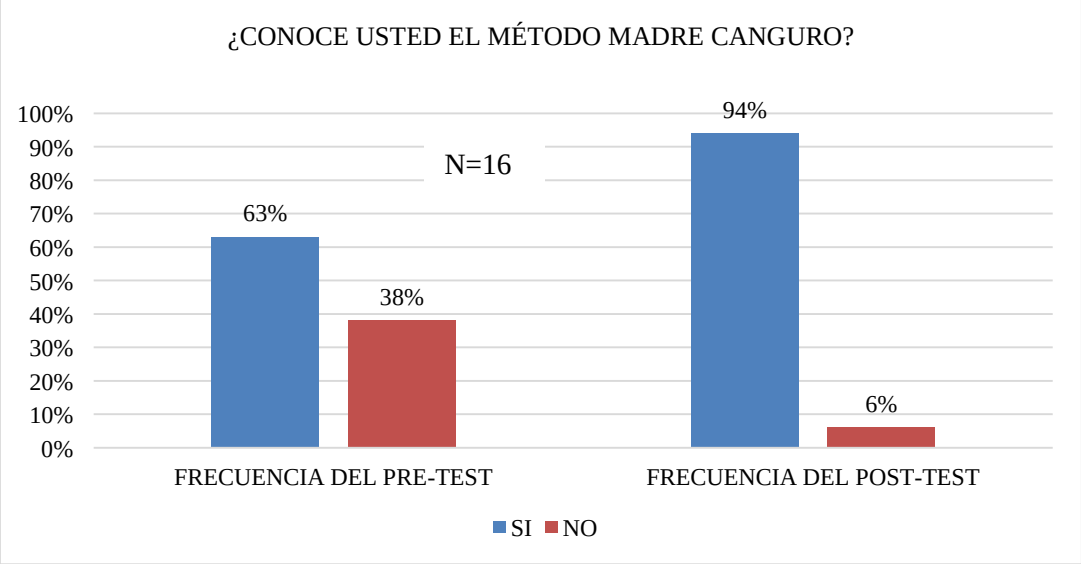
CONSULTA COLECTIVA

- Permite observar y evaluar la adaptación canguro de las diferentes diadas por parte del personal PMC
- Permite también la divulgación de información y de experiencias entre las madres y los cuidadores de una manera controlada

2. INFORME DE TABULACIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS ENCUENTROS TABLA 1

1. ¿CONOCE USTED EL MÉTODO MADRE CANGURO?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 1	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
SI	10	63%	15	94%
NO	6	38%	1	6%
TOTAL	**16**	100%	**16**	100%

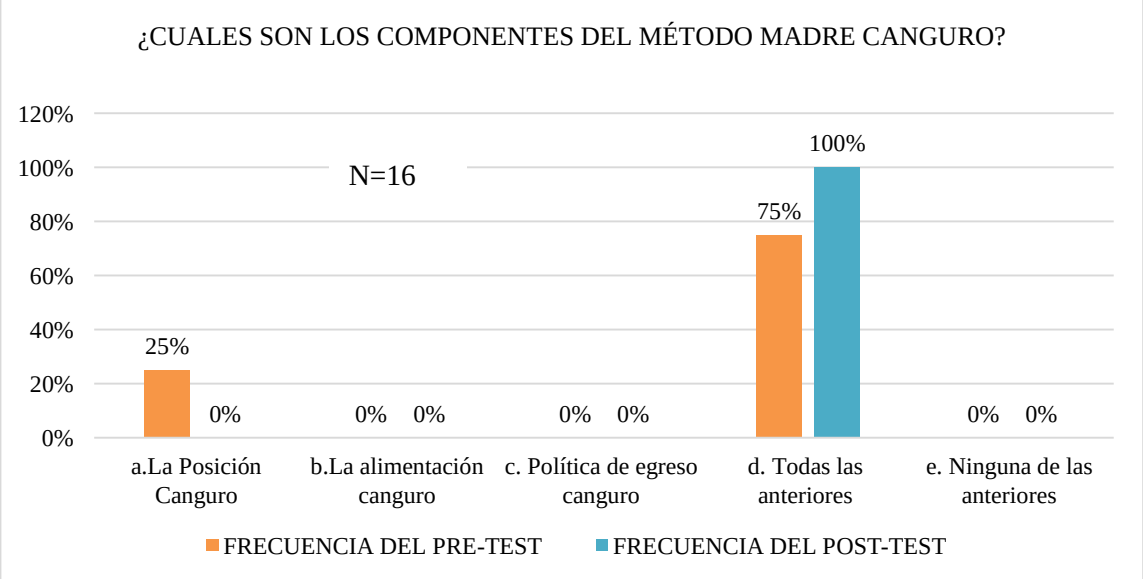


ANALISIS De acuerdo a la anterior grafica se logra evidenciar que del 100% de las madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 63% si conocen el método madre canguro mientras el 38% indicó que no; Una vez culminada la socialización se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 94% de la población logra saber que es el método madre canguro, y solo el 6% no.

TABLA 2

2. ¿CUALES SON LOS COMPONENTES DEL MÉTODO MADRE CANGURO?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 2	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a.La Posición Canguro	4	25%	0	0%
b.La alimentación canguro	0	0%	0	0%
c. Política de egreso canguro	0	0%	0	0%
d. Todas las anteriores	12	75%	16	100%
e. Ninguna de las anteriores	0	0	0	0
TOTAL	**16**	100%	**16**	100%

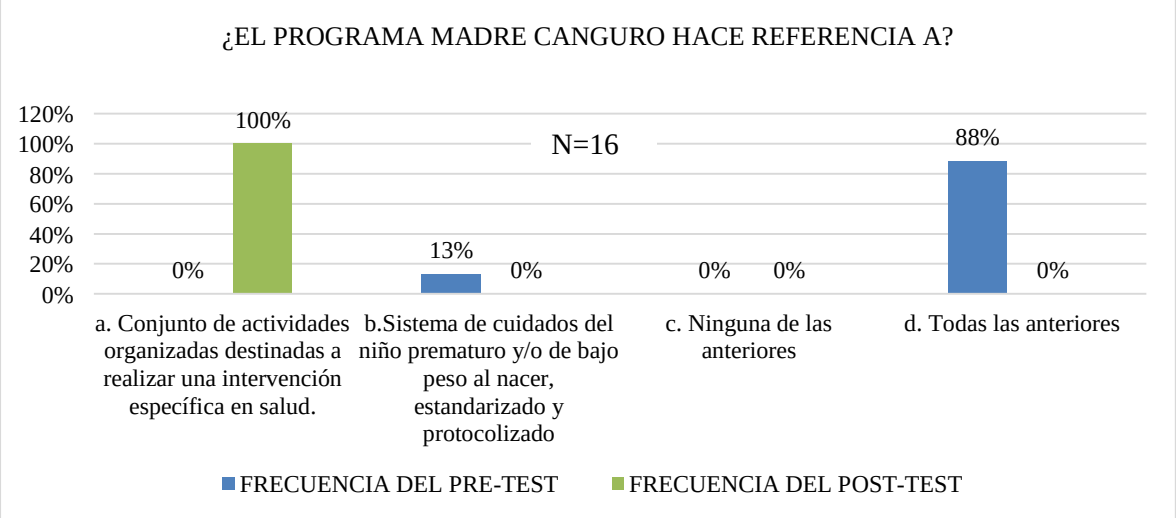


ANÁLISIS: De acuerdo a grafica N°2 se logra evidenciar que del 100% de las madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 75% identifican los componentes del método madre canguro mientras el 25% solo indico posición canguro como componente; posteriormente se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 100% de la población logra saber que los componentes del método canguro son todas las anteriores opciones(posición canguro, alimentación canguro, política de egreso)

TABLA 3

3. ¿EL PROGRAMA MADRE CANGURO HACE REFERENCIA A?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. Conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud.	0	0%	16	100%
b. Sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado	2	13%	0	0%
c. Ninguna de las anteriores	0	0%	0	0%
d. Todas las anteriores	14	88%	0	0%
TOTAL	**16**	100%	**16**	100%

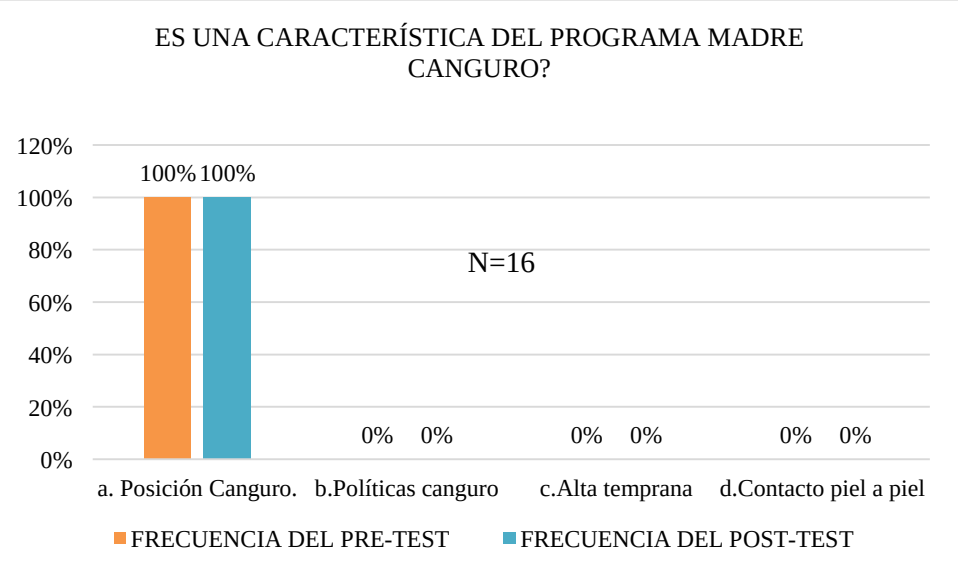


ANALISIS De acuerdo a la anterior grafica se logra evidenciar que del total de madres FAMI que desarrollaron el pre-test el 88% cree que el programa madre canguro hace referencia a todas las anteriores opciones de respuesta mientras el 13% indicó que es un Sistema de cuidados del niño prematuro y/o de bajo peso al nacer, estandarizado y protocolizado; Una vez culminada la socialización se procedió a la implementación del pos-test donde se logra observar que el 100% identifico que el programa madre canguro es conjunto de actividades organizadas destinadas a realizar una intervención específica en salud.

TABLA 4

4. ES UNA CARACTERÍSTICA DEL PROGRAMA MADRE CANGURO?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 4	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. Posición Canguro.	16	100%	16	100%
b.Políticas canguro	0	0%	0	0%
c.Alta temprana	0	0%	0	0%
d. Contacto piel a piel	0	0%	0	0%
TOTAL	**16**	100%	**16**	100%

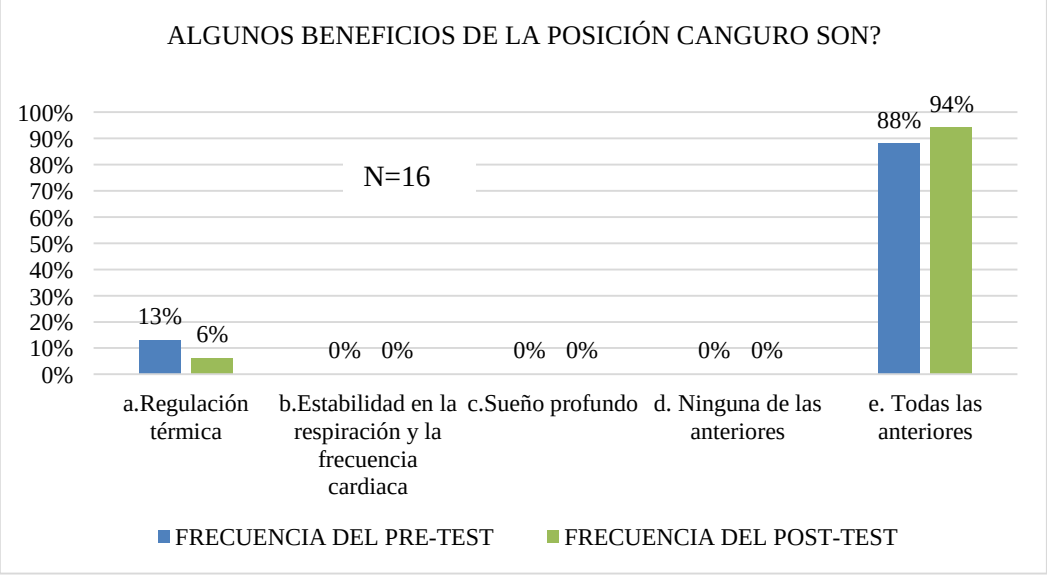


ANALISIS De acuerdo a los datos obtenidos a través del pre-test y pos-test se logra evidenciar en la presente grafica que el 100% de las madres Fami identifican la posición canguro como característica del PMC.

TABLA 5

5. ALGUNOS BENEFICIOS DE LA POSICIÓN CANGURO SON?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 5	FRECUENCIA DEL PRETEST	%	FRECUENCIA DEL POSTTEST	%
a.Regulación térmica	2	13%	1	6%
b.Estabilidad en la respiración y la frecuencia cardiaca	0	0%	0	0%
c.Sueño profundo	0	0%	0	0%
d. Ninguna de las anteriores	0	0%	0	0%
e. Todas las anteriores	14	88%	15	94%
TOTAL	**16**	100%	**16**	100%



ANALISIS De acuerdo a la gráfica N°5 se logra evidenciar que del total de madres fami que desarrollaron el pre-test el 88% cree que todas las opciones son los beneficios que trae consigo la posición madre canguro, mientras que el 13% refiere regulación térmica; A través del pos-test se logra observar que el 94% de la población establece como respuesta todas las anteriores, y solo el 6% regulación térmica.

FORTALEZA Y RECOMENDACIONES

- Se logró evidenciar una adecuada recepción de la información por parte de las madres FAMI con referencia al tema Programa madre canguro, considerando la importancia de busca el mejoramiento de las condiciones de salud integral de los niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, como también la humanización de los procesos de cuidado del niño y su familia en las Unidades de Cuidado Neonatal,A su vez fortalecieron sus conocimientos para que de esta manera puedan transmitir la información a madres gestantes y lactantes contribuyendo al optimo crecimiento y desarrollo de niños y niñas.
- Es importante que se sigan realizando diferentes estrategias de Información con temas relacionados al programa madre canguro, pues se hace necesario que los agentes comunitarios se encuentren capacitados para dar a conocer a las madres gestantes y lactantes todos los beneficios que conlleva tanto para ellas, como para el bebé la implementación de este programa.
- Cuando se brinda Información oportuna a madres gestantes, lactantes y a las familias esto conlleva a que se resuelvan dudas referentes a la temática abordada y previene que haya un abandono anticipado de la misma.

ESTRATEGIA DE INFORMACION EN SALUD “EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA”

Elaborado por:

LARITZA LUZESTELA BARROS COTES

RUBBY MARCELA GUERRERO GARCÍA

Nutricionistas Dietistas en formación

Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)

Presentado a:

ND, LUZ DARY ROPERO BARRAZA

Docente supervisora de la Práctica Campos de Acción Profesional (CAP)

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL, CÚCUTA NORTE DE SANTANDER

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

FACULTAD DE SALUD

NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

2021-2

INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas, reconocen a la lactancia materna como un derecho humano de los niños, niñas y madres, ya que es considerada una práctica positiva la cual le proporciona a él lactante los nutrientes que necesitan para su optimo desarrollo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la leche materna debe ser el alimento exclusivo de los bebes recién nacidos hasta los 6 meses de edad y complementaria hasta los 2 años en combinación con otros alimentos saludables, nutritivos y adecuados para la edad.

Durante los últimos años se ha logrado evidenciar un aumento significativo en la participación de la mujer en la vida laboral, por lo cual la lactancia materna exclusiva se convierte en un reto al no contar con el tiempo y lugares adecuados lo cual conlleva a un abandono precoz de dicha práctica.

La extracción manual y conservación de la leche humana es fundamental para que la madre pueda garantizar una lactancia materna óptima, porque permite disponer de leche materna en el caso de separarse temporalmente de su bebé, evita la congestión mamaria y además facilita la extracción en el hogar, en el trabajo o en el jardín infantil. La leche materna extraída se puede conservar a temperatura ambiente, refrigerada o congelada y solo se requiere quitarle el frio para suministrarla al bebé en taza o vaso, nunca en biberón.

De acuerdo a lo descrito anteriormente, se busca implementar la estrategia dirigida a las madres FAMI de la ciudad de Cúcuta, con el fin de dar a conocer a madres gestantes y lactantes, en lo relacionado con el tema de Extracción y Conservación de Leche Materna, resaltando la importancia de realizar esta práctica, contribuyendo a la promoción de la lactancia materna exclusiva y al desarrollo y bienestar de los niños y niñas.

JUSTIFICACIÓN

La Organización Mundial de la Salud, recomienda como estrategia de salud pública mundial, practicar una lactancia materna óptima que comprende, exclusiva durante los primeros seis meses, y con alimentación complementaria adecuada y saludable hasta los dos años y más, encaminada a reducir la morbilidad y mortalidad infantil por causas evitables y a disminuir el riesgo de las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación en la edad adulta.

Teniendo en cuenta la Encuesta Nacional de Situación Nutricional de Colombia (ENSIN) 2015, En cuanto a la lactancia materna exclusiva, se observó que aproximadamente 1 de cada 3 niños menores de 6 meses (36,1%) fue alimentado solo con leche materna, por lo cual se requiere reforzar esta práctica para llegar a la meta internacional del 50% fijada por la OMS.

Todas las madres producen suficiente leche para amamantar a sus hijos, sin embargo, la ENSIN también señala qué los principales motivos para suspender la lactancia materna en el país son “no tener leche” o “el niño la rechazó” lo anterior pone evidencia la necesidad de fortalecer la consejería en alimentación infantil y los grupos de apoyo para que las madres en lactancia y sus familias puedan disfrutar una lactancia materna libre de presiones sociales y comerciales. Así mismo existen ciertas circunstancias que impiden que la madre le pueda proporcionar de manera directa a su bebé la leche materna, para esto se encuentran establecidas unas series de practicas para extraer y conservar esta leche y que pueda ser suministrado al bebé durante la ausencia de la madre.

Por lo tanto, esta estrategia tiene como objetivo principal capacitar a las madres FAMI del municipio de Cúcuta, en temas relacionados con la extracción y conservación de la leche materna, para que de esta manera obtengan todos los conocimientos apropiados para brindar información a las madres gestantes y lactantes, logrando una lactancia materia exclusiva durante los primeros 6 meses y complementada con otros alimentos saludables más allá de los dos años.

FOCALIZACION TERRITORIAL

De acuerdo a lo mencionado anteriormente se propone la estrategia: EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA, con el fin de fortalecer conocimientos en las madres FAMI del municipio de Cúcuta, Norte de Santander.

ZONA	POBLACION	ABORDAJE	TOTAL, APROXIMADO
Cúcuta, Norte de Santander.	Madres FAMI	Extracción y Conservación de leche materna.	23
TOTAL	**23**	**-**	**23**

Entorno: Comunitario

Componente de la dimensión: Alimentación y Nutrición

Estrategia: Información en salud.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar la estrategia de información en salud en temas relacionados con Extracción y conservación de Leche Materna, dirigidas a las Madres FAMI que pertenecen al municipio de Cúcuta.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

• Realizar la capacitación de Extracción y Conservación de Leche Materna, Incluyendo las técnicas adecuadas, la importancia de su implementación y los métodos de conservación.

• Elaborar material de apoyo relacionado a la Extracción y conservación de Leche Materna.

• Evaluar los conocimientos adquiridos a cada una de las madres FAMI presentes en la socialización.

Total, de intervenciones: 1

FASES PARA EL DESARROLLO E IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA

FASE 1: Planeación:

- Focalización de la población a intervenir.
- Descarga del video "Extracción, Conservación y Almacenamiento de leche Materna", del Ministerio de Salud. (Anexos).
- Diseño de las diapositivas: "Extracción y Conservación de Leche Materna". (Anexos)
- Elaboración de pretest y post-test para identificación de conocimientos. (Anexos)
- Elaboración de Infografía. (Anexos)

FASE 2: Intervención:

- El día 11 de noviembre se realizará el desarrollo de la intervención mediante la Plataforma Google Meet.
- Aplicación del Pretest.
- Proyección de video informativo.
- Presentación de la estrategia, en diapositivas, donde se proporcionará información específica acerca de las prácticas relacionadas a la Extracción y Conservación de Leche Materna.
- Socialización de dudas e inquietudes.
- Entrega de Infografía.

SOPORTES:

1. Acta de Reunión
2. Lista de Asistencia
3. Evidencias Fotográficas.

FASE 3: Seguimiento y evaluación

- Aplicación del Pos-test con el fin de determinar si las madres FAMI captaron la información proporcionada.

- Tabulación, procesamientos e interpretación de los resultados obtenidos.

ACTIVIDAD	INDICADOR DE LA ACTIVIDAD	CANTIDAD PROGRAMADA	AVANCE
Proyección del video acerca de la "Extracción, Conservación y Almacenamiento de leche Materna", del Ministerio de Salud. Diseño de diapositivas e infografía con el fin de fortalecer los conocimientos referentes al tema tratado.	Video Diapositivas e Infografía.	1 1	100%

CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
Elaboración del oficio del permiso.		
Elaboración del material de Apoyo, Diapositivas, Infografía.		
Elaboración del pretest y post-test.		
Descarga del video "Extracción, Conservación y Almacenamiento de leche Materna"		
Ejecución de la intervención		
Tabulación, procesamiento e interpretación de los resultados del test.		
Entrega de soportes y documentos a la docente supervisora.		

ANEXO Nº 3

PRE- TEST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Extracción y Conservación de Leche Materna.

DIRIGIDO A: Madres FAMI que pertenecen a la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

1. **¿Conoce usted las técnicas de extracción de lactancia materna?**
   a. Sí
   b. No

2. **Dentro de las condiciones que se deben tener en cuenta para la extracción de la leche materna se encuentran:**

   a. Disponer de 3 a 5 frascos de vidrio previamente esterilizado
   b. Emplear refrigerador para la conservación
   c. Registrar los tiempos de preparación y extracción
   d. Todas las anteriores

3. **Dentro de las consideraciones que se deben tener en cuenta si la madre presenta pezón invertido se encuentran:**
   a. Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna
   b. Estimular el pezón con agua fría o con hielo
   c. a y b son correctas
   d. Ninguna de las anteriores

4. **Los métodos de conservación más utilizados para la conservación de leche materna son:**
   a. A temperatura ambiente
   b. En nevera o Refrigerador
   c. En el congelador
   d. Todas las anteriores

5. **¿Sabe usted a qué hace referencia el banco de leche humana?**
   a. Sí
   b. No

ANEXO Nº 4

POST- TEST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Extracción y Conservación de Leche Materna.

DIRIGIDO A: Madres FAMI que pertenecen a la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

1. **¿Conoce usted las técnicas de extracción de lactancia materna?**
   a. Sí
   b. No

2. **Dentro de las condiciones que se deben tener en cuenta para la extracción de la leche materna se encuentran:**

   a. Disponer de 3 a 5 frascos de vidrio previamente esterilizado
   b. Emplear refrigerador para la conservación
   c. Registrar los tiempos de preparación y extracción
   d. Todas las anteriores

3. **Dentro de las consideraciones que se deben tener en cuenta si la madre presenta pezón invertido se encuentran:**
   a. Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna
   b. Estimular el pezón con agua fría o con hielo
   c. a y b son correctas
   d. Ninguna de las anteriores

4. **Los métodos de conservación más utilizados para la conservación de leche materna son:**
   a. A temperatura ambiente
   b. En nevera o Refrigerador
   c. En el congelador
   d. Todas las anteriores

5. **¿Sabe usted a qué hace referencia el banco de leche humana?**
   a. Sí
   b. No

INFORME DE LA ESTRATEGÍA DE INFORMACIÒN EN SALUD
"EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA"

A través de la previa concertación con la Doctora Marta Cervantes se define que el día 11 de noviembre de 2021 a las 3:00 pm se reunirán las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta, a través de la plataforma Google Meet para dar desarrollo a la Capacitación de la estrategia de Información en salud.

En el día propuesto, se inicia con el saludo, seguidamente se hace la presentación de las estudiantes y se envía el link de asistencia junto con la aplicación de un pretest para evaluar el nivel de conocimiento de las Madres FAMI acerca del contenido del tema de socialización: Extracción y Conservación de Leche Materna, posteriormente se proyecta un video informativo relacionado con el tema y se realiza la presentación mediante diapositivas, por último se resuelven dudas e inquietudes, finalmente se realiza el pos-test, la encuesta de satisfacción y se envía una infografía referente al tema socializado y se da por finalizada la intervención.

INFORMACIÓN DE LA TEMATICA:

EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA

Existen muchos motivos diferentes por los que una mamá puede necesitar extraer su leche del pecho, es por esto que es importante tener esta información:

- bebé prematuro que no se agarra bien al pecho
- para donar la leche materna a un banco de leche
- para ayudar a superar una ingurgitación del pecho, una obstrucción o una mastitis
- para extraer la leche y dársela al bebé en otro momento
- para facilitar la estimulación del pecho y asegurar la producción de leche en caso de separación entre mamá-bebé
- para efectuar una relactación o una lactancia inducida
- para extraer y desechar la leche mientras se toma un fármaco incompatible con la lactancia materna, entre otros.

Asimismo, la incorporación de la madre al trabajo después de la baja maternal, suele ser el motivo más recurrente de extracción de leche para seguir teniendo producción en cantidad suficiente y para seguir alimentando al bebé con la mejor leche que puede darle, la suya.

La leche extraída puede darse al bebé en cucharita, en vasito, en biberón o bien, usarse para preparar una papilla de cereales y esperar a que llegue la madre para poder colocarse al bebé al pecho.

¿QUE CONDICIONES SE DEBEN TENER EN CUENTA PARA LA EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA?

Para poder realizar este procedimiento se necesitan una serie de condiciones básicas:

- Se debe disponer de 3 a 5 frascos de vidrio de 120 ml, (el número de frascos aumentará conforme aumente su producción de leche) estos deben estar esterilizados para su uso.

Se debe contar en casa con:

- Refrigerador para la conservación de la leche extraída
- Tener a la vista un reloj, para tomar los tiempos de preparación y extracción

CONDICIONES DE HIGIENE DE LA MADRE PARA SU EXTRACCIÓN

- Baño y cambio de ropa diaria (de preferencia a primera hora del día).
- Uñas cortas y sin esmalte.
- No portar artículos de joyería (anillos, pulseras, reloj, collares, aretes, etc.) durante la extracción.
- Lavado de manos con la técnica adecuada.
- Sus manos las secará con una toalla que solamente utilizará para esta actividad.
- Para facilitar la extracción, use una blusa o bata con la abertura hacia el frente. Para evitar que la leche durante la extracción se contamine con cabellos, pestañas o gotitas de saliva, es importante que siempre use gorro y cubre-bocas.

TÉCNICAS PARA LA EXTRACCIÓN MANUAL

la extracción manual permite a la madre familiarizarse con su pecho, no es dolorosa, no necesita ningún utensilio ni aparato para ello (puede realizarse en cualquier lugar).

Es ideal para el postparto y para utilizar en caso de obstrucción del pecho. Su técnica es sencilla, pero requiere cierta práctica.

- Antes de comenzar la extracción manual, es conveniente realizar buen un masaje en el pecho para estimular el reflejo de eyección de la leche y facilitar su salida.

- Después de haber realizado el masaje de forma alternada en ambos senos para facilitar la salida de la leche, Imagine su seno como una carátula de reloj y coloque las yemas de los dedos a las 12:00 horas.
- seguidamente se hace un masaje suave y firme sin que ocasione molestia o dolor en todo el seno de manera circular en dirección de las manecillas del reloj.
- Posteriormente se inclina el cuerpo hacia adelante, como vemos en la primera imagen, en esa posición.
- y con el dorso de sus manos deslice sus dedos tan suave que sienta un cosquilleo en el seno de la zona más lejana al pezón y areola.
- Después de haber realizado esta acción sacuda suavemente los pechos por unos segundos para facilitar la bajada de la leche.
- Es importante que adopte una posición cómoda.
- Se Coloca el frasco colector en una superficie firme por debajo del pecho con el que iniciará la extracción. Y se debe cuidar que no haga contacto el pecho con el recipiente.
- Coloque la mano en forma de "C" invertida, solo presione con los dedos pulgar, índice y medio, como se observa en la imagen.
- Se colocan a una distancia de 3-4 centímetros del pezón. Y se presiona hacia sus costillas y luego se comprime en dirección opuesta dejando que la leche fluya libremente dentro del frasco.
- Una vez que no salga leche del pecho, siga el mismo procedimiento con el otro pecho. ❖ Mientras aplica el masaje en el seno contrario, tape el recipiente.

PEZÓN INVERTIDO Y RETRAÍDO

Los pezones de las madres son de diferentes formas y tamaños, y algunos de estos pueden dificultar el amamantamiento, en el primer embarazo, es común que el pezón no protruya de forma adecuada, pero al ir cambiando la piel durante el embarazo, los pezones también van cambiando y solo el 10% de las madres continúan con la inversión después del nacimiento, y esta disminuye en los siguientes embarazos.

Los pezones invertidos pueden ser diagnosticados apretando la areola entre el índice y el pulgar, en donde un pezón plano o normal va a sobresalir, mientras que un pezón invertido se retrae. "Se llama pezón invertido cuando el pezón está completamente hacia adentro", mientras que se considera retraído cuando el hundimiento es solo parcial. Lo que quiere decir

que la retracción, en la gran mayoría de los casos, incluye también la retracción de la areola mientras que la inversión suele afectar solo al pezón y se ve generalmente como si hubiera una hendidura en forma de una pequeña línea recta.

PEZÓN INVERTIDO: CONSIDERACIONES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA

- Alentar a la madre e infundirle seguridad en sí misma.
- Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna (se debe de aprovechar la etapa más reactiva del niño o niñas en el postparto inmediato: las dos primeras horas).
- Se puede estimular el pezón mojándolo con agua fría o con hielo antes de dar pecho al bebé, ya que la mayoría de estos sobresalen como reflejo al contacto o al frío, además.
- Acercar el o la bebé junto a la madre con el cuerpo bien alineado.
- A falta de pezón, estimular con un dedo las comisuras del bebé para que abra la boca y se apunta el pezón hacia el paladar, se introduce el pecho en la boca del niño o niña, sujetándolo por detrás de la areola. Una vez el niño o niña se ha agarrado, mantener la sujeción hasta que haya succionado un par de veces y se haya creado el vacío suficiente para que el pezón quede situado tras el paladar y el pecho no se escape.
- No es necesario colocar leche de fórmula para estimular la habilidad del niño o niña, ya que presionando con el índice y el pulgar por detrás de la areola saldrán gotas de calostro, que funcionarán para la estimulación y además hará aumentar la confianza de la madre que verá su propia leche asegurando la producción.
- También se puede extraer el pezón usando una jeringuilla de 10ml de plástico y sin la aguja. Se corta toda la boquilla de la jeringa y cambia el émbolo de lado. De esta forma se puede apoyar sobre el pezón la parte más ancha y suave de la jeringa y hacer succión con el émbolo. Aproximadamente durante 30-60 segundos y se repite esta acción varias veces al día. Es un método casero, sencillo y económico.

TIEMPOS DE EXTRACCIÓN

Existen unos tiempos establecidos que se deben tener en cuenta para alternar la extracción en cada pecho.

En el pecho al cual se le hará la extracción inicialmente, se realiza un masaje de 10 a 15 minutos, Cuando se de la salida de la leche; esta se debe dejar 45 segundos y ya para realizar la extracción el tiempo debe oscilar entre 5 a 7 minutos.

En el segundo pecho, el masaje debe tener una duración de 5 minutos, la salida de la leche se deja 30 segundos y se empieza a extraer entre 3 a 5 minutos.

Para volver a alternar al pecho con el cual se inició, el masaje deberá ser de 3 minutos, la salida de la leche se deja entre 10 segundos y la extracción se realiza durante 2 a 3 minutos.

Cuando tenga mayor habilidad en la extracción y su producción de leche haya incrementado se podrá hacer ajustes a los tiempos antes señalados. Mientras eso sucede es importante que se adhiera a esos tiempos.

Tiempo **(por cada pecho)**	**Masaje**	**Salida de la leche**	**Extracción**
1ro	10 a 15 minutos	45 segundos	5 a 7 minutos
2do	5 minutos	30 segundos	3 a 5 minutos
3ro	3 minutos	10 segundos	2 a 3 minutos

LOS METODOS DE CONSERVACIÓN DE LA LECHE MATERNA MÁS UTILIZADOS SON:

- Temperatura Ambiente (dura máximo 4 horas)
- Refrigerador (dura máximo 12 horas) ❖

  Congelador (dura máximo 15 días).

BANCOS DE LECHE HUMANA

Los bancos de leche humana son una estrategia para la supervivencia neonatal e infantil, que mediante la promoción, protección y apoyo a

la lactancia materna y el procesamiento, control de calidad y suministro de la leche humana a los neonatos hospitalizados, garantizan la seguridad alimentaria y nutricional del prematuro, contribuyendo así a la reducción de la desnutrición y de la mortalidad neonatal e infantil.

¿COMO FUNCIONAN?

Para la recolección de leche humana, se constituye una red de donantes con el objetivo de promover el banco y captar el mayor número de mujeres donantes. Esta promoción y captación se realiza a través de Campañas publicitarias en Clínicas y hospitales:

La primera donación se realiza en el banco, después de verificar el estado de salud de la donante mediante consulta médica, una vez declarada apta, la madre es atendida por un profesional para conducirle la extracción de leche; la leche extraída es recolectada en frascos de vidrio y tapa plástica estériles y sometida inmediatamente a congelación.

Una vez extraída la leche debe mantenerse siempre en cadena de frío se prealmacena congelada, hasta su procesamiento.

¿COMO SE PROCESA?

Se inicia descongelándola al baño maría a un temperatura de 40 ºC, luego es colocada en cubas de hielo para mantener la leche en cadena de frío (5ºC) y se procede a su clasificación mediante la realización de análisis organoléptico o sensorial, en el que se observa, embalaje, presencia de suciedades, color (la leche humana tiene un rango de color), (sabor /olor) y acidez, estas pruebas califican o descalifican la leche, es decir toda leche que no cumpla cualquiera de estos parámetros es desechada.

Una vez la leche haya cumplido con todos estos requisitos se reenvasa y se pasa a pasteurización.

Una vez termina el proceso de pasteurización, la leche pasteurizada es sometida a un último control, para verificar su calidad microbiológica.

La leche procesada en los Bancos de Leche Humana, está dirigida a los neonatos hospitalizados en la Unidades de cuidado intensivo neonatal.

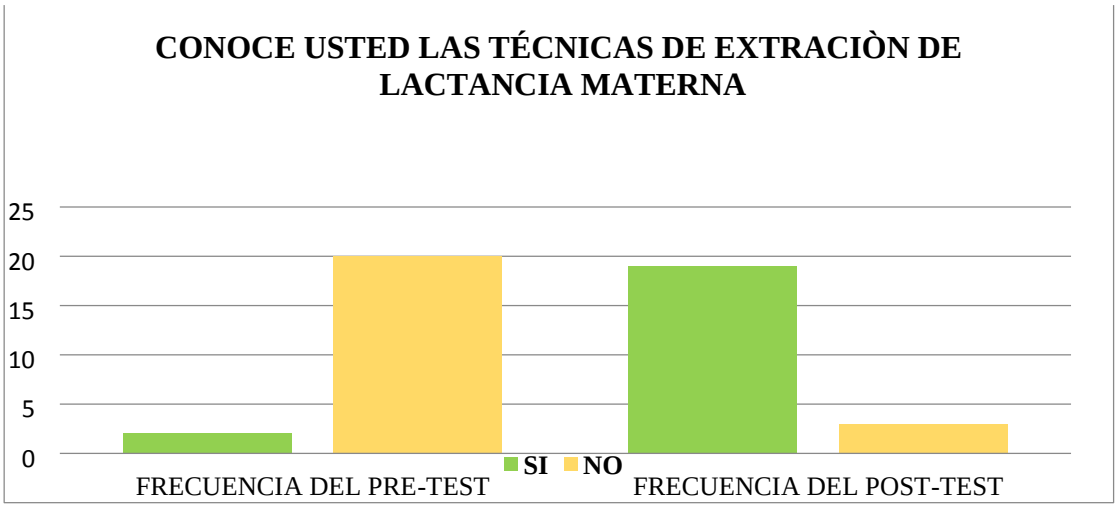
1. INFORME DE TABULACIÓN ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS ENCUENTROS

TABLA 1

1. ¿CONOCE USTED LAS TÉCNICAS DE EXTRACIÒN DE LACTANCIA MATERNA?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
SI	2	9%	19	86%
NO	20	91%	3	14%
TOTAL	**22**	100%	**22**	100%

Grafica N° 1



ANÁLISIS: Como se evidencia en la anterior gráfica, inicialmente a la aplicación del pre-test se observa que el 91% de las Madres FAMI de la ciudad de Cúcuta, no tenían conocimiento sobre las técnicas de extracción de lactancia materna a diferencia de solo el 9% que manifestó si tener conocimiento, una vez impartida la temática a abordar acerca de la importancia de dichas técnicas la cual radica en que las madres necesitan conocer como extraer su leche y seguir alimentando a los lactantes, los tipos de extracción (mecánica), la conservación y almacenamiento entre otros aspectos, y con la aplicación del post-test, se ve

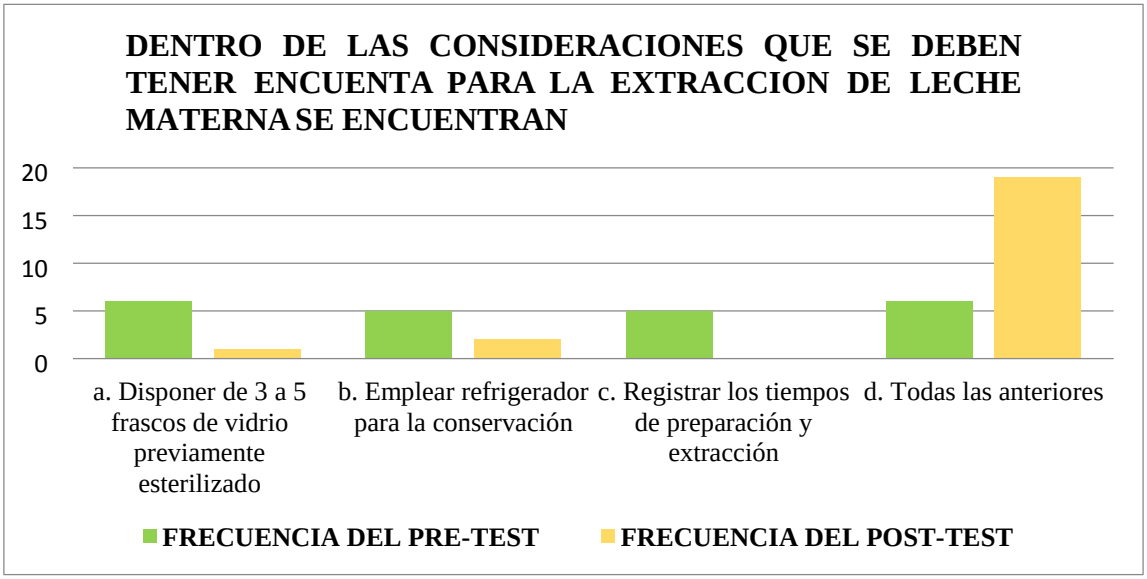
reflejado el impacto positivo en donde el 86% manifiesta tener conocimiento de las prácticas de extracción frente a un 14% que expresa no tenerlo.

TABLA 2

1. **¿DENTRO DE LAS CONSIDERACIONES QUE SE DEBEN TENER ENCUENTA PARA LA EXTRACCION DE LECHE MATERNA SE ENCUENTRAN?**

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. Disponer de 3 a 5 frascos de vidrio previamente esterilizado	6	27%	1	5%
b. Emplear refrigerador para la conservación	5	23%	2	9%
c. Registrar los tiempos de preparación y extracción	5	23%	0	0%
d. Todas las anteriores	6	27%	19	86%
TOTAL	22	100%	22	100%

Grafica N° 2



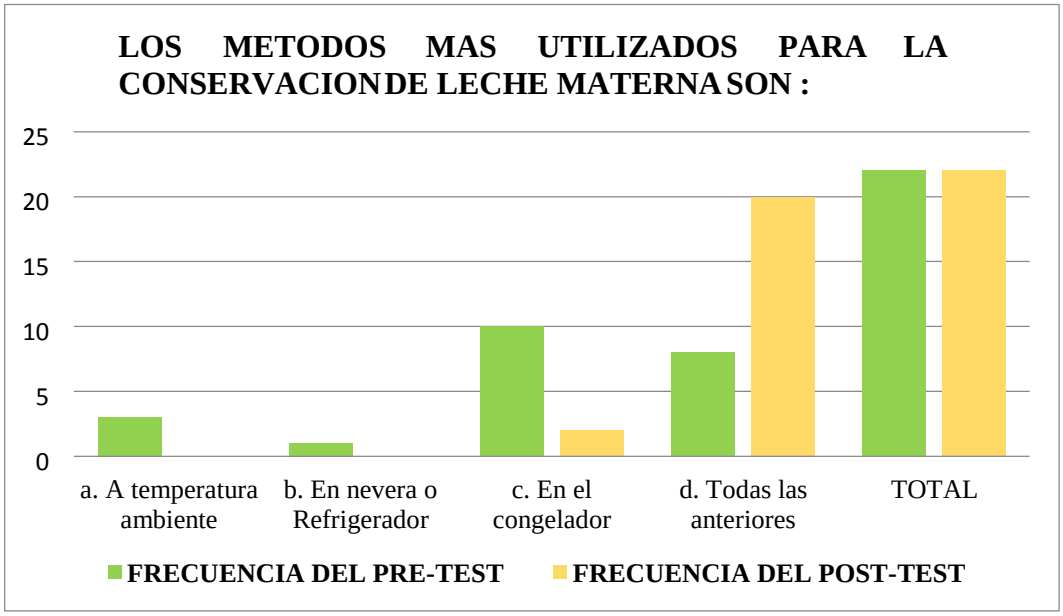
ANÁLISIS: Según los datos obtenidos de la aplicación del pre-test a las Madres FAMI de la ciudad de Cúcuta, se observa que solo el 27% considera todas las opciones de respuesta como correctas, otro 27% considera que se debe disponer de 3 a 5 frascos de vidrio previamente esterilizados, el 23% cree necesario emplear refrigerador para la conservación, mientras que el 23% considera importante registrar los tiempos de preparación y extracción, una vez socializada la temática y explicada la importancia de cada uno de estos elementos en la extracción de la leche materna, se evidencia en el diligenciamiento del post-test que el 86% de la población objeto considera como verídicas todas las opciones, un 9% considera emplear refrigerador para la conservación y solo el 5% continua con la idea de que se debe disponer de 3 a 5 frascos de vidrio previamente esterilizados, demostrando que la socialización fue de suma relevancia y enriqueció los conocimientos de las madres FAMI, ya que la mayoría considera y tiene presente la importancia de todos los aspectos para tener una práctica de extracción exitosa.

TABLA 3

1. ¿LOS MÉTODOS DE CONSERVACIÓN MÁS UTILIZADOS PARA LA CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA SON?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. A temperatura ambiente	3	14%	0	0%
b. En nevera o Refrigerador	1	5%	0	0%
c. En el congelador	10	45%	2	9%
d. Todas las anteriores	8	36%	20	91%
TOTAL	22	100%	22	100%

Grafica N°3



ANÁLISIS: Con relación a la gráfica anterior se ve reflejado a través de la aplicación del post-test, a las Madres FAMI de la ciudad de Cúcuta que el 45% consideraba que el método

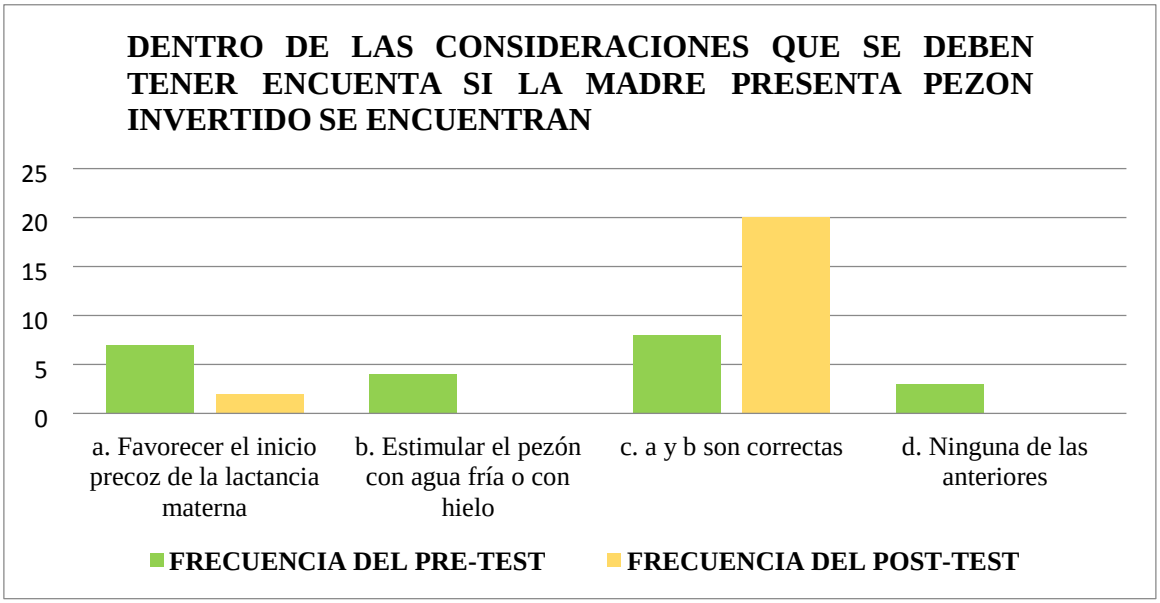
de conservación más usado era congelación frente a un 36% que tenía en cuenta todos los métodos de conservación plateados, el 14% se inclinaba por la temperatura ambiente y solo el 5% estimaba la conservación en nevera o refrigerador, posteriormente y al conocer que todos los métodos son válidos pero que se debe tener en cuenta los periodos de conservación de cada método de manera que se asegure la calidad e inocuidad de la leche materna, permitió que las madres comprendieran de manera correcta la información anteriormente mencionada, hecho que se evidencia en la aplicación del post-test en donde el 91% contempla todos los métodos de conservación y solo un 9% sigue considerando que la congelación de la leche materna es el método más utilizado.

TABLA 4

1. ¿DENTRO DE LAS CONSIDERACIONES QUE SE DEBEN TENER EN CUENTA SI LA MADRE PRESENTA PEZÓN INVERTIDO SE ENCUENTRAN?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
a. Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna	7	32%	2	9%
b. Estimular el pezón con agua fría o con hielo	4	18%	0	0%
c. a y b son correctas	8	36%	20	91%
d. Ninguna de las anteriores	3	14%	0	0%
TOTAL	22	100%	22	100%

Grafica N°4



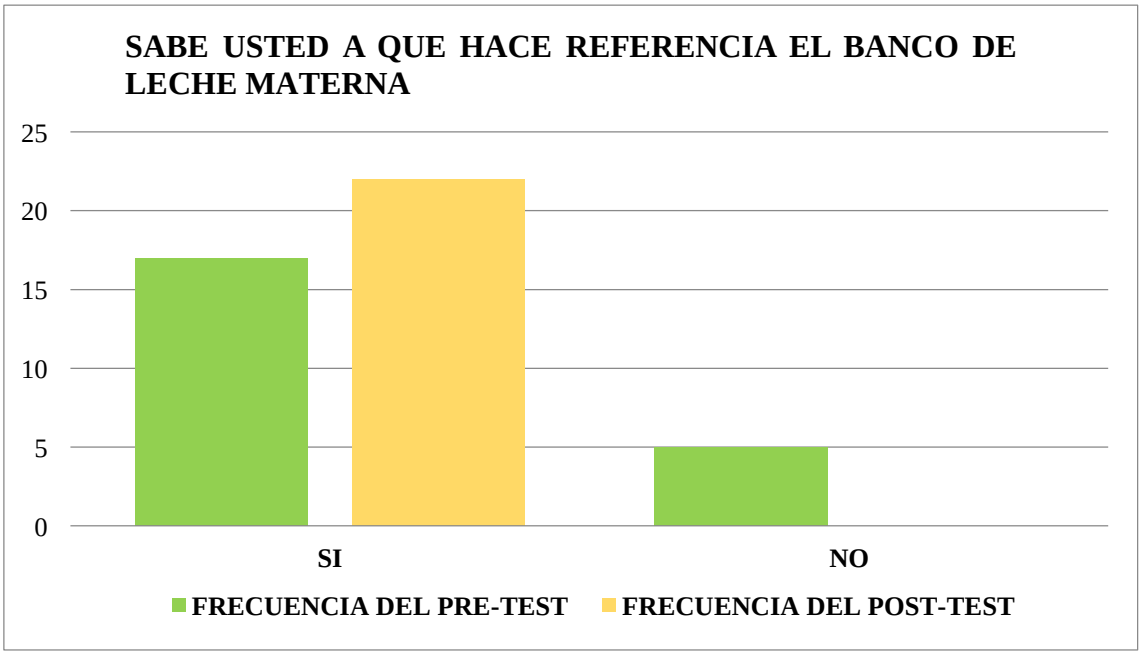
ANÁLISIS: Según los datos obtenidos en la gráfica anterior, se observa que le 36% tenían conocimientos previos acerca de las consideraciones a tener en cuenta si la madre presenta pezón invertido, un 32% solo consideraba que era beneficioso favorecer el inicio precoz de la lactancia materna, el 18% se inclinaba por estimular el pezón con agua fría o con hielo, mientras que el 14% no consideraba como beneficiosa ninguna de las opciones de respuesta, después de dar a conocer las consideraciones a tener en cuenta cuando la madre presenta esta condición, se ve reflejado por medio de la aplicación del post-test, que el 91% ya relaciona ambas opciones como beneficiosas si la madre presenta pezón invertido y un 9% sigue considerando solo favorecer el inicio precoz de la lactancia materna como beneficioso.

TABLA 5

1. ¿SABE USTED A QUÉ HACE REFERENCIA EL BANCO DE LECHE HUMANA?

RESPUESTA DE LA PREGUNTA N 3	FRECUENCIA DEL PRE-TEST	%	FRECUENCIA DEL POST-TEST	%
SI	17	77%	22	100%
NO	5	23%	0	0%
TOTAL	**22**	100%	**22**	100%

Grafica N° 5



ANÁLISIS: respecto a la gráfica N°5 se observa que inicialmente con la aplicación del postest, el 77% de las madres FAMI, tenían conocimiento acerca de la referencia del banco de leche humana frente a un 23% de la población objeto que no estaba relacionada con el termino, posteriormente al exponer la relevancia de esta estrategia que tiene como objeto la promoción y apoyo de la lactancia materna en todo el proceso de control de calidad y suministro a los lactantes de la leche materna, se evidencia mediante la aplicación del posttest el efecto positivo ya que el 100% admitió tener conocimientos referentes a los bancos de leche materna

5.PRE TEST

NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN: Extracción y Conservación de Leche Materna.

DIRIGIDO A: Madres FAMI que pertenecen a la ciudad de Cúcuta, Norte de Santander.

1. **¿Conoce usted las técnicas de extracción de lactancia materna?** a. Sí
   b. No

2. **Dentro de las condiciones que se deben tener en cuenta para la extracción de la leche materna se encuentran:**

   a. Disponer de 3 a 5 frascos de vidrio previamente esterilizado
   b. Emplear refrigerador para la conservación
   c. Registrar los tiempos de preparación y extracción
   d. Todas las anteriores

3. **Dentro de las consideraciones que se deben tener en cuenta si la madre presenta pezón invertido se encuentran:**
   a. Favorecer el inicio precoz de la lactancia materna
   b. Estimular el pezón con agua fría o con hielo
   c. a y b son correctas
   d. Ninguna de las anteriores

4. **Los métodos de conservación más utilizados para la conservación de leche materna son:**
   a. A temperatura ambiente
   b. En nevera o Refrigerador
   c. En el congelador
   d. Todas las anteriores

5. **¿Sabe usted a qué hace referencia el banco de leche humana?** a. Sí
   b. No

8.FORTALEZAS Y RECOMENDACIONES

- Se logró evidenciar una adecuada recepción de la información por parte de las madres FAMI con referencia a los temas de Extracción y Conservación de Leche materna, considerando la importancia que tiene la promoción, el fomento y el apoyo a la lactancia materna durante los primeros seis meses de vida y en la alimentación complementaria. A su vez fortalecieron sus conocimientos para que de esta manera puedan transmitir la información a madres gestantes y lactantes contribuyendo al optimo crecimiento y desarrollo de niños y niñas.

- Es importante que se sigan realizando diferentes estrategias de Información con temas relacionados a la lactancia Materna, pues se hace necesario que los agentes comunitarios se encuentren capacitados para dar a conocer a las madres gestantes y lactantes todos los beneficios que conlleva tanto para ellas, como para el bebé la implementación de esta práctica.

- Cuando se brinda Información oportuna a madres gestantes, lactantes y a las familias esto conlleva a que se resuelvan dudas referentes a la lactancia materna y previene que haya un abandono anticipado de la misma.

DEPARTAMENTO DE NUTRICION Y DIETETICA
ESCENARIO DE PRÁCTICA
PRACTICA DE CAMPOS DE ACCION PROFESIONAL
SECRETARÌA DE SALUD MUNICIPAL DE VILLA DEL ROSARIO.
PLAN EDUCATIVO

OBJETIVO GENERAL: Desarrollar estrategias de información en salud para fortalecer los conocimientos en temas relacionados con toma de medidas antropométricas, Guías Alimentarias basadas en alimentos para niños menores de dos años, extracción y conservación de leche materna y plan madre canguro, dirigidas a las madres FAMI del municipio de Cúcuta.

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIA	METODOLOGÍA	POBLACIÓN OBJETO	LUGAR	HORA Y FECHA	RECURSOS	RESPONSABLE
TOMA DE MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS	-Resolución 2465 de 2016 - Clasificación antropométrica - Instrumentos de medición -Técnicas de la toma de medidas antropométricas -video “toma de medidas antropométricas	Desarrollar una estrategia de información, educación y comunicación en salud dirigida a las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta, con el fin de fortalecer conocimientos sobre la toma de medidas antropométricas en niños y niñas menores de 5 años.	-Determinar la base teórica y material educativo para la socialización de la temática Toma de medidas antropométricas basada en la resolución 2465 del 2016. -Intervenir a la población focalizada con el fin de fortalecer conocimientos acerca de los instrumentos y técnicas adecuadas en la toma de las medidas antropométricas. -Evaluar los conocimientos adquiridos por las	Estrategia de información en salud	-Focalización de la población objeto de intervención (madres FAMI). -Diseño del material de apoyo, educativo (Diapositivas) pretest y postest. -Ejecución de la estrategia de información en salud en un solo momento -Aplicación de pretest y post	Madres FAMI del municipio de Cúcuta	Plataforma Google meet.	Fecha: 29/10/21 Hora: 3:00 pm	**Humanos**: Nutricionista Dietista en formación. **Materiales**: -Computador .- Material de apoyo -Diapositivas	Lariza Luzestela Barros Cotes *Nutricionistas dietista en de practica campos de acción profesional de X* *Semestre*

Elaborado por: María Fernanda Rodríguez Solano	*Revisado por:*	*Aprobado Supervisor Practica*

			madres Fami, mediante una actividad evaluativa							
GUIAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS PARA NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS.	-Prácticas relacionadas a la alimentación y nutrición de los niños y niñas menores de dos años.	Establecer una estrategia de información en salud orientada a las Guías alimentarias basadas en alimentos para niños y niñas menores de 2 a ños.	-Construir documento base para la socialización de las Guías Alimentarias Basadas en Alimentos. -Fortalecer conocimientos acerca de los alimentos permitidos, porciones y consistencia de los alimentos según grupo de edad. -Evaluar los conocimientos adquiridos por las personas presentes en la socialización, mediante una actividad evaluativa grupal.	Estrategia de información en salud	-Focalización de la población objeto Para la intervención (madres FAMI). -Invitación a la Estrategia de información (Tarjeta de invitación). -Diseño del material de apoyo, educativo (Diapositivas) pretest y pos- test. -Ejecución de la estrategia de información en salud en	Madres FAMI del municipio de Cúcuta	Plataforma Google meet.	Fecha: 5/11/21 Hora: 3:00 pm	**Humanos**: Nutricionista Dietista en formación. **Materiales**: -Computador .- Material de apoyo -Diapositivas	Lariza Luzestela Barros Cotes Rubby Marcela Guerrero García *Nutricionistas dietista en de practica campos de acción profesional de X Semestre*

Elaborado por: María Fernanda Rodríguez Solano	*Revisado por:*	*Aprobado Supervisor Practica*

					un solo momento -Aplicación de Pretest y post. Test. -Difusión del material de apoyo. -Elaboración del informe de la estrategia información.					

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIA	METODOLOGÍA	POBLACIÓN OBJETO	LUGAR	HORA Y FECHA	RECURSOS	RESPONSABLE
“EXTRACCIÓN Y CONSERVACIÓN DE LECHE MATERNA”	- Extracción y conservación de leche materna. - Condiciones para la extracción de leche materna. - Condiciones de higiene de la madre para su extracción. - Técnicas para la extracción manual. - Pezón invertido y retraído**.** - Tiempos de extracción. - Los métodos de conservación de la leche materna -Bancos de leche humana.	- Desarrollar la estrategia de información en salud en temas relacionados con Extracción y conservación de Leche Materna, dirigidas a las Madres FAMI que pertenecen al municipio de Cúcuta.	- Realizar la capacitación de Extracción y Conservación de Leche Materna, Incluyendo las técnicas adecuadas, la importancia de su implementación y los métodos de conservación. -Elaborar material de apoyo relacionado a la Extracción y conservación de Leche Materna. -Evaluar los conocimientos adquiridos a cada una de las madres FAMI presentes en la socialización.	Estrategia de información en salud	-Focalización de la población objeto Para la intervención (madres FAMI). -Invitación a la Estrategia de información (Link de invitación). -Diseño del material de apoyo, educativo (Diapositivas pretest y pos- test). -Ejecución de la estrategia de información en salud	Madres FAMI del municipio de Cúcuta.	Plataforma Google meet.	Fecha: 11/11/21 Hora: 3:00 pm	**Humanos**: Nutricionistas Dietistas en formación. **Materiales**: -Computador -Material de apoyo -Diapositivas	Lariza Luzestela Barros Cotes Rubby Marcela Guerrero García *Nutricionistas dietista en de practica campos de acción profesional de X Semestre*

Elaborado por: María Fernanda Rodríguez Solano	*Revisado por:*	*Aprobado Supervisor Practica*

TEMA	SUBTEMAS	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATEGIA	METODOLOGÍA	POBLACIÓN OBJETO	LUGAR	HORA Y FECHA	RECURSOS	RESPONSABLE
PROGRAMA MADRE CANGURO	-Objetivos del método madre canguro. -Conceptualización del método madre canguro. -Características básicas del método madre canguro. -Alimentación y nutrición canguro basada en la lactancia materna. -Políticas canguro de egreso hospitalario y seguimiento ambulatorio.	Establecer una estrategia de información, educación y comunicación en salud dirigida a las Madres FAMI del municipio de San José de Cúcuta, con el fin de fortalecer conocimientos sobre la temática programa madre canguro	-Diseñar material de apoyo para la socialización del programa madre canguro. -Intervenir a la población focalizada con el fin de fortalecer conocimientos acerca de las características, beneficios e importancia de dicho método. -Evaluar los conocimientos adquiridos mediante actividad evaluativa.	Estrategia de información en salud	-Focalización de la población objeto Para la intervención (madres FAMI). -Invitación a la Estrategia de información (Link de invitación). -Diseño del material de apoyo, educativo (Diapositivas pretest y pos- test). -Ejecución de la estrategia de información en salud.	Madres FAMI del municipio de Cúcuta.	Plataforma Google meet.	Fecha: 09/11/21 Hora: 3:00 pm	**Humanos**: Nutricionistas Dietistas en formación. **Materiales**: -Computador -Material de apoyo -Diapositivas	Lariza Luzestela Barros Cotes Rubby Marcela Guerrero García *Nutricionistas dietista en de practica campos de acción profesional de X Semestre*

Elaborado por: María Fernanda Rodríguez Solano	*Revisado por:*	*Aprobado Supervisor Practica*

AREA ADMINSITRATIVA

PROPUESTA PARA LA CELEBRACION DEL DÍA MUNDIAL DE LA ALIMENTACIÓN "CELEBRA TU VIDA"

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL

2021-2

PRESENTADO POR:

Angie Torres, Anny Godoy, Camila Ordoñez, Camilo García, Carlos Clavijo, Carlos Sánchez, Diego Barrera, Francy Hernández, Jholaine Duran, Karol Arias, Lariza Barros, Liseth Colmenares, Lismely Quintero, Luis Polo, María Rodríguez, María Gabriela Pérez, Martha Agredo, Mauren Churta, Miguel Arévalo, Natalya Jajoy, Rubby Guerrero, Wendy González.

NUTRICIONISTA DIETISTAS EN FORMACIÓN

PRESENTADO A:

NUTRICIONISTAS DIETISTAS

Gabriel Antonio Cardona Arguello, Nancy Milena Duarte Corredor, Freddy Hernando Galvis Torres, Diana Prieto Blanco, Luz Dary Ropero Barraza, Andreina del Carmen Vega Mendoza.

DOCENTES SUPERVISORES DE PRÁCTICAS CAMPOS DE ACCIÓN PROFESIONAL

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
FACULTAD DE SALUD
2021-II

INTRODUCCIÓN

Cada año, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) celebra el Día Mundial de la Alimentación el 16 de octubre para conmemorar la fundación de la Organización en 1945, lo que lo convierte en uno de los días más celebrados del calendario de las Naciones Unidas. Estos eventos promueven la toma de conciencia y de medidas en todo el mundo para aquellos que sufren hambre, y otras formas de malnutrición, y la necesidad de garantizar la seguridad alimentaria, y una alimentación sana para todos. El Día Mundial de la Alimentación también es una oportunidad importante para enviar un mensaje contundente al público: podemos acabar con el hambre y todas las formas de malnutrición en el curso de esta vida, y convertirnos en la Generación del Hambre Cero, pero para lograr este objetivo debemos trabajar juntos. (FAO, 2019)

El Día Mundial de la Alimentación hace un llamamiento a la acción para alcanzar mejor producción, mejor nutrición, un mejor medio ambiente y una vida mejor para todos. La forma de producir, consumir y lamentablemente, desperdiciar alimentos le cobra un precio muy alto a nuestro planeta, ejerciendo una presión innecesaria en los recursos naturales, el medio ambiente y el clima. (FAO, 2021)

La pérdida y el desperdicio de alimentos deben reducirse a fin de aumentar la seguridad alimentaria y la sostenibilidad del medio ambiente. Es muy importante en los esfuerzos para combatir el hambre, aumentar los ingresos y mejorar la seguridad alimentaria en los países más pobres del mundo, estas pérdidas de alimentos afectan a la seguridad alimentaria de los pobres, a la calidad y la inocuidad alimentarias, al desarrollo económico y al medioambiente.

Asimismo, los hábitos alimentarios de las personas están fuertemente asociados a los ambientes o entornos alimentarios en los que transcurren sus vidas (hogar, comunidad, trabajo y academia). Existen ambientes alimentarios que generan malnutrición o que por el contrario facilitan la adopción de inadecuadas prácticas de alimentación y nutrición. En este sentido, para lograr cambios favorables y duraderos en los hábitos alimentarios de las personas, es necesario implementar estrategias desde lo individual comunitario, económico, ambiental y político, que favorezcan la creación de ambientes alimentarios más saludables y sostenibles, que faciliten la disponibilidad de alimentos sanos y

nutritivos en los mercados, las instituciones educativas, las comunidades y en los lugares de trabajo y, que estos alimentos sean asequibles para la población. (FAO, 2021)

Cada año, la FAO se centra en un lema para difundir la campaña del Día Mundial de la Alimentación. Para el 2021, el lema es "Nuestras acciones son nuestro futuro". Se pide un esfuerzo para ser más sostenibles en nuestras acciones diarias, reduciendo el desperdicio de alimentos, creando conciencia acerca de una nutrición sana y equilibrada. Y todo ello con el objetivo de llegar al Hambre Cero y de proteger el medio ambiente.

Por esta razón se realiza la estrategia de información en salud con el fin de celebrar este día en el Municipio San José de Cúcuta, Norte de Santander; mediante la aplicación de actividades didácticas acerca de los beneficios que conlleva mantener una alimentación saludable, manejo y clasificación de residuos y desperdicios, huertas saludables, planificación de compras y tamizaje nutricional.

FOCALIZACIÓN

De acuerdo a lo anterior mencionado se propone realizar la estrategia de información en salud “Celebra tu vida” con el fin de fortalecer conocimientos en producción, mejor nutrición, mejor medio ambiente y una vida mejor del talento humano de la Secretaria de Salud y población general del Municipio San José de Cúcuta en el marco de la celebración del día mundial de la alimentación del año en curso.

Lugar	Población	Abordaje	Total
Secretaria Municipal de San José de Cúcuta	Talento humano de la Secretaria de Salud y población general del Municipio San José de Cúcuta	Celebración del día mundial de la alimentación	X
TOTAL	**X**	**-**	**X**

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVO GENERAL:

Desarrollar estrategias de educación alimentaria y nutricional que promuevan hábitos y estilos de vida saludable.

PROPÓSITO:

La secretaria de salud del municipio San José de Cúcuta, en el marco de la celebración del día mundial de la alimentación, plantea el desarrollo de la propuesta denominada “celebra tu vida” a través de la cual brinda herramientas y ejecuta estrategias de hábitos y estilos de vida saludables. Dicho evento va dirigido al talento humano y se llevará a cabo el día 04 de noviembre del año en curso en las instalaciones de la dependencia.

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGÍA "CELEBRA TU VIDA"

El desarrollo de esta estrategia se realizará el día 04 de noviembre de 2:00pm-5:00pm, en las instalaciones de la Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, evento que será dirigido por los estudiantes de practicas formativas Campos de Acción Profesional del programa de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona.

Para la ejecución de esta actividad se contemplarán los siguientes aspectos:

1.Saludo de bienvenida y presentación del evento

2. Entrega de tickets y diligenciamiento del registro de asistencia

3. Los participantes del evento tendrá la oportunidad de desplazarse por 4 stands que conforman la parte central de la estrategia, corresponden a: tamizaje nutricional, alimentación saludable, compras responsables, clasificación de residuos y huertas saludables, para finalmente degustar de un pasaboca saludable. El tiempo promedio que se contempla para el desarrollo de las diversas actividades es de 10 minutos por persona.

4.Finalizacion del evento

FASE DE PLANEACION

Para esta fase se tiene en cuenta la Convocatoria de la población a intervenir: Talento humano de la Secretaria de Salud del Municipio San José de Cúcuta. El Diseño de la tarjeta de invitación para la celebración día mundial de la alimentación. Y por ultimo el Diseño del ticket " Tour día mundial de la alimentación"	
1. STAND: Tamizaje Nutricional En este estand se realizará la toma de medidas antropométricas a la población objeto con el fin de emitir un diagnóstico nutricional.	-Elaboración de material didáctico para la ejecución del tamizaje nutricional "Carnet de tamizaje" y "Semáforo saludable"
2. STAND: Alimentación Saludable Por medio de material didáctico se dará a conocer los beneficios de una alimentación saludable, la conformación del plato saludable de la familia colombiana y cómo apoyar los sistemas alimentarios.	-Elaboración del material didáctico correspondiente al juego "el dado saludable. -Elaboración del material didáctico para la actividad "Alcanza tus alimentos" -Elaboración de material: Guías alimentarias basadas en alimentos para población colombiana mayor de 2 años y Plato saludable de la familia colombiana -Elaboración del material educativo y didáctico "Héroes de la alimentación" ¿Qué podemos hacer para apoyar sistemas alimentarios?
3. STAND: Compras Responsables Utilizando material educativo, se informarán los beneficios de planificar la compra de alimentos, a su vez se dará a conocer estrategias de como evitar el desperdicio de alimentos y que hacer en tal caso y por último se hablará de tips para evitar la contaminación cruzada en los alimentos.	-Elaboración del material educativo correspondiente a "Planifica tu compra de alimentos" -Elaboración del material educativo para la estrategia "¿Cómo evitar la pérdida y

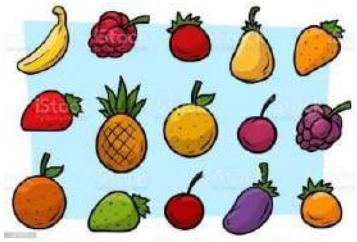
	desperdicio de alimentos? ¿Qué puedo hacer yo?" -Elaboración del material educativo para la actividad acerca de "Perdidas y desperdicios de alimentos durante la cadena alimentaria" -Diseño del material informativo "Tips para evitar la contaminación cruzada"
4. STAND: Clasificación de residuos y Huerta Saludables Utilizando diferentes estrategias de información se concientizará a la población sobre la importancia de un adecuado manejo y clasificación a los residuos sólidos; de la misma manera se resaltarán los beneficios de implementar una huerta saludable.	-Elaboración del material didáctico "contenedores de residuos" -Diseño de material informativo y educativo "código de colores para la separación de residuos sólidos" -Elaboración del material didáctico "Mi Huerta saludable, semillas de vida"
FINALIZACIÓN DEL EVENTO:	
Finalmente en el encuentro se contempla la entrega de un pasaboca saludable y posteriormente se agradece por la participación en el evento.	

FASE DE INTERVENCION

BIENVENIDA	
Se da la bienvenida al tour del día mundial de la alimentación por medio de la estrategia “Celebra tu vida” a cada uno de los participantes entregando un ticket y firmando la lista de asistencia.	Carlos Sánchez Carlos Clavijo

1. Tamizaje Nutricional		
Actividades	**Metodología**	**Responsables**
-Carnet de tamizaje: “Celebra tu vida” 	El participante recibirá un carnet que contiene los siguientes datos personales: -Nombre -Edad -Peso -Talla -IMC e interpretación. -Circunferencia de cintura	Luis Fernando Polo Camila Ordoñez Anny Godoy
-Semáforo Saludable 	Aquí se permite la visualización correcta de los alimentos a consumir de acuerdo al color del semáforo junto con recomendaciones generales respecto a la clasificación antropométrica, con el fin de concientizar acerca de la importancia del estado nutricional. **-Rojo**: Alimentos altos en grasa saturada y sodio. -**Amarillo**: Alimentos identificados como medianamente sanos. -**Verde:** Alimentos identificados como sanos.	

2. Alimentación Saludable		
Actividades	**Metodología**	**Responsables**
Dado saludable 	1. Lanzar el dado para obtener un número determinado. 2. De acuerdo al número obtenido se avanza en las casillas del cuadro dibujado que se encuentra en el piso. 3. teniendo en cuenta la casilla en la cual se quedó el participante, se elige la tarjeta que corresponde a este número. 5. Cada número corresponde a un alimento, plasmado en cada tarjeta. 4. Una vez el participante obtenga la tarjeta se le informará acerca de los beneficios que trae consigo la inclusión en su alimentación de dicho alimento y el contenido de vitaminas presente en cada uno de ellos.	Mauren Churta Lismely Quintero Natalia Jajoy
Recomendaciones GABAS y Plato Saludable de la Familia Colombiana 	Se realiza la socialización de los temas relacionados con las Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor 2 años y Recomendaciones del Plato Saludable de la Familia Colombiana. Incluye la siguiente temática: -Plato saludable da la familia Colombiana (GABAS). -Mensajes y recomendaciones para una alimentación saludable.	
Alcanza tus alimentos	-Se dispone de una golosa o rayuela con los números del 1 al 10. -Como objeto a lanzar se utilizarán frutas o verduras y para poder avanzar de número el participante debe escoger un sobre que dentro del mismo	

	contara con una pregunta, penitencia y diferentes actividades acerca de alimentación y nutrición. -El participante ganador es el que logre llegar al número 10 con éxito. -Los participantes que no logren desarrollar la pregunta o actividad se realizará retroalimentación de los temas socializados para que el participante pueda seguir avanzando hasta lograr alcanzar los alimentos como meta final.	
Héroes de la alimentación 	Consiste en pedirle a una persona que se encuentre en el estand que participe teniendo en cuenta frases referentes a qué se puede hacer para apoyar los sistemas alimentarios. Frases: • Elegir alimentos saludables y variados • Cultivo de alimentos en casa • Elegir Productos locales y estacionales • Evitar el desperdicio de alimentos • Influencia positiva El participante tendrá en una cartelera frases cortas con referencia a como se va a realizar apoyo de los sistemas alimentarios y deberá relacionar un texto complementario a cada título con el fin de identificar sus conocimientos adquiridos durante la explicación. Se resolverán las dudas y se realizará de manera correcta en caso tal de que no acierten.	

3. Compras Responsables		
Actividades	**Metodología**	**Responsables**
Planifica tu compra de alimentos 	1. Se realiza la socialización de la temática relacionada con la correcta planificación de la compra de alimentos con el fin de disminuir el desperdicio de alimentos a nivel del hogar, mediante un folleto que incluye los siguientes temas: -Porque es fundamental planificar la compra de alimentos -Preparar buenas comidas comienza con una planificación de compra de alimentos adecuada -Especificación para la compra de alimentos. -Características de los alimentos para realizar la compra	Angie Torres Liseth Colmenares
	2. Se realiza la entrega de un adhesivo denominado lista de compras**,** que incluye la planificación del menú semanal en 5 tiempos de comida (desayuno, media mañana, almuerzo, media tarde y cena) además de un espacio para determinar cuáles son los alimentos y cantidades que se van a comprar según lo planificado.	

"¿Cómo evitar la pérdida y desperdicio de alimentos? ¿Qué puedo hacer yo?" 	Explicación y socialización por parte de las estudiantes encargadas.	
"Perdidas y desperdicios de alimentos durante la cadena alimentaria" 	Explicación y socialización por parte de las estudiantes encargadas	

4. Clasificación de residuos y Huerta Saludables		
Actividades	**Metodología**	**Responsables**
Contenedores de residuos” 	-Se realiza el juego didáctico en relación con los contenedores de residuos el cual consiste en pedirle a una persona del público que participe en la actividad, consiste en: • Escoger los residuos y colocarlos en cada uno de los contenedores de acuerdo a como consideren que se deben clasificar • Luego de que la persona clasifique las basuras, se le explicara la manera correcta en que se deben clasificar dichas basuras. • Se volverá a realizar el juego para verificar que la información ha sido comprendida.	Wendy González Gabriela Pérez
	- Se realiza la socialización de la temática relacionada con la adecuada separación de residuos sólidos según lo establecido en el código	

"Código de colores para la separación de residuos sólidos" 	de colores, mediante una infografía que incluye la siguiente temática: Utiliza en casa los siguientes recipientes de colores para separar los residuos • **Recipente Blanco:** Residuos Aprovechables (plástico, carton, vidrio, metales, papel y cartón). • **Recipente Verde:** residuos orgánicos aprovechables (residuos de comida, restos de alimentos) • **Recipente Negro:** Residuos No aprovechables (papel higienico, paños humedos, pañales, toallas de mano, material de arrido, colillas de cigarro)	
"Mi Huerta saludable, semillas de vida" 	-Brindar información acerca de cómo mantener una Dieta Sostenible por medio de una huerta casera denominada "Mi Huerta saludable, semillas de vida" la cual consiste en: • Explicacion sobre la importancia y beneficios de implemntar huertas caseras. • Se realiza la entrega de las semillas germinadas de pimenton y tomate. • Se indicara sobre el cuidado de las semillas.	

FINALIZACIÓN DEL EVENTO	
Por último, se encontrará el estand de pasabocas saludable el cual está acompañado de la actividad Responde a tus conocimientos y donde los participantes podrán recibir un snack saludable agradeciendo la participación activa en el evento.	Jholaine Durán María Fernanda Rodríguez

FASE 3. SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

- Informe de intervención

Actividad	Medio de verificación	Cantidad total programada	Cantidad realizada	% avance
Diseñar y difundir a través de un video y tarjeta la invitación a la actividad a realizar en el marco de la celebración del día mundial de la alimentación que tiene como lema el año en curso "Nuestras acciones son nuestro futuro". En la estrategia de información en salud se desarrollarán actividades como: - “Planifica tu compra de alimentos” -“Perdidas y desperdicios de alimentos durante la cadena alimentaria” -Tamizaje nutricional -“Código de colores para la separación de residuos sólidos” -“Mi Huerta saludable, semillas de vida”	Documento	1	1	100%

-Guías alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana mayor 2 años. -Recomendaciones del Plato Saludable de la Familia Colombiana. -¿Qué podemos hacer para apoyar sistemas alimentarios? -La realización de la actividad será por medio del ticket “tour del día mundial de la alimentación” que consiste en que cada participante debe completar las 12 estaciones para que logre en la última recibir su hidratación y alimentación la cual dará por finalizada la actividad del participante. Con el fin de fortalecer conocimientos en producción, mejor nutrición, mejor medio ambiente y una vida mejor del talento humano de la Secretaria de Salud y población general del Municipio San José de Cúcuta				

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ANA BELÉN MARTÍNEZ ZAZO, C. P. (2016). NUTRICIA. Obtenido de https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017- 06/conceptos-alimentacion.pdf Min Cultura. (2021). Obtenido de https://mincultura.gov.co/areas/poblaciones/conmemoraciones/Paginas/D%C3%ADa-Mundial-de-laAlimentaci%C3%B3n-.aspx
2. García A, Núñez M, Gámez A. (2016). Alimentación saludable. Obtenido de: https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf
3. OMS. (2021). Obtenido de https://nacionesunidas.org.co/noticias/llega-el-dia-mundial-de-la-alimentacion-2021-unallamada-urgente-por-la-transformacion-de-nuestros-sistemas-alimentarios/
4. OPS. (2019). Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/nutrición.
5. Resolución 2184 del 2019. Obtenido de: https://safetya.co/wp-content/uploads/2020/02/Resoluci%C3%B3n-2184-de-2019-bolsas-plasticas.pdf
6. FAO. (s.f.). Como comer bien para tener una buena salud. En *Realizando una buena selección de alimentos y preparación de comidas.* Obtenido de https://www.fao.org/3/i3261s/i3261s08.pdf
7. Ministerio de Salud de Costa Rica. (2014). *Guía de selección y compra de alimentos para los servicios de alimentos CEN-CINAI a nivel nacional.*
8. García A, Núñez M, Gámez A. (2016). Alimentación saludable. Obtenido de: https://www.medigraphic.com/pdfs/actamedica/acm-2016/acm161e.pdf
9. OMS. (2021). Obtenido de https://nacionesunidas.org.co/noticias/llega-el-dia-mundial-de-la-alimentacion-2021-unallamada-urgente-por-la-transformacion-de-nuestros-sistemas-alimentarios/
10. OPS. (2019). Obtenido de https://www.paho.org/es/temas/nutrición.
11. CARNE VILLA MARINA .com/blog/contaminación-cruzada/. Obtenido de https://www.carnevillamaria.com/blog/contaminacion-cruzada/
12. Manipulador-de-alimentos.com/higiene-alimentaria-y-manipulacion-de-alimentos/. Obtenido de https://manipulador-de-alimentos.com/higiene-alimentaria-y-manipulacion-de-alimentos/

13. Manual para facilitadores. Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para la población colombiana mayor de 2 años.

INFORME DE LA ESTRATEGÍA DE INFORMACIÓN EN SALUD "CELEBRA TU VIDA" DEL DIA MUNDIAL DE LA ALIMENTACION

SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL 2021-2

PRESENTADO POR:

Lariza Barros, Lismely Quintero, María Fernanda Rodríguez,Mauren Churta, Natalya Jajoy, Rubby Guerrero.

NUTRICIONISTA DIETISTAS EN FORMACIÓN

PRESENTADO A:

N.D Luz Dary Ropero Barraza

DOCENTE SUPERVISORA DE PRÁCTICAS CAMPOS DE ACCIÓN PROFESIONAL

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA

PROGRAMA DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

FACULTAD DE SALUD

2021-II

INTRODUCCIÓN

Cada año, la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) celebra el Día Mundial de la Alimentación el 16 de octubre para conmemorar la fundación de la Organización en 1945, lo que lo convierte en uno de los días más celebrados del calendario de las Naciones Unidas. Estos eventos promueven la toma de conciencia y de medidas en todo el mundo para aquellos que sufren hambre, y otras formas de malnutrición, y la necesidad de garantizar la seguridad alimentaria, y una alimentación sana para todos. El Día Mundial de la Alimentación también es una oportunidad importante para enviar un mensaje contundente al público: podemos acabar con el hambre y todas las formas de malnutrición en el curso de esta vida, y convertirnos en la Generación del Hambre Cero, pero para lograr este objetivo debemos trabajar juntos. (FAO, 2019)
El Día Mundial de la Alimentación hace un llamamiento a la acción para alcanzar mejor producción, mejor nutrición, un mejor medio ambiente y una vida mejor para todos. La forma de producir, consumir y lamentablemente, desperdiciar alimentos le cobra un precio muy alto a nuestro planeta, ejerciendo una presión innecesaria en los recursos naturales, el medio ambiente y el clima. (FAO, 2021)

La pérdida y el desperdicio de alimentos deben reducirse a fin de aumentar la seguridad alimentaria y la sostenibilidad del medio ambiente. Es muy importante en los esfuerzos para combatir el hambre, aumentar los ingresos y mejorar la seguridad alimentaria en los países más pobres del mundo, estas pérdidas de alimentos afectan a la seguridad alimentaria de los pobres, a la calidad y la inocuidad alimentarias, al desarrollo económico y al medioambiente.

Asimismo, los hábitos alimentarios de las personas están fuertemente asociados a los ambientes o entornos alimentarios en los que transcurren sus vidas (hogar, comunidad, trabajo y academia). Existen ambientes alimentarios que generan malnutrición o que por el contrario facilitan la adopción de inadecuadas prácticas de alimentación y nutrición. En este sentido, para lograr cambios favorables y duraderos en los hábitos alimentarios de las personas, es necesario implementar estrategias desde lo individual comunitario, económico, ambiental y político, que favorezcan la creación de ambientes alimentarios más saludables y sostenibles, que faciliten la disponibilidad de alimentos sanos y nutritivos en los mercados, las instituciones educativas, las comunidades y en los lugares de trabajo y, que estos alimentos sean asequibles para la población. (FAO, 2021)

Cada año, la FAO se centra en un lema para difundir la campaña del Día Mundial de la Alimentación. Para el 2021, el lema es "Nuestras acciones son nuestro futuro". Se pide un esfuerzo para ser más sostenibles en nuestras acciones diarias, reduciendo el desperdicio de alimentos, creando conciencia acerca de una nutrición sana y equilibrada. Y todo ello con el objetivo de llegar al Hambre Cero y de proteger el medio ambiente.

Por esta razón se realiza la estrategia de información en salud con el fin de celebrar este día en el Municipio San José de Cúcuta, Norte de Santander; mediante la aplicación de actividades didácticas acerca de los beneficios que conlleva mantener una alimentación saludable, manejo y clasificación de residuos y desperdicios, huertas saludables, planificación de compras y tamizaje nutricional.

FOCALIZACIÓN

De acuerdo a lo anterior mencionado se propone realizar la estrategia de información en salud "Celebra tu vida" con el fin de fortalecer conocimientos en producción, mejor nutrición, mejor medio ambiente y una vida mejor del talento humano de la Secretaria de Salud y población general del Municipio San José de Cúcuta en el marco de la celebración del día mundial de la alimentación del año en curso.

LUGAR	POBLACION	ABORDAJE	TOTAL
Secretaria Municipal de San José de Cúcuta	Talento humano de la Secretaria de Salud y población general del Municipio San José de Cúcuta	Celebración del día mundial de la alimentación	x
TOTAL	**x**	**-**	**x**

OBJETIVO GENERAL

OBJETIVO GENERAL:
Desarrollar estrategias de educación alimentaria y nutricional que promuevan hábitos y estilos de vida saludable.

PROPÓSITO:
La secretaria de salud del municipio San José de Cúcuta, en el marco de la celebración del día mundial de la alimentación, plantea el desarrollo de la propuesta denominada "celebra tu vida" a través de la cual brinda herramientas y ejecuta estrategias de hábitos y estilos de vida saludables. Dicho evento va dirigido al talento humano y se llevará a cabo el día 04 de noviembre del año en curso en las instalaciones de la dependencia.

METODOLOGÍA PARA EL DESARROLLO DE LA ESTRATEGÍA "CELEBRA TU VIDA"

El desarrollo de esta estrategia se realizo el día 04 de noviembre de 2:00pm-5:00pm, en las instalaciones de la Secretaría de Salud de San José de Cúcuta, evento que fue dirigido por los estudiantes de practicas formativas Campos de Acción Profesional del programa de Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona.

Para la ejecución de esta actividad se contemplaron los siguientes aspectos:

1.Saludo de bienvenida y presentación del evento
2. Entrega de tickets y diligenciamiento del registro de asistencia
3. Los participantes del evento tuvieron la oportunidad de desplazarse por 4 stands que conformaron la parte central de la estrategia, correspondientes a: tamizaje nutricional, alimentación saludable, compras responsables, clasificación de residuos y huertas saludables, para finalmente degustar de un pasaboca saludable. El tiempo promedio que se contemplo para el desarrollo de las diversas actividades es de 10 minutos por persona. **4.** Finalizacion del evento

INFORME DE RESUTADO

Mediante la previa concertación con los docentes supervisores de las practicas de accion profesional de decimo semestre , se define que el día 4 de noviembre de 2021 a las 2:00 pm se reunirán al talento humano de la Secretaria de Salud y población general del Municipio San José de Cúcuta para llevar a cabo las actividades de la estrategia de información en salud celebra tu dia, en el marco del dia mundial de la alimentacion.

En el día propuesto, se inicia con el saludo de bienvenida y presentación del evento, presentación de los estudiantes y socializacion de las actividades a desarrollar durante la jornada, seguidamente se hace Entrega de tickets y diligenciamiento del registro de asistencia, posteriormente los participantes del evento tuvieron la oportunidad de desplazarse por 4 stands que conformaron la parte central de la estrategia, correspondientes a: tamizaje nutricional, alimentación saludable, compras responsables, clasificación de residuos y huertas saludables, para finalmente degustar de un pasaboca saludable el tiempo promedio que se contemplo para el desarrollo de las diversas actividades fue de 10 minutos por persona, finalmente se da por terminada la jornada del evento.

Actividad **ALIMENTACIÓN SALUDABLE** Por medio de material didáctico se dio a conocer los beneficios de una alimentación saludable, la conformación del plato saludable de la familia colombiana y cómo apoyar los sistemas alimentarios. En el stand número 2 se contaba con diferentes activades lúdicas y prácticas a fin que la población objeto conociera temas relacionados con el plató saludable de la familia colombiana, estrategia 5 al dia, importancia y beneficios de los alimentos y los temas relacionados con el día mundial de la alimentación donde las actividades consistían en:

1. Alcanza tus alimentos
2. Dado saludable
3. Héroes de la alimentación

ACTIVIDADES	INTERVENCION
Alcanza tus alimentos	De acuerdo a lo anterior mencionado la población decidía qué actividad realizar en el stand para poder obtener su aprobación en el ticket y seguir avanzando, en la actividad alcanza tus alimentos consistía en lanzar un objeto en la golosa o rayuela con el fin de alcanzar tus alimentos para posteriormente escoger uno de los sobres del 1 al 10 que estaban en el material educativo "activa tu mente" que consistía en preguntas del tema y penitencias, una vez contestada la pregunta de forma correcta se daba una retroalimentación del tema y si la respuesta era errónea se socializaba la respuesta correcta y se brindaba información del tema, posteriormente se explicaba los grupos de alimentos con los que contaba el plato saludable de la familia colombiana para que el participante seguidamente organizara las fichas en el material educativo según grupo y color de los alimentos cabe resaltar que la población confunde alimentos en la distribución de plato por lo tanto se brindó la información de manera oportuna para poder realizar la corrección de la misma.

Dado saludable	Una vez el personal de la secretaría de salud obtiene el ticket, se dirige hacia el stand de alimentación saludable donde las estudiantes Mauren Daniela Churta Enríquez, Natalya Alejandra Jajoy Lazo y Lismely Quintero Contreras les explican a los participantes que pueden escoger una de las tres actividades práctico-educativas dispuestas en el stand, las cuales corresponden al dado saludable, los participantes que eligen el dado saludable se les explicó en lo q ue consistía la actividad, acto seguido se disponen a lanzar el dado de manera que obtuvieron un número, posteriormente caminaron sobre la ruta dispuesta en un cartel sobre el piso hacia el número que obtuvieron y toman una tarjeta donde se encuentra plasmado un alimento entre los cuales estaba el huevo, se procede a preguntar si conoce los beneficios del consumo de huevo para lo cual responde desconocerlos, de manera que se le brinda educación empezando con el aporte de proteína que proporciona este alimento la cual es considerada de alto valor biológico, este nutriente es fundamental para el crecimiento y la construcción de tejidos, además aporta cantidades significativas de vitaminas (como la vitamina A. vitaminas del complejo B, vitamina D y vitamina E) y minerales (como el fósforo, hierro, zinc, entre otros) que contribuyen a cubrir gran parte de las ingestas diarias de nutrientes; una vez se da la educación se le solicita el ticket para colocarle el sello de que la persona si realizó la actividad y se le manifiesta proceder a caminar hacia el segundo stand.
Héroes de la alimentación	La actividad heroés de la alimentación ubicado en una de las estaciones llamada alimentación saludable estuvo a cargo de la estudiante Natalya Alejandra Jajoy, al llegar a este estand los participantes de la secretaria de salud elegian cual de las tres actividades desarrollar, en este caso al momento de que elegian heroés de la alimentación se les explicó por medio de educación nutricional acerca de ¿qué podemos hacer para apoyar sistemas alimentarios? Teniendo en cuenta como debian elegir alimentos saludables variados, como realizar un cultivo de alimentos en casa, como elegir productos locales y estacionales, como evitar el desperdicio de alimentos y como influenci ar positivamente a las demás personas al compartir información por redes sociales de manera positiva para contribuir a mejorar habitos saludables, luego cada participante se le asigno una imagen referente a cada subtitulo que se explico durante la educaci ón nutricional y pasaron al frente para ubicarlo donde se relacionaba en la respectiva cartelera de manera ordenada, después de que participaron se hacia la revisión de la organización de las imágenes con el fin de que el tema quedará de manera claro, por ultimo se les devolvia el ticket para que avanzaran a la siguiente estación.

STAND 6: PUNTO SALUDABLE

Después de que todos los funcionarios de la secretaria de salud pasaran por cada estación, terminarían por recorrer la estación del PUNTO SALUDABLE, la estación más deseada, la estación donde podrían deleitar unos deliciosos pasa bocas. Se les entregaba alimentos como Banano, un bocado de bocadillo con queso, un bocado de Jamón y queso, un Yogurt, una pasta Ramo y finalmente una Botella de Agua. Alimentos que les proporcionaría calorías y los hidrataría para que pudieran seguir laborando con toda la energía.

Les encantó todo lo que se les dio y decían huy más cada vez que pasaban por el punto saludable. Así mismo se dio por finalizada la activid

SECRETARIA DE SALUD

INFORME DIA MUNDIAL DE LA ALIMENTACION



MARÍA BELEN GARCÍA

COORDINADOR DE SALUD PÚBLICA MUNICIPAL

MUNICIPIO DE VILLA DEL ROSARIO, NORTE DE SANTANDER

FECHA CONMEMORACION

16 DE OCTUBRE

DIA MUNDIAL DE LA ALIMENTACION

INTRODUCCION

Un sistema agroalimentario sostenible es aquel en el que se dispone de una variedad de alimentos suficientes, nutritivos e inocuos a un precio asequible para todos, y en el que nadie tiene hambre ni sufre ninguna otra forma de malnutrición. Los estantes están abastecidos en el mercado local o en la tienda de alimentación, pero se desperdician menos alimentos y la cadena de suministro alimentario es más resiliente ante crisis bruscas como los fenómenos meteorológicos extremos, los repuntes de precios o las pandemias, todo mientras se limita, en lugar de empeorar, la degradación medioambiental o el cambio climático. De hecho, los sistemas agroalimentarios sostenibles proporcionan seguridad alimentaria y nutrición para todos, sin comprometer las bases económicas, sociales y medioambientales para las generaciones venideras. Conducen a una mejor producción, una mejor nutrición, un mejor medio ambiente y una vida mejor para todos.

Para este año 2021 la campaña tiene por lema “Nuestras acciones, nuestro futuro” invita a todas las personas a influir en lo que se produce aumentando nuestra demanda de alimentos nutritivos producidos de manera sostenible y, al mismo tiempo, ser más sostenibles en nuestras acciones diarias, ante todo reduciendo la pérdida y el desperdicio de alimentos. También tenemos la responsabilidad de hacer correr la voz, creando conciencia sobre la importancia de un estilo de vida saludable y sostenible.

OBJETIVOS

- Promover acciones para la alimentación saludable, mediante la producción de alimentos nutritivos y sostenibles.

- Fomentar el consumo de alimentos preparados en casa, con menos azúcar, grasa y harinas, con el fin de disminuir los índices de obesidad en los niños.

DESARROLLO DE ACTIVIDAD
LEMA: "NUESTRAS ACCIONES SON NUESTRO FUTURO"

Se realizó una jornada de educación y atención a la comunidad Rosarience en el parque los Libertadores, en articulación con: Acción contra el Hambre, la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la ESE Hospital Jorge Cristo Sahium, la dimensión de Seguridad Alimentaria y Nutricional, Policía de Infancia y Adolescencia y la Subsecretaria de Educación, brindando servicios informativos sobre la alimentación saludable, soberanía y seguridad alimentaria, correcto lavado de manos, valoración nutricional (talla y peso), además se realizó una jornada de desparasitación a niños de 5 a 14 años de edad, recreación mediante pintucaritas, globoflexia, brinkis y competencias de relevos, todas las actividades se desarrollaron al aire libre, siguiendo todos los protocolos de bioseguridad.

A los padres de familia se les recalco la importancia de apoyar y ayudar a los productores locales**,** para que sigan generando vegetales, frutas y verduras, realmente ricas en vitaminas y minerales, sensibilizándolos para elegir alimentos más saludables para los niños, sustituir una torta de chocolate por galletas de avena y pasas o simplemente darles chocolate negro el cual brinda muchos beneficios al organismo.

También para que aportemos un granito de arena y logremos ser más sostenibles en nuestras acciones diarias, reduciendo el desperdicio de alimentos, creando conciencia a cerca de una nutrición sana y equilibrada, con el objetivo de llegar al hambre cero y de proteger el medio ambiente.

Publicado por la red social Facebook de la Alcaldía de Villa del Rosario

AREA INVESTIGACIÓN-INTERVENCIÓN

Universidad de Pamplona
Pamplona - Norte de Santander - Colombia
Tels: (7) 5685303 - 5685304 - 5685305 - Fax: 5682750
www.unipamplona.edu.co

	Universidad de Pamplona **Departamento de Nutrición y Dietética** **Facultad de Salud** **Informe Proyectos de Investigación de carácter Formativo**	

Fecha		**Período Académico:** 2021-2
Asignatura		**Grupo:**
Proyecto de investigación	Factores de riesgo asociados a la Inseguridad alimentaria y nutricional, de los migrantes atendidos en el Hospital Jorge cristo Sahium, en el Municipio de Villa del Rosario.	
Vinculado a	Semillero de Investigación de Salud Humana	

Equipo de trabajo	
Estudiantes	**Código**
María Fernanda Rodríguez Solano	1093775436
Lariza Luzestela Barros Cote	1094277008

Objetivo
Determinar los factores que afectan la seguridad alimentaria y nutricional de los migrantes atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.

Actividad realizada	**Resultado y/o avance obtenido**	**Evidencia/Soporte**
Base de datos de migrantes atendidos en el Hospital Jorge Cristo Sahium.	Se realizó y se hizo entrega del documento final del proyecto de intervención de búsqueda activa con sus respectivos formatos y anexos que hacían parte como entrega del mismo.	**-Anexo 1.** Base de datos Consultas Migrantes.
Instructivo de aplicación de la encuesta.		**-Anexo 2.** Instructivo de aplicación de la encuesta.

Diseño de la encuesta de caracterización Sociodemográfica y Nutricional.		**-Anexo 3.** Encuesta de caracterización Sociodemográfica y Nutricional.
Grupo de whatsapp		**-Anexo 4.** Grupo de Whatsapp
Diseño de la encuesta de caracterización Sociodemográfica y Nutricional en Línea.		**-Anexo 5.** Encuesta de caracterización Sociodemográfica y Nutricional en línea.
Diseño del consentimiento informado.		**-Anexo 6.** Consentimiento Informado.
Resultados de las gráficas.		**-Anexo 7.** Resultados de las Gráficas**.**

Actividades Pendientes.	**Justificación**
-Canalizar nuevamente la población migrante atendida por el ESE Hospital Jorge Cristo Sahium. - Intervenciones para el proceso de seguimiento mediante la aplicación de formatos que ayuden a identificar la seguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos.	En este proceso de investigación se puede observar que los migrantes, carecen de necesidades alimentarias por no contar con la disponibilidad de los mismos, además del acceso que tienen a ellos. Así mismo se logra identificar las estrategias utilizadas en los migrantes para poder conseguir alimentos.

Observaciones

El proyecto de intervención de Seguridad alimentaria y nutricional en migrantes residentes en el municipio de villa del rosario, atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium se realizó con el fin de identificar, la calidad de vida de los migrantes y conocer los factores estructurales del individuo, que condicionan la forma de enfrentar la privación alimentaria y ponen de manifiesto que las personas afectadas por crisis o situaciones de pobreza actúan para intentar salir de la escasez (Díaz, García, & Otero, 2018), Por ende, este estudio puede servir como una alerta temprana para el gobierno y el sector salud. En ese sentido, este trabajo tuvo el propósito de caracterizar las estrategias de afrontamiento frente a la inseguridad alimentaria aplicada a los migrantes venezolanos beneficiarios de la atención en el Hospital Jorge Cristo Sahium, con el fin de identificar y aportar información valiosa para las entidades encargadas del desarrollo de políticas en alimentación y la implementación de programas sociales en esta población.

TÍTULO DE LA PROPUESTA:
Factores de riesgo asociados a la Inseguridad alimentaria y nutricional, de los migrantes atendidos en el Hospital Jorge cristo Sahium, en el Municipio de Villa del Rosario.

Línea de Investigación: Salud humana

Nombre del Tutor: Luz Dary Ropero

Nombre del Semillero: Salud publica

Grupo de Investigación: Salud humana | **Facultad:** Salud

Duración: 4 meses

Planteamiento del problema o Preguntas de Investigación:
La migración internacional es uno de los fenómenos coyunturales, sociales, políticos, económicos y culturales más importantes del siglo XXI. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), los migrantes internacionales representan el 3,5 % de la población mundial. En Latinoamérica, la migración venezolana se ha constituido en el movimiento migratorio más grande en la historia reciente de la región. Desde 2017 Colombia es un importante escenario de la migración venezolana, con 1.715.831 migrantes. Los procesos migratorios están acompañados por vulneraciones a los derechos humanos, y existe una fuerte asociación entre migración y Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), ya que los problemas de esta son a causa y consecuencia de los movimientos migratorios y están presentes en todas sus etapas. Según el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP), la Seguridad Alimentaria Nutricional ¨es un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo". Los migrantes que ingresan diariamente al territorio Colombiano manifiestan que en su país enfrentan constantemente problemáticas de SAN, reflejadas en situaciones tales como: desabastecimiento constante, imposibilidad de elegir los alimentos que desean adquirir, redes ilegales de comercialización y distribución de alimentos "bachaqueros", precios elevados, disminución del número tanto de comidas diarias como de preparaciones que conforman los tiempos de comida y del tamaño de 9 las porciones, lo que ha ocasionado cambios en la alimentación habitual; Logrando así que los migrantes venezolanos busquen superar las dificultades cotidianas que vivían en su país para conseguir, adquirir y consumir alimentos variados y suficientes para sus familias. Por tanto, se plantean las siguientes preguntas de investigación: ¿Qué cambios se han logrado en la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos durante la residencia en el municipio de Villa de rosario-Norte de Santander en migrantes provenientes de Venezuela? ¿Cuáles son los factores que impiden una seguridad alimentaria y nutricional en migrantes venezolanos Residentes del municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander?

Objetivo general:
Determinar los factores que se han generado frente a la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.

Objetivos específicos:

1. Identificar los factores y cambios en la situación alimentaria y nutricional de la población migrante venezolana atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.
2. Comparar los resultados frente a la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium.
3. Caracterizar a las familias migrantes venezolanas atendidas en el hospital Jorge Cristo Sahium, residentes del municipio de Villa del Rosario

Antecedentes y Justificación:

La migración venezolana es la mayor movilización humana de la historia reciente de la región. Los migrantes huyen de la crisis humanitaria y económica que ha deteriorado la seguridad ciudadana y los estándares de vida en ese país. Según la ACNUR, cada día entre 4.000 y 5.000 venezolanos salen del país, la mayoría a pie, a un destino incierto, pero con la esperanza de un mejor futuro para sus familias. Su movilización está cambiando el rostro de América Latina y el Caribe para siempre. Entre los principales países de acogida se encuentran Colombia, Perú y Ecuador. Históricamente, la región ha vivido grandes flujos migratorios, sobre todo en la primera mitad del siglo XX: italianos y españoles en Argentina, japoneses en Brasil, chinos en Perú; mientras que a partir los 60 se han visto incontables migraciones intrarregionales y hacia Estados Unidos, especialmente desde Centroamérica. Pero la migración venezolana presenta diversas particularidades. Debido a su magnitud, está generando una enorme presión en los países receptores, sobre todo en materia de salud, educación y empleo, los que han respondido con controles más estrictos.

En los últimos años, el estado de salud de los migrantes ha cobrado importancia, a tal punto de ser reconocido como una prioridad de salud pública a nivel global (Ross et al., 2017); El fenómeno migratorio no es algo reciente en la agenda internacional; por el contrario, los registros históricos muestran que, desde hace mucho tiempo, el ser humano ha estado en constante tránsito por diferentes motivos como nuevas oportunidades laborales y económicas, escapar de conflictos y violencia, reunirse con familiares etc. No obstante, aunque la población migre a otros países cercanos geográficamente, el choque cultural es inevitable, donde la alimentación es uno de los componentes mayormente afectados. Ross et al., 2017) Estudios recientes han demostrado que estos cambios dietarios pueden tener efectos deletéreos en la salud y poner en riesgo la seguridad alimentaria y nutricional. Por lo anterior, los individuos buscan mitigar los efectos de la migración por medio de la aculturación o adaptación de patrones dietarios y costumbre alimentarios, acordes con la oferta y las características del lugar receptor. Sin embargo, la población migrante no siempre cuenta con los recursos suficientes para cubrir las necesidades alimentarias básicas, lo cual trae como consecuencia, la desestructuración del sistema alimentario familiar e incrementa el riesgo de presentar Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN). Afectándose a su vez las estrategias de abastecimiento (compra, producción, intercambios, etc.), el consumo de alimentos y la composición de la dieta, junto con su aporte nutricional

Impacto esperado:

Con este proyecto se busca identificar factores que se han generado frente a la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos, ya que esta población cursa con un grado de vulnerabilidad alta, es por esto que se quiere identificar mediante una encuesta de caracterización todos los factores asociados a la problemática para así poder llegar a la conclusión de la investigación.

Marco teórico:

Migración Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la migración es el movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas y migrantes económicos. Los migrantes pueden ser regulares o irregulares. En ese orden de ideas, los migrantes irregulares son personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados, es decir, su ingreso al país receptor es ilegal y no tiene la autorización ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para entrar, residir ni trabajar, o no tiene la autorización de su país de origen para salir. Por su parte, la migración regular es

aquella quese produce a través de canales legales (OIM, 2019).

Migrante Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como los trabajadores migrantes; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, como los 14 migrantes objeto de tráfico; así como las personas cuya situación o medio de traslado no estén expresamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales. (OIM, 2019)

Tipos de migraciones Hay múltiples criterios para clasificar las migraciones: según el tiempo, el límite geográfico, el grado de libertad, y las causas de la migración, así como otras relacionadas con el modo de vida y la edad. Considerando el tiempo, existen migraciones transitorias y permanentes. Las migraciones transitorias son aquellas en las que el migrante establece su residencia en el lugar de destino como una etapa transitoria. En oposición, las migraciones de carácter permanente son aquellas en las que los migrantes establecen su residencia en el lugar de destino de forma definitiva o por un prolongado espacio de tiempo. De acuerdo con el límite geográfico las migraciones pueden ser internas y externas o internacionales. En cuanto a los sujetos de la decisión, se diferencian: las migraciones espontáneas, en las que el migrante decide voluntariamente abandonar su lugar de origen sin mediación institucional alguna o sin verse forzado a ello; las migraciones dirigidas, en las que el migrante mantiene su voluntad de emigrar, pero instado por agencias favorecedoras de los desplazamientos; y las migraciones forzosas, en las que el migrante no decide voluntariamente su traslado, ni muchas veces su destino Según la causa de la migración se contemplan: las migraciones ecológicas: causadas por catástrofes naturales o situaciones adversas del hábitat. Las migraciones económicas: producidas como su nombre lo indica, por causas económicas, en este tipo de migraciones los individuos parecen tomar "libre y voluntariamente" la decisión de migrar. Las migraciones políticas: provocadas por intolerancia nacionalista, por intransigencias religiosas o políticas, o por situaciones sociales altamente conflictivas. Aquí se incluyen todos los movimientos originados por cualquier tipo de conflicto bélico o por persecuciones de carácter racial, étnico, dando lugar a las figuras de los desplazados, exiliados, aislados o refugiados.

Mal nutrición El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: la desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres).(OMS)

Seguridad alimentaria y nutricional (san): Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. (FAO,2019). El concepto de seguridad alimentaria y nutricional pone de manifiesto los ejes que la definen:
a) Disponibilidad de alimentos;
b) Acceso físico y económico a los alimentos;

c) Consumo de alimentos;
d) Aprovechamiento o utilización biológica y
e) Calidad e inocuidad.
a. Disponibilidad de alimentos: es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local. Está relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la población y depende fundamentalmente de la producción y la importación. Está determinada por: la estructura productiva (agropecuaria, agroindustrial), los sistemas de comercialización internos y externos, los factores productivos (tierra, crédito, agua, tecnología, recurso humano), las condiciones ecosistémicas (clima, recursos genéticos y biodiversidad), las políticas de producción y comercio, y las tensiones sociopolíticas (relaciones económicas, sociales y políticas entre actores).

b. **Acceso:** es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos. (FAO, OPS, WFP & UNICEF, 2019).

c. **Consumo:** se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas. Sus determinantes son: la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia.

d. **Aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos**: se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo. Sus principales determinantes son: el medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía.

e. **Calidad e inocuidad de los alimentos:** se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y el provechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. No se puede prescindir de la inocuidad de un alimento al examinar la calidad, dado que la inocuidad es un atributo de la calidad. Sus determinantes básicos son: la normatividad (elaboración, promoción, aplicación, seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos.

Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) Según la FAO (2011), "la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) existe cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana". La seguridad alimentaria puede ser descrita como un fenómeno que afecta a las personas de manera individual y, por lo tanto, el riesgo de que 21 el individuo no goce de un estado nutricional óptimo va a ser la consecuencia de la situación previamente mencionada (FAO, 2011)

Hambre El hambre es una sensación física incómoda o dolorosa, causada por un consumo

insuficiente de energía alimentaria. Se vuelve crónica cuando la persona no consume una cantidad suficiente de calorías (energía alimentaria) de forma regular para llevar una vida normal, activa y saludable. urante d cadas, la ha utili ado el indicador de prevalencia de la subalimentación para estimar el alcance del hambre en el mundo, por lo que el t rmino "hambre" tambi n suele denominarse subalimentación Cuando alguien se encuentra en una situación de inseguridad alimentaria severa, se ha quedado sin alimentos y ha pasado un día o más sin comer. En otras palabras, lo más probable es que haya pasado hambre.

La inseguridad alimentaria severa es uno de los extremos de la escala, pero incluso la inseguridad alimentaria moderada es preocupante. Para las personas que padecen una inseguridad alimentaria moderada, el acceso a los alimentos es incierto. Puede que tengan que sacrificar otras necesidades básicas, sólo para poder comer. Cuando comen, puede ser lo que está más fácilmente disponible o lo más barato, que puede no ser el alimento más nutritivo. El aumento de la obesidad y otras formas de malnutrición es en parte resultado de este fenómeno. Los alimentos muy elaborados e hipercalóricos, con alto contenido de grasas saturadas, azúcares y sal son, a menudo más baratos y fáciles de conseguir que las frutas y verduras frescas. Comer esos alimentos puede significar que se cubren sus necesidades diarias de calorías, pero le faltan nutrientes esenciales para mantener su cuerpo sano y en buen funcionamiento. Además, el estrés de vivir con un acceso incierto a los alimentos y de pasar períodos sin comer puede llevar a cambios fisiológicos que pueden contribuir al sobrepeso y la obesidad. Los niños que hoy en día se enfrentan al hambre, la inseguridad alimentaria y la desnutrición, pueden tener un mayor riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes a lo largo de su vida. En muchos países, la desnutrición y la obesidad coexisten, y ambas pueden ser consecuencia de la inseguridad alimentaria. lvare re ,

Metodología:

Estudio descriptivo, mixto, transversal. Se aplicará una encuesta de caracterización socioeconómica, Estado nutricional por antropometría, cuestionario de percepción de seguridad alimentaria en el hogar y cuestionario de frecuencia de consumo y prácticas alimentarias; a población migrante atendida por el Hospital Jorge Cristo Sahium. El presente estudio se enmarcó en una investigación de tipo descriptivo, mixto, transversal, la cual se desarrolló en las siguientes etapas:

1. Solicitud de base de datos de migrantes atendidos en el Hospital Jorge Cristo Sahium.
2. Definición del tema de investigación.
3. Planteamiento del problema
4. Definición de objetivos
5. Conceptualización: búsqueda de referencias bibliográficas
6. Selección y diseño de instrumentos de recolección de información
7. Recolección de datos
8. Organización, Procesamiento y análisis de resultados.
9. Elaboración del documento final.

Población Estudio: Población migrante del Municipio de Villa del Rosario, atendida por el Hospital Jorge Cristo Sahium. Para la caracterización de la situación de seguridad alimentaria se trabajó con la población migrante que asiste a esta IPS, y que aceptó participar en el estudio, mediante la firma de un consentimiento informado, con los siguientes criterios de participación: 1. Persona migrante beneficiaria de la atención médico-nutricional, atendida en el Hospital Jorge Cristo Sahium. 2. Persona migrante (hombre o mujer) mayor de 18 años que exprese de manera voluntaria, su consentimiento para participar en el estudio.

Descripción Variables del Estudio: La información recolectada, se analizó a partir de 3 categorías de análisis 1) encuesta de caracterización socioeconómica, 2) cuestionario de percepción de seguridad alimentaria en el hogar 3) cuestionario de frecuencia de consumo y prácticas alimentarias.

Instrumentos y Recolección de Información La información es recolectada por el Hospital Jorge Cristo Sahium, en formatos. La población que se analizó en esta categoría se enfoca en niños(as) menores de 5 años.

Caracterización socio-demográfica: Enfocada en variables relacionadas con edad, sexo, condición laboral y socioeconómica, estatus migratorio, necesidades básicas y de salud. Variables similares, han sido anteriormente utilizados en estudios llevados a cabo en migrantes en Colombia (Quintero-Lesmes & Herran, 2019), migrantes latinos en Estados Unidos (Haldeman, Gruber, & Ingram, 2008)y en Indonesia (Hasanah, Mendolia, & Yerokhin, 2017).

Evaluación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN: Se llevó a cabo mediante la descripción de los componentes de acceso, consumo y estado nutricional de la población migrante. Así mismo, se identificó la encuesta de caracterización socio económica en las familias migrantes. Esta variable se enfocó en evaluar las diversas situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria experimentada en los hogares, por lo cual midió los grados de severidad de la INSA, en leve, moderada y severa, principalmente a partir del acceso económico reportado en por el hogar.
El instrumento de evaluación de la percepción de seguridad alimentaria en el hogar fue adaptado a partir de la encuesta de seguridad alimentaria en el hogar (HFSSM), creada por el departamento de agricultura de Estados Unidos (USDA), la cual tiene como propósito que los encuestados describan comportamientos y actitudes que se relacionen con esos aspectos o dominios de la experiencia de la inseguridad alimentaria (Hamilton et al., 1997). También se tuvo en cuenta el instrumento de medición de INSA aplicado en la ENSIN 2010, el cual fue adaptado de la Escala Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria (ELCSA), para la formulación de las preguntas y el vocabulario a emplear. La encuesta fue respondida a partir del último mes como referencia.

Consumo: Dado el contexto de la población migrante beneficiaria de la organización Acción Contra el Hambre, se evaluó los patrones de consumo, por medio de una encuesta de frecuencia de consumo semicuantitativa del último mes. De este modo, se propusieron 2 variables: a) grupos de alimentos 23 consumidos, b) frecuencia o número de veces en que se consumen. Estas variables tuvieron como objetivo, reportar los grupos de alimentos de mayor consumo entre los inmigrantes encuestados, además se toma en consideración su lugar de origen, el riesgo nutricional y el de inseguridad alimentaria

Resultados esperados:

Con el proyecto de investigación se busca construir un análisis de la situación alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital municipal, y en este a su vez determinar cómo es el comportamiento de la inseguridad alimentaria y cuáles son los factores asociados a la presencia de la misma. Esto con el fin de poder tomar acciones en pro de mejorar la salud y bienestar, considerando que el mayor riesgo de esta situación es la de padecer hambre. Otro de los resultados esperados a través de la realización de la propuesta de investigación es la adquisición de nuevos conocimientos y el aprendizaje obtenido mediante la revisión bibliográfica que se realiza en cuanto a temas relacionados con la seguridad alimentaria y nutricional y aquellos estudios en los cuales a través de la aplicación de esta metodología se han logrado obtener resultados positivos que permiten dar soluciones al problema en cuestión y aquellos conceptos utilizados en el desarrollo de la

investigación. El intercambio de conocimientos con diferentes áreas permite generar mayor eficacia en la elaboración del análisis aplicado en salud, al igual que permite el afianzar relaciones y así generar futuras investigaciones. Finalmente, para el óptimo desarrollo del planteamiento de este proyecto, se incluyó todo lo relacionado con los cambios dietarios que pueden tener efectos de deterioro en la salud y poner en riesgo la seguridad alimentaria y nutricional, los criterios de inclusión y exclusión para el estudio, el instrumento que se utilizará para la recolección de la información, las variables que se tendrán en cuenta para la caracterización de la población a tratar, lo cual queda a la espera para su respectivo estudio y aprobación

Estrategia de Difusión: Presentación de la propuesta de investigación mediante diapositivas

Bibliografía:

DPN. (2018). Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. 1–115. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3950.pd

FAO. (2011). Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria. Recuperado de http://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf

FAO, OPS, PMA, & UNICEF. (2018). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Recuperado de https://www.unicef.org/colombia/media/616/file/Aimentaria-y-nutricional-2018.pd

Fundación Bengoa, CENDES, & UCV. (2016). Encuesta nacional de condiciones de vida: Venezuela 2016 alimentación. Recuperado de https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Pobreza.pdf

ICBF, & FAO. (2015). Guias alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana (p. 314). p. 314. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/guiasalimentarias basadas-en-alimentos.pdf

Instituto Nacional de nutrición, & Fundación Cavendes. (1991). Guias de alimentación para Venezuela. Recuperado de https://www.fundacionbengoa.org/materiales/materiales/Guias De Alimentacion.pdf

Nombre Estudiantes Participantes:	Identificación	Programa	Correo electrónico:
Lariza Luzestela Barros Cotes	1094277008	Nutrición y Dietética	laritluz@hotmai.com
María Fernanda Rodríguez Solano	1093775436		mafer940927@hotmail.com

Firma del Tutor

Firma del director de Grupo de Investigación

Factores de riesgo asociados a la Inseguridad alimentaria y nutricional, de los migrantes atendidos en el Hospital Jorge cristo Sahium, en el Municipio de Villa del Rosario.

Lariza L. Barros
Maria F. Rodriguez

Nutrición y dietética

Facultad de salud, Universidad de pamplona

Nd. Luz Dary Ropero

Villa del Rosario-Colombia, Diciembre 2021

Tabla de contenido

Resumen 4

Introducción 6

Planteamiento del problema 8

Justificación 10

Objetivos 12

Objetivo general 12

Objetivos específicos 12

Marco teórico 13

Migración 13

Migrante 13

Tipos de migraciones 14

Mal nutrición 15

Seguridad alimentaria y nutricional (san): 15

Antecedentes 18

Hambre 18

Metodología 20

Población Estudio: 21

Descripción Variables del Estudio: 21

Instrumentos y Recolección de Información 21

Caracterización socio-demográfica 21

Evaluación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN 22

Consumo: 22

Cuestionario de frecuencia de consumo: ..... **¡Error! Marcador no definido.**

Resultados 23

Perfil sociodemográfico 23

Estrategias utilizadas en caso de no tener alimentos insuficientes en su hogar 28

Discusión 30

Conclusión 38

Recomendaciones 39

Bibliografía 40

Anexo 42

Resumen

Desde el año 2017 Colombia es un importante escenario para la migración venezolana recibiendo 1.809.872 migrantes, Según cálculos de Migración Colombia, dentro del territorio nacional permanecen un poco más de 1 771 237 venezolanos, de los cuales 754 085 se encuentran con estatus migratorio regular y 1 017 152, con situación migratoria irregular2 . Así mismo, Migración Colombia reporta 568 849 permisos especiales de permanencia (PEP) vigentes a 26 de enero de 20203. Los migrantes venezolanos buscan superar las dificultades cotidianas que vivían en Venezuela en aspectos como la oferta, la adquisición y el consumo de productos de primera necesidad, entre ellos los alimentos.

Venezuela vive un empobrecimiento masivo e inseguridad alimentaria que motiva la migración a otros países. Para conocer la situación actual de la seguridad alimentaria (SA) y la malnutrición, se estudiaron los principales determinantes, mediante el análisis de informes técnicos de acceso público en el último quinquenio. Se encontró que las dimensiones de la SA están severamente comprometidas: el acceso, la disponibilidad, la bioutilización y la estabilidad de las anteriores. Las preferencias alimentarias están afectadas por la distorsión entre precios e ingresos reales. El patrón de consumo de alimentos ha cambiado, resultando insuficiente en cantidad y calidad, sin variedad, basado en arroz, maíz, pasta, granos y aceite; carente en proteínas animales, vitaminas A, B y C, y minerales (hierro, ácido fólico zinc y calcio). El efecto directo es el incremento de la malnutrición y del hambre oculta, en los más vulnerables. La desnutrición crónica, principal problema nutricional, se solapa con el déficit calórico proteico y las deficiencias de nutrientes. El programa de nutrición comunitaria y el Proyecto de emergencia social (2017-2018) reportaron severidad del retraso de crecimiento en talla (moderado y severo) y desnutrición aguda que afectaron principalmente a los niños menores de dos

años, de las zonas de menores recursos rurales o periurbanas. Los tres determinantes inmediatos del estado nutricional del niño: seguridad alimentaria, atención adecuada y salud, están fuertemente afectados por la pobreza. An Venez Nutr 2018; 31(2): 66-77.

***Palabras clave**:* Inseguridad alimentaria, malnutrición, hambre oculta, hambre, Venezuela

Introducción

En Venezuela la desaceleración y contracción de la economía, así como la mala administración, ha provocado el empobrecimiento masivo de la población, inseguridad alimentaria de grandes proporciones y situaciones de hambre que están impulsando la salida de los venezolanos hacia otros países, en multitudes, nunca antes vistas en América Latina. Este éxodo masivo, está causando serios problemas económicos y sociales en los países vecinos, que no estaban preparados para recibir 4,5 millones de migrantes venezolanos

El Informe de Alerta Temprana sobre Seguridad Alimentaria y Agricultura FAO/ONU, 2019 ubica a Venezuela en tercer lugar entre los 10 países con "alto riesgo" de una emergencia o un deterioro significativo de su seguridad alimentaria y la agricultura, con efectos severos.

La situación descrita sucede en medio de la opacidad de información sobre las condiciones de vida, acceso, disponibilidad alimentaria, estado nutricional, cuidado de la salud, y de las severas consecuencias que la prolongada privación ejerce en la población. Desde el 2012, se registra una caída sostenida en la producción, disponibilidad y acceso de los alimentos, al mismo tiempo que se pierden grandes cantidades de alimentos contaminados y se descompone otro tanto, de lo que se había importado para la distribución a través de la red pública de control alimentario. Ese mismo año, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) otorga un reconocimiento al gobierno por el cumplimiento anticipado de las metas del milenio para aquel momento. Siete años más tarde, el inicio de la crisis más aguda también lo confirma el informe de FAO/UNICEF (2019).

La disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos, son elementos del concepto de Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) propuesto inicialmente por la Organización de las Naciones

Unidas para la Agricultura y la Alimentación FAO y evolucionado por el Observatorio de Soberanía y Seguridad Alimentaria y Nutricional (OBSSAN) de la Universidad Nacional de Colombia a una versión más completa e integradora que va más allá de la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos partiendo del reconocimiento de la SAN como un derecho con sujetos y garantes y contemplando aspectos como la dignidad y la felicidad humana.

Los migrantes venezolanos ven en Villa del Rosario (Colombia) una alternativa para hacer frente a las dificultades que atravesaban en su país y un escenario de solución que les permite superarlas a través de un mejoramiento en la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos suficientes y adecuados para sus familias. No obstante, en Colombia, el 54.2 % de los hogares no alcanza la SAN (ENSIN, 2015).

Planteamiento del problema

La migración internacional es uno de los fenómenos coyunturales, sociales, políticos, económicos y culturales más importantes del siglo XXI. Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), los migrantes internacionales representan el 3,5 % de la población mundial. En Latinoamérica, la migración venezolana se ha constituido en el movimiento migratorio más grande en la historia reciente de la región. Desde 2017 Colombia es un importante escenario de la migración venezolana, con 1.715.831 migrantes.

Los procesos migratorios están acompañados por vulneraciones a los derechos humanos, y existe una fuerte asociación entre migración y Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN), ya que los problemas de esta son a causa y consecuencia de los movimientos migratorios y están presentes en todas sus etapas.

Según el Instituto de Nutrición para Centroamérica y Panamá (INCAP), la Seguridad Alimentaria Nutricional ¨es un estado en el cual todas las personas gozan, en forma oportuna y permanente, de acceso físico, económico y social a los alimentos que necesitan, en cantidad y calidad, para su adecuado consumo y utilización biológica, garantizándoles un estado de bienestar general que coadyuve al logro de su desarrollo".

Los migrantes que ingresan diariamente al territorio Colombiano manifiestan que en su país enfrentan constantemente problemáticas de SAN, reflejadas en situaciones tales como: desabastecimiento constante, imposibilidad de elegir los alimentos que desean adquirir, redes ilegales de comercialización y distribución de alimentos "bachaqueros", precios elevados, disminución del número tanto de comidas diarias como de preparaciones que conforman los tiempos de comida y del tamaño de

las porciones, lo que ha ocasionado cambios en la alimentación habitual; Logrando así que los migrantes venezolanos busquen superar las dificultades cotidianas que vivían en su país para conseguir, adquirir y consumir alimentos variados y suficientes para sus familias.

Por tanto, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿Qué cambios se han logrado en la disponibilidad, el acceso y el consumo de alimentos durante la residencia en el municipio de Villa de rosario-Norte de Santander en migrantes provenientes de Venezuela?

¿Cuáles son los factores que impiden una seguridad alimentaria y nutricional en migrantes venezolanos residentes del municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander?

Justificación

En los últimos años, el estado de salud de los migrantes ha cobrado importancia, a tal punto de ser reconocido como una prioridad de salud pública a nivel global (Ross et al., 2017); El fenómeno migratorio no es algo reciente en la agenda internacional; por el contrario, los registros históricos muestran que, desde hace mucho tiempo, el ser humano ha estado en constante tránsito por diferentes motivos como nuevas oportunidades laborales y económicas, escapar de conflictos y violencia, reunirse con familiares etc. No obstante, aunque la población migre a otros países cercanos geográficamente, el choque cultural es inevitable, donde la alimentación es uno de los componentes mayormente afectados. Ross et al., 2017)

Estudios recientes han demostrado que estos cambios dietarios pueden tener efectos deletéreos en la salud y poner en riesgo la seguridad alimentaria y nutricional. Por lo anterior, los individuos buscan mitigar los efectos de la migración por medio de la aculturación o adaptación de patrones dietarios y costumbre alimentarios, acordes con la oferta y las características del lugar receptor. Sin embargo, la población migrante no siempre cuenta con los recursos suficientes para cubrir las necesidades alimentarias básicas, lo cual trae como consecuencia, la desestructuración del sistema alimentario familiar e incrementa el riesgo de presentar Inseguridad Alimentaria y Nutricional (INSAN). Afectándose a su vez las estrategias de abastecimiento (compra, producción, intercambios, etc.), el consumo de alimentos y la composición de la dieta, junto con su aporte nutricional.

Teniendo en cuenta lo anterior, el presente estudio tiene como propósito caracterizar la situación de seguridad alimentaria y nutricional de la población migrante venezolana, atendida por el Hospital Jorge Cristo Sahium en el municipio de villa del Rosario, Norte de Santander, con el fin de orientar acciones que impacten de manera positiva en el estado nutricional y la calidad de vida de la población migrante.

Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores que se han generado frente a la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.

Objetivos específicos

- Identificar los factores y cambios en la situación alimentaria y nutricional de la población migrante venezolana atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.
- Comparar los resultados frente a la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium.
- Caracterizar a las familias migrantes venezolanas atendidas en el hospital Jorge Cristo Sahium, residentes del municipio de Villa del Rosario.

Marco teórico

Migración

Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), la migración es el movimiento de población hacia el territorio de otro Estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye

migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas y migrantes económicos. Los migrantes pueden ser regulares o irregulares. En ese orden de ideas, los migrantes irregulares son personas que se desplazan al margen de las normas de los Estados,

es decir, su ingreso al país receptor es ilegal y no tiene la autorización ni los documentos requeridos por las autoridades de inmigración para entrar, residir ni trabajar, o no tiene la autorización de su país de origen para salir. Por su parte, la migración regular es aquella quese produce a través de canales legales (OIM, 2019)

Migrante

Término genérico no definido en el derecho internacional que, por uso común, designa a toda persona que se traslada fuera de su lugar de residencia habitual, ya sea dentro de un país o a través de una frontera internacional, de manera temporal o permanente, y por diversas razones. Este término comprende una serie de categorías jurídicas bien definidas de personas, como los trabajadores migrantes; las personas cuya forma particular de traslado está jurídicamente definida, como los

migrantes objeto de tráfico; así como las personas cuya situación o medio de traslado no estén expresamente definidos en el derecho internacional, como los estudiantes internacionales. (OIM, 2019)

Tipos de migraciones

Hay múltiples criterios para clasificar las migraciones: según el tiempo, el límite geográfico, el grado de libertad, y las causas de la migración, así como otras relacionadas con el modo de vida y la edad. Considerando el tiempo, existen migraciones transitorias y permanentes. Las migraciones transitorias son aquellas en las que el migrante establece su residencia en el lugar de destino como una etapa transitoria. En oposición, las migraciones de carácter permanente son aquellas en las que los migrantes establecen su residencia en el lugar de destino de forma definitiva o por un prolongado espacio de tiempo. De acuerdo con el límite geográfico las migraciones pueden ser internas y externas o internacionales.

En cuanto a los sujetos de la decisión, se diferencian: las migraciones espontáneas, en las que el migrante decide voluntariamente abandonar su lugar de origen sin mediación institucional alguna o sin verse forzado a ello; las migraciones dirigidas, en las que el migrante mantiene su voluntad de emigrar, pero instado por agencias favorecedoras de los desplazamientos; y las migraciones forzosas, en las que el migrante no decide voluntariamente su traslado, ni muchas veces su destino Según la causa de la migración se contemplan: las migraciones ecológicas: causadas por catástrofes naturales o situaciones adversas del hábitat. Las migraciones económicas: producidas como su nombre lo indica, por causas económicas, en este tipo de migraciones los individuos parecen tomar “libre y voluntariamente” la decisión de migrar. Las migraciones políticas: provocadas por intolerancia nacionalista, por intransigencias religiosas o políticas, o por situaciones sociales altamente conflictivas. Aquí se incluyen

todos los movimientos originados por cualquier tipo de conflicto bélico o por persecuciones de carácter racial, étnico, dando lugar a las figuras de los desplazados, exiliados, aislados o refugiados.

Mal nutrición

El término «malnutrición» se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios de la ingesta calórica y de nutrientes de una persona. Abarca tres grandes grupos de afecciones: la desnutrición, que incluye la emaciación (un peso insuficiente respecto de la talla), el retraso del crecimiento (una talla insuficiente para la edad) y la insuficiencia ponderal (un peso insuficiente para la edad); la malnutrición relacionada con los micronutrientes, que incluye las carencias de micronutrientes (la falta de vitaminas o minerales importantes) o el exceso de micronutrientes; y el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como las cardiopatías, la diabetes y algunos cánceres).(OMS)

Seguridad alimentaria y nutricional (san):

Seguridad alimentaria y nutricional es la disponibilidad suficiente y estable de alimentos, el acceso y el consumo oportuno y permanente de los mismos en cantidad, calidad e inocuidad por parte de todas las personas, bajo condiciones que permitan su adecuada utilización biológica, para llevar una vida saludable y activa. (FAO,2019).

El concepto de seguridad alimentaria y nutricional pone de manifiesto los ejes que la definen: a) Disponibilidad de alimentos; b) Acceso físico y económico a los alimentos; c) Consumo de alimentos; d) Aprovechamiento o utilización biológica y e) Calidad e inocuidad.

a. Disponibilidad de alimentos: es la cantidad de alimentos con que se cuenta a nivel nacional, regional y local. Está relacionada con el suministro suficiente de estos frente a los requerimientos de la

población y depende fundamentalmente de la producción y la importación. Está determinada por: la estructura productiva (agropecuaria, agroindustrial), los sistemas de comercialización internos y externos, los factores productivos (tierra, crédito, agua, tecnología, recurso humano), las condiciones ecosistémicas (clima, recursos genéticos y biodiversidad), las políticas de producción y comercio, y las tensiones sociopolíticas (relaciones económicas, sociales y políticas entre actores).

b. Acceso: es la posibilidad de todas las personas de alcanzar una alimentación adecuada y sostenible. Se refiere a los alimentos que puede obtener o comprar una familia, una comunidad o un país. Sus determinantes básicos son el nivel de ingresos, la condición de vulnerabilidad, las condiciones socio-geográficas, la distribución de ingresos y activos (monetarios y no monetarios) y los precios de los alimentos. (FAO, OPS, WFP & UNICEF, 2019).

c. Consumo: se refiere a los alimentos que comen las personas y está relacionado con la selección de los mismos, las creencias, las actitudes y las prácticas. Sus determinantes son: la cultura, los patrones y los hábitos alimentarios, la educación alimentaria y nutricional, la información comercial y nutricional, el nivel educativo, la publicidad, el tamaño y la composición de la familia.

d. Aprovechamiento o utilización biológica de los alimentos: se refiere a cómo y cuánto aprovecha el cuerpo humano los alimentos que consume y cómo los convierte en nutrientes para ser asimilados por el organismo. Sus principales determinantes son: el medio ambiente, el estado de salud de las personas, los entornos y estilos de vida, la situación nutricional de la población, la disponibilidad, la calidad y el acceso a los servicios de salud, agua potable, saneamiento básico y fuentes de energía.

e. Calidad e inocuidad de los alimentos: se refiere al conjunto de características de los alimentos que garantizan que sean aptos para el consumo humano, que exigen el cumplimiento de una serie de condiciones y medidas necesarias durante la cadena agroalimentaria hasta el consumo y el

aprovechamiento de los mismos, asegurando que una vez ingeridos no representen un riesgo (biológico, físico o químico) que menoscabe la salud. No se puede prescindir de la inocuidad de un alimento al examinar la calidad, dado que la inocuidad es un atributo de la calidad. Sus determinantes básicos son: la normatividad (elaboración, promoción, aplicación, seguimiento); la inspección, vigilancia y control; los riesgos biológicos, físicos y químicos, y la manipulación, conservación y preparación de los alimentos.

Seguridad Alimentaria y Nutricional (SAN) Según la FAO (2011), "la seguridad alimentaria y nutricional (SAN) existe cuando todas las personas, en todo momento, tienen acceso físico, social y económico a suficiente alimento, seguro y nutritivo, para satisfacer sus necesidades alimenticias y sus preferencias, con el objeto de llevar una vida activa y sana". La seguridad alimentaria puede ser descrita como un fenómeno que afecta a las personas de manera individual y, por lo tanto, el riesgo de que 21 el individuo no goce de un estado nutricional óptimo va a ser la consecuencia de la situación previamente mencionada (FAO, 2011). Son componentes de la SAN: disponibilidad, acceso, consumo, aprovechamiento biológico y calidad e inocuidad de los alimentos. (Álvarez & Pérez, 2013).

De acuerdo con el último informe del Estado de Seguridad Alimentaria en el mundo (FAO, OPS, PMA, & UNICEF, 2018), se evidenció que el 9,2% de la población mundial (o algo más de 700 millones de personas) se vio expuesto a niveles graves de inseguridad alimentaria y el 17.2% experimentó INSA moderada, en el 2018. En la migración también se puede experimentar inseguridad alimentaria, sobre todo en casos no exitosos (migración de forma irregular) donde los ingresos económicos no alcanzan a cubrir las necesidades básicas de la familia, incrementando la pobreza en el hogar y la necesidad de recurrir a estrategias de afrontamiento de emergencia (FAO et al., 2018) En Colombia, según la ENSIN, 2015 la INSA redujo a 54,2% de los hogares con respecto a 2010, cuando se situó en 57,7%. Sin embargo, más de la mitad de los hogares colombianos continúa con dificultades para conseguir alimentos (ICBF, UN, & Ministerio de salud y protección social, 2015).

Antecedentes

La migración venezolana es la mayor movilización humana de la historia reciente de la región. Los migrantes huyen de la crisis humanitaria y económica que ha deteriorado la seguridad ciudadana y los estándares de vida en ese país.

Según la ACNUR, cada día entre 4.000 y 5.000 venezolanos salen del país, la mayoría a pie, a un destino incierto, pero con la esperanza de un mejor futuro para sus familias. Su movilización está cambiando el rostro de América Latina y el Caribe para siempre.

Entre los principales países de acogida se encuentran Colombia, Perú y Ecuador. Históricamente, la región ha vivido grandes flujos migratorios, sobre todo en la primera mitad del siglo XX: italianos y españoles en Argentina, japoneses en Brasil, chinos en Perú; mientras que a partir los 60 se han visto incontables migraciones intrarregionales y hacia Estados Unidos, especialmente desde Centroamérica.

Pero la migración venezolana presenta diversas particularidades. Debido a su magnitud, está generando una enorme presión en los países receptores, sobre todo en materia de salud, educación y empleo, los que han respondido con controles más estrictos.

Hambre

El hambre es una sensación física incómoda o dolorosa, causada por un consumo insuficiente de energía alimentaria. Se vuelve crónica cuando la persona no consume una cantidad suficiente de calorías (energía alimentaria) de forma regular para llevar una vida normal, activa y saludable.

Durante décadas, la FAO ha utilizado el indicador de prevalencia de la subalimentación para estimar el alcance del hambre en el mundo, por lo que el término “hambre” también suele denominarse subalimentación.

Cuando alguien se encuentra en una situación de inseguridad alimentaria severa, se ha quedado sin alimentos y ha pasado un día o más sin comer. En otras palabras, lo más probable es que haya pasado hambre.

La inseguridad alimentaria severa es uno de los extremos de la escala, pero incluso la inseguridad alimentaria moderada es preocupante. Para las personas que padecen una inseguridad alimentaria moderada, el acceso a los alimentos es incierto. Puede que tengan que sacrificar otras necesidades básicas, sólo para poder comer. Cuando comen, puede ser lo que está más fácilmente disponible o lo más barato, que puede no ser el alimento más nutritivo. El aumento de la obesidad y otras formas de malnutrición es en parte resultado de este fenómeno. Los alimentos muy elaborados e hipercalóricos, con alto contenido de grasas saturadas, azúcares y sal son, a menudo más baratos y fáciles de conseguir que las frutas y verduras frescas. Comer esos alimentos puede significar que se cubren sus necesidades diarias de calorías, pero le faltan nutrientes esenciales para mantener su cuerpo sano y en buen funcionamiento. Además, el estrés de vivir con un acceso incierto a los alimentos y de pasar períodos sin comer puede llevar a cambios fisiológicos que pueden contribuir al sobrepeso y la obesidad. Los niños que hoy en día se enfrentan al hambre, la inseguridad alimentaria y la desnutrición, pueden tener un mayor riesgo de sobrepeso, obesidad y enfermedades crónicas como la diabetes a lo largo de su vida. En muchos países, la desnutrición y la obesidad coexisten, y ambas pueden ser consecuencia de la inseguridad alimentaria. (Álvarez & Pérez, 2013).

Metodología

Estudio descriptivo, mixto, transversal. Se aplicará una encuesta de caracterización socioeconómica, Estado nutricional por antropometría, cuestionario de percepción de seguridad alimentaria en el hogar y cuestionario de frecuencia de consumo y prácticas alimentarias; a población migrante atendida por el Hospital Jorge Cristo Sahium.

El presente estudio se enmarcó en una investigación de tipo descriptivo, mixto, transversal, la cual se desarrolló en las siguientes etapas:

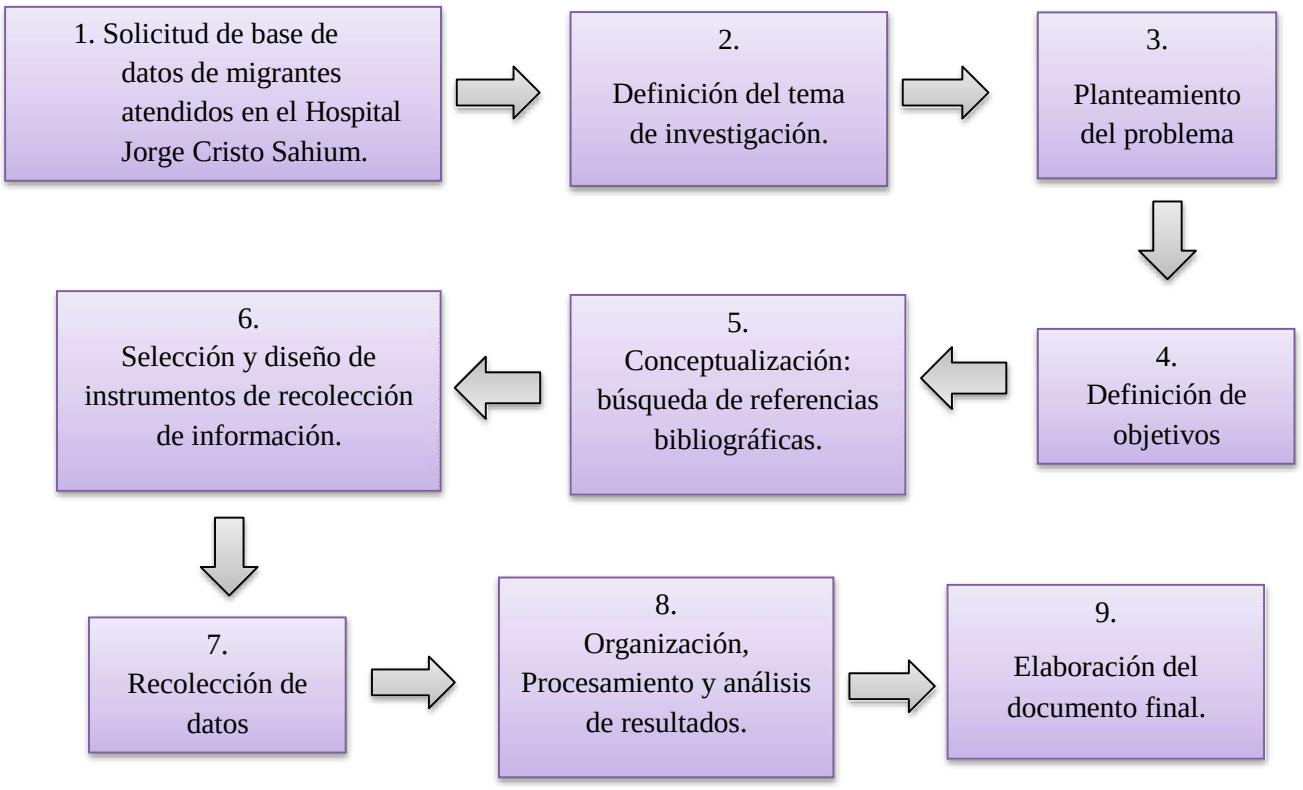


Figura1. Flujo grama de la metodología de investigación

Población Estudio:

Población migrante del Municipio de Villa del Rosario, atendida por el Hospital Jorge Cristo Sahium. Para la caracterización de la situación de seguridad alimentaria se trabajó con la población migrante que asiste a esta IPS, y que aceptó participar en el estudio, mediante la firma de un consentimiento informado, con los siguientes criterios de participación: 1. Persona migrante beneficiaria de la atención médico-nutricional, atendida en el Hospital Jorge Cristo Sahium. 2. Persona migrante (hombre o mujer) mayor de 18 años que exprese de manera voluntaria, su consentimiento para participar en el estudio.

Descripción Variables del Estudio:

La información recolectada, se analizó a partir de 3 categorías de análisis 1) encuesta de caracterización socioeconómica, 2) cuestionario de percepción de seguridad alimentaria en el hogar 3) cuestionario de frecuencia de consumo y prácticas alimentarias.

Instrumentos y Recolección de Información

La información es recolectada por el Hospital Jorge Cristo Sahium, en formatos. La población que se analizó en esta categoría se enfoca en niños(as) menores de 5 años.

Caracterización socio-demográfica:

Enfocada en variables relacionadas con edad, sexo, condición laboral y socioeconómica, estatus migratorio, necesidades básicas y de salud. Variables similares, han sido anteriormente utilizados en estudios llevados a cabo en migrantes en Colombia (Quintero-Lesmes & Herran, 2019), migrantes

latinos en Estados Unidos (Haldeman, Gruber, & Ingram, 2008)y en Indonesia (Hasanah, Mendolia, & Yerokhin, 2017).

Evaluación de la Seguridad Alimentaria y Nutricional SAN:

Se llevó a cabo mediante la descripción de los componentes de acceso, consumo y estado nutricional de la población migrante. Así mismo, se identificó la encuesta de caracterización socio-económica en las familias migrantes. Esta variable se enfocó en evaluar las diversas situaciones que conllevan a la inseguridad alimentaria experimentada en los hogares, por lo cual midió los grados de severidad de la INSA, en leve, moderada y severa, principalmente a partir del acceso económico reportado en por el hogar.

El instrumento de evaluación de la percepción de seguridad alimentaria en el hogar fue adaptado a partir de la encuesta de seguridad alimentaria en el hogar (HFSSM), creada por el departamento de agricultura de Estados Unidos (USDA), la cual tiene como propósito que los encuestados describan comportamientos y actitudes que se relacionen con esos aspectos o dominios de la experiencia de la inseguridad alimentaria (Hamilton et al., 1997). También se tuvo en cuenta el instrumento de medición de INSA aplicado en la ENSIN 2010, el cual fue adaptado de la Escala Latinoamericana y del Caribe de Seguridad Alimentaria (ELCSA), para la formulación de las preguntas y el vocabulario a emplear. La encuesta fue respondida a partir del último mes como referencia.

Consumo:

Dado el contexto de la población migrante beneficiaria de la organización Acción Contra el Hambre, se evaluó los patrones de consumo, por medio de una encuesta de frecuencia de consumo semicuantitativa del último mes. De este modo, se propusieron 2 variables: a) grupos de alimentos

consumidos, b) frecuencia o número de veces en que se consumen. Estas variables tuvieron como objetivo, reportar los grupos de alimentos de mayor consumo entre los inmigrantes encuestados, además se toma en consideración su lugar de origen, el riesgo nutricional y el de inseguridad alimentaria

Resultados

Los resultados de la investigación se dividieron en 2 secciones. La primera sección contiene datos generales de los participantes, nivel de escolaridad de cada uno de ellos, componente salud y perfil socioeconómicos respectivamente. Finalmente en la segunda sección se explican las estrategias de afrontamiento frente a la inseguridad alimentaria usadas por venezolanos en villa del rosario norte de Santander durante la instancia en el municipio.

Perfil sociodemográfico

La Tabla 1 documenta las variables demográficas y socioeconómicas de los participantes (n=54) migrantes venezolanos residentes del municipio de Villa Del Rosario-Norte de Santander, atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium. Del total de la población, el 85.2% fueron mujeres y el 14.8% fueron hombres. El 53.7% de los migrantes se ubicó en el rango de edad de 25 a 35 años, el 20,4% tuvo edades entre los 18 y los 24 años. La mayoría de personas encuestadas son madres o padres cabeza de hogar con un 88,9% (n=48), y solo el 11,1%(n=6) no lo eran. Así mismo, con respecto al estatus migratorio, El 57,4% eran migrantes regulares (Permiso Especial de Permanencia, visas y acreditación) y el 42,6% migrantes irregulares superaron el tiempo de permanencia, ingreso sin autorización). Según el nivel de escolaridad La mayoría de las personas encuestas tienen educación básica secundaria con un 44,4%, seguidamente técnico/tecnólogo/profesional con 31,5%, solo el 1.9% no tienen nivel de escolaridad. Por otra parte un alto porcentaje (72,2%) de migrantes venezolanos manifestaron que ellos y sus niños no se

encontraban afiliados al sistema general de seguridad social en salud (n=39) y solo el 27,8% si están afiliados. Del mismo modo se logra evidencia que el 48,1% de las familias se encuentran constituido por cuatro personas o más el núcleo familiar, mientras que otros indicaron que 3 y 5 personas con el 14,8% respectivamente. En términos de ingresos económicos mensuales de la familia o persona a cargo del hogar, la mayoría de la población encuestada residente en el municipio de villa del rosario 94.4%(n=51) obtienen menos de un salario mensual legal vigente para mantener el hogar, es decir, por debajo del salario mínimo legal vigente para el 2021, que es de $ 1, 014,980.00 pesos colombianos (Ministerio del Trabajo, 2019). No obstante mensualmente el 64,8%(n=35) gastan en las necesidades del hogar más de 350.000 pesos, mientras que el 29,6%(n=16) gasta solo de 200.000 a 350.000 pesos. En términos de tipo de residencia. El 63% de los encuestados viven en casa y el 92,6% (n=50) la vivienda es de carácter arrendada, en contraste del 100% de migrantes encuestados el 77,8%(n=42) indican que las viviendas en las que residen cuentan con todos los servicios básicos que se requiere. Por otro lado y una de las problemáticas que acogen esta investigación es la inseguridad alimentaria de los migrantes venezolanos, es porque ello que el 37%(n=20) de los encuestados indicaron que en general el promedio de dinero mensual que destinaban para comparar alimentos es de $300.000, mientras el 24,1%(n=13) destina 400.000 y finalmente el 22,2%(n=12) y 16.7%(n=9) el promedio es de $200.000 y menos de $200.000 respectivamente. El 57,4% tienen tres tiempos de comida, mientras que el 29,6%(n=16) solo desayuno y almuerzo, solo el 11.1%(n=6) cuatro tiempos de comida. Finalmente la mayoría 53.7%(n=29) de migrantes encuestados indicaron que tienen disponibilidad de alimentos frescos en la alimentación familiar y el 46,3%(n=25) no. El 98,1%(n=53) lavan los alimentos antes de consumirlos.

VARIABLES	TOTAL DE MIGRANTES	
	Frecuencia absoluta (fi)	Porcentaje (%)
Madre o padre cabeza de hogar		
Si	48	88,9%
No	6	11,1%
Sexo		
Femenino	46	85,2%
Masculino	8	14,8%
Edad (Años)		
18-24	11	20,4%
25-35	29	53,7%
36-45 años	6	11,1%
46-55 años	6	11,1%
56-65 años	1	1,9%
Mas de 65 años	1	1,9%
Estatus migratorio		
Migrante regular	23	42,6%
Migrante irregular	31	57,4%
Nivel de escolaridad		
Básica primaria	12	22,2%
Básica secundaria	24	44,4%

Técnico/tecnólogo/profesional	17	31,5%
Ninguno	1	1,9%
Afiliación al sistema general de seguridad social en salud		
Si	39	27,8%
No	15	72,2%
Miembros del núcleo familiar		
2 personas	4	7,4%
3 personas	8	14,8%
4 personas o más, ¿Cuántas?	26	48,1%
Ingreso económico mensual de la familia o persona a cargo		
Menos de un SMMLV.	51	94,4%
1 a 2 SMMLV.	3	5,6%
Más de 2 SMMLV.	0	0%
Mensualmente, Cuánto gasta en las necesidades del hogar		
Hasta 200.000 pesos.	3	5,6%
200.000 a 350.000 pesos	16	29,6%
Mayor a 350.000 pesos	35	64,6%
Tipo de vivienda habita		

Casa.	34	63%
Apartamento.	7	13%
Cambuche.	13	24%
Otro ¿Cuál?		
Caracter de la vivienda		
Propia.	2	3,7%
En arriendo.	50	92,6%
Familiar.	2	3,7%
Otro ¿Cuál?		
Cuenta su vivienda con todos los servicios básicos		
Si	48	88.9%
No	6	11,1%
promedio mensual de dinero destinado para la compra de alimentos		
$200.000	12	22,2%
Menor a $200.000	9	16,7%
$300.000	20	37%
$400.000	13	24,1%
Que tiempos de comida tienen los integrantes del núcleo familiar durante el día		
Desayuno y almuerzo.	16	29,6%

Desayuno, almuerzo, cena	31	57,4%
Desayuno, merienda, almuerzo, cena	1	1,9%
Desayuno, almuerzo, merienda, cena.	6	11,1%
Dispone de alimentos frescos en la alimentación familiar		
Si	29	53,7%
No	25	46,3%
Antes de consumir algún alimento Los lavan		
Si	53	98,1%
No	1	1,9%

Estrategias utilizadas en caso de no tener alimentos insuficientes en su hogar

Según las estrategias utilizadas por los migrantes venezolanos frente al afrontamiento de la inseguridad alimentaria, encontramos que el 44,4% de la población migrante venezolana algunas veces han tenido la necesidad de pedir comida prestada o pedir ayuda para comprar alimentos en el mercado, así mismo el 25,9 de la población responde que lo hacen muy seguido. Continuando con la caracterización encontramos que los habitantes venezolanos en un 46,3% responden fiar algunas veces en las tiendas, los alimentos para que puedan alimentarse y el 18:5% responden que lo hacen muy seguido. Así mismo se evidencia que el 37% del total de la población migrante venezolana han tenido que reducir el tamaño de las porciones y la frecuencia de las mimas. De igual modo, la población migrante en estado de vulnerabilidad ha desarrollado diversos mecanismos para sobrellevar situaciones

de hambre. En Colombia, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018), los venezolanos han adoptado diversas estrategias de afrontamiento, como: reducir el número de comidas o el tamaño de las porciones, aceptar trabajos mal remunerados, prestar dinero, vender electrodomésticos, entre otros. Continuando con la caracterización frente a la inseguridad alimentaria, encontramos que el 29,6% de los migrantes venezolanos algunas veces han tenido que restringir el consumo de alimentos de ellos mismos para que los niños (hijos) puedan comer mejor. Seguidamente se evidencia que el 37% algunas veces han tenido que saltarse días enteros sin poder comer y el 31,5% han tenido que permanecer con hambre disminuyéndola tomando líquido.

Las estrategias de afrontamiento frente a la INSA se pueden evaluar de dos formas: cualitativamente, a través de entrevistas a profundidad o de grupos focales, o cuantitativamente, a través del "Índice de Estrategias de Afrontamiento IEA", también llamado "Índice de Estrategias de Supervivencia" o "Coping Strategies Index" en inglés. Este índice es una herramienta sencilla que mide el comportamiento de los hogares cuando no pueden acceder a alimentos suficientes y puede predecir el nivel de seguridad alimentaria a partir de la gravedad y la frecuencia de aplicación de estos comportamientos. Dicho método también se utiliza para identificar a los hogares más vulnerables y orientar la ayuda humanitaria, así como para evaluar el impacto de los programas de asistencia alimentaria o monetaria sobre 17 la población (Asociados mundiales de la CIF, 2012). Por ejemplo, en Nigeria (Ibrahim, Adeola, & Hassan, 2016). La encuesta de caracterización también arrojo como resultado que el 35;2% de la población migrantes utilizaran los ahorros para comparar el mercado, asi mismo el 13% Todo el tiempo recogen alimentos a las afueras de las plazas de mercados, como también el 18,5% algunas veces han tenido que pedir comida en restaurantes o en locales que expenden alimentos.

Es importante aclarar que la profundidad de la crisis social en Venezuela hizo que las estrategias de afrontamiento estuvieran enfocadas en la supervivencia. Por consiguiente, los migrantes que llegan a Colombia perciben un cambio positivo en su alimentación. Este fenómeno puede inducir a que los venezolanos usen estrategias de afrontamiento menos severas y que se subestime la gravedad de la inseguridad alimentaria. En general, los mecanismos más usados (si se suman los porcentajes de: todo el tiempo, muy seguido y algunas veces) en orden descendente fueron: “consumir alimentos más baratos”, “reducir el tamaño de las porciones en las comidas”, “pedir comida prestada o pedir ayuda a un amigo o pariente”, “reducir el número de comidas consumidas en un día”, “usar ahorros para comprar el mercado” y “restringir el consumo de los adultos para que los niños puedan comer”. Así mismo, las estrategias de menor aplicación (Nunca) fueron: “buscar alimentos desechados”, “pedir comida en restaurantes”, “y “recoger alimentos en plazas de mercado”.

Discusión

Se retomaron los hallazgos más relevantes de la investigación para realizar asociaciones entre ellos y comparaciones con la literatura. En cuanto al perfil sociodemográfico, se debe resaltar la alta proporción de migrantes irregulares, que implica un mayor riesgo de inseguridad alimentaria frente a los migrantes regulares, ya que estos no pueden acceder a empleo formal, ni a la asistencia del gobierno en salud, educación y alimentación.Por otro lado, la xenofobia y la indocumentación son barreras sociales y políticas para conseguir empleo, a la vez que, promueven la explotación laboral debido al no registro del empleado ante las autoridades, de forma que se presenta mayor riesgo de abusos, de largas jornadas de

trabajo y salarios injustos (ONU, 2014). Lo mencionado anteriormente, aumenta el desempleo y la

VARIABLE	FRECUENCIA (f)	PORCENTAJE
En los últimos 30 días, ¿ha tenido que consumir alimentos más baratos?		
Todo el tiempo	38	70,4%
Muy seguido	10	18,5%
Algunas veces	3	5,6%
De vez en cuando	1	1,9%
Nunca	2	3,7%
En los últimos 30 días,¿ ha tenido que pedir comida prestada o pedir ayuda a un amigo opariente para comprar el mercado?		
Todo el tiempo	3	5,6%
Muy seguido	14	25,9%
Algunas veces	24	44,4%
De vez en cuando	9	16,7%
Nunca	4	7,4%
14.en los últimos 30 días,¿ ha tenido que fiar los alimentos en tiendas?		
Todo el tiempo	4	7,4%
Muy seguido	10	18,5%

informalidad entre los venezolanos, que a su vez, conlleva a la reducción de sus ingresos económicos.

Algunas veces	25	46,3%
De vez encuando	11	20,4%
Nunca	4	7,4%
15.en los últimos 30 días,¿ ha tenido que enviar a algún miembro de la familia a pedir a personas extrañas dinero para poder comprar alimentos?		
Todo el tiempo	2	3,7%
Muy seguido	1	1,9%
Algunas veces	10	28,5%
De vez en cuando	6	11,1%
Nunca	35	64,8%
16.en los últimos 30 días,¿ ha tenido que reducir el tamaño de las porciones en las comidas (rendir)?		
Todo el tiempo	7	35,2%
Muy seguido	19	18,5%
Algunas veces	20	37%
De vez en cuando	4	7,4%
Nunca	4	7,4%
17. En los últimos 30 días,¿ ha tenido que restringir el consumo de		

alimentos de los adultos para que los niños pequeños puedan comer?		
Todo el tiempo	9	16,7%
Muy seguido	12	22,2%
Algunas veces	16	29,6%
De vez en cuando	5	9,3%
Nunca	12	22,2%
18. En los últimos 30 días,¿ ha tenido que saltarse días enteros sin comer?		
Todo el tiempo	1	1,9%
Muy seguido	3	5,6%
Algunas veces	20	37%
De vez en cuando	7	13%
Nunca	23	42,6%
19.en los últimos 30 días,¿ ha tenido que permanecer con hambre (tomar líquidos, o simplemente soportar la sensación de hambre)?		
Todo el tiempo	1	1,9%
Muy seguido	3	5,6%
Algunas veces	17	31,5%
De vez en cuando	11	20,4%

Nunca	22	40,7%
20.en los últimos 30 días,¿ ha tenido que usar ahorros para comprar el mercado?		
Todo el tiempo	19	35,2%
Muy seguido	13	24,1%
Algunas veces	12	22,2%
De vez en cuando	6	11,1%
Nunca	4	7,4%
21.en los últimos 30 días,¿ ha tenido que recoger alimentos a las afueras de las plazas demercado?		
Todo el tiempo	2	3,7%
Muy seguido	2	3,7%
Algunas veces	6	11,1%
De vez en cuando	7	13%
Nunca	37	68,5%
22.en los últimos 30 días,¿ ha tenido que buscar alimentos en la basura?		
Todo el tiempo	1	1,9%
Muy seguido	2	3,7%

Algunas veces	1	1,7%
De vez en cuando	4	7,4%
Nunca	46	85,2%

23. En los últimos 30 días, ¿ ha tenido que pedir comida a un restaurante o a un local de expendio de alimentos?		
Todo el tiempo	2	3,7%
Muy seguido	0	0%
Algunas veces	10	18,5%
De vez en cuando	7	13%
Nunca	35	64,8%

24. En los últimos 30 días, ¿ha tenido que asistir a centros de salud para obtener el alimento que allí ofrecen?		
Todo el tiempo	3	5,6%
Muy seguido	2	3,7%
Algunas veces	11	20,4%
De vez en cuando	5	9,3%
Nunca	33	61,1%

En un estudio realizado por Coleman-Jensen et al en el 2015, se demostró que los ingresos tienen una asociación inversa con la inseguridad alimentaria.

Sumado a esto, los encuestados deben pagar rentas inaplazables derivadas del alquiler de su vivienda y dejar en segundo plano la alimentación. Según Crush & Tawodzera 2017, esta práctica se traduce en la obtención de víveres de menor calidad nutricional y una dieta monótona.

Esto quiere decir que, los migrantes tienen altas presiones económicas y reducidos activos financieros para solventarlas, a la vez que carecen de apoyo social en el país colombiano. En otras palabras, los migrantes no cuentan con medios de vida suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. Por ende, se ven obligados a emplear diversas estrategias para sobrellevar la escasez de alimentos. Estos mecanismos de afrontamiento conllevan costes o acarrean riesgos que podrían aumentar la vulnerabilidad de los hogares (Anater, McWilliams, & Latkin, 2011). Por ejemplo, limitar la calidad y la cantidad de la dieta puede generar un deterioro de la salud y del estado nutricional de los individuos, así como los recortes en gastos de educación y atención médica afectan el capital humano a futuro

De igual forma, las estrategias más aplicadas fueron: “consumir alimentos más baratos y menos preferidos” y “reducir el tamaño de las porciones en las comidas”, similar a los principales mecanismos usados por comunidades urbanas en Zambia (Blekking, Waldman, Tuholske, & Evans, 2020). Otra estrategia de uso común fue “usar ahorros para comprar comida”, la cual puede reducir la capacidad para enfrentar crisis/shocks en el futuro, debido a la reducción actual de los recursos (PMA, 2015). Dentro de las prácticas más utilizadas también se encuentra “restringir el consumo de adultos para que los niños puedan comer”, aunque, esto puede estar permeado por el hecho de que el 85,2% de los participantes fueron mujeres. Este comportamiento puede llevar al deterioro del estado nutricional de los padres; se ha demostrado que la mujer está subordinada al trabajo alimentario de las familias (Hammelman, 2018) y que las madres suelen sufrir las consecuencias de la privación alimentaria para evitar que los niños padezcan hambre (Carney, 2012).

Por otro lado, se encontró que las estrategias más utilizadas son las menos severas; esto puede inducir a pensar que la inseguridad alimentaria es leve. Sin embargo, las experiencias relatadas por los venezolanos demuestran que viven en constante privación. De igual modo, el IEA reveló que el 43% y el 23% de los hogares padecen inseguridad alimentaria moderada 42 y severa respectivamente. Es decir, el 66% de los participantes presenta importantes barreras para acceder a alimentos en suficiente cantidad y/o calidad. Esta cifra es muy superior a la reportada por un estudio en Venezuela en el año 2019, donde la INSA estuvo en 32% (PMA, 2020b). En cambio, es similar a la INSA en Colombia, medida con la escala ELCSA, que para el 2015, estuvo en 54.2% (ENSIN, 2015) y para la INSA establecida por una investigación en 4 departamentos colombianos, donde los refugiados venezolanos presentaron INSA en un 55% (PMA, 2020a). De igual manera, puede ocurrir que algunas estrategias de afrontamiento no fueran aceptadas debido a la falta de familiaridad con el investigador y temor a la vergüenza o al juicio (Kempson, Palmer, Sadani, & Adler, 2003). Conjuntamente, se debe destacar que los comportamientos de afrontamiento en Venezuela estaban enfocados en la supervivencia y al llegar a Colombia, los refugiados perciben mejoras sobre su seguridad alimentaria; esto podría provocar que no se asuma la gravedad de la inseguridad alimentaria y nutricional que aún padecen.

Conclusión

- Se identificó que el 44,4% de la población migrante venezolana algunas veces han tenido la necesidad de pedir comida prestada o pedir ayuda para comprar alimentos en el mercado, así mismo el 25,9 de la población responde que lo hacen muy seguido

- Se determinó que las estrategias más aplicadas por la comunidad migrante residente en el municipio de villa del rosario fueron: consumir alimentos más baratos para poder suplir la necesidad de consumir alimentos, además reducir el tamaño de las porciones y restringir el consumo de alimentos de los adultos para favorecer el consumo de alimentos a los niños, igualmente recurrir de la ayuda de un amigo o pariente para poder alimentarse.

- El 88,9% de personas encuestadas son madres o padres cabeza de hogar, asi mismo se logra evidencia que el 48,1% de las familias se encuentran constituidas por cuatro personas o más el núcleo familiar y que los ingresos económicos mensuales de la familia o persona a cargo del hogar en su la mayoría es menos de un salario mensual legal vigente para mantener el hogar, es decir, por debajo del salario mínimo legal, esto relacionado con los limitados activos sociales, físicos y económicos con los que los migrantes llegan a colombiana y los reducidos ingresos derivados del desempleo, la informalidad, la inestabilidad de los trabajos y la explotación laboral.

- Se concluye que la severidad de las estrategias juega un papel importante en la toma de decisiones, ya que los mecanismos más usados estuvieron clasificados con la menor gravedad posible.

Recomendaciones

- Fortalecer las estrategias de afrontamiento positivas como las conexiones sociales entre venezolanos e incitar a la formación de comunidades solidarias.
- Promover y apoyar los conocimientos, competencias y habilidades de la población venezolana, de forma que estos aumenten su abanico de opciones a la hora de buscar empleo o emprender un negocio, ya que esta comunidad tiene reducidos ingresos y altas presiones económicas derivadas del pago de vivienda
- Prestar acompañamiento a la población migrante durante la tramitación de su pasaporte o permisos de permanencia, a través de asesoría jurídica y asistencia técnica en las rutas de atención de la Alcaldía municipal.
- Instaurar un proceso de seguimiento a cada familia con el fin de evaluar la seguridad alimentaria y nutricional de los hogares.

Bibliografía

DPN. (2018). Documento Conpes 3950. Estrategia para la atención de la migración desde Venezuela. 1–115. Recuperado de https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Conpes/Económicos/3950.pdf

FAO. (2011). Una introducción a los conceptos básicos de la seguridad alimentaria. Recuperado de http://www.fao.org/3/al936s/al936s00.pdf

FAO, OPS, PMA, & UNICEF. (2018). Panorama de la seguridad alimentaria y nutricional en América Latina y el Caribe 2018. Recuperado de https://www.unicef.org/colombia/media/616/file/Aimentaria-y-nutricional-2018.pdf

Fundación Bengoa, CENDES, & UCV. (2016). Encuesta nacional de condiciones de vida: Venezuela 2016 alimentación. Recuperado de https://www.fundacionbengoa.org/noticias/2017/images/ENCOVI-2016-Pobreza.pdf

ICBF, & FAO. (2015). Guias alimentarias basadas en alimentos para la población colombiana (p. 314). p. 314. Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/SNA/guiasalimentarias-basadas-en-alimentos.pdf

ICBF, UN, & Ministerio de salud y protección social. (2015). Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia 2015. Recuperado de http://www.prosperidadsocial.gov.co/temporales/Encuesta Nacional de la Situación Nutricional - ENSIN 2015.pdf

Instituto Nacional de nutrición, & Fundación Cavendes. (1991). Guias de alimentación para Venezuela. Recuperado de https://www.fundacionbengoa.org/materiales/materiales/Guias De Alimentacion.pdf

Ministerio de salud y protección social. (2018). Plan de respuesta del sector salud al fenómeno migratorio. Recuperado de 49 https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/COM/planrespuesta-salud-migrantes.pdf

OSAN. (2011). Observatorio de Seguridad Alimentaria y Nutricional de Colombia: Componentes y lineamientos para su implementación. En Universidad de Antioquia. Recuperado de http://www.osancolombia.gov.co/doc/libroosan.pdf

Programa Mundial de Alimentos. (2018). Programa Mundial de alimentos posterga indefinidamente asistencia alimentaria en Cúcuta, Colombia. Recuperado el 1 de agosto de 2019, de 2018 website: https://es.wfp.org/noticias/programa-mundial-dealimentos-posterga-indefinidamente-asistencia-alimentaria-en-cucuta

Sector, D., & Al, S. (2017). Migracion Plan de Respuesta. Minisalud, 1–75. Recuperado de file:///C:/Users/Camilo Camacho/Documents/Camilo Andres Camacho Avila/Universidad De Caldas/Maestria Salud Publica/I Semestre/Modelos De Desarrollo/Bibliografias/plan-respuesta-salud-migrantes.pdf

United explanations. (2015). 5 claves para comprender la Inseguridad Alimentaria en el Mundo. Recuperado de http:www.unitedexplanations.org/2015/10/22/inseguridadalimentaria/

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO
PRÁCTICA CAMPOS DE ACCION PROFESIONAL
NUTRICION Y DIETETICA
PLAN DE ACCIÓN

Objetivo general: Determinar los factores que se han generado frente a la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.

Población Objeto: Migrantes venezolanos residentes del municipio de villa del rosario.

PROYECTO DE INVESTIGACION

Factores de riesgo asociados a la Inseguridad alimentaria y nutricional, de los migrantes atendidos en el Hospital Jorge cristo Sahium, en el Municipio de Villa del Rosario

Objetivo General	Objetivos Específicos	Meta	Estrategia	Actividad	Indicador	Tiempo	Recursos	Responsable
Planificar los objetivos, estrategias, actividades, e indicadores necesarios para el análisis de la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander.	Identificar la población objeto	. Identificar al 100% de la población objeto. Determinar 100% factores y cambios en la situación alimentaria y nutricional de los Migrantes venezolanos	Disponer de información necesaria de la población objeto. Disponer de la base de datos. Gestionar espacios y permisos pertinentes para realizar la investigación. Asesoría docente.	Solicitar las listas de registro Revisar y organizar el listado de la población proyectada.	$\frac{N°\ de\ poblacion\ identificada}{N°\ de\ población\ proyectada}\ x\ 1$	Tercer trimestre 2021 .	**Talento Humano:** -Docente supervisora. - Nutricionistas dietistas en formación **Materiales:** Base de datos migrantes atendidos en el hospital Jorge cristo sahium **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano ***Nutricionistas Dietistas en formación.***.

	. Diseñar instrumentos de registro de caracterización y evaluación de ingesta.	Obtener el 100% de los instrumentos de registro	Disponer de la base de datos. Disponer de documento de caracterización. Disponer de documentos de evaluación de ingesta Disponer de asesorías con el docente. Disponer de fuentes bibliográficas	Revisión base de datos. Diseñar instrumento de caracterización. Adaptar cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos de acuerdo a la población objeto. Asistir a la asesoría docente. Revisión bibliográfica de materiales de apoyo.	Instrumentos de registro de información diseñado, revisado y aprobado. N° Instrumentos diseñados / N°Instrumentos requeridos X1(,	Tercer trimestre 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -Nutricionistas dietistas en formación **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano ***Nutricionistas Dietistas en formación.***.
	Diseñar estrategias de información a la población objeto	Obtener estrategia de información	Disponer de base de datos. Disponer de un grupo de whatsapp con la población objeto Disponer de instrumentos de consentimiento informado. Disponer de asesorías con el docente	Revisión base de datos. Crear grupo de Whatsapp con la población objeto Diseñar consentimiento informado. Asistir a las asesorías con el docente.	Consentimientos informados diseñados, revisados y aprobados.	Tercer trimestre 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -- Nutricionistas dietistas en formación **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes -- María Fernanda Rodríguez Solano ***Nutricionistas Dietistas en formación.***.
Ejecutar actividades relacionadas con la identificación de factores, caracterización e ingesta alimentaria de la población objeto	Informar a la población objeto a cerca de las actividades a realizar.	Informar al 100% de la población objeto.	Disponer de la población objeto. Convocatoria de la población objeto por medio de llamadas Entrevista persona a persona con la población objeto	Entrevista con la población objeto. Entrega de consentimientos informados a la población objeto	N° de personas informadas / Total de la población objeto	Tercer trimestre 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. -- Nutricionistas dietistas en formación **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes -- María Fernanda Rodríguez Solano ***Nutricionistas Dietistas en formación***

	Caracterizar la población objeto.	Caracterizar al 100% de la población objeto.	Disponer de la población objeto. Acceso a base de datos de la población objeto. Disponer de instrumentos de registros de información. Entrevista a la población objeto.	Acceder a la información de la población objeto. Diligenciar instrumento de registro de información.	$\frac{\text{N° de estudiantes caracterizados}}{\text{Total de la población objeto}} X100$	Tercer trimestre 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. - Nutricionistas dietistas en formación **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano ***Nutricionistas Dietistas en formación***
	Analizar e interpretar los datos obtenidos en la caracterización, y evaluación de ingesta	Obtener informe de resultados	Asesoría docente. Disponer de instrumentos de registro de información Disponer de fuentes bibliográficas	Asistir a la asesoría docente. Sistematización de los datos. Tabulación y análisis de la información. Informe de resultados. Consulta de fuentes bibliográficas.	Informe de resultados diseñado y aprobado.	Tercer trimestre 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. - Nutricionistas dietistas en formación **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano ***Nutricionistas Dietistas en formación***
Socializar los resultados obtenidos	Socializar resultados obtenidos en el proceso de análisis de Factores de riesgo asociados a la Inseguridad alimentaria y nutricional, de los migrantes atendidos en el Hospital Jorge cristo Sahium, en el Municipio de Villa del Rosario	Socializar el informe de resultados obtenido en la aplicación de las actividades.	Disponer de materiales, equipos Disponer de informes de resultados Disponer de material de apoyo audiovisual. Disponer de asesoría docente y reunión de grupo.	Diseñar la presentación audio visual de la actividad a socializar. Socializar los resultados obtenidos de la población objeto. Asistir a la asesoría docente y reuniones de grupo.	Resultados socializados	Tercer trimestre 2021	**Talento Humano:** -Docente supervisora. - Nutricionistas dietistas en formación **Equipos:** -Computador -Celular	-Lariza Luzestela Barros Cotes - María Fernanda Rodríguez Solano ***Nutricionistas Dietistas en formación***

	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA **ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO** **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA** **ENCUESTA DE CARACTERIACION**	

OBJETIVO: Recolectar datos necesarios para evaluar aspectos de salud, socio-económicos, vivienda, y consumo de alimentos de la población objeto.

PERFIL DEL ENCUESTADO: Esta encuesta está dirigida a los padres migrantes venezolanos encargados del hogar, atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium del municipio de villa del Rosario Norte de Santander.

Fecha de aplicación: _____

Lea cuidadosamente los componentes que se han descrito en la siguiente encuesta y responda con una equis (X).

INFORMACION DEL ENCUESTADO

Nombres y Apellidos: _____
Documento De Identidad: _____
Madre o padre cabeza de hogar **SI**__ **NO**__
Sexo: **Femenino**_____ **Masculino**_____
Edad 18-24 años_____ 25-35 años____ 36-45 años____ 46-55 años____ 56-65 años____ >65 **años**_____
Estatus migratorio:
Migrante regular (Permiso especial de Permanencia, Visas y acreditación) _____
Migrante irregular (Superaron el tiempo de permanencia, ingreso sin autorización) _____
Envia remesa a Venezuela **SI**__ **NO**__
Barrio de residencia _____

NIVEL DE ESCOLARIDAD

Educación básica primaria _____
Educación básica secundaria _____
Técnico/tecnólogo Profesional _____
Ninguno _____

COMPONENTE DE SALUD

1. ¿Se encuentra afiliado el niño (a) al Sistema General de Seguridad Social en Salud? **SI** ____ **NO** ____

CONDICIONES SOCIO-ECONÓMICAS Y DE VIVIENDA

2. ¿Cuántos miembros constituyen el núcleo familiar?
___2 personas.
___3 personas.
___4 personas o más, ¿Cuántas? _____

3. ¿Cuánto es el ingreso económico mensual de la familia o persona a cargo?
___Menos de un SMMLV.
___1 a 2 SMMLV.
___Más de 2 SMMLV.

4. Mensualmente, ¿Cuánto gasta en las necesidades del hogar?
___Hasta 200.000 pesos.
___200.000 a 350.000 pesos
___Mayor a 350.000 pesos

5. ¿Qué tipo de vivienda habita?
___Casa.
___Apartamento.
___Cambuche.
___Otro ¿Cuál? _____

CONFIDENCIALIDAD: Los datos consignados en este formulario son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente con fines académicos y estadísticos

	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA **ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO** **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA** **ENCUESTA DE CARACTERIACION**	

6. ¿La vivienda habitada es de carácter?
___Propia.
___En arriendo.
___Familiar.
___Otro ¿Cuál? _____

7. ¿Cuenta su vivienda con todos los servicios básicos?
___Si
___No ¿Cuál? _____

COMPONENTE DE CONSUMO Y DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS

8. ¿En general el promedio mensual de dinero destinado para la compra de alimentos es?
___$200.000
___Menor a $200.000
___$300.000
___$400.000

9. ¿Que tiempos de comida tienen los integrantes del núcleo familiar durante el día?
___Desayuno y almuerzo.
___Desayuno, almuerzo, cena
___Desayuno, merienda, almuerzo, cena
___Desayuno, almuerzo, merienda, cena.

10. ¿Dispone de alimentos frescos en la alimentación familiar (a) **SI**___ **NO**___

11. Antes de consumir algún alimento ¿Los lavan? **SI** ____ **NO** ____

ESTRATEGIAS UTILIZADAS EN CASO DE NO TENER ALIMENTOS INSUFICIENTES EN SU HOGAR

12. En los últimos 30 días, ¿hatenido que consumir alimentos más baratos?
Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

13. En los últimos 30 días,¿ hatenido que pedir comida prestada opedir ayuda a un amigo o pariente para comprar elmercado?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

14.En los últimos 30 días,¿ hatenido que fiar los alimentos en tiendas?
Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

CONFIDENCIALIDAD: Los datos consignados en este formulario son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente con fines académicos y estadísticos

	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA **ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO** **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA** **ENCUESTA DE CARACTERIACION**	

15.En los últimos 30 días,¿ ha tenido que enviar a algún miembro de la familia a pedir a personas extrañas dinero para poder comprar alimentos ?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

16.En los últimos 30 días,¿ hatenido que reducir el tamaño de las porciones en las comidas (rendir)?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

17. En los últimos 30 días,¿ hatenido que restringir el consumo de alimentos de losadultos para que los niños pequeños puedan comer?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

18. En los últimos 30 días,¿ hatenido que saltarse días enteros sincomer?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

19.En los últimos 30 días,¿ hatenido que permanecer con hambre (tomar líquidos, osimplemente soportar lasensación de hambre)?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

20.En los últimos 30 días,¿ hatenido que usar ahorros para comprar elmercado?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

21.En los últimos 30 días,¿ hatenido que recoger alimentos a lasafueras de las plazas de mercado?

Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

CONFIDENCIALIDAD: Los datos consignados en este formulario son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente con fines académicos y estadísticos

	UNIVERSIDAD DE PAMPLONA **ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO** **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA** **ENCUESTA DE CARACTERIACION**	

22.En los últimos 30 días,¿ hatenido que buscar alimentos en la basura?
Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

23. En los últimos 30 días, ¿ hatenido que pedir comida a un restaurante o a un local de expendio de alimentos?
Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

24. En los últimos 30 días, ¿hatenido que asistir a centros de saludpara obtener el alimento que allí ofrecen?
Todo el tiempo ___
Muy seguido ___
Algunas veces ___
De vez en cuando ___
Nunca ___

CONFIDENCIALIDAD: Los datos consignados en este formulario son estrictamente confidenciales y serán utilizados únicamente con fines académicos y estadísticos

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
FACULTAD DE SALUD
DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETETICA
CARRERA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
FECHA: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en este estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea atentamente este consentimiento. Realice todas las preguntas necesarias para asegurarse de que comprende los procedimientos del estudio, incluyendo las dudas que le surjan, los riesgos y los beneficios. El propósito de este documento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la razón del estudio y de su rol en ella como participantes. Título del estudio: Caracterización de la Seguridad alimentaria y nutricional en migrantes residentes en el municipio de villa del rosario, atendidos en el Hospital Jorge cristo Sahium. Investigadoras: María Fernanda Rodríguez Solano y Lariza Luzestela Barros Cote. Estudiantes de la Carrera Nutrición y Dietética de la Universidad de Pamplona. Pamplona, Norte de Santander, Colombia. Objetivo del estudio: Determinar los factores que se han generado frente a la inseguridad alimentaria y nutricional de los migrantes venezolanos atendidos en el hospital Jorge Cristo Sahium durante la residencia en el municipio de Villa del Rosario, Norte de Santander, Procedimiento: su participación consiste en responder una encuesta, las preguntas del cuestionario están relacionadas con aspectos socioeconómicos Y nutricionales. Fotografías: si decide participar en este estudio, es posible que se tomen registros fotográficos en el que usted aparezca; este registro se lleva a cabo con el único fin de evidenciar el trabajo realizado. El investigador se compromete a usarlas protegiendo en todo momento su privacidad y respetando la confidencialidad de estas. Privacidad y Confidencialidad: La información obtenida por medio de este estudio solo tiene fines académicos y no será utilizada con otros fines. Las únicas personas autorizadas para ver sus respuestas son las que trabajan en el estudio. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, por ende, no se entregará bonificación económica, de antemano se agradece su colaboración. Si alguna de las preguntas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderla. Yo _____, identificado (a) con cédula de identidad número _____acepto las condiciones descritas en este documento y acepto mi participación voluntaria en el estudio. Me han explicado en que consiste el estudio.

Firmo _____.

AREA ACADEMICA

UNIVERSIDAD DE PAMPLONA
ALCALDIA MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO
PRACTICA CAMPOS DE ACCIÓN PROFESIONAL
PROGRAMA NUTRICIÓN Y DIETÉTICA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

FECHA	**SEMANA N°1** DEL 1 DE SEPTIEMBRE AL 3 DE SEPTIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes			Actividad: Socialización reglamento de prácticas de la facultad de salud-programa de Nutrición y Dietética Lugar: Microsoft Teams Hora: 8:00 a 10:00am Actividad: Capacitación: Implementación de las tecnologías de la información y la Comunicación en Prácticas formativas Lugar: Microsoft Teams Hora: 2:30 a 4:30 pm	Actividad: Presentación de docentes supervisores - Distribución de estudiantes en los escenarios de prácticas - Socialización de la programación semestral de actividades de la práctica formativa Lugar: Microsoft Teams Hora: 8:00 a 10:00am Actividad: Capacitación sobre el desarrollo de competencias en Nutrición Pública Lugar: Microsoft Teams		

				Hora: 10:30 a 12:30pm Actividad: Socialización de aspectos del área de investigación en el área de nutrición pública - Adiestramiento sobre el manejo de formatos en la práctica de Nutrición Pública Lugar: Microsoft Teams Hora: 2:30 a 5:00pm		
OBSERVACIONES	El día lunes 30 y martes 31 de agosto del 2021 no se realizaron actividades dado que el semestre académico inicio el día 1 de septiembre del año 2021.					
FECHA	**SEMANA N° 2** DEL 6 DE SEPTIEMBRE AL 11 DE SEPTIEMBRE DEL 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Inducción escenario Asignación de actividades y población a intervenir -Elaboración del acta de la reunión Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 Pm	Actividad: Desarrollo de caso clínico y diseño de diapositivas Lugar Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm		Actividad: Asistencia reunión general con docente supervisora -Elaboración de diagrama esquemático resolución 2465 de 2016 y resolución 2350 de 2020 -Elaboración del acta de la reunión Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 9:00 Am	Actividad: Asistencia reunión general con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión Lugar: plataforma Google Meet. Hora: 9:00 am	Actividad: -Diligenciamiento cronograma de actividades Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 6:00 pm
OBSERVACIONES						

FECHA	**SEMANA N° 3** DEL 13 DE SEPTIEMBRE AL 18 DE SEPTIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: -Construcción del plan de acción. Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 3:00 pm	Actividad: -Construcción del plan de acción. Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 pm	Actividad: Socialización de caso clínico -Elaboración del acta de la reunión Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 1:00 pm		Actividad: Asistencia reunión general con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión Lugar: plataforma Google Meet. Hora: 2:30 pm	Actividad: -Diligenciamiento cronograma de actividades Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 6:00 pm
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°4** DEL 20 DE SEPTIEMBRE AL 25 DE SEPTIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Construcción diagrama esquemático Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: 3:00 pm	Actividad: Construcción diagrama esquemático Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: 4:00 pm	Actividad: Asistencia reunión general con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión Lugar: plataforma Google Meet. Hora: 2:00 pm	Actividad: -Corrección de plan acción. Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 pm	Actividad: Asistencia reunión general con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión Lugar: plataforma Google Meet. Hora: 5:00 pm	Actividad: -Diligenciamiento cronograma de actividades Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 6:00 pm
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°5** DEL 27 DE SEPTIEMBRE AL 2 DE OCTUBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA

Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Construcción diagrama esquemático Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: 3:00 pm	Actividad: Llamadas telefónicas a niños reportados por el WINSISVAN con desnutrición aguda. Lugar: Hogar Hora: 8:00 am	Actividad: Asesoría con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión Lugar: plataforma Zoom Hora: 3:30 pm -Actividad: Elaboracion una propuesta de intervención	Actividad: -Construcción documento diagnóstico nutricional niños niñas y adolescentes menores de 18 años del municipio de villa del rosario para el tercer trimestre Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 5:00 am	Actividad: -Construcción documento diagnóstico nutricional niños niñas y adolescentes menores de 18 años del municipio de villa del rosario para el tercer trimestre Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 am	Actividad: -Construcción documento diagnóstico nutricional niños niñas y adolescentes menores de 18 años del municipio de villa del rosario para el tercer trimestre Actividad: elaboración proyecto de investigación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 3:00 am
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°6** DEL 4 DE OCTUBRE AL 9 DE OCTUBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Envío de base de datos filtrada y seguimientos a la IPS a la docente supervisora de prácticas Lugar: correo electrónico Hora: 10:21 pm	Actividad: Construcción de diapositivas de la sustentación campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 10:00 am	Actividad: Diseño y envío de oficio al seguimiento de historias clínicas a la Nueva EPS de niños reportados con desnutrición a la docente supervisora de prácticas Lugar: correo electrónico Hora: 10:00 am Actividad: Asistencia al seminario de	Actividad: envío evidencia de datos actualizados notificados por el SIVIGILA, de visitas efectivas y no efectivas Lugar: correo electrónico Hora: 10:52 am Actividad: Asesoría con docente supervisora estrategias en	Actividad: Construcción de diapositivas de la sustentación campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 10:00 am	Actividad: Construcción de diapositivas de la sustentación campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 9:00 am

			valoración del estado nutricional de niñas, niños y gestantes. Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -6:30 pm	comunicación en salud -Elaboración del acta de la reunión Lugar: plataforma Zoom Hora: 6:15 am		
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°7** DEL 11 DE OCTUBRE AL 16 DE OCTUBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: -Corrección de diapositivas sustentación campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: -Corrección de diapositivas sustentación campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: -Corrección de diapositivas sustentación campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: Pre sustentación avance campo de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 6:15 am	Actividad: Sustentación avance campo de acción profesional Lugar: Microsoft Teams Hora: 2:00 pm	Actividad: -Diligenciamiento cronograma de actividades Lugar: Hogar Hora: 6:00 pm
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°8** DEL 18 DE OCTUBRE AL 23 DE OCTUBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Construcción plan y material educativo, día mundial de la alimentación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: Construcción plan y material educativo, día mundial de la alimentación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: Asesoría con docente supervisora estrategias en comunicación en salud -Elaboración del acta de la reunión	Actividad: Construcción plan y material educativo, día mundial de la alimentación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: Construcción plan y material educativo, día mundial de la alimentación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: Construcción plan y material educativo, día mundial de la alimentación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm

		Actividad: Envío del oficio de la primera estrategia de información para convocar a la población madres FAMI a la Docente supervisora de prácticas Lugar: Via Whatsapp Hora: 2:00 pm	Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 7:00 am			Actividad: Entrega de la Invitación a la docente supervisora de prácticas de la primera estrategia de información en salud. Lugar: Via Whatsapp Hora: 4:00 pm
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°9** DEL 25 DE OCTUBRE AL 30 DE OCTUBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Entrega de las diapositivas y la primera estrategia de información en salud a la docente supervisora Lugar: Via Whatsapp Hora: 6:37 am Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -8:00 pm	Actividad: Asesoría con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 3:00 pm Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -8:00 pm	Actividad: Diseño de plan y material educativo Lugar: Hogar Hora: :2:00 pm Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -7:00 pm	Actividad: Capacitación de estrategia IAMI del programa de enfermería de la universidad de Santander Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 8:00 am	Actividad: Ejecución Estrategia de información en salud Toma de medidas antropométricas -Elaboración del acta de la reunión - Elaboración de informe Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: 3:00 pm	Actividad: Diligenciamiento cronograma de actividades Actividad: elaboración proyecto de investigación Lugar hogar Hora: 9:00 am

		Actividad: Entrega de las diapositivas y la primera estrategia de información en salud a la docente supervisora de prácticas Lugar: Via Whatsapp Hora: 1:00 pm				
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°10** DEL 1 DE NOVIEMBRE AL 6 DE NOVIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Diseño de plan y material educativo Actividad: elaboración proyecto de investigación Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: :2:00 pm Actividad: Envío del oficio de la segunda, tercera y cuarta estrategia de información para convocar a la población madres FAMI a la Docente	Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -8:00 pm	Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -7:00 pm	Actividad: Diseño de plan y material educativo Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: :2:00 pm Actividad:Consolidación y envió de plan educativo correspondiente al día mundial de la alimentación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 10:00 am - 12:20 pm Actividad: Entrega de las diapositivas y	Actividad: Ejecución Estrategia de información en salud “Guías Alimentarias Basadas en Alimentos para niños y niñas menores de dos años” -Elaboración del acta de la reunión - Elaboración de informe Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: 3:00 pm	Actividad: Diligenciamiento cronograma de actividades - Diseño de plan y material educativo Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: :2:00 pm

	supervisora de prácticas Lugar: Via Whatsapp Hora: 2:00 pm			las estrategias de información en salud a la docente supervisora de prácticas Lugar: Via Whatsapp Hora: 10:00 am		
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N° 11** DEL 8 DE NOVIEMBRE AL 13 DE NOVIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Diseño de plan y material educativo Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: :2:00 pm Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos y elaboración del acta. Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -8:00 pm	Actividad: Ejecución Estrategia de información en salud programa madre canguro -Elaboración del acta de la reunión - Elaboración de informe Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: 3:00 pm Actividad: Asesoría con docente supervisora avances del proyecto de investigación -Elaboración del acta de la reunión Lugar:	Actividad: Diseño de plan y material educativo Lugar: Plataforma Meet Google. Hora: :2:00 pm Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -7:00 pm	Actividad: Elaboracion de diario de campo Lugar: Hogar Hora: 2:00 am	Actividad: ejecución estrategia extracción y conservación de leche materna -elaboración del acta de la reunión - elaboración de informe lugar: Plataforma meet google. Hora: 3:00 pm	Actividad: -Diligenciamiento cronograma de actividades Lugar: hogar Hora: 6:00 pm

		Plataforma Meet Google. Hora: 4:30 pm Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -8:00 pm				
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N° 12** DEL 15 DE NOVIEMBRE AL 19 DE NOVIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: elaboración avance proyecto de investigación Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 pm	Actividad: Asesoría con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 5:00 pm Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -8:00 pm	Actividad: Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 -7:00 pm	Actividad: Elaboracion de plan de capacitación para IPS Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 7:00 pm	Actividad: Elaboracion de plan de capacitación para IPS Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm Actividad: Diseño de formato de verificación de atencion a la desnutrición aguda Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: -Diligenciamiento cronograma de actividades Lugar: hogar Hora: 6:00 pm

OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°13** DEL 22 DE NOVIEMBRE AL 27 DE NOVIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Elaboracion de plan de capacitación para IPS Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 5:00 pm	Actividad: Diseño de diagrama esquemático resolución 0000276 de 2019 Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 pm	Actividad: Elaboracion de plan de capacitación para IPS Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm	Actividad: Corrección de formato de verificación de atención a la desnutrición aguda Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 4:00 pm		Actividad: corrección proyecto de investigación Lugar: Plataforma Microsoft Teams Hora: 5:00 pm
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°14** DEL 29 DE NOVIEMBRE AL 4 DE DICIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Capacitación resolución 2465 de 2016 y resolución 2350 de 2020 Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 Pm	Actividad: Construcción de informe de capacitación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 9:00 am	Actividad: Elaboracion de diario de campo Lugar: Hogar Hora: 2:00 am	Actividad: Capacitación resolución 2465 de 2016 y resolución 2350 de 2020 Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 Pm Actividad: Asesoría con docente supervisora -Elaboración del acta de la reunión	Actividad: Construcción de informe capacitación Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 9:00 am Actividad: Elaboración de informe investigación. Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 8:00 am	Actividad: Elaboración de informe investigación. Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 8:00 am Actividad: -Diligenciamiento cronograma de actividades Lugar: hogar Hora: 6:00 pm

				Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 6:00 pm		
OBSERVACIONES						
FECHA	**SEMANA N°17** DEL 6 DE DICIEMBRE AL 11 DE DICIEMBRE DE 2021					
NOMBRE DEL ESTUDIANTE	LUNES FECHA	MARTES FECHA	MIÉRCOLES FECHA	JUEVES FECHA	VIERNES FECHA	SÁBADO FECHA
Lariza Luzestela Barros Cotes	Actividad: Construcción de diapositivas de la sustentación final campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 am Actividad: Diligenciamiento de Paz y Salvo	Actividad: entrega de informe final al escenario de practica de las actividades ejecutadas en las practicas CAP Lugar: Correo vía electrónico	Actividad: Construcción de diapositivas de la sustentación final campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 am	Actividad: Construcción de diapositivas de la sustentación campos de acción profesional Lugar: Plataforma Google Meet Hora: 2:00 am		
OBSERVACIONES	El día 13 de diciembre se realizara sustentación del 100% de las actividades ejecutadas en las practicas CAP, a través de la plataforma Teams,hora:10:15 am					

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO
PRÁCTICA CAMPOS DE ACCION PROFESIONAL
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
DIARIO DE CAMPO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: LARIZA LUZESTELA BARROS COTES

MES: SEPTIEMBRE

Día	Actividad	Observación del Estudiante	Lugar	Hora	Firma verificación	Visto bueno Supervisor de práctica
02-09-21	Inducción campos de acción profesional en la secretaría de salud municipal de Villa del Rosario.	Se realizó la presentación de los docentes supervisores y estudiantes. Se realizó una descripción de la normatividad legal vigente que se maneja en el área de salud pública.	Google meet	4:30 pm		
06-09-21	Asignación de actividades y población a intervenir	Se realizó la asignación de las lecturas de las diferentes resoluciones y se dio a conocer la población con la cual se trabajará.	Google meet	2:00 pm		
07-09-21	Asignación del caso clínico	Se asigna lectura de un caso clínico teniendo en cuenta la resolución 2465 y 2350.	Vía Whatsapp	7:03 pm		

09-09-21	Asignación de la Ruta materno perinatal 3280, capacitación 2465 y capacitación 2350.	Se asigna realizar una presentación de las rutas materno perinatal 3280, 2465 y 2350 para realizar capacitación con personal asistencial.	Google meet			
10-09-21	Socialización de la resolución 2350, lineamiento para el manejo integrado de la desnutrición aguda moderada y severa en niños de 0 a 59 meses de edad.	Se realizó la socialización de la resolución 2350. Se asignaron lecturas de diferentes documentos y preparación de capacitaciones.	Google meet	9:30		
15-09-21	Socialización del caso clínico (Ruta de atención a la desnutrición)	Se realizó la socialización del caso clínico asignado. Se realizaron observaciones por parte de la docente. Se asignaron diferentes actividades.	Google meet	1:15 pm		
20-09-21	Envío de Base de datos del SIVIGILA y Formato de Visita domiciliaria de eventos de vigilancia en salud pública, por parte de la supervisora de prácticas Luz Mary Ropero.	Se recibe por correo electrónico la Base de datos del SIVIGILA y el Formato de visitas domiciliaras de eventos en salud pública. .	Correo electrónico.	7:15 pm		
22-09-21	Encuentro presencial con la Supervisora de prácticas ND Luz Dary Ropero	Pautas para diligenciar el formato de Visita domiciliaria de eventos de vigilancia en salud Pública.	Facultad de Salud	2:10 pm		
28-09-21	Llamadas telefónicas a niños reportados por el WINSISVAN con desnutrición aguda.	Se realiza llamadas telefónicas para la verificación de datos antropométricos, factores de riesgo de niños con desnutrición reportados por el Software WINSISVAN.	Secretaria Municipal de Villa del Rosario.	9: am		

DEPARTAMENTO DE NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
SECRETARÍA DE SALUD MUNICIPAL VILLA DEL ROSARIO
PRÁCTICA CAMPOS DE ACCION PROFESIONAL
NUTRICIÓN Y DIETÉTICA
DIARIO DE CAMPO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: LARIZA LUZESTELA BARROS COTES
MES: OCTUBRE

04-10-21	Envío de base de datos filtrada y seguimientos a la IPS a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero.	Se realiza el envío de las bases de datos filtrada de los meses julio y agosto y de los eventos 113 notificados a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero.	Correo Electrónico.	10:21 pm		
06-10-21	Envío del oficio al seguimiento de historias clínicas a la Nueva EPS de niños reportados con desnutrición a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero para la revisión oportuna y aprobación del mismo.	Se realiza el envío del oficio de seguimiento de historias clínicas a la Nueva EPS en niños reportados con desnutrición para su aprobación.	Correo electrónico.	1:44 pm		
07-10-21	Envío evidencia de datos actualizados notificados por el SIVIGILA, de visitas efectivas y no efectivas a la Docente	Se realiza el envío de soportes actualizado de visitas efectivas y no efectivas Notificados por el SIVIGILA a la Docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero.	Correo Electrónico.	10:52 am		

	supervisora de prácticas Luz Dary Ropero.					
10-10-21	Envío por parte de las estudiantes María Fernanda Y Lariza el Diagnostico de Niños y niñas de los meses de julio y agosto.	Se realiza la entrega del informe del diagnóstico de niños y niñas a la a la Docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero.	Correo Electrónico.	3:00 pm		
11-10-21	Envío por parte de la Docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero, el consolidado del mes de septiembre reportados por el Software WINSISVAN,	Se recibe el consolidado del mes de septiembre reportados por el Software WINSISVAN, por parte de la Docente supervisora de prácticas Luz.	Correo Electrónico.	5:50 pm		
19-10-21	Envío del oficio de la primera estrategia de información para convocar a la población madres FAMI a la Docente supervisora de prácticas, Luz Dary Ropero para su aprobación.	Se realiza el envío del oficio de la primera estrategia en información en salud para convocar a madres FAMI del municipio de villa del rosario	Vía Whatsapp	2:00 pm		
20-10-21	Encuentro virtual con la docente supervisora de prácticas, Luz Dary Ropero.	Encuentro virtual con la docente supervisora para asesoría y ajustes de las estrategias de información de salud.	Plataforma Meet Google.	7:00 am		
23-10-21	Entrega de la Invitación a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero.	Se realiza la entrega de la Invitación a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero para su aprobación y poder convocar a las madres FAMI del municipio de villa del rosario, y dar inicio a la primera intervención de la estrategia de información en salud (GUIAS ALIMENTARIAS BASADAS EN ALIMENTOS).	Vía Whatsapp.	5:56 pm		

25-10-21	Entrega de las diapositivas y la primera estrategia de información en salud a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero, para su aprobación.	Se realiza la entrega del material de apoyo (diapositivas) y el documento de la primera estrategia de información en salud (Toma de medidas antropométricas), a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero, para su pronta aprobación.	Vía Whatsapp.	1:00 pm		
25-10-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 8:00 pm		
26-10-21	Encuentro con la Docente supervisora de prácticas, Luz Dary Ropero.	Encuentro virtual para la elaboración de material educativo, para la celebración del día mundial de la alimentación en la secretaria de salud del municipio de Cúcuta.	Plataforma Meet Google.	3:00 pm		
26-10-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 8:00 pm		
27-10-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 7:00 pm		
29-10-21	Primera intervención de la estrategia de información en salud (Toma de medidas antropométricas en menores de 5 años).	Encuentro virtual con las madres FAMI del municipio de villa del rosario, para la intervención de la estrategia de información en salud (Toma de medidas antropométricas).	Plataforma Meet Google. .	3:00 pm		

Observaciones: (Espacio exclusivo Docente Supervisor)

……

……

.....
.....
.....
.....

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: LARIZA LUZESTELA BARROS COTES

MES: NOVIEMBRE

Día	Actividad	Observación del Estudiante	Lugar	Hora	Firma verificación	Visto bueno Supervisor de práctica
01-11-21	Envío del oficio de las estrategias de información para convocar a la población madres FAMI a la Docente supervisora de prácticas, Luz Dary Ropero para su aprobación.	Se realiza el envío del oficio de la primera estrategia en información en salud para convocar a madres FAMI del municipio de villa del rosario	Vía Whatsapp	2:00 pm		
02-11-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 8:00 pm		
03-11-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 7:00 pm		

04-11-21	-Consolidación y envió de plan educativo correspondiente al día mundial de la alimentación	Se realiza consolida y envió de plan educativo correspondiente al día mundial de la alimentación a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero, para su aprobación	Plataforma Meet Google. Correo electrónico	10:00 am - 12:20 pm		
	- Entrega de las diapositivas y las estrategias de información en salud a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero, para su aprobación.	Se realiza la entrega del material de apoyo (diapositivas) y el documento de la segunda estrategia de información en salud (Guías Alimentarias Basadas en Alimentos, programa madre canguro y extracción y conservación de leche materna), a la docente supervisora de prácticas Luz Dary Ropero, para su pronta aprobación.	Vía Whatsapp.	10:00 pm		
05-11-21	Ejecución Segunda intervención de la estrategia de información en salud (GUIAS ALIMENTARIAS BASDAS EN ALIMENTOS).	Encuentro virtual con las madres FAMI del municipio de villa del rosario, para la intervención de la estrategia de información en salud Guías Alimentarias Basadas en Alimentos).	Plataforma Meet Google.	3:00 pm		
08-11-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 8:00 pm		
09-11-21	Ejecución tercera intervención de la estrategia de información	Encuentro virtual con las madres FAMI del municipio de villa del rosario, para la intervención de la estrategia de	Plataforma Meet Google.	3:00 pm		

	en salud (PROGRAMA MADRE CANGURO).	información en salud (Programa madre canguro)				
09-11-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 8:00 pm		
10-11-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 7:00 pm		
12-11-21	Ejecución cuarta intervención de la estrategia de información en salud (extracción y conservación de leche materna).	Encuentro virtual con las madres FAMI del municipio de villa del rosario, para la intervención de la estrategia de información en salud (extracción y conservación de leche materna).	Plataforma Meet Google.	3:00 pm		
15-11-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 8:00 pm		
16-11-21	Asistencia al seminario de fortalecimiento en fundamentos jurídicos	Encuentro virtual con abogado especializado con el fin de fortalecer conocimientos relacionado con los fundamentos jurídicos como profesionales y ciudadanos.	Plataforma Microsoft Teams	5:00 - 7:00 pm		
19-11-21	Entrega de formato de verificación de atención a	Se diseña y se hace entrega de formato de verificación de atención a la desnutrición	Vía Whatsapp.	10:00 am		

	la desnutrición aguda a docente supervisora	aguda, con el fin de diligenciar a la hora de realizar las visitas a las ips				
24-11-21	Entrega de diagrama esquemático resolución 0000276 de 2019 a la docente supervisora	Se realiza la entrega de diagrama esquemático de resolución 0000276 de 2019 a docente supervisora	Correo electrónico	5:47 pm		
24-11-21	Avance de proyecto de investigación a docente supervisora	Se realiza la entrega de avance de proyecto de investigación a docente supervisora , para su pronta aprobación	Correo electrónico	6:16 pm		
24-11-21	Entrega de plan de capacitación para IPS	Se realiza la entrega del plan de capacitación para las ips (Resolución 2465 de 2016 y resolución 2350 de 2020) a docente supervisora, para su pronta aprobación	Correo electrónico	6:16 pm		
29-11-21	Ejecución de plan de capacitación para EPS(Coosalud)	Encuentro virtual con el personal asistencial de la EPS coosalud del municipio de villa del rosario, para la intervención de la Resolución 2465 de 2016 y resolución 2350 de 2020	Plataforma Meet Google	2:00 pm		
1-12-21	Ejecución de plan de capacitación para IPS (Hospital Jorge Cristo Sahum)	Encuentro virtual con el personal asistencial del Hospital Jorge Cristo Sahum del municipio de villa del rosario, para la capacitación de la Resolución 2465 de 2016 y resolución 2350 de 2020	Plataforma Meet Google	2:00 pm		
1-12-21	Encuentro con la Docente supervisora de prácticas, Luz Dary Ropero.	Encuentro virtual para realizar asesoría relacionada con la entrega de productos realizados durante las prácticas de acción profesional.	Plataforma Meet Google.	6:00 pm		

Observaciones: (Espacio exclusivo Docente Supervisor)

……

……

……

……

……

……