



**PROYECTO: “CONSOLIDACIÓN DE LA RESILIENCIA EN COMUNIDADES, MUNICIPIOS E INSTITUCIONES LOCALES DE LOS DEPARTAMENTOS DE LA PAZ Y EL BENI CON CAPACIDADES DE RESILIENCIA SOBRE LA BASE DE ESTRATEGIAS VALIDADAS PARTICIPATIVAMENTE PARA REDUCIR SU VULNERABILIDAD Y NIVELES DE RIESGO ANTES, DURANTE Y LUEGO DE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA”**

**MUNICIPIOS DEL BENI: TRINIDAD, SANTA ANA DE YACUMA, SAN IGNACIO DE MOJOS, REYES, RURRENABQUE, SAN BORJA Y EXALTACIÓN**

**MUNICIPIOS DE LA PAZ: SAN BUENAVENTURA, PALOS BLANCOS**

## **COMPONENTE DE SALUD Y NUTRICIÓN EN EMERGENCIAS**

# **CUADERNO DE VIGILANCIA NUTRICIONAL DEL PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN**

**2018**

NOMBRE Y APELLIDO DEL PROMOTOR (A).....

COMUNIDAD: .....

MUNICIPIO:.....

# MENSAJES CLAVE DE NUTRICIÓN EN EMERGENCIAS

## MENSAJE 1

### HIGIENE DE MANOS

## LÁVATE LAS MANOS CON AGUA Y JABON

Los momentos clave para lavarte las manos son:



**Antes de preparar los alimentos**



**Antes de comer alimentos**



**Después de ir al baño**



**Antes de darle de lactar a un bebé**



**Después de cambiar pañales a un bebé**

## **PARTE 1**

# **APRENDAMOS SOBRE LAS FUNCIONES DEL PROMOTOR (RA) DE SALUD Y NUTRICIÓN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA**

## FUNCIONES DEL PROMOTOR/RA DE SALUD Y NUTRICIÓN EN EL MARCO DE LA GESTIÓN DE RIESGOS

ANTES DE UNA EMERGENCIA (PREPARACION)	DURANTE UNA EMERGENCIA (RESPUESTA)	DESPUES DE UNA EMERGENCIA (RECUPERACION RAPIDA Y EFICAZ)
<p>I. Capacitar, vigilar la Salud y Nutrición de los grupos de riesgo de la comunidad</p> <p>II. Referir casos de enfermedad y desnutrición al servicio de salud</p>	<p>III. Visitar a los grupos en riesgo de la comunidad.</p> <p>IV. Referir casos de enfermedad y desnutrición al servicio de salud</p>	<p>V. Evaluar las actividades realizadas.</p> <p>VI. Capacitar en Salud y Nutrición a los grupos en riesgo de la comunidad.</p> <p>VII. Visitar a los grupos en riesgo de la comunidad</p> <p>VIII. Referir casos de enfermedad y desnutrición a servicio de salud</p>
<p>1. LLENAR EL CENSO COMUNITARIO</p> <p>2. ELABORAR EL MAPA DE RIESGO COMUNAL CON LA IDENTIFICACION DE LAS FAMILIAS VULNERABLES.</p>	<p>1. VISITAR A LAS MUJERES EMBARAZADAS, MUJERES PUÉRPERAS PARA PROMOVER PRACTICAS DE LACTANCIA MATERNA.</p> <p>2. IDENTIFICAR RIESGOS O PELIGROS DURANTE EL EMBARAZO, PARTO O PUERPERIO EN BASE A LAS 10 PRACTICAS CLAVE</p> <p>3. REFERIR O APOYAR EL TRASLADO AL SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO DE LA COMUNIDAD.</p>	<p>1. ACTUALIZAR EL CENSO COMUNITARIO Y EVALUAR LAS ACTIVIDADES REALIZADAS ANTES Y DURANTE UNA SITUACIÓN DE EMERGENCIA QUE AFECTE A LA COMUNIDAD</p>
<p>4. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN LACTANCIA MATERNA: INMEDIATA, EXCLUSIVA Y PROLONGADA</p>	<p>4 VISITAR A FAMILIAS CON NIÑOS O NIÑAS MENORES A 2 MESES PARA INCENTIVAR LA LACTANCIA MATERNA INMEDIATA, EXCLUSIVA</p> <p>5 IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD Y NUTRICION EN BASE A LA LÁMINA DE LAS 10 PRACTICAS CLAVE, ROTAFOLIO DE NUTRICION.</p> <p>6 REFERIR O APOYAR EL TRASLADO AL SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO DE LA COMUNIDAD.</p>	<p>2. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN LACTANCIA MATERNA: INMEDIATA, EXCLUSIVA Y PROLONGADA</p>
<p>5. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL</p>	<p>7. VISITAR A FAMILIAS CON NIÑOS O NIÑAS DE 2 MESES A 5 AÑOS PARA PROMOVER PRÁCTICAS DE LACTANCIA</p>	<p>3. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DEL</p>

NIÑO/NIÑA DE 6 MESES A 5 AÑOS	MATERNA, ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. 8. IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD Y NUTRICIÓN EN BASE A LA LÁMINA DE LAS 10 PRÁCTICAS CLAVE, ROTAFOLIO DE NUTRICIÓN 9. REFERIR CASOS DE DESNUTRICIÓN O PROBLEMAS DE SALUD O NUTRICIÓN AL SERVICIO DE SALUD MAS CERCANO A LA COMUNIDAD	NIÑO/NIÑA DE 6 MESES A 5 AÑOS
5. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN PREPARACIÓN DE LA CHISPITA NUTRICIONAL Y NUTRIBEBE, ALIMENTO TERAPEUTICO LISTO PARA SU USO (ATLU) PARA EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA DESNUTRICION AGUDA MODERADA SIN COMPLICACIONES EN NIÑOS /AS DE 6 MESES A 5 AÑOS	10. APOYAR AL SECTOR SALUD EN LA ENTREGA DE SUMINISTROS NUTRICIONALES A LOS NIÑOS DE 6 A 59 MESES, EMBARAZDAS Y PUERPERAS, ADULTOS MAYORES	4. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN PREPARACIÓN DE LA CHISPITA NUTRICIONAL Y NUTRIBEBE, ALIMENTO TERAPEUTICO LISTO PARA SU USO (ATLU)
6. CAPACITAR A LAS FAMILIAS EN MÉTODOS DE DESINFECCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO, HIGIENE DE MANOS , HIGIENE DE LOS ALIMENTOS E HIGIENE DEL HOGAR	11. APOYAR AL SECTOR SALUD EN LA DOTACIÓN DE AGUA SEGURA 12. CAPACITAR A LAS FAMILIAS EN MÉTODOS DE DESINFECCIÓN DEL AGUA PARA CONSUMO, HIGIENE DE MANOS , HIGIENE DE LOS ALIMENTOS E HIGIENE DEL HOGAR O EN SITUACIÓN DE ALBERGUE	5. CAPACITACION A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN CONSUMO DE AGUA DESINFECTADA Y FILTRADA, HIGIENE DE MANOS, HIGIENE DE LOS ALIMENTOS E HIGIENE DEL HOGAR.
7. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN ALIMENTACION SANA Y EQUILIBRADA	12. APOYAR AL COMITÉ DE EMERGENCIAS DE LA COMUNIDAD EN LA ENTREGA DE ALIMENTOS A LAS FAMILIAS DAMNIFICADAS	6. CAPACITAR A LAS FAMILIAS DE LA COMUNIDAD EN ALIMENTACION SANA Y EQUILIBRADA
8. VISITAR A LAS FAMILIAS PARA EVALUAR LA NUTRICIÓN INFANTIL A TRAVÉS DE LA CINTA BRAQUIAL. 9. IDENTIFICAR PROBLEMAS DE SALUD Y NUTRICION DE NIÑAS Y NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS 10. REFERIR AL SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO.	13. APOYAR AL SECTOR SALUD EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO/NIÑA DESNUTRIDO SIN COMPLICACIONES.	7. VIGILANCIA NUTRICIONAL: VISTAS DOMICILIARIAS PARA REALIZAR EVALUACIONES NUTRICIONALES A TRAVÉS DE LA APLICACIÓN DE LA CINTA BRAQUIAL E IDENTIFICACION DE PROBLEMAS DE SALUD Y NUTRICION DE NIÑAS Y NIÑOS DE 2 MESES A 5 AÑOS
11. SER INTEGRANTE ACTIVO DE LA COMISIÓN/COMITÉ DE SALUD Y NUTRICION PARA EMERGENCIAS DE LA COMUNIDAD	14 APOYAR AL SECTOR SALUD EN ACTIVIDADES DE ATENCIÓN DE URGENCIAS MÉDICAS POR EFECTO DE LAS EMERGENCIAS	8. FORMAR PARTE Y SER INTEGRANTE ACTIVO DE LA COMISIÓN/COMITE DE SALUD Y NUTRICIÓN EN EL PROCESO DE RENDICIÓN DE CUENTAS DE LAS ACCIONES DESARROLLADAS ANTES Y DURANTE LA EMERGENCIA

## **PARTE 2**

**LEVANTEMOS UN CENSO EN NUESTRA COMUNIDAD  
PRINCIPALMENTE A FAMILIAS CON NIÑAS Y NIÑOS  
PEQUEÑOS, EMBARAZADAS, MUJERES EN ETAPA DE  
LACTANCIA...**

## REFERENCIA DE CLASIFICACION NUTRICIONAL CON LA APLICACIÓN DE LA CINTA BRAQUIAL Y LA LECTURA DEL CARNET DE SALUD INFANTIL

1. CLASIFICACION NUTRICIONAL A TRAVES DEL USO DE LA CINTA BRAQUIAL	INDICADOR DE DESNUTRICIÓN AGUDA: CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO - CMB, SE MIDE EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 59 MESES (3 MESES A 5 AÑOS)	CLASIFICACION	COLOR	SIGLA	2. CLASIFICACION NUTRICIONAL:	INDICADOR TALLA PARA LA EDAD, SE MIDE EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 59 MESES	CLASIFICACION	PUNTO DE CORTE	SIGLA
		NO TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA	VERDE	NTDA			TALLA ALTA	MAYOR A + 2	TA
		TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	AMARILLO	DAM			NORMAL	ENTRE -2 Y + 2	N
		TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	ROJO	DAS			TALLA BAJA	MENOR A - 2	TB
3. CLASIFICACION NUTRICIONAL:	INDICADOR PESO PARA LA TALLA- P/T, SE MIDE EN NIÑOS Y NIÑAS DE 2 A 59 MESES	CLASIFICACION	PUNTO DE CORTE	SIGLA	4. CLASIFICACION NUTRICIONAL:	INDICADOR PESO PARA LA EDAD- P/E, SE MIDE EN NIÑOS Y NIÑAS DE DE 0 A 2 MESES	CLASIFICACION	PUNTO DE CORTE	SIGLA
		OBESIDAD	MAYOR A +3	OB			NO TIENE BAJO PESO	ENTRE -2 Y + 2	NTBP
		SOBREPESO	ENTRE +2 Y + 3	SP			BAJO PESO	ENTRE -2 Y - 3	BP
		NO TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA	ENTRE -2 Y +2	NTDA			BAJO PESO GRAVE	MENOR A - 3	BPG
		TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA MODERADA	ENTRE -2 Y - 3	DAM					
		TIENE DESNUTRICIÓN AGUDA SEVERA	MENOR A -3	DAS					

MENSAJE 2

## ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA O NIÑO DESDE LA PRIMERA HORA DE SU NACIMIENTO HASTA LOS 6 MESES

Antes, durante y después de una emergencia  
Recuerda, que tu bebé debe recibir leche materna

DALE A TU BEBÉ SOLO TÚ PECHO,  
10 VECES O MÁS ENTRE EL DÍA Y  
LA NOCHE HASTA LOS 6 MESES

VENTAJAS DE LA LACTANCIA  
MATERNA EN SITUACIÓN DE  
EMERGENCIA



5 veces o más durante  
el día



5 veces o más durante  
la noche

### LA LECHE MATERNA

1.- Evita que tu bebé se enferme con diarreas o resfríos y llegue a desnutrirse.

2.- Es limpia, sana y es el mejor alimento para que tú bebé crezca fuerte y sano.

3.- Ayuda a tu bebé a sentirse seguro y protegido aun cuando se encuentre asustado por la emergencia.

**LA LECHE MATERNA ES EL MEJOR ALIMENTO  
PARA NUESTRAS NIÑAS Y NIÑOS**

## CENSO DE FAMILIAS CON NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 5 AÑOS

<b>PROYECTO</b>												
<b>DEPARTAMENTO</b>					<b>MUNICIPIO:</b>				<b>FECHA DEL CENSO:</b>			
<b>COMUNIDAD:</b>					<b>NOMBRE Y APELLIDOS DEL PROMOTOR (A) DE NUTRICIÓN</b>							
No.	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/PADRE/CUIDADOR	NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, EMBARAZADA	sexo		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES Y AÑOS	CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO (CINTA BRAQUIAL)	PESO: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	TALLA: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	ESTADO NUTRICIONAL		
			V	M						CMB	PESO/TALLA	TALLA/EDAD
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

No.	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/PADRE/CUIDADOR	NOMBRE Y APELLIOS DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, EMBARAZADA	sexo		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES Y AÑOS	CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO (CINTA BRAQUIAL)	PESO: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	TALLA: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	ESTADO NUTRICIONAL		
			V	M						CMB	PESO/TALLA	TALLA/EDAD
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												

No.	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/PADRE/CUIDADOR	NOMBRE Y APELLIOS DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, EMBARAZADA	sexo		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES Y AÑOS	CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO (CINTA BRAQUIAL)	PESO: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	TALLA: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	ESTADO NUTRICIONAL		
			V	M						CMB	PESO/TALLA	TALLA/EDAD
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												

No.	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/PADRE/CUIDADOR	NOMBRE Y APELLIOS DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, EMBARAZADA	sexo		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES Y AÑOS	CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO (CINTA BRAQUIAL)	PESO: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	TALLA: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	ESTADO NUTRICIONAL		
			V	M						CMB	PESO/TALLA	TALLA/EDAD
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												

No.	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/PADRE/CUIDADOR	NOMBRE Y APELLIOS DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, EMBARAZADA	sexo		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES Y AÑOS	CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO (CINTA BRAQUIAL)	PESO: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	TALLA: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	ESTADO NUTRICIONAL		
			V	M						CMB	PESO/TALLA	TALLA/EDAD
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												

No.	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/PADRE/CUIDADOR	NOMBRE Y APELLIOS DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, EMBARAZADA	sexo		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES Y AÑOS	CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO (CINTA BRAQUIAL)	PESO: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	TALLA: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	ESTADO NUTRICIONAL		
			V	M						CMB	PESO/TALLA	TALLA/EDAD
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												

No.	NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/PADRE/CUIDADOR	NOMBRE Y APELLIOS DEL NIÑO/NIÑA MENOR DE 5 AÑOS, EMBARAZADA	sexo		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD EN MESES Y AÑOS	CIRCUNFERENCIA MEDIA DEL BRAZO (CINTA BRAQUIAL)	PESO: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	TALLA: (COPIAR EL ULTIMO DATO DEL CARNET DE SALUD INFANTIL)	ESTADO NUTRICIONAL		
			V	M						CMB	PESO/TALLA	TALLA/EDAD
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												

MENSAJE 3

**PASOS PARA EL BUEN AGARRE**

**Tu bebé debe tener la boca bien abierta**



**Tu bebé debe tocar el pecho con su mentón**



**Tu bebé tiene el labio inferior volteado hacia afuera**



**Se ve mas la areola por encima de la boca de tu bebé**



**MAL AGARRE**

**¡SEÑORA MAMÁ... RECUERDA QUE TU LECHE PODRIA SALVAR LA VIDA DE TU BEBÉ EN TODO MOMENTO...!**

### **PARTE 3**

**VISITEMOS A LAS FAMILIAS DE NUESTRA COMUNIDAD,  
QUE TENGAN NIÑOS Y NIÑAS CON DESNUTRICIÓN, EN  
RIESGO DE DESNUTRICIÓN, ENFERMOS Y MUJERES  
EMBARAZADAS SANAS O EN PELIGRO**

**APOYEMOS A LOS ENFERMOS PARA LA IDA AL SERVICIO  
DE SALUD MÁS CERCANO**

**AVISEMOS AL PERSONAL DE SALUD SOBRE LOS CASOS  
ENCONTRADOS**

## ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA

A partir de los 6 meses, dale a tu niña o niño alimentos aplastados tipo papilla, mezclados con la leche de tu pecho



Dale de comer de su propio plato



Y continua dando a tu bebé leche materna hasta los 2 años o más

## APLIQUEMOS LA METODOLOGIA “SERVIRASS”

1. **Salude** a la madre y familia
2. **Establezca** confianza
3. **Reflexione** sobre la salud y nutrición de su hijo o hija.
4. **Verifique** la práctica actual (Como le está alimentando ahora) preguntando como lo ha alimentado el día de ayer todo el día.
5. **Identifique** las razones por las que la madre no puede alimentarlo de acuerdo a su edad.
6. **Recomendar** a la madre usando el rotafolio del proyecto Resiliencia II o la cartilla de las 10 prácticas clave, para llegar a un acuerdo con la madre a mejorar la alimentación y nutrición de su hijo o hija.
7. **Alentar** a la madre y su familia a cumplir con el compromiso que han hecho para mejorar la alimentación o para que lo lleven al servicio de salud más cercano a su hogar.
8. **Siempre** repase los mensajes clave con la madre y pregunte a la madre si entendió los compromisos para mejorar la alimentación, nutrición y salud de hijo o hija.
9. **Señalen** juntos la fecha de la próxima visita.

## **RECORDAR COMO TENER UNA BUENA COMUNICACIÓN CON LA MADRE**

### **METODOLOGIA “ PESELOV ”**

- 1. PREGUNTAR**
- 2. ESCUCHAR**
- 3. ELOGIAR**
- 4. ORIENTAR**
- 5. VERIFICAR QUE LA MADRE ENTENDIO**

**“LA BASE DE UNA BUENA COMUNICACIÓN ES EL RESPETO HACIA  
LA PERSONA, A SUS COSTUMBRES Y CREENCIAS”.**

MENSAJE 5

# LOS SUPLEMENTOS NUTRICIONALES SON BUENOS PARA LA ANEMIA Y DESNUTRICIÓN

ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA EMERGENCIA: RECUERDA SOLICITAR LA CHISPITA NUTRICIONAL AL SERVICIO DE SALUD PARA DAR A TU NIÑA O NIÑO DESDE LOS 6 MESES HASTA LOS 5 AÑOS



## PREPARACIÓN DE LA CHISPITA NUTRICIONAL

1

Abrir el sobre



2

Separar 2 cucharas de comida aplastada tibia



3

Vaciar el contenido de la chispita en las dos cucharas de comida separada



4

Mezclar bien con una cuchara



5

Dar la porción mezclada y luego el resto de su comida



MENSAJE 6

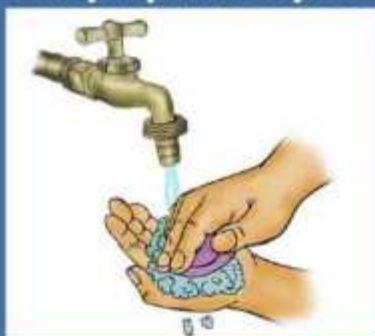
**“EL NUTRIBEBE” ES UN COMPLEMENTO ALIMENTARIO NUTRICIONAL QUE AYUDA A TU NIÑA O NIÑO A EVITAR LA DESNUTRICION**

**DESDE LOS 6 MESES HASTA LOS 2 AÑOS DALE ESTE ALIMENTO ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA EMERGENCIA**

**PREPARACIÓN**

**PREPARAR EL COMPLEMENTO NUTRITIVO CON AGUA HERVIDA TIBIA O MEJOR CON LECHE MATERNA**

**1** Lavarse las manos, antes de preparar el producto



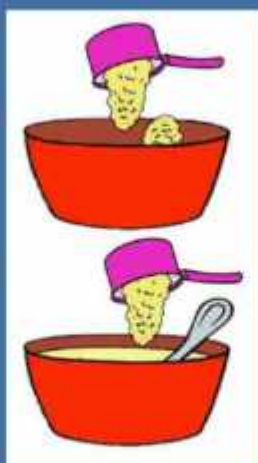
**2** Lavar todos los utensilios con agua hervida



**3** Llenar una medida de (25 g) de NUTRIBEBÉ

Agregar una medida de liquido y mezclar bien

Añadir una segunda medida de liquido poco a poco hasta obtener una papilla o puré



**4** Darle a tu bebé hasta que termine



**NO SE DEBE GUARDAR EL PRODUCTO PREPARADO**

**2  
VECES  
AL DIA**



## ALIMENTACIÓN DE LA FAMILIA

ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA EMERGENCIA:  
“CONSUME ALIMENTOS VARIADOS, PROPIOS  
DE TU REGIÓN Y LIMPIOS”

# CONSUME ALIMENTOS SALUDABLES



## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_ PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

## HOJA DE REGISTRO DE VISITAS DOMICILIARIAS

MUNICIPIO: \_\_\_\_\_

COMUNIDAD: \_\_\_\_\_

MOTIVO DE LA VISITA: \_\_\_\_\_

PROMOTOR(A) DE SALUD Y NUTRICIÓN: \_\_\_\_\_

No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Problemas de salud o nutrición identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 1ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a PESO Y TALLA	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 2da visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.
No	Nombre de la madre y el niño(a)	Edad niño/a y peso	Seguimiento al uso del recetario y/o Problemas identificados	ACUERDOS PARA LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA	Fecha 3ra visita	Firma	¿Cumplió los acuerdos? Comente.

MENSAJE 8

## HIGIENE DE LOS ALIMENTOS

**Recuerda que debes utilizar agua limpia desinfectada o filtrada**



**Utiliza agua limpia para lavar las frutas, verduras y otros.**



**Utiliza agua limpia para cocinar los alimentos**

## HIGIENE DE LA VIVIENDA



**Tu casa debe estar limpia y ordenada.**



**Deposita o entierra la basura en un lugar alejado de tu casa.**

## **PARTE 4**

- **DIBUJEMOS Y BORDEMOS EL MAPA DE NUESTRA COMUNIDAD EN LA TELA DE YUTE, CON HILOS DE COLORES**
- **IDENTIFICAMOS EN CADA CASA LA EXISTENCIA DE NIÑOS(AS) PEQUEÑOS, CON DESNUTRICIÓN, MUJER EMBARAZADA, MUJER EN ETAPA DE LACTANCIA**

## CARACTERÍSTICAS DEL MAPA DE RIESGO COMUNAL

El mapa muestra a:

- Las casas bordadas con **color verde**, indica que viven familias con niños/niñas normales en su estado nutricional o sin problemas de salud.
- Las casas bordadas con **color amarillo**, indica que viven familias con niños/niñas en riesgo de desnutrición aguda o crónica, sin vacunas o con enfermedades recurrentes (diarreas o resfríos-EDAS/IRAS), o cualquier otra enfermedad.
- Las casas bordadas con **color rojo**, indica que viven familias con niños/niñas con desnutrición aguda moderada ó grave, talla baja.

LAS CASAS CON COLORES AMARILLOS Y ROJOS, SON FAMILIAS QUE NECESITAN SER VIGILADAS, VISITADAS Y REFERIDAS AL SERVICIO DE SALUD MÁS CERCANO, PRINCIPALMENTE CUANDO SE ENCUENTRAN EN SITUACIÓN DE EMERGENCIA QUE AFECTE MÁS SU CONDICIÓN DE VIDA, SALUD Y NUTRICIÓN

EJEMPLO DE MAPA DE RIESGO...



**PARTE 5**  
**MIS ANOTACIONES...**















































