



Estado Plurinacional  
de Bolivia



# Guía de Nutrición en Situaciones de Emergencia

Bolivia 2018

## **CONTENIDO**

1	INTRODUCCIÓN.....	1
1.1	Antecedentes .....	2
1.2	Objetivo .....	2
1.3	Justificación .....	2
2	MARCO LEGAL .....	4
3	EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL .....	10
3.1	Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades Nutricionales (EDAN Nutricional) ....	10
4	PLANIFICANDO LAS INTERVENCIONES NUTRICIONALES.....	15
4.1	Intervención Nutricional .....	15
5	ORGANIZANDO LA RESPUESTA .....	25
5.1	Normas.....	25
5.2	Asistencia alimentaria.....	26
5.3	Manejo de alimentos en emergencias.....	27
5.4	Organización del equipo para la intervención.....	30
6	MONITOREO Y SEGUIMIENTO .....	41
6.1	Instrumentos de Registro de Información .....	42
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
8	ANEXOS.....	45
8.1	Anexo 1. Preparación del Alimento Complementario Nutribebé.....	45
8.2	Anexo 2. Preparación del Suplemento de Hierro en Polvo "Chispitas Nutricionales".	46
8.3	Anexo 3. Preparación y administración del Alimento Terapéutico listo para su uso "ATLU"	47
8.4	Anexo 4. Preparación y administración del Alimento Complementario para el Adulto Mayor "Carmelo" .....	48
8.5	Anexo 5. Evaluación Nutricional de la Embarazada Según Índice de Masa Corporal	49
8.6	Anexo 6. Índice de Masa Corporal (IMC) Según Talla en Metros y Peso en Kilogramos	50
8.7	Anexo 7. 10 Prácticas Clave de Alimentación e Inocuidad Alimentaria .....	51
8.8	Anexo 8. Arco de la Alimentación.....	53

## 1 INTRODUCCIÓN

En los últimos años Bolivia se ha visto en situaciones de emergencia causadas principalmente por eventos adversos naturales que han causado serias consecuencias en términos humanos y materiales. Los desastres naturales perjudican el acceso a las zonas afectadas puesto que interrumpen las vías de acceso y transporte, sistemas de comunicación y producción económica.

En tales circunstancias, la población de las zonas de desastre y/o emergencia suele padecer infecciones, especialmente diarreicas, que incrementan el riesgo de desnutrición.

Según la Ley de Gestión de Riesgos de Bolivia, la atención de emergencias y/o desastres incluye acciones de preparación, alerta, respuesta y rehabilitación, cuya duración depende del tipo de evento adverso, su intensidad e impacto y de la vulnerabilidad de la población afectada. La normativa vigente establece que la duración de una situación de emergencia o desastre puede durar desde semanas hasta un máximo de nueve meses de acuerdo con la evaluación de daños y análisis de necesidades en las regiones afectadas.

En este marco, el Ministerio de Salud ha desarrollado las herramientas necesarias para garantizar una respuesta inmediata en el área alimentario nutricional y salud, en el entendido que la situación alimentario nutricional influye en la salud y viceversa.

Esta guía está dirigida al personal operativo y administradores de salud que deben trabajar o preparar acciones en situaciones de emergencia y/o desastre en zonas afectadas, con el objetivo de que cuenten con una herramienta práctica que sirva de base para la implementación de una estrategia acorde a las diferentes fases de la emergencia, que permita mitigar el impacto alimentario nutricional de la niñez y las mujeres, producto de una situación de emergencia y/o desastre.

En dichas situaciones, los grupos con mayor vulnerabilidad de comprometer su estado nutricional son: menores de cinco años, mujeres embarazadas y/o en etapa de lactancia, por lo cual cada grupo debe ser sujeto de intervenciones de prevención y tratamiento integral del estado nutricional.

Esta Guía: a) destaca intervenciones clave disponibles en el país, cuya validez y pertinencia ha sido demostrada, para prevenir o tratar desnutrición aguda en los grupos vulnerables mencionados; b) ofrece elementos teóricos y prácticos a ser tomados en cuenta por el personal de salud en servicio durante una emergencia y/o desastre, no necesariamente en un orden secuencial estricto; c) va acompañada de un proceso de capacitación al personal de salud, para su óptimo manejo.

La presente Guía forma parte de y complementa herramientas desarrolladas por el Ministerio de Salud para situaciones de emergencia y/o desastre como el Plan de Emergencias en Salud y el Plan Nacional de Nutrición en Situaciones de Emergencia.

## 1.1 Antecedentes

La mayor parte de países de América Latina y el Caribe se encuentran expuestos a padecer los efectos adversos de diferentes tipos de desastres, los cuales causan año con año pérdidas de valiosas vidas humanas, miles de damnificados y cuantiosos daños materiales.

Las situaciones de emergencias y/o desastres son el estado en el cual, los procedimientos normales se encuentran suspendidos y se emprenden medidas extraordinarias para evitar y/o disminuir el impacto de un peligro en la comunidad<sup>1</sup>.

Se tiene evidencia que las emergencias tienen impacto en la salud y pueden aumentar el riesgo de desnutrición, enfermedad (morbilidad) y muerte (mortalidad). Las principales causas de los problemas de salud y nutrición se dividen en inmediatas (que afectan al individuo), subyacentes (que influyen en los hogares) y básicas (son las que afectan a las sociedades enteras), las cuales deben ser debidamente identificadas para poder tomar acciones, y establecer los mecanismos de evaluación; reconociendo que ninguna emergencia tendrá la misma forma de abordaje. La protección del estado nutricional de grupos vulnerables afectados por emergencias es un derecho humanitario (reconocido como derecho internacional).

En Bolivia las situaciones de emergencia interrumpen la accesibilidad, comunicación, producción económica e incluso una normal alimentación de las personas, familias y comunidades, predisponiendo y/o exponiendo a las personas, principalmente niñas y niños a infecciones, especialmente diarreicas, que incrementan el riesgo de desnutrición.

## 1.2 Objetivo

El objetivo de la presente Guía es:

---

*Servir de instrumento para prevenir las posibles consecuencias negativas en el estado nutricional de las personas, familias y comunidades en situaciones de emergencia.*

---

## 1.3 Justificación

Bolivia, al igual que el resto de países de América Latina y el Caribe, padece los efectos recurrentes de diversos tipos de emergencias y/o desastres que afectan en mayor grado a la población más vulnerable, por lo que es de vital importancia prepararse adecuadamente para enfrentar estos fenómenos, mejorando los procedimientos de coordinación

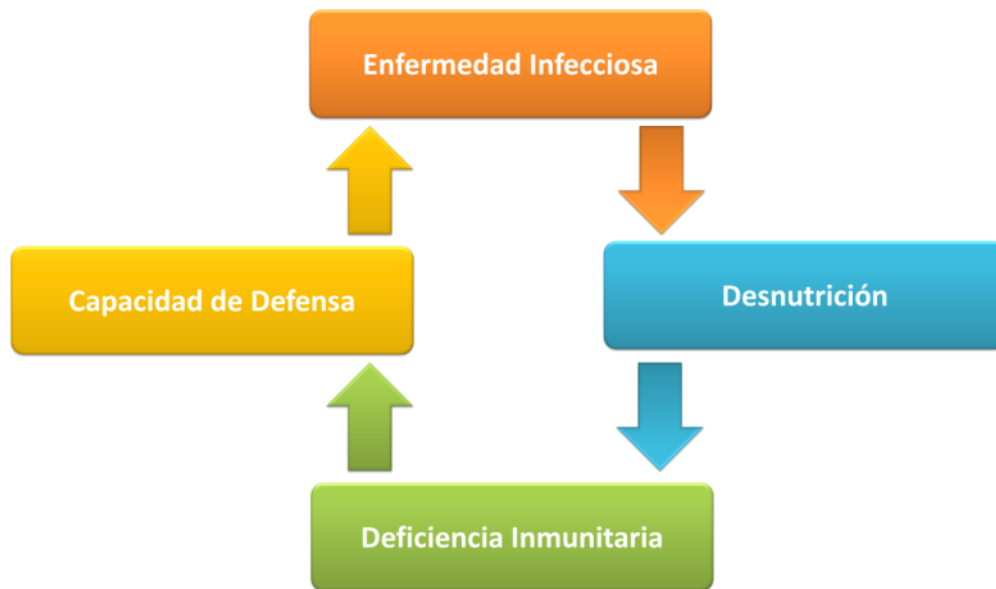
---

<sup>1</sup> IFE. Alimentación para lactantes y niños/as pequeños en emergencias. 2007.

interinstitucional, para poder proveer de una atención integral, oportuna y mitigar riesgos alimentarios y nutricionales a la población que pudiera resultar afectada.

En este sentido esta guía práctica y operativa de intervenciones en alimentación y nutrición en situaciones de emergencia servirá para prevenir posibles consecuencias negativas en el estado de salud y compromiso del estado nutricional de la persona, familia y comunidad afectada, convirtiéndose así en una estrategia importante y primordial, toda vez que el ciclo desnutrición-infección disminuye la capacidad de defensa del cuerpo y provoca deficiencia inmunitaria haciendo posible a la población a padecer de diferentes enfermedades.

**Figura 1. El Ciclo Desnutrición – Infección**



Fuente: Elaboración propia

## 2 MARCO LEGAL

### Normativa internacional

La normativa internacional para la atención de las situaciones de emergencia y/o desastre inicia en 1949, siguiendo en orden cronológico:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (Paris, 1948).
- Convenios de Ginebra y sus Protocolos, I y II de 1949.
- Resolución 46/182 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991.
- Derecho Internacional Humanitario Consuetudinario (Cruz Roja Internacional, 1996).
- Declaración de Quebec, del 22 de abril de 2001 (Capítulo 8 Manejo de desastres).
- La Conferencia Mundial de Reducción de Desastres, Hyogo, Japón, enero de 2005.
- Teniendo como base la Carta Humanitaria a través del Proyecto Esfera se han definido las Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre, que representan la respuesta mínima para mantener los elementos básicos de una vida digna.
- Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2030 que establece la Estrategia Internacional de los países miembros de las Naciones Unidas para la Reducción de los Desastres

Por otra parte, de acuerdo a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, los objetivos a los cuales apunta nuestro país en situaciones de emergencias y/o desastres son el 1 (erradicar la extrema pobreza y el hambre), el 4 (reducir la mortalidad de los niños) y 5 (mejorar la salud materna).

### Normativa Nacional

A nivel nacional se cuenta con el siguiente marco normativo:

- Constitución Política del Estado (Ver diagnóstico y estrategia del sector salud en riesgos)
- Ley 031 Marco de Autonomías y Descentralización (artículos 81 y 100)
- Ley No. 602 de Gestión de Riesgos cuyo objeto es regular las actividades de la gestión de riesgos en Bolivia. Esta Ley:
  - Establece el marco institucional a partir del Sistema Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o Emergencias (SISRADE); el Consejo Nacional para la Reducción de Riesgos y Atención de Desastres y/o emergencias (CONARADE), como la instancia superior de decisión y coordinación del SISRADE; y el Comité de Operaciones de Emergencia Nacional - COEN, bajo la dirección y coordinación general del VIDECL como la instancia responsable de la atención de desastres y/o emergencias. El COEN organiza y articula las mesas técnicas sectoriales. El Ministerio de Salud es líder de la Mesa Técnica Sectorial de Salud y Nutrición, participa de las reuniones del COEN y coordina las reuniones y acciones de la Mesa Sectorial.

También establece las instancias del SISRADE en los gobiernos autónomos departamentales, municipales e indígena originario campesinos.

- Establece las atribuciones de las entidades del nivel central de gobierno, las responsabilidades de los sectores en materia de gestión de riegos, derechos y obligaciones.
- Establece los alcances y procesos de la gestión de riesgos incluyendo la planificación, las alertas, evaluaciones de daños y análisis de necesidades, declaratorias de situaciones de emergencia y/o desastre, los sistemas de información y alerta, el régimen de excepción ante emergencias y/o desastres, las provisiones presupuestarias y el financiamiento para la gestión de riesgos.
- Decreto Supremo No. 2342, Reglamento de la Ley de Gestión de Riesgos, que:
  - a) Norma la finalidad, procesos, componentes y estructura del SISRADE.
  - b) Norma los instrumentos de planificación para la gestión de riesgos.
  - c) Determina los componentes y procesos del Sistema Integrado de Información y Alerta para la Gestión de Riesgos de Desastres – SINAGER SAT.
  - d) Determina los instrumentos financieros para la gestión de riesgos a través del Fondo de Fideicomiso para la Reducción de Riesgo y Atención de Desastres (FORADE).
  - e) Norma el régimen especial para el manejo de desastres y/o emergencias.
- Decreto Supremo No. 29894, Estructura organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional y modificada por el Decreto Supremo No. 0429 de 10 de febrero de 2010, Asigna al Ministro de Defensa a través del Viceministerio de Defensa Civil las atribuciones concernientes a políticas para la gestión de riesgos, planificar y coordinar acciones destinadas a la prevención y reducción de riesgos en coordinación con las instancias departamentales, regionales, municipales y pueblos indígenas originarios campesinos, así como con entidades públicas y privadas nacionales e internacionales, ejercer y dirigir la Secretaría Técnica del Consejo Nacional para la Reducción y Atención de Desastres y Emergencias (CONARADE); coordinar con los Ministerios de Economía y Finanzas Públicas y de Planificación del Desarrollo la canalización de la cooperación técnica y financiera para el desarrollo de proyectos de defensa civil en situaciones de emergencias y desastres.
- Ley N° 786, Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020, que en el Pilar 9: Soberanía ambiental con desarrollo integral incluye la gestión integral de riesgos.

Este marco legal respalda acciones de organización y manejo de las situaciones de emergencia y/o desastre a nivel nacional, departamental y municipal.

La **normativa y lineamientos de acción para la temática de nutrición** en Bolivia está conformada por:

- La Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

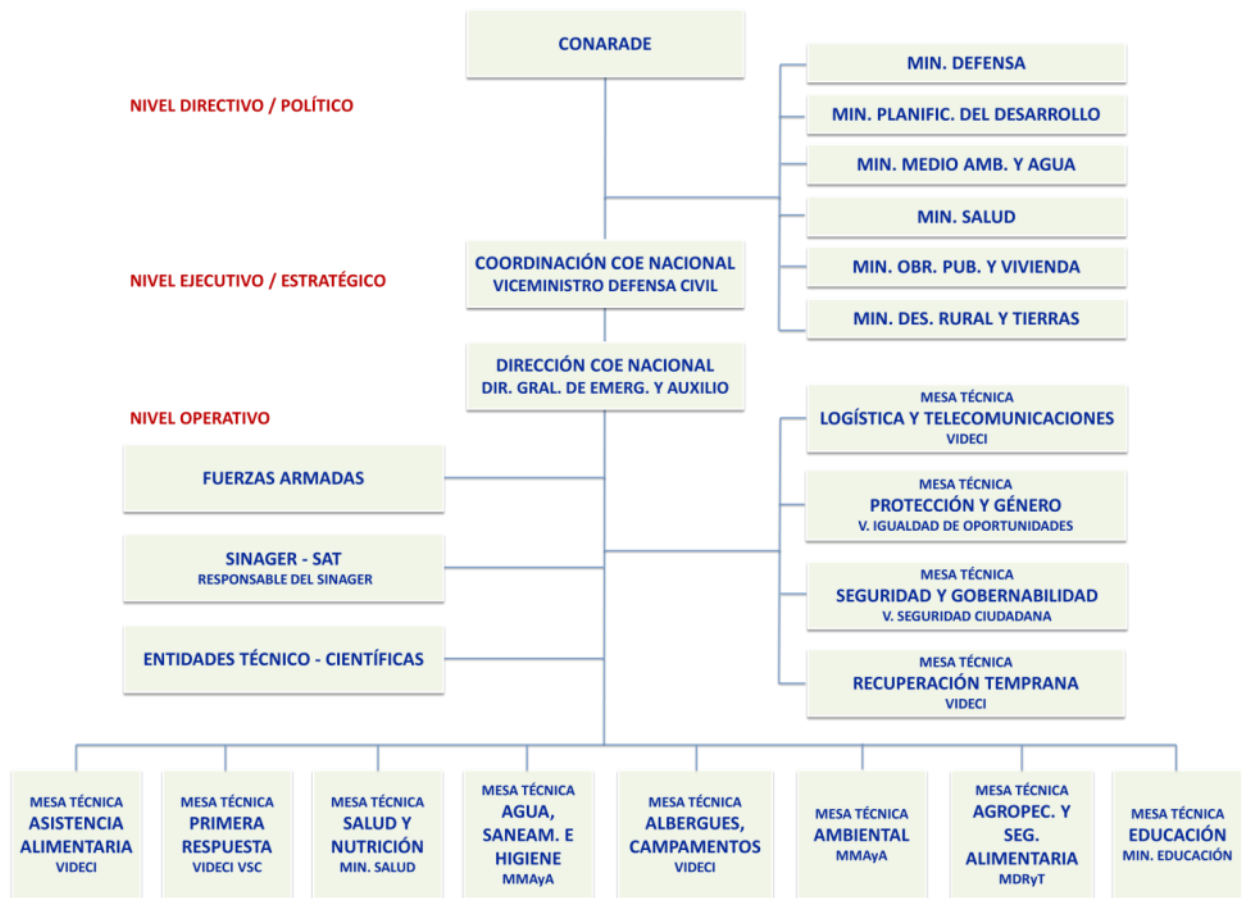
- El Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien 2016 – 2020 (Ministerio de Salud)
- La Ley N° 775 de Promoción de Alimentación Saludable
- El Plan Estratégico Institucional del Ministerio de Salud
- Las Guías de alimentación del Ministerio de Salud

La presente Guía contribuye a la consolidación del Pilar 9 (Soberanía ambiental con desarrollo integral que incluye la gestión integral de riesgos) del Plan de Desarrollo Económico y Social 2016-2020 en el marco del desarrollo integral para vivir bien, en la temática alimentario nutricional.

### Organización de la Atención de Emergencias en el Nivel Central del Estado

A nivel nacional, el Ministerio de Salud forma parte tanto del CONARADE y el líder de la Mesa Técnica de Salud y Nutrición (Ley 602 y D.S. 2342), En la siguiente figura se muestra la estructura del CONARADE y del COE Nacional, esquema que se replica en los niveles departamentales y municipales con los CODERADEs, COMURADEs, COEDs y COEMs.

**Figura 2. Organización del CONARADE y COEN**



Fuente: VIDECI, COE Nacional, 2016

La respuesta humanitaria a emergencias y/o desastres en el nivel central de gobierno está a cargo del COE Nacional que se organiza en Mesas Sectoriales que se activan junto al COEN en emergencias y/o desastres. En la tabla 1 se presenta una lista de las mesas técnicas sectoriales que conforman el COEN, los responsables y cooperantes de cada mesa sectorial.

**Tabla 1. Responsables y Cooperantes de las Mesas Técnicas Sectoriales del COEN**

Mesa Técnica	Líder	Cooperación
Primera Respuesta	VIDECI - Viceministerio de Seguridad Ciudadana FF.AA. - Comando en Jefe	Cruz Roja Internacional
Albergues, Campamentos	VIDECI- Unidad de Coordinación y Articulación	Organización Internacional para las Migraciones (OIM)
Asistencia Alimentaria	VIDECI – Unidad de Suministros	Programa Mundial de Alimentos (PMA), Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO).
Salud y Nutrición	Min. Salud - Programa Nacional de Control y Atención de Desastres - Unidad de Nutrición	Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
Agua, Saneamiento e Higiene	Min. Medio Ambiente y Agua (MMAyA): Vicemin. Agua Potable y Saneamiento Básico	UNICEF
Agropecuaria y Seguridad Alimentaria	Min. Desarrollo Rural y Tierras: Vicemin. Desarrollo Rural	PMA, FAO
Medio Ambiente y Gestión de Riesgos Hidrológicos	MMAyA: Vicemin. Medio Ambiente, Biodiversidad, Cambios Climáticos y de Gestión y Desarrollo Forestal – Vicemin. Recursos Hídricos y Riego	
Educación	Min. Educación: Unidad de Políticas Inter- Intra culturales y Plurilingüismo	UNICEF
Logística y Telecomunicaciones	VIDECI (Unidad de Suministros, SINAGER) – FFAA Comando en Jefe	
Protección y Género	Min. Justicia: Vicemin. de Igualdad de Oportunidades.	Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)
Seguridad y Gobernabilidad	Ministerio de Gobierno: Vicemin. de Seguridad Ciudadana	

Mesa Técnica	Líder	Cooperación
Recuperación Temprana	VIDECI Unidad de Rehabilitación y Reconstrucción	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Fuente: Manual COEN VIDECI 2016, UNICEF

### **Organización de Atención de Emergencias en el Ministerio de Salud**

El Ministerio de Salud, mediante las Direcciones de Servicios de Salud y Promoción de la Salud y la Unidad de Epidemiología, a través del Programa Nacional de Control y Atención de Desastres y la Unidades de Alimentación y Nutrición coordinan actividades conjuntas para evaluar los daños y necesidades en municipios afectados por situaciones de emergencia y/o desastres, para apoyar al fortalecimiento local y capacidad de respuesta de los municipios afectados, mediante sus homólogos departamentales en los SEDES, Redes de Salud y Establecimientos de Salud de los municipios.

### **Mesa Técnica de Salud y Nutrición en Emergencias**

La Mesa Técnica de Salud y Nutrición en Emergencias es una instancia del COE Nacional<sup>2</sup> que tiene el objetivo de liderar actividades de respuesta en Salud y Nutrición de manera integral, para disminuir el impacto de eventos adversos que afecten la salud de la población boliviana, a través de acciones de Reducción de Riesgo y Atención en Desastres y/o Emergencias en el marco de la Ley de Gestión de Riesgos No. 602 y su Decreto Reglamentario 2342.

El Ministerio de Salud lidera esta Mesa Técnica a través del Programa Nacional de Vigilancia, Control y Atención de Emergencias (PNCAD) y/o Desastres y de la Unidad de Alimentación y Nutrición (UAN).

### **Comité Nacional de Nutrición en Emergencias**

El Comité Nacional de Nutrición en Emergencias, parte de la Mesa Técnica Sectorial de Salud y Nutrición, es la instancia del COE Nacional, responsable de planear, convocar y coordinar las acciones públicas, de las agencias humanitarias, organismos no gubernamentales y de la participación social, en materia de preparación y atención de emergencias y/o desastres en relación al sector de nutrición<sup>3</sup>.

El Comité Nacional de Nutrición, se activa junto al COEN cuando el SAT-VIDECI declara Alerta Roja debido a la presencia de un evento adverso con potencial de daños a la población y sus medios de vida en uno o más departamentos del país (art. 37 Ley 602).

Su objetivo principal es: "Fortalecer la coordinación, capacidades, planificación y programación en Nutrición tanto en respuesta como en preparación para la emergencia; en

---

<sup>2</sup> Términos de Referencia de la Mesa Técnica de Salud y Nutrición en Emergencias, Ministerio de Salud, Bolivia, 2015.

<sup>3</sup> Términos de Referencia del Comité Nacional de Nutrición en Emergencias, Ministerio de Salud, Bolivia, 2016.

coordinación con los diversos actores, ETA's, cooperación internacional, ONG's, Iglesias, sociedad civil y otros, para mejorar la respuesta oportuna, eficiente y efectiva para las poblaciones afectadas por situaciones de emergencia y/o desastre.

Este Comité es liderado por la Unidad de Alimentación y Nutrición del Ministerio de Salud y tiene como Co-líderes al VIDECI y a UNICEF.

### **Organización en los Gobiernos Autónomos**

Los COE departamentales y los COE municipales incluyen comités técnicos sectoriales para situaciones de desastre y/o emergencia. En el caso del área de Nutrición, según la estructura organizacional del COE, Nutrición podrá formar parte de la Comisión de Salud y Nutrición junto a otras áreas (alimentación, educación, protección, etc.) de acuerdo con el número de Comisiones que conformen el COE departamental o municipal.

### 3 EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN NUTRICIONAL

La valoración rápida de una situación de emergencia es de gran importancia para prever las necesidades y acciones a desarrollar. Esta evaluación orienta a la formulación de un plan de intervención, identificando actores que pueden colaborar con la recolección de la información.

Los insumos necesarios para una evaluación rápida nutricional son balanzas, tallímetros y cintas braquiales, que deben ser empleados por personal calificado para la medición antropométrica.

La información que debe obtenerse incluye: peso, talla, edad y sexo, pero también deben identificarse niños/as con edema nutricional, kwashiorkor, signos de avitaminosis y marasmo, estos últimos ameritan un abordaje inmediato.

#### 3.1 Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades Nutricionales (EDAN Nutricional)

En la recolección de la información para una adecuada atención a cada uno de los grupos se recoge ciertos datos básicos. En la página siguiente se presenta la Matriz de recolección de datos cuya información sea útil para planificar la respuesta durante la emergencia, que identifica los daños en términos de la situación nutricional y las necesidades de la población afectada, conocida como formulario de Evaluación de Daños y Análisis de Necesidades Nutricional (**EDAN Nutricional**).

<b>MESA DE SALUD, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN</b> <b>FORMULARIO DE EVALUACIÓN RÁPIDA DE SITUACIÓN NUTRICIONAL</b>	FECHA: __/__/__
---	-----------------

DISTRITO:		<b>NOMBRE SUBALCALDE</b>	CEL.
COMUNIDAD:		NOMBRE AUTORIDAD COMUNAL	CEL.
COORDENADAS:	x;		
	y:		

TIPO DE DESASTRE	FECHA DEL EVENTO ADVERSO
	GRAVEDAD

DATOS DE LA POBLACIÓN AFECTADA	NÚMERO DE NIÑAS/OS MENORES DE CINCO AÑOS
POBLACIÓN TOTAL:	NIÑO MENORES DE 6 MESES
POBLACIÓN EN ALBERGUES	NIÑOS DE 6 A 23 MESES
MAYORES A 60 AÑOS	NIÑOS DE 24 A 59 MESES
NIÑAS/OS SOLOS	% DE MENORES DE 6 MESES QUE RECIBEN SENO MATERNO EXCLUSIVO
MUJERES: - EMBARAZADAS	
- EN PERIODO DE LACTANCIA	

DISPONIBILIDAD Y CANTIDAD DE COMPLEMENTOS Y MICRONUTRIENTES		CANTIDAD NECESARIA	OBSERVACIONES
	CANTIDAD		
CHISPITAS			
NUTRIBEBE			
CARMELO			
VITAMINA A			
ZINC			
SULFATO FERROSO			
SRO			

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS	COMENTARIOS
DISPONIBILIDAD DE ALIMENTOS: SI ( ) NO ( )	
RR.HH. CAPACITADOS EN NUTRICIÓN: SI ( ) NO ( )	
EQUIPOS DE MEDICIÓN ANTROPOMÉTRICA: SI ( ) NO ( )	
HOSPITAL DE REFERENCIA PARA DESNUTRIDOS: SI ( ) NO ( )	

COMENTARIOS Y/O CONCLUSIONES:


ELABORADO POR:	FIRMA:

### **Instructivo de Llenado del EDAN Nutricional**

Una vez conformado el equipo que se desplegará a la comunidad, se debe proceder de la siguiente manera:

Entrevistar a la Autoridad Local en Salud, quien reúne a toda la comunidad, habitualmente se forma una comisión con representantes de la comunidad y es a ellos a quienes se dirige esta encuesta.

- (1) Llenado de datos generales: Se llenará el departamento, municipio, cantón, la fecha de elaboración de la encuesta y el nombre y apellidos del responsable de llenar la información.
- (2) Población total: Se registrará la población total con la que cuenta la comunidad. En caso de no contar con un dato oficial de la misma, se considera la población asignada por el INE al establecimiento de salud.
- (3) Población ubicada en albergues: Se registrará la cantidad de personas que fueron ubicadas en albergues transitorios.
- (4) Número de niños menores de 5 años: Se registrará la cantidad de niñas y niños de esta edad, de acuerdo a lo manifestado por la comunidad.
- (5) Número de embarazadas: Se registrará la cantidad de embarazadas que hubiese en la comunidad.
- (6) Número de niñas/os solos: Se registrará la cantidad de niñas/os que no cuentan con familiares y/o que los hubiesen perdido en la emergencia y/o desastre.
- (7) Número de mujeres embarazadas: Se registrará la cantidad de mujeres en estado de embarazo.
- (8) Número de mujeres en periodo de lactancia: Se registrará la cantidad de mujeres en periodo de lactancia.
- (9) Presencia de sucedáneos en el lugar: Se registrará si hubiese llegado a la comunidad tarros de sucedáneos de leche materna y otras fórmulas infantiles.
- (10) % de niñas/os de 6 meses que reciben seno materno exclusivo: Se registrará la cantidad de niñas/os de 6 meses que continúan con lactancia materna.
- (11) Existen algunas barreras culturales que interfieren con la lactancia materna: Se registrará en esta casilla "sí", si las madres no están dando de lactar a sus niñas/os debido a factores culturales, inmediatamente se recomendará retomar la lactancia materna.
- (12) Existe disponibilidad de nutribebé: Se registrará si existe disponibilidad del alimento complementario en la comunidad, cotejar con información del establecimiento de salud.
- (13) Existe disponibilidad de vitamina A: Específicamente se debe de verificar en el Establecimiento de Salud.

- (14) Disponibilidad de Zinc y SR: Específicamente se debe de verificar en el Establecimiento de Salud.
- (15) Disponibilidad de ciprofloxacina: Específicamente se debe de verificar en el Establecimiento de Salud.
- (16) Disponibilidad de alimentos: Se registrará si se dispone de alimentos para las familias, ver si cuentan con reservas.
- (17) Disposición de excretas: Se registrará si hay lugares destinados para este fin.
- (18) Disposición de sólidos: Se registrará si hay lugares destinados para este fin.
- (19) Existe recurso humano capacitado en nutrición: Se registrará si la comunidad cuenta con nutricionista y/o personal capacitado en el continuo de la atención.
- (20) Existe un hospital de referencia para desnutridos: Se registrará el hospital de referencia.
- (21) Otros Se registrará información que ayude a una efectiva planificación de actividades.

**Tabla 2. Consideraciones que el Personal de Salud debe Tener Presente**

Grupo	Observaciones
Número de niñas/os menores de 5 años disgregados por edad: - Menores de 6 meses, - 5 a 23 meses, - 24 a 59 meses.	Los menores de 6 meses son niñas/os de alto riesgo si carecen de lactancia materna. Las niñas/os de 6 a 21 meses son un grupo de riesgo para desnutrición si no cuentan con una adecuada alimentación complementaria. En situaciones de emergencia, el grupo de menores de 5 años debe recibir micronutrientes (chispitas, vitamina A) así como vacunas con cobertura de 100%.
Número de embarazadas categorizadas por estado nutricional: - Mujeres embarazadas desnutridas. - Mujeres embarazadas normases.	Debe identificarse a todas las embarazadas y entre éstas a las desnutridas para realizar intervenciones nutricionales. En las embarazadas desnutridas suele incrementarse las prevalencias de bajo peso al nacer. Debe identificarse a ambos grupos de mujeres para realizar intervenciones nutricionales y reforzar consejería de lactancia materna.
Número de mujeres en periodo de lactancia categorizadas por estado nutricional: - Mujeres en periodo de lactancia desnutridas. - Mujeres en periodo de lactancia normales.	En situaciones de emergencia es importante cuantificar estos grupos para proporcionarles protección especial.
Número de mujeres y niñas/os solos. Práctica de alimentación: - Lactancia Materna,	Evaluar las prácticas de alimentación permitirá definir el tipo de información que debe reforzarse en la población. Permite evaluar el riesgo de infecciones

<b>Grupo</b>	<b>Observaciones</b>
- Inicio de alimentación complementaria, Presencia de sucedáneos de la leche materna.	diarreicas, pues en situaciones de emergencia debe desalentarse el uso de estas fórmulas,

## 4 PLANIFICANDO LAS INTERVENCIONES NUTRICIONALES

### 4.1 Intervención Nutricional

Se deberán implementar 3 estrategias imprescindibles que deben ser aplicadas y que son válidas en situaciones de emergencia.

**Figura 3. Componentes de la Intervención Nutricional**



Fuente: Elaboración propia

#### a. Lactancia materna

La leche materna provee todos los nutrientes esenciales para cualquier niño/a, por lo que ésta reviste mayor importancia en situaciones de emergencia donde no existen condiciones sanitarias y de alimentación favorables.

**Tabla 3. Consideraciones que el Personal de Salud debe tener presente**

Los trabajadores en salud juegan un rol esencial para estimular la alimentación con leche materna, reforzando los siguientes aspectos:
Organizar a las mujeres acerca de la importancia de la alimentación de las niñas/os y organizarlas.
Promover los once pasos de la lactancia materna exitosa.
Estar capacitada/o para persuadir a las madres sobre la necesidad de alimentar a sus bebés, exclusivamente con leche materna durante los 6 primeros meses de nacidos y las

bondades de extender el periodo de lactancia hasta los 2 años.
Reforzar mensajes positivos sobre la lactancia materna en cada ocasión de contacto con las madres como ser los controles prenatales, parto, postparto y controles de la niña/o.
Ayudar a las madres, cuando presenten dificultades para amamantar enseñándoles técnicas sencillas de lactancia y persuadiéndolas de abandonar creencias o actitudes negativas respecto a la lactancia.
Garantizar el soporte o apoyo necesario a la madre lactante por la comunidad, la familia y el personal de salud. Establecer espacios donde las madres puedan reunirse y descansar.
Asegurar que las madres tengan acceso a una ración adicional de alimentos, así como libre acceso al agua potable. Complementariamente, ayudarles a conseguir un litro adicional de agua al día en situaciones en que el abastecimiento de ésta, sea limitado.
Las situaciones de emergencia no justifican la distribución de sucedáneos que sustituyan la leche materna, por el contrario, su uso puede empeorar la situación nutricional por los riesgos asociados a este tipo de alimentación como es la diarrea en niñas y niños alimentados con biberón, debido a la escasa disponibilidad de agua segura, así como las bajas condiciones higiénicas que caracterizan a las zonas de desastre.

Fuente: Elaboración propia

Debe tenerse en cuenta las siguientes recomendaciones respecto al uso de sustitutos de la leche materna: La cantidad y distribución de sustitutos de leche materna en situaciones de emergencia debe ser estrictamente restringida y controlada.

Si la alimentación artificial es una opción en determinadas situaciones, ésta debe ser administrada con cucharillas o pequeñas tazas, evitando el uso de biberones.

Las personas encargadas de distribuir y recomendar la lactancia artificial en ciertas ocasiones, deben estar capacitadas en una correcta preparación de los sustitutos de la leche materna.

Para ello es importante explicar y demostrar la manera correcta de preparar estos productos, además de dotar a las madres de los elementos necesarios como agua segura.

No garantizar una correcta preparación de sustitutos de la leche materna, incrementa el riesgo de enfermedades diarreicas. En las tablas siguientes, se mencionan elementos clave para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna.

**Tabla 4. Prácticas Erróneas que Pueden Dificultar la Lactancia Materna**

<b>ASPECTOS NEGATIVOS QUE DEBEMOS EVITAR</b>
Separación de la madre y la niña/o.
Retraso en la primera lactada.
Restricción en la frecuencia de alimentación.
Poner horarios a la alimentación de la niña/o.

<b>ASPECTOS NEGATIVOS QUE DEBEMOS EVITAR</b>
Dar otros líquidos antes de la primera lactada.
Dar alimentos complementarios o leches de tarro.
Dar té, dextrosa, agua entre las lactadas.
Decir cualquier cosa que haga dudar a las madres sobre su capacidad de producir leche.
Dar muestras gratis de leches comerciales.
Usar biberones, chupones.

Fuente: WHG: Infant feeding in emergencies. A guide for the mothers

**Tabla 5. Promoción de Mensajes Clave**

<b>APOYAR A LA MADRE PROMOVRIENDO MENSAJES CLAVE</b>
Comenzar la lactancia materna lo más rápido posible después del parto.
Contacto piel a piel de la madre y la niña/o.
Buen agarre y posición de la niña/o durante la lactancia. Alimentación frecuente de la niña/o.
Alimentación exclusiva con seno materno.
Mejorar la confianza de la madre en su capacidad de dar de lactar a través de consejería adecuada.
Evitar biberones, chupones, etc.
Evitar cremas o aceites en los pezones.
Evitar jabones en los pezones, excepto el baño diario normal.

Fuente: WHG: Infant feeding in emergencies. A guide for the mothers

**Tabla 6. Iniciativa de Hospitales y Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y la Niñez**

<b>A 11 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA</b>
Paso 1.- Tener una norma relativa a la lactancia materna por escrito, que sistemáticamente se ponga en conocimiento del personal de salud.
Paso 2.- Capacitar a todo el personal de salud en forma que esté en condiciones de poner en práctica la norma.
Paso 3.- Informar a todas las embarazadas, la pareja y la familia de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
Paso 4.- Colocar a los bebés en contacto piel a piel con sus madres inmediatamente después del nacimiento, por lo menos una hora y alentar a las madres a reconocer cuándo sus bebés están listos para amamantar, ofreciendo ayuda si es necesario.
Paso 5.- Mostrar a las madres y padres cómo se debe dar de mamar al bebé,

<b>A 11 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA</b>
cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijas/os.
Paso 6.- No dar a los recién nacidos más que leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
Paso 7.- Facilitar el alojamiento conjunto de las madres y los bebés durante las 24 horas del día.
Paso 8.- Fomentar la lactancia natural a demanda de parte del bebé y/o de la madre.
Paso 9.- No dar a los bebés: mamaderas, biberones o chupones artificiales.
Paso 10.- Formar grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellas a su salida del hospital.
Paso 11.- Prohibir la práctica de la distribución gratuita e indiscriminada de sucedáneos de la leche materna en el Hospital.

Fuente: WHG: Infant feeding in emergencies. A guide for the mothers

## **b. Alimentación complementaria, alimentos complementarios y suplementación con micronutrientes**

### **Alimentación complementaria**

#### **Niños menores de cinco años**

Se denomina alimentación complementaria al proceso que se inicia con la introducción gradual y paulatina de alimentos diferentes a la leche materna para satisfacer las necesidades nutricionales del niño/a, hasta integrarlo a la dieta familiar. Es recomendable que ésta sea iniciada a los seis meses y no antes, pues la leche materna cubre todas las necesidades en el primer semestre de vida. Es importante que la lactancia materna se continúe hasta los dos años, puesto que hasta esa edad aporta el 30% de las necesidades de proteínas del niño/a.

El período entre los seis meses y dos años de edad, es una etapa en la que el niño/a requiere mayor cantidad de nutrientes, esto hace que se incremente el riesgo de desnutrición en caso de que no se lleve a cabo su alimentación en forma adecuada.

Cuando el niño empieza a ingerir alimentos complementarios debe dársele pequeñas cantidades de éstos, que irán incrementándose gradualmente en el tiempo. El contenido calórico de los alimentos puede aumentarse, añadiendo una cucharilla de aceite a las comidas.

Asimismo la consistencia de los alimentos y la variedad de los mismos debe ser gradual, conforme el niño/a crece. En esta etapa se recomienda licuar o aplastar los alimentos seleccionados y mezclarlos con sopas, de esta manera se logra variar la consistencia del alimento, especialmente para niños de seis a ocho meses.

Pasados los ocho meses los niños/as pueden comer alimentos sólidos en trozos pequeños o bien aplastados con un tenedor. Al año de edad casi todos los niños/as pueden comer los alimentos de la olla familiar. Gradualmente y conforme el niño/a crece, se debe aumentar el número de veces que consume alimentos complementarios.

Es importante variar los alimentos. Durante las emergencias es posible que los alimentos ricos en proteínas como la carne sean escasos, por este motivo la ayuda alimentaria deberá sustituirlos por otros alimentos de alto valor proteico. A continuación se presentan las prácticas óptimas de alimentación del niño o niña menor de cinco años.

**Tabla 7. Prácticas Óptimas de Alimentación Infantil de 0 A 59 Meses**

EDAD	FRECUENCIA	CANTIDAD	CONSISTENCIA	RECOMENDACIÓN
0 - 6 meses (inicio de Fe alimentación complementaria: 6 mese 5)	A libre demanda (las veces que quiera el niño/o de día y noche),	A libre demanda	Líquida.	Verificar tablas 3,4 y 5.
7 -11 meses	Continuar con la lactancia materna. Comer 5 veces al día (desayuno, almuerzo, cena y las dos restantes dar el alimento complementario.	7 a 11 cucharas en cada comida	En forma de papilla o puré espeso.	Iniciar con puré de alimentos disponibles en la comunidad (ej, manzana, plátano, papa), agregar gradualmente cereales y verduras mezclados con leche materna.
1 a 2 años	Continuar con la lactancia materna. Comer 5 veces al día (desayuno, almuerzo, cena y las dos restantes dar el alimento complementario "Nutrí bebé"1) La niña/o se integra a la alimentación de la familia.	12 a 15 cucharadas en cada comida	En consistencia de puré, papilla espesa y luego picados en trozos muy pequeños. Dar sopas espesas con verduras.	<b>Carnes:</b> carne de vaca, cordero, hígado de pollo, <b>Cereales y derivados:</b> Quinua, maíz, trigo, avena. <b>Verduras:</b> Haba, arveja, acelga, espinaca, apio, cada día. Tubérculos: papa, racacha, .yalusa (de acuerdo a la región). <b>Frutas:</b> durazno, mango, plátano, papaya (de acuerdo a la región). Lego miñosas: Haba y arveja seca, porotos, garbanzo, tarhui, lentejas.
2a 5 años	Comer 5 veces al día (desayuno, almuerzo, cena y las dos restantes frutas, cereales o productos derivados),	15 a 25 cucharadas en cada comida hasta los 5 años	En trocitos bien picados.	<b>Leche:</b> Cualquier leche animal y sus derivados (queso, yogurt, etc). <b>Carnes:</b> res, pollo, pescado. <b>Huevo:</b> En diferentes formas <b>Frutas:</b> Naranja, mandarina, pomelo, limón, plátano, papaya. <b>Oleaginosas:</b> Nuez, almendra. <b>Vegetales:</b> de preferencia cocidos y no crudos en emergencias. Zapallo, zanahoria, acelga, espinaca, apio. <b>Todos estos alimentos estarán sujetos a disponibilidad local del lugar de la emergencia.</b> Hacer uso de los alimentos disponibles en la emergencia y de preferencia consumirlos cocidos.

Fuente: Adaptado de recomendaciones nutricionales del documento AIEPI- NUT

Actualmente en Bolivia se distribuye el Nutribebé, que es un Alimento Complementario que debe ser comprado por los municipios, en el caso de las emergencias este alimento podrá ser donado por la cooperación internacional u otro mecanismo.

El Nutribebé está destinado a niños/niñas de 6 a 23 meses, cubre la brecha nutricional que deja la leche materna y la alimentación complementaria que puedan recibir los niños y niñas en sus hogares. Debe ser usado de acuerdo al AIEPI - Nut. Su cobertura en niños/as entre 6 a 23 meses, debe ser del 100% en situaciones de emergencia.

La alimentación complementaria en situaciones de emergencia, por lo general se dificulta ya que la disponibilidad y la preparación correcta de los alimentos se ven afectadas por la limitación de raciones distribuidas, la escasez de fuentes de energía, de recipientes para la preparación, así como de insuficiente cantidad y calidad de agua segura. Todo ello responde al plan de acción a ser implementado posterior a la evaluación de necesidades.

### **Adulto Mayor**

La alimentación complementaria de adultos mayores (a partir de los 60 años) tiene como objetivo mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica del adulto mayor, prevenir y tratar las carencias nutricionales del adulto mayor a través de un complemento alimentario especialmente diseñado para el adulto mayor acorde a sus necesidades.

En Bolivia el complemento alimentario para adultos mayores es el "Carmelo" que fortifica la memoria y otorga vitaminas al adulto mayor. Este producto es rico en micronutrientes, calcio, hierro, yodo, Complejo B, Vitamina D, Omega 3 que beneficia a la parte neuronal (memoria), colágeno tipo 1 (para articulaciones y tejidos).

El Carmelo puede ser consumido por todos los adultos mayores a excepción de aquellas personas que presenten problemas renales o hepáticos (enfermedades que impiden que el hígado funcione).

### **Suplementación**

El uso de suplementos vitamínicos y minerales o productos fortificados en Bolivia está garantizado para todos los niños/as entre 6 y 23 meses, con las "CHISPITAS NUTRICIONALES", que proveen hierro, zinc, vitamina A y ácido fólico.

En situaciones de emergencia, la cobertura de "suplementos de hierro" en la población de menores entre 6 y 23 meses debe ser del 100%, siendo posible su extensión hasta los 5 años, evitándose de este modo un posible déficit de micronutrientes.

Asimismo es importante proporcionar vitamina A, al 100% de los niños/as entre 6 y 59 meses.

En caso de enfermedades, como diarreas e infecciones respiratorias, debe administrarse abundante líquido a los menores afectados, durante y después de la enfermedad, así como variar la alimentación, pues es frecuente la falta de apetito del menor en estas condiciones. Para tratamiento de la diarrea debe asegurarse el suplemento de las tabletas de zinc.

### c) Asistencia alimentaria

A continuación se presenta criterios básicos para la solicitud y organización de asistencia alimentaria.

Requerimientos para la ayuda alimentaria

En las zonas de desastre, las personas a cargo de la preparación de las raciones alimentarias del niño/a, deberán ser informados sobre los siguientes aspectos: Otras recomendaciones importantes relacionadas con la alimentación complementaria de los niños/as tienen que ver con la preparación y almacenamiento seguro de los alimentos complementarios.

**Tabla 8. Características de los Alimentos Solicitados en Emergencias**

Culturalmente aceptable (de acuerdo a la región), nutricionalmente balanceada y segura para consumo humano.
Adecuada en cantidad, tomando en cuenta pérdidas de cosecha y de autosuficiencia de los damnificados.
Fácil de cocinar, usando combustible mínimo y que no requiera refrigeración.
Que tome en cuenta las necesidades específicas de las embarazadas, madres lactantes, personas con capacidades diferentes y a las niñas y niños. Que sea fácil de digerir y cubra sus necesidades nutricionales. Proporcionada de forma regular y a tiempo.
Distribuida de manera equitativa para garantizar que todos los elegibles para ayuda alimentaria la reciban.
Coordinar el tipo de ayuda alimentaria (lotes).
Otras características de los alimentos solicitados en situaciones de emergencias son la gratuidad, regularidad, calidad y de manera oportuna.

Fuente: Elaboración propia

Se debe establecer prácticas de higiene como el lavado previo y prolijo de manos de las personas responsables de preparar los alimentos complementarios; a este efecto se debe prever raciones suficientes de agua segura para la higiene de adultos y de menores.

Guardar los alimentos de forma segura y servirlos inmediatamente después de su preparación, es otro factor de gran importancia, en las que debe prepararse únicamente la cantidad suficiente de alimento complementario de manera que no queden restos para guardar.

En los anexos 2 y 3 se encuentran las formas de preparación del alimento complementario y del suplemento de hierro en polvo denominado "chispitas nutricionales" para su aplicación.

**Tabla 9. Insumos Necesarios para Alimento Seguro y Alimentación Segura**

INSUMOS REQUERIDOS PARA ALIMENTO SEGURO Y ALIMENTACIÓN SEGURA
o Combustible.
o Agua limpia.
o Jabón.
o Tiempo para preparaciones frecuentes de alimentos, alimentación y limpieza.
o Utensilios para cocinar y alimentarse Contenedores para: <ul style="list-style-type: none"> <li>* Transportar alimentos y agua a los campamentos/albergues/refugios.</li> <li>* Almacenar agua en los campamentos/albergues/refugios.</li> <li>* Almacenar alimentos crudos.</li> <li>* Almacenar alimentos cocidos.</li> </ul>

Fuente: WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. 2004.

### Lineamientos para Intervenciones en Emergencias

A continuación se presentan en las siguientes tablas, ejemplos de priorización de acciones en los niveles comunitario y de servicios de salud.

**Tabla 10. Priorización de Intervenciones en Emergencias - Nivel Comunitario**

PROGRESIÓN	CARACTERÍSTICAS GENERALES	INTERVENCIONES EN SALUD	INTERVENCIONES AUMENTARIO NUTRICIONALES	OTRAS	DISTRACCIONES
Prioridad 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Reducir la desnutrición aguda.</li> <li>* Reducir la mortalidad en la mayor medida posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Manejo efectivo de casos de acuerdo a protocolos (desnutrido severo) y enfermedades prevalentes de la infancia).</li> <li>* Salud neonatal incluyendo lactancia precoz y prevención de hipotermia.</li> <li>* Emergencias obstétricas.</li> <li>* Soporte Psicosocial.</li> <li>* Manejo de triage en Hospitales.</li> <li>* SRO/Zinc y disponibilidad de medicamentos para IRA, diarrea y otras enfermedades prevalentes de la infancia.</li> <li>* Vacunación para sarampión.</li> <li>* Tratamiento de malaria grave.</li> <li>* Tratamiento de traumas graves, emergencias, transfusiones, administración de líquidos IV, oxígeno.</li> <li>* Tratamiento de DENGUE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Aplicación de protocolos de alimentación terapéutica (ATLU, pumplynut).</li> <li>* ATLU (BP-100 ó pumplynut) en mujeres embarazadas y lactantes desnutridas.</li> <li>* Tratamiento protocolizado de desnutridos agudos graves, garantizar dotación de CMV a hospitales de referencia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Vigilancia de morbi/mortalidad.</li> <li>* Vigilancia hospitalaria para enfermedades de denuncia obligatoria.</li> <li>* Segundad hospitalaria.</li> <li>* Protección en hospitales.</li> <li>* Registro de evidencia de enfermedades mentales y abuso sexual.</li> <li>* Hospitales ambulatorios.</li> <li>* Restauración de infraestructura y sistemas de salud.</li> <li>* Equipamiento esencial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Donaciones de drogas inapropiadas.</li> <li>* Pérdida de liderazgo en la coordinación.</li> <li>* Falta de políticas claras.</li> <li>* Donaciones de leches y otros alimentos no acordes a la edad ni con pertinencia cultural.</li> </ul>

PROGRESIÓN	CARACTERÍSTICAS GENERALES	INTERVENCIONES EN SALUD	INTERVENCIONES AUMENTARIO NUTRICIONALES	OTRAS	DISTRACCIONES
Prioridad 2	* Restituir los servicios de salud de atención primaria	* Mejorar los sistemas de información de la comunidad.	* Intervenciones alimentario nutricionales puntuales (screening). * Asegurar un paquete de educación alimentaria nutricional y en salud particular para situaciones de emergencia y/o desastre.	* Establecer comités de coordinación en la comunidad. * Desarrollar sistemas de vigilancia comunitaria.	

Fuente: Modificado de Consultatim on child health in comex emergencies

**Tabla 11. Priorización de Intervenciones en Emergencias – Servicios de Salud**

PROGRESIÓN	CARACTERÍSTICAS GENERALES	INTERVENCIONES EN SALUD	INTERVENCIONES AUMENTARIO NUTRICIONALES	OTRAS	DISTRACCIONES
Prioridad 1	* Reducir la desnutrición aguda. * Reducir la mortalidad en la mayor medida posible.	DIARREA PREVENCIÓN: - Distribución de ítems no alimentarios (jabón, utensilios de limpieza). - Purificación del agua. - Mejora de las condiciones sanitarias. - Disposición de excretas. - incrementar la disponibilidad de agua. DIARREA TRATAMIENTO: - Manejo de diarrea en el hogar (SRO y Zinc), - identificación de signos de peligro. MALARIA: - Distribución de redes impregnadas con insecticida. DENGUE: - Medidas necesarias. IRAS: - identificación de signos de peligro y niñas/os enfermos (respiración rápida). INMUNIZACIONES: Movilización Social/campañas de vacunación con énfasis en sarampión.	DESNUTRICIÓN: - Organización de la comunidad, identificar autoridades locales, promotores y líderes comunitarios. - Identificación de niñas y niños con desnutrición. - Promoción de la lactancia materna. - Distribución de Vitamina A, - Distribución de suplementos de hierro. - Asegurar la alimentación de niñas/os de 6 a 23 meses. - Asegurar el abordaje adecuado de la niña/o desnutrida/o, - Prestar apoyo a los programas de atención terapéutica. - Asegurar la higiene y preparación de los alimentos, - Asegurar insumos para la preparación de alimentos (kit de nutrición, utensilios de cocina, etc.). - Asegurar la dotación de ATLU. - Asegurar la dotación de Alimento complementario.	* HIV/SIDA Información a la población. * Distribución de condones.	• Trabajo descoordinado o (manejo por muchos donantes o actores). * Alimentación solo para adultos. * Excesiva donación de fórmulas y otros alimentos.

PROGRESIÓN	CARACTERÍSTICAS GENERALES	INTERVENCIONES EN SALUD	INTERVENCIONES ALIMENTARIO NUTRICIONALES	OTRAS	DISTRACCIONES
Prioridad 2	* Restituir los servicios de salud de atención primaria.	Mejorar los sistemas de información de la comunidad.	* Intervenciones alimentario y nutricionales puntuales (screening), * Asegurar un paquete de educación alimentaria y en salud particular para situaciones de emergencia y/o desastre.	• Establecer comités de coordinación en la comunidad. * Desarrollar sistemas de vigilancia comunitaria.	

Fuente: Modificado de Consultatim on child health in comex emergencies

## ATENCIÓN NUTRICIONAL

### Cuidado de las embarazadas y madres en el periodo de lactancia

Las embarazadas y madres en período de lactancia tienen necesidades nutricionales especiales, por lo tanto ellas deben recibir una ración adicional, además de micronutrientes.

**Tabla 12. Necesidades nutricionales de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia**

EMBARAZADAS
Necesitan 500 Kcal/día adicionales (sobre las 2.000 Kcal/día base).
Si las raciones se distribuyen son para prepararlas en el hogar, proporcionar raciones suficientes para que puedan consumir 1.000 a 1.200 Kcal/día adicionales.
Deben recibir sulfato ferroso más ácido fólico en tabletas. 90 tabletas para 3 meses, independientemente de su estado nutricional.
Deben recibir quimio profilaxis para malaria en áreas endémicas.
MUJERES EN PERIODO DE LACTANCIA
Necesitan 500 Kcal/día adicionales (sobre las 2.000 Kcal/día base).
Si las raciones se distribuyen son para prepararlas en el hogar, proporcionar raciones suficientes para que puedan consumir 1.000 a 1.200 Kcal/día adicionales.
Deben recibir sulfato ferroso más ácido fólico en tabletas. 90 tabletas para 3 meses, independientemente de su estado nutricional
Deben recibir una dosis única de 200.000 U.I. de vitamina A, inmediatamente después del parto.
Deben recibir el apoyo necesario para que puedan practicar la lactancia materna.

Fuente: WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. 2004.

Las mujeres en este período requieren calorías adicionales a los niveles normales. En situaciones de emergencia probablemente se dificulte incrementar la ración diaria, por este motivo es recomendable administrar una ración alimentaria adicional con la recomendación de que ésta sea para consumo de la embarazada o en período de lactancia y no se utilice en el grupo familiar.

## 5 ORGANIZANDO LA RESPUESTA

### 5.1 Normas

De acuerdo a los estándares esfera, la respuesta en materia de nutrición se organiza tomando como base los grupos vulnerables, por lo tanto los siguientes son indicadores claves que marcan las intervenciones específicas dirigidas a estos grupos:

- Los niños y niñas menores de 6 meses se alimentan exclusivamente del pecho de su madre o, en casos excepcionales, tienen acceso a una cantidad adecuada de un sustituto apropiado de la leche materna (Aplicar protocolos).
- Los niños de 6 a 24 meses tienen acceso a alimentos complementarios nutritivos y alto valor energético (Nutribebé) y otros.
- Las embarazadas y madres lactantes tienen acceso a nutrientes adicionales y servicios de apoyo (suplementación con hierro y ácido fólico, ración adicional de alimentos).
- Las familias que tengan enfermos crónicos, incluyendo personas que viven con el VIH o SIDA, así como los miembros que tienen capacidades diferentes tienen acceso a alimentos apropiados y a un plan nutricional adecuado.
- Implementación de sistemas basados en la comunidad que garantizan el cuidado apropiado de las personas vulnerables.

En la siguiente tabla se muestran los estándares mínimos.

**Tabla 13. Resumen de Estándares Esfera para una Vida Digna en Emergencias**

Necesidad Básica	Estándares Mínimos
Alimentación	2.100 calorías por persona por día
Agua	15 litros por persona por día
Albergue	3.5 metros cuadrados por persona
Área de emplazamiento	45 metros cuadrados por persona
Saneamiento	20 personas por inodoro o letrina, dividido por sexo
Jaboncillo	250 gr por persona
Recipiente de agua para acarrear agua	1 recipiente de capacidad de 10 a 20 lts. por familia
Recipiente de agua para almacenar	1 recipiente de capacidad de 10 a 20 lts. por familia
Jabón de lavar ropa	250 gr por persona por mes
Descarte de basura	Un recipiente de 100 litros por cada 10 familias

(1) En Bolivia se utiliza como base 2.000 Kcal/día por persona.

Fuente: Proyecto Esfera, 2011.

Para calcular las raciones alimentarias a continuación se presenta un ejemplo de dicho cálculo.

**Tabla 14. Ejemplo raciones alimentarias para emergencias (aporte de 2.100 Kcal)**

PRODUCTOS	RACIÓN A g/cc	RACIÓN B g/cc	RACIÓN C g/cc	FUNCIÓN
Harina fortificada	400	420	450	Fuente de energía
Aceité fortificado	25	50	25	Fuente de energía y vitamina A
Cereales (arroz, quinua, maíz)	50	50	50	Fuente de energía/ proteína
Azúcar	25	30	20	Fuente de energía
Sal yodada ( ** )	5	5	5	Fuente de yodo
Charque	80			Fuente de proteína
Frutas / verduras (*)				Fuente de vitaminas y fibra

(\*)Cantidad variable de acuerdo a disponibilidad local.

(\*\*)Se debe verificar la calidad de sal yodada con el kit para determinar los niveles de yodo.

**Tabla 15. Ejemplo de Raciones Alimentarias para Emergencias**

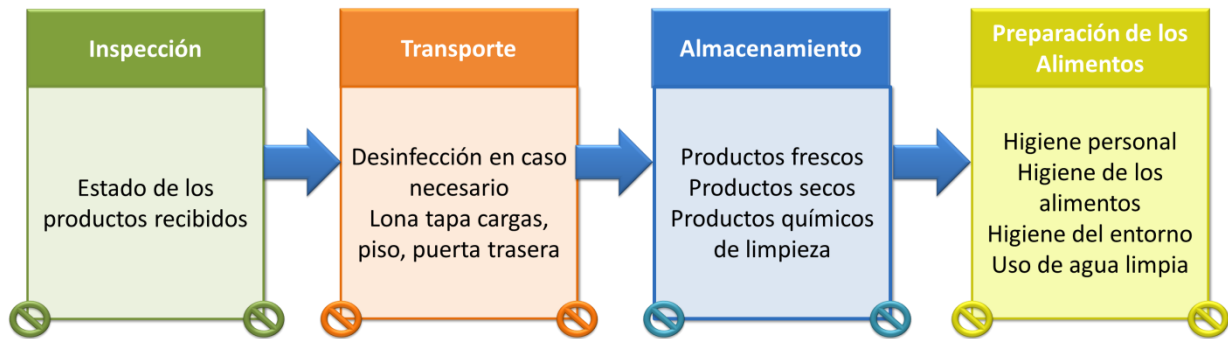
APORTE	RACIÓN A	RACIÓN B	RACIÓN C
CALORÍAS (Kcal)	2156	2100	2124
PROTEÍNAS (g)	76	36	41
GRASAS (g)	34	37	32

Otros aspectos que el equipo debe garantizar son los siguientes:

## 5.2 Asistencia alimentaria

La asistencia alimentaria es también una de las necesidades básicas de la población afectada en situaciones de emergencias, para tal fin se deben considerar las siguientes etapas:

**Figura N° 4. Etapas de la Asistencia Alimentaria en Emergencia y/o Desastre**



Fuente: Proyecto Esfera

### 5.3 Manejo de alimentos en emergencias

El manejo de alimentos en situaciones de emergencia debe contar con medidas sanitarias, aspecto fundamental para prevenir enfermedades transmitidas por alimentos.

Se sugieren tomar las siguientes medidas:

#### Inspección

- Inspeccionar el estado de los productos recibidos y eliminar los dañados.
- Verificar en los envases la fecha de vencimiento y el estado de éstos. En caso de que se encuentren abombados, rotos, oxidados y vencidos, deben ser destruidos. Verificar que el empaque o sacos de los granos estén en buenas condiciones y reparar lo que sea posible.

#### Transporte

Verificar el tipo de carga transportado previamente en los vehículos que servirán para transportar los alimentos. Si se sospecha que hubo contaminación deberán desinfectarse.

- Procurar en lo posible, que los vehículos para transporte de alimentos cuenten con:
  - a) lona tapa cargas;
  - b) piso sin grietas salientes que pueden dañar los envases;
  - c) puerta trasera.

#### Almacenamiento

- Procurar que los lugares usados como bodegas tengan buena ventilación, luz natural y artificial, poca humedad y que estén protegidos contra robos y agentes externos como lluvia, ataque de pájaros, insectos, roedores y hongos.
- Almacenar y despachar los alimentos por fecha de ingreso, para que los primeros

que entran sean los primeros que salen (PEPS). Almacenarlos por clase, grupos y categorías para localizarlos fácilmente.

- Las bodegas para almacenamiento de alimentos deben contar con tarimas elevadas como mínimo entre 15 a 20cm del suelo, para facilitar la circulación del aire y realizar la limpieza respectiva.
- Mantener la limpieza diaria de los almacenes para evitar que restos de alimentos atraigan plagas.

### **Preparación de alimentos**

Las medidas básicas de higiene personal y del ambiente para la preparación de alimentos que se deben aplicar en emergencias son:

1. Lavado de manos con agua y jabón:
  - Antes de preparar los alimentos y comer.
  - Después de ir al baño.
  - Después de cambiar los pañales a los niños.
  - Después de recoger la basura y/o manipular dinero.
2. Lavar los alimentos antes de prepararlos y comerlos.
3. Elegir un lugar seguro y limpio para la preparación de alimentos, con acceso a agua potable y con recipientes para basura.
4. Almacenar el agua en recipientes limpios y cubiertos que no deben estar al nivel del suelo.
5. Consumir agua hervida.
6. Consumir de preferencia alimentos cocidos, evitar alimentos crudos.
7. Cuidar la higiene personal de la persona encargada de la elaboración de alimentos y mantener limpias las superficies de la cocina.
8. Los utensilios de cocina deben estar limpios.
9. Evitar contacto entre alimentos crudos y cocidos para prevenir las contaminaciones cruzadas.
10. Almacenar los alimentos frescos en áreas ventiladas, limpias y protegidas.
11. Verificar la fecha de vencimiento de los productos que se usarán y que los envases se encuentren en buen estado.
12. Para tener un mejor control de la calidad de los alimentos que se distribuyen en emergencias, se debe utilizar la "Tarjeta de Control de Entrega de alimentos" (en la siguiente página).
13. Consuma frutas y verduras frescas.
14. Evitar el contacto de los alimentos con animales, insectos, roedores.
15. Eliminar la basura en recipientes bien identificados y tapados.



## 5.4 Organización del equipo para la intervención

En zonas de desastres naturales debe preverse la presencia de un equipo capaz de responder a la emergencia, éste deberá estar conformado por:

La respuesta a emergencias y desastres en el área de Nutrición requiere que el sector cuente con equipos de respuesta conformados con personal que tenga el perfil adecuado en la temática de nutrición en emergencias y las competencias necesarias para proporcionar una respuesta efectiva.

### Conformación de equipos de respuesta nutricional

Considerando las tareas a desarrollar, el **equipo de respuesta nutricional en situaciones de emergencia y/o desastre** deberá estar conformado por:

1. *Un profesional nutricionista, médico o enfermera, capacitada en alimentación infantil o AIEPI-Nut<sup>4</sup> y/o Continuo de la Vida, que tendrá a su cargo las siguientes tareas:*
  - o *Determinar las necesidades alimentarias a corto plazo de la población afectada por grupos de edad y respetando su identidad cultural.*
  - o *Analizar la capacidad operacional, para la preparación, administración y utilización de los alimentos, sin riesgo para el consumo.*
2. *Un responsable de cálculo de las raciones y asistencia técnica en almacenaje y manejo de alimentos. El conocimiento requerido para el desempeño de este rol incluye; necesidades alimentarias por grupos de edad e identidad cultural; normas y parámetros de cálculo de raciones de alimentos y; procesos de almacenaje y manejo de alimentos.*
3. *Un responsable de distribución, seguimiento y control de consumo de suplementos y micronutrientes (registro y proceso de datos). Para desarrollar este rol se precisa conocimientos de: normas y parámetros de cálculo de suplementos y micronutrientes; organización y procedimientos de registro y control de consumo de suplementos y micronutrientes.*

Según la capacidad de respuesta del municipio (más el apoyo del nivel departamental, nivel nacional, cooperantes y otras instituciones) y la magnitud de la afectación se puede ajustar la composición del equipo y la organización de la administración de la respuesta sectorial. **Cuando se disponga de poco personal especializado, el equipo de respuesta puede ser conformado por dos profesionales**, uno de los cuales asumirá las funciones de los roles 2º y 3º del equipo de respuesta.

---

<sup>4</sup> AIEPI-Nut es la abreviación de "Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia y nutrición" de la familia y la comunidad, estrategia de Bolivia para estrategia para coadyuvar a la erradicación de la desnutrición y disminuir la mortalidad infantil de niños menores de 5 años, alineados al Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

## Mobilización de personal de nutrición

Cuando se requiera, los niveles local, departamental y nacional, podrán autorizar el desplazamiento de personal de nutrición para apoyar emergencias en localidades, municipios o departamentos afectados distintos a los sitios de trabajo asignados al personal.

### Aspectos a considerar

En la siguiente tabla se presenta un listado de los aspectos a considerar por los equipos de respuesta durante la atención de un desastre o emergencia

**Tabla 16. Consideraciones que el Equipos de Respuesta Nutricional debe tener presente**

Las intervenciones buscan reducir la desnutrición aguda, reducir la mortalidad en la mayor medida posible y restituir los servicios de salud de atención primaria.
La planificación de las intervenciones, que parte de la evaluación nutricional, debe tomar en cuenta la lactancia materna, la alimentación complementaria (prácticas óptimas de alimentación infantil de 0 a 59 meses) y los requerimientos de asistencia alimentaria.
La evaluación de la situación nutricional requiere de personal capacitado para medición antropométrica, balanzas, tallímetros y cintas braquiales, registro en el EDAN Nutricional.
Se debe considerar el número de niñas/os menores de 5 años disgregados por edad (menores de 6 meses, 5 a 23 meses y 24 a 59 meses); número de embarazadas por estado nutricional (desnutridas y normales); número de mujeres en período de lactancia por estado nutricional ((desnutridas y normales); número de mujeres y niñas/os solos; práctica de alimentación; lactancia materna; Inicio de alimentación complementaria y presencia de sucedáneos de la leche materna.
Los equipos de respuesta en nutrición aplican el EDAN Nutricional y prestan la atención a la población afectada, registran las atenciones en el libro diario y consolidan la información de las atenciones en el Informe de Atención Nutricional del Equipo de Respuesta.
Atención a personas con Discapacidad. Durante la atención el personal deberá verificar la existencia de personas con discapacidad y, de ser así, asegurar su atención.

Fuente: Plan Nacional de Nutrición en Situaciones de Emergencia, Bolivia, 2016.

Las encuestas y entrevistas a la población, también son útiles para establecer aspectos tales como la disponibilidad de alimentos, situación sanitaria, que implica entre otros factores la calidad del agua, disposición de excretas; condiciones en la preparación de alimentos y otra información necesaria para la protección especial de la niñez en general con énfasis en niños y niñas sin acompañantes.

A través de entrevistas y encuestas se podrá conocer la situación de los centros de salud y su capacidad de respuesta para atender partos, recién nacidos, cuidados infantiles, entre otros; estas herramientas también resultan útiles para establecer factores negativos o barreras culturales que puedan interferir con la lactancia materna o alimentación de los niños/as y poder identificar personas "clave" en la comunidad que puedan facilitar las tareas operativas.

Fortalecer la capacidad de los Agentes Comunitarios de Salud para que realicen acciones preventivas y promocionales en el hogar y la comunidad de las prácticas clave de salud, nutrición y desarrollo del AIEPI Nut y/o Continuo de la Vida para niñas y niños menores de 5 años

Respecto a la promoción de nutrición en el nivel comunitario, según el de Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural utilizado en Bolivia, este rol corresponde a los Agentes Comunitarios de Salud, que realizan acciones preventivas y promocionales en el hogar y la comunidad de las prácticas clave de salud, nutrición y desarrollo del AIEPI Nut5 y/o Continuo de la Vida.

### **Solicitud de insumos**

En caso de emergencias, para la respuesta nutricional, las UNIs o el personal de salud deben solicitar los complementos de micronutrientes y otros insumos necesarios siguiendo el procedimiento y utilizando los instrumentos habituales, aclarando que la solicitud corresponde a la atención de una emergencia para que se procese con la celeridad respectiva.

### **Tratamiento de la desnutrición en embarazadas y madres en período de lactancia**

Este grupo de mujeres es particularmente de alto riesgo en una situación de emergencia, pues la desnutrición en el último trimestre del embarazo, incrementa la prevalencia de bajo peso al nacer.

Las embarazadas y las que están dando de lactar deben ser evaluadas en términos nutricionales según el índice de masa corporal (IMC). De acuerdo a las gráficas mostradas a continuación: "Evaluación de la embarazada según índice de Masa Corporal" e "Índice de Masa Corporal según talla en metros y peso en kilogramos".

Las que clasifiquen como desnutridas deben recibir 2 barras de B P-1 00 ó 2 sobres diarios de Plumpy'nut, por el lapso de 14 días. Luego de este período deben ser reevaluadas y si continúan desnutridas, el ATLU debe ser administrado por un nuevo período de 14 días.

### **Manejo de desnutrición aguda en niños y niñas**

El estado nutricional debe ser continuamente monitoreado para identificar niños/as desnutridos e implementar medidas preventivas y/o tratamiento oportuno en los casos identificados.

El mejor indicador para observar cambios rápidos en el estado nutricional, predecibles en una situación de emergencia, es el indicador peso para la talla. También es posible usar la cinta de medición de la circunferencia media braquial, especialmente para identificar niños/as con alto riesgo de muerte.

---

<sup>5</sup> Guía del Facilitador AIEPI-Nut de la Familia y la Comunidad, Ministerio de Salud, Bolivia, 2009.

Algunos aspectos que deben prevalecer en una situación de emergencia entre los trabajadores y agentes comunitarios de salud y población son:

Estar conscientes de los peligros:

- Que implica la desnutrición y por qué es importante tratar y seguir los casos.
- Ser capaces de reconocer signos de desnutrición. El personal debe estar capacitado en AIEPI-Nut.
- Identificar prácticas inadecuadas de alimentación y estar preparados para corregirlas.
- Tener equipamiento necesario para el diagnóstico (tallímetro, balanzas, cintas de medición de la circunferencia braquial, tablas de referencia).

Contar con sistemas de información y referencia.

### **Desnutrición aguda moderada**

En situaciones de emergencia, los pacientes con desnutrición aguda constituyen un grupo vulnerable de particular riesgo, ya que la escasez de alimentos y/o la presencia de infecciones que generalmente caracterizan a las zonas de desastre pueden agravar su condición y requerir tratamiento hospitalario, por lo que su prevención y tratamiento temprano revisten gran importancia.

Esos criterios de diagnóstico para casos de desnutrición aguda moderada de acuerdo al AIEPI-Nut son:

Peso para la talla <-2 desviaciones estándar.

Si estos niños no tienen complicaciones pueden ser tratados en la UNI o en los servicios de salud de acuerdo al AIEPI-Nut.

Para la evaluación del Estado Nutricional de la Embarazada se cuenta con 2 instrumentos de evaluación (anexos 5 y 6).

### **El alimento terapéutico listo para su uso (ATLU)**

Está compuesto por una mezcla de vitaminas, minerales y energía proveniente de una pasta homogénea de maní, que se emplea para el tratamiento de la desnutrición aguda grave y/o moderada no complicada.

**Tabla 17. ATLU para el tratamiento del niño/a con desnutrición aguda moderada no complicada**

<b>Edad</b>	<b>Numero de Sobres de ATLU</b>
6 a 23 meses	1 sobre en 24 horas (14 sobres para 2 semanas)
2 a 5 años	2 sobres en 24 horas (28 sobres para 2 semanas)

Fuente: Elaboración propia.

## Desnutrición aguda severa

Este grupo vulnerable de niños/as, reviste particular importancia ya que el riesgo de morir del paciente es ocho veces mayor al resto de los grupos vulnerables en caso de no recibir un tratamiento adecuado.

El niño/a afectado por desnutrición aguda severa, puede presentar complicaciones como hipotermia, hipoglucemia, trastornos electrolíticos e infecciones no detectadas que ocasionan su muerte.

Los criterios para diagnosticar a estos niños/as son:

- Peso para la talla <-3 desviaciones estándar (desnutrido emaciado).
- Edema bilateral en ambos pies o generalizado (desnutrido edematoso).
- Peso para la talla <-3 desviaciones estándar y edema (desnutrido mixto).
- Circunferencia braquial medida con cintilla braquial menor a 110mm (en ausencia de equipo de antropometría o personal que desconoce el manejo de las tablas de peso para la talla).

Estos niños/as deben ser tratados preferentemente en centros hospitalarios con personal capacitado para el manejo de desnutridos agudos severos.

En caso de que la referencia del paciente a un hospital sea dificultosa por motivos como distancia o acceso, debe seguirse el siguiente tratamiento:

**Tabla 18. ATLU para tratamiento de desnutrición aguda severa cuando la referencia no es posible inmediatamente**

Edad	Numero de Sobres de ATLU
6 a 11 meses	1 sobre en 12 horas
12 a 23 meses	2 sobres en 12 horas
2 años a menor de 5 años	3 sobres en 12 horas

Fuente: Elaboración propia.

Adicionalmente se debe cuidar los siguientes aspectos:

- Evitar que el niño/a se enfríe, abrigándolo, alejándolo de corrientes de aire o colocando una estufa si el caso requiriera.
- Administrar por vía oral, 50 ml de dextrosa al 10% por una sola vez.
- Administrar el Plumpy'nut (ATLU) con abundante agua cada dos horas de acuerdo a la edad.
- Si aún recibe seno materno, primero administrar éste y luego el ATLU.

## Recomendaciones para su uso

- El personal de salud debe demostrar cómo administrar la primera dosis de ATLU.
- Recomendar la importancia de que el niño/a reciba la dosis indicada durante dos semanas (no puede compartir con otras personas de la familia).
- Debe ser administrado en cantidades pequeñas y frecuentes.
- El Plumpy'nut es espeso y es necesario ofrecerlo con abundante agua limpia, por ejemplo entre 50 ml y 100 ml por cada porción de ATLU administrada.
- Las barras de BP-100 pueden ser aplastadas y mezcladas con agua limpia (en caso de que no puedan ser masticadas).
- Si el niño/a recibe lactancia materna, el ATLU debe ser ofrecido inmediatamente después de la lactancia materna.
- Si el niño/a recibe otros alimentos, el ATLU debe ser ofrecido antes de cualquier otro alimento.
- Una vez abierto el sobre es recomendable que se consuma en el día.

### **Contraindicaciones del ATLU**

- No debe ser administrado a menores de 6 meses.
- No es recomendable emplearlo en niños/as que no tengan desnutrición aguda.
- Debido a su elevada cantidad de hierro, no se recomienda durante la fase inicial (de estabilización) de tratamiento de la desnutrición aguda severa o moderada complicada.
- Existe el riesgo potencial de que algunos niños/as presenten reacciones alérgicas al Plumpy'nut, por su contenido de pasta de maní.
- Este tipo de alergias no ha sido reportado en los lugares donde se usó ampliamente (África).
- El riesgo de alergia es menor en desnutridos.

### **Alimentos terapéuticos listos para su uso**



### **Recomendaciones para almacenar el ATLU**

- Debe ser almacenado en lugares secos, fríos y oscuros.
- No necesita ser refrigerado.
- Ambos productos (Plumpynut y BP-100) están listos para ser consumidos.
- Una vez que la envoltura ha sido abierta es recomendable que sea consumido durante el día.
- Debe verificarse su fecha de expiración.

### **Preparación de fórmulas infantiles**

Pautas para administrar:

La preparación de fórmulas lácteas se podrá dar sólo en los siguientes casos:

- Si los niños afectados no tienen posibilidad de recibir leche materna (ejemplo: huérfanos).

En caso de que la madre se encuentre gravemente enferma o temporalmente incapacitada o ausente por largo tiempo y si no hay nodriza ni otra fuente de leche materna:

- Establecer un lugar (casa, carpa, etc.) donde cuidar a los huérfanos y bebés cuyas madres no sean encontradas.
- Contar con trabajador/a de salud encargado/a de ese lugar.
- Verificar que las fórmulas lácteas se consuman sólo en ese lugar y bajo supervisión.
- No usar biberones, demostrar a los cuidadores cómo administrar el alimento en taza.

### **Prevención de enfermedades prevalentes de la infancia**

Existen varias acciones para prevenir infecciones: inmunizaciones del PAI; mantener ambientes limpios; uso de mosquiteros con insecticida para evitar enfermedades transmitidas por vectores; además del tratamiento de casos de acuerdo al AIEPI-Nut del MS.

La eficacia de las acciones en salud contribuirá de forma directa en la prevención de la situación nutricional de la niñez y la mujer. Asimismo, los grupos vulnerables con mejor estado nutricional se enfermarán menos.

### **Manejo de diarreas**

Las situaciones de emergencia por lo general involucran el incremento de enfermedades infecciosas, especialmente diarreas, que afectan severamente el estado nutricional de los grupos vulnerables. Para evitar la propagación de dichas enfermedades, algunas recomendaciones válidas son las siguientes:

- Debe existir suficiente agua segura para la preparación de alimentos.

- Contar con agua segura para el lavado de manos de quienes manipulan alimentos.
- Asegurar el lavado de manos de las personas antes de ingerir alimentos. El lavado de manos debe ser realizado con agua corriente y jabón.
- El uso de letrinas es importante, así como su mantenimiento en términos de higiene, ya que de lo contrario puede incrementar el riesgo de infecciones.
- Trabajadores de salud, agentes comunitarios y población en general deben conocer las medidas básicas para el manejo de un caso de diarrea.

### Tratamiento

Todos los casos de diarrea Sin sangre, sean agudos (13 días o menos) o persistentes (14 días o más) que no presenten signos de deshidratación grave, deben ser manejados ambulatoriamente de la siguiente manera:

**Tabla 19. Tratamiento de casos de diarrea ambulatoriamente**

Edad	Dosis de Zinc
Menor de 6 meses	Pecho materno a libre demanda 10 mg de Zinc (media tableta) 1 vez al día por 14 días SRO a demanda u ofreciendo q taza después de cada deposición.
6 meses a menor de 5 años	20 mg de Zinc (1 tableta) 1 vez al día por 14 días. SRO a demanda u ofreciendo q taza después de cada deposición. Continuar dando pecho y aumentar la frecuencia de los alimentos

Fuente: Bases Técnicas del AIEPI-Nut, Ministerio de Salud, Bolivia

El uso del Zinc acorta el tiempo de la diarrea; el Zinc además contiene un factor protector para evitar diarrea y neumonía por un período de tres meses.

En casos de diarrea con sangre (disentería), se recomienda emplear Zinc más SRO. Otras recomendaciones para estos casos son las siguientes:

**Tabla 20. Tratamiento de niños con disentería**

Edad	Dosis Ciprofloxacina de 250 mg
2 a 5 meses	1/4 comprimido cada 12 horas, por 3 días
6 a 1.1 meses	1/2 comprimido cada 12 horas, por 3 días
1 a 2 años	3/4 comprimido cada 12 horas, por 3 días
2 a menor de 5 años	1 comprimido cada 12 horas, por 3 días

Fuente: Bases Técnicas del AIEPI-Nut, Ministerio de Salud, Bolivia

## Recomendaciones para el empleo del Zinc



Debe ser administrado como tratamiento adjunto a las SRO, en todos los casos de diarrea (aguda, persistente y disentería).

En los casos de disentería debe ser administrado como tratamiento adjunto a las SRO y antibióticos. Se ha demostrado que en casos de shigellosis aumenta la formación de anticuerpos anti-shigella.

- Debe ser administrado alejado de las comidas principales.
- El contenido de fitatos y/o calcio de la dieta promueven la formación de quelatos de zinc que no son absorbibles.
- Las tabletas de zinc se disuelven fácilmente en un poco de agua limpia (5ml).

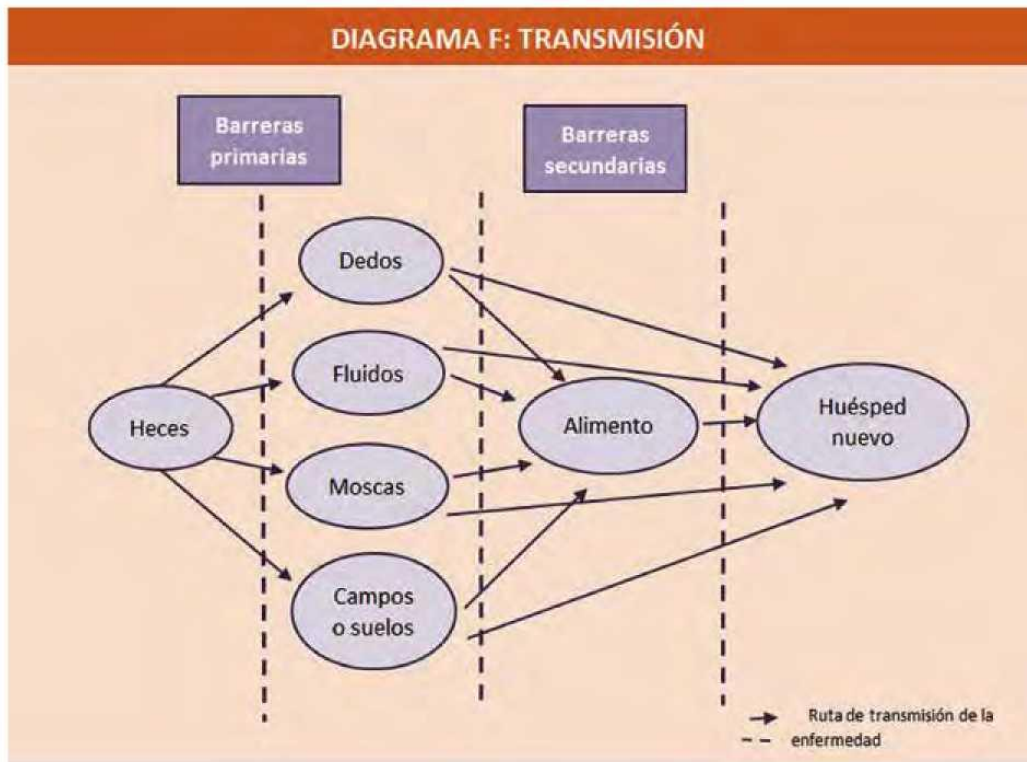
En todos los grupos etáreos utilizar sal yodada en las preparaciones.

## Higiene

Las enfermedades vinculadas a la mala calidad del agua, saneamiento e higiene provocan aproximadamente 1.7 billones de muertes anuales en el mundo. De éstas, el 99.8% ocurren en países subdesarrollados y 90% corresponden a niños/as.

Este panorama se agrava en situaciones de emergencia ya que las condiciones sanitarias y la calidad del agua disminuyen considerablemente favoreciendo la proliferación de enfermedades infecciosas entre las cuales la más frecuente es la diarrea, que pone en riesgo el estado nutricional e incluso la vida de los niños/as, por carencia aguda de nutrientes y deshidratación.

Figura 5. Transmisión por una serie de rutas



De: WHO. Sanitation and hygiene promotion. Programming guidance. 2005

Es por esta razón que se deben realizar acciones para la eliminación segura de excretas, el lavado eficaz de manos y la reducción de la contaminación del agua en el hogar.

Una revisión sistemática de intervenciones sanitarias para disminuir las tasas de diarrea, demostró que las más efectivas son el lavado de manos con jabón y agua y la calidad de ésta.

La mayoría de las diarreas son producto de la diseminación de patógenos encontrados en las excretas humanas (heces y orina). El mecanismo fecal-oral en el cual las heces de un individuo infectado son transmitidas a la boca del nuevo huésped, a través de una variedad de rutas, es el modo más frecuente de transmisión de diarreas y enteroparasitosis.

Las vías más efectivas para reducir la transmisión de enfermedades consisten en instaurar la BARRERAS PRIMARIAS, las cuales previenen que los patógenos entren al ambiente, ello se logra mediante el lavado de manos con agua y jabón después de cada defecación y después de asear o cambiar a los niño/as luego de cada defecación.

También se obtiene a través de la construcción de sanitarios (letrinas o baños) que evitan la diseminación de enfermedades por las moscas, la contaminación del agua y contaminación de campos o suelos.

Es importante mencionar que letrinas o baños sin higiene constituyen una potencial ruta de transmisión.

Las medidas de mayor impacto sobre la salud son las que se practican en el hogar, puesto que es allí donde se registran gran parte de las normas de higiene.

Sin embargo, para ampliar los beneficios de las normas de higiene deben implementarse las siguientes medidas en lugares de contaminación potencial:

- Desecho de agua sucia usada para aseo personal, lavado de ropa, platos, etc.
- Desagüe de agua natural que cae de la lluvia o nieve.
- Desechos sólidos y basura.

Los focos de contaminación deben ser eliminados de los lugares donde son generados como son escuelas, casa, campamentos de refugiados, etc.

### **Coordinación con responsables de agua, saneamiento e higiene**

Para asegurar una adecuada atención nutricional en situaciones de desastre y/o emergencia, es necesaria la coordinación con los responsables de los servicios de agua, saneamiento e higiene (ASH) en las comunidades afectadas, albergues o campamentos.

La mesa de ASH, las Comisiones de ASH, las EPSAs y similares son responsables sectoriales en los niveles nacional, departamental y municipal, mientras que el Ministerio de Salud (Unidad de Salud Ambiental), los SEDES, redes y centros de salud, son responsables de la vigilancia de la calidad del agua.

## 6 MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Aunque las condiciones en una situación de emergencia pueden cambiar rápidamente de acuerdo a la población afectada, el apoyo recibido y la capacidad del personal que atiende la emergencia, algunos indicadores a ser considerados son:

- Estado nutricional de niñas/os menores de 5 años (sobre todo peso/talla).
- Estado nutricional de mujeres embarazadas y en periodo de lactancia.
- Prevalencia de bajo peso al nacer (niñas/os con peso al nacer A 2.500 gramos independientemente de la edad gestacional).
- La prevalencia de este problema puede aumentar fuertemente en áreas de emergencia, sobre todo de niños de término nacido con bajo peso.
- Prevalencia de lactancia exclusiva y parcial hasta los 6 meses.
- Preparación de alimentos, alimentación complementaria (energía, densidad, contenido de micronutrientes, variedad y frecuencia).
- Seguridad alimentaria en domicilios.
- Tasa de mortalidad en lactantes y niñas/os.
- Coberturas de inmunización.
- El estado nutricional de la población de menores de entre 6 y 59 meses con desnutrición aguda (2DS u 80% de la referencia de peso la talla en las tablas con o sin edema), pueden medir el impacto de un desastre sobre el estado nutricional de una población.

En situaciones de emergencia y/o desastre es muy difícil contar con toda esta información debido a que debe de actuarse inmediatamente y responder rápidamente a la misma.

Una guía general, indica que la prevalencia de desnutridos agudos moderados y severos - que no deben confundirse con el indicador de peso para edad entre 6 y 59 meses en la población de una zona de desastre, arroja datos sobre la precariedad de una situación de emergencia:

- Desnutrición aguda moderada y severa de 5% -10% = situación precaria.
- Desnutrición aguda moderada y severa de 11% - 20% = situación severa.
- Desnutrición aguda moderada y severa sobre 20%. Situación muy severa.

En ocasiones, existen factores agravantes como ser:

- Disponibilidad de alimentos en el hogar menor a la media de requerimiento energético de 2100 Kcal por persona/día.
- Tasa cruda de mortalidad más de 1 /10.000 por día.
- Epidemia de sarampión o coqueluche.

A continuación se muestra una tabla que prioriza algunas intervenciones nutricionales:

**Tabla 21. Implementación de Programas Alimentarios Selectivos**

Hallazgo	Acción Requerida
Desnutridos agudos moderados y severos 15% - más ó 10% - 14% más factores agravantes (*)	SITUACIÓN SERIA: Alimentación suplementaria para todos los miembros de grupos vulnerables, especialmente niñas/os, embarazadas y en periodo de lactancia. Programas de alimentación terapéutica para desnutridos agudos graves.
Desnutridos agudos moderados y severos 10% -14% ó de 5% - 9% más factores agravantes {*}	SITUACIÓN DE RIESGO: Alimentación suplementaria dirigida a individuos identificados como desnutridos en grupos vulnerables. Programas de alimentación terapéutica para desnutridos agudos graves.
Disponibilidad de alimentos en domicilio con un nivel menor a 2.100 Kcal por persona/día.	SITUACIÓN INSATISFACTORIA: Mejorar las radones hasta que la disponibilidad y acceso a Jos alimentos puedan ser adecuados.
Desnutridos agudos moderados y graves debajo de 10% sin factores agravantes(*)	SITUACIÓN ACEPTABLE: No requiere intervenciones para la población. Atención de individuos desnutridos a través de intervenciones regulares del servicio de salud.

## 6.1 Instrumentos de Registro de Información

Para facilitar el monitoreo y seguimiento de las intervenciones de los equipos de respuesta nutricional, todas las atenciones deben ser registradas utilizando los siguientes instrumentos:

- EDAN Nutricional. Es el documento base del relevamiento de datos para la evaluación de daños y análisis de necesidades en nutrición de la población afectada.
- Formulario de Registro Diario de Atenciones en Nutrición, que incluye datos de la persona atendida, diagnóstico y tratamiento utilizado. Ejemplo:

### FORMULARIO DE ATENCIONES DIARIAS

Departamento: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Red de Salud: \_\_\_\_\_  
 Responsable Nutrición: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nº	Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Talla	Peso	Diagnóstico	Tratamiento	Firma Apoderado

Nº	Nombres y Apellidos	Sexo	Edad	Talla	Peso	Diagnóstico	Tratamiento	Firma Apoderado

Firma Responsable:

- Formulario Resumen de la Atención durante la intervención (Consolidado), que sintetiza la información respecto al número de pacientes atendidos por grupo de edad, género, embarazadas y en periodo de lactancia, así como la cantidad de complementos nutricionales empleados. Ejemplo:

FORMULARIO RESUMEN DE ATENCIONES DEL \_\_\_\_\_ AL \_\_\_\_\_  
 Depto.: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_ Localidad: \_\_\_\_\_ Red de Salud: \_\_\_\_\_  
 Responsable Nutrición: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

	Nº Atenciones	Chispitas	Nutribebe	Vitamina A	Zinc	Sulfato Ferroso	SRO	Carmelo
Niños menores de 6 meses								
Niños de 6 a 23 meses								
Niños de 24 a 59 meses								
Mujeres: - embarazadas								
- en periodo de lactancia								
Mayores a 60 años								
Otros								

	Saldo Inicial	Consumo en Atenciones	Saldo Final	Entregas con Acta
Chispitas				
Nutribebe				
Vitamina A				
Zinc				
Sulfato Ferroso				
SRO				
Carmelo				

- Informe de la Intervención elaborado por el Equipo de Respuesta, con el detalle de fechas viaje, campamentos, albergues y/o comunidades atendidas, resumen de actividades desarrolladas, problemas encontrados, logros, conclusiones y recomendaciones, incluyendo en anexos todos los formularios de atención y el formulario resumen de la atención.

## 7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. IFE. Alimentación para lactantes y niños/ as pequeños en emergencias. 2007.
2. WHO. Guiding principles for feeding infants and young children during emergencies. 2004.
3. World Health Organization, Emergency and Humanitarian Action. 2005.
4. El proyecto Esfera, Carta Humanitaria y Normas mínimas para la respuesta humanitaria, 3ra Edición. 2011.
5. Ley 602 de Gestión de Riesgos del Estado Plurinacional de Bolivia, 2004.



## 8.2 Anexo 2. Preparación del Suplemento de Hierro en Polvo “Chispitas Nutricionales”

### ¿Cómo darle a la niña/o las Chispitas Nutricionales?

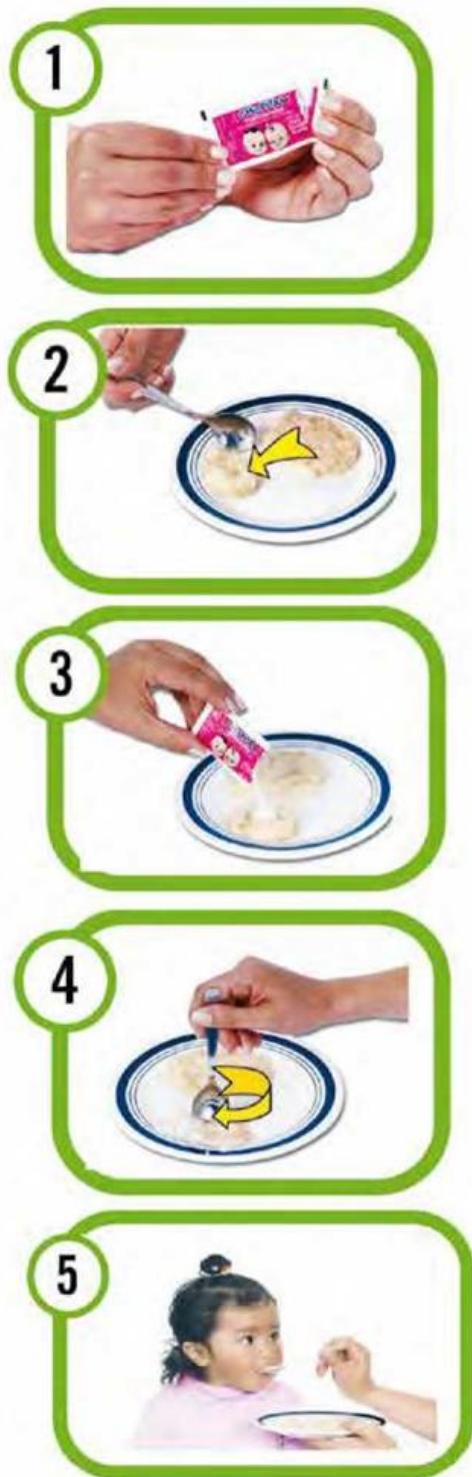
1. Abrir el sobre de las Chispitas Nutricionales.
2. Separar una pequeña porción de comida que esté tibia (sopas espesas de verduras, cereales o frutas aplastadas).
3. Vaciar todo el sobre en la porción separada de la comida.
4. Mezclar bien.
5. Dar de comer hasta terminar primero la porción mezclada y luego seguir dándole el resto de la comida hasta que termine.

Es fácil de preparar y no quita tiempo:

Una vez abierto el sobre, se debe dar de comer en ese momento al niño o niña, no dejar para más tarde.

No se debe mezclar las Chispitas Nutricionales con leche o derivados como el yogurt, tampoco con té, café, jugos o agua.

No se debe compartir con varios niños. La dosis es un sobre para cada niño.



### 8.3 Anexo 3. Preparación y administración del Alimento Terapéutico listo para su uso "ATLU"

El ATLU (Plumpy'Nut o BP-100) es considerado como un medicamento para tratar la desnutrición aguda grave y moderada sin complicaciones; es el equivalente a una fórmula especial para el niño/a con desnutrición aguda (F-100).



- Es una pasta que viene en un paquete o sobre.
- No necesita ninguna preparación adicional (no debe ser cocido ni se le debe agregar sal, azúcar o aceite), está listo para su uso.
- No necesita ser refrigerado, pero no debe ser expuesto al sol.

#### **Uso de ATLU (Plumpy'Nut o BP-100)**

- La madre o cuidador debe lavarse las manos antes de manipular o administrar el ATLU.
- Abrir los sobres en una esquina, desde donde pueden ser ingeridos directamente o bien con una cuchara.
- Medir la dosis diaria que le corresponde a su niña/o.
- Administrar en pequeñas cantidades, varias veces al día (5-8 veces).
- Mientras la niña/o consume ATLU, debe tomar agua limpia para mantenerse hidratado.
- Si la niña/o quiere más agua, permítale beber más.
- La cantidad sobrante debe ser conservada en el sobre solo hasta su siguiente administración.
- Si la niña/o recibe leche materna, debe seguir siendo amamantado, administrar ATLU después de cada mamada.
- Si la niña/o recibe alimentación complementaria, el ATLU debe darse antes de cualquier comida.
- Si la niña/o aún tiene hambre después de la dosis correcta de ATLU, se le puede dar una pequeña cantidad de comida nutritiva hasta que esté satisfecha/o.
- La efectividad del tratamiento con ATLU requiere que sea cumplido de manera estricta.
- Guardar los sobres vacíos de ATLU para que el personal de salud los revise cada vez que controle a la niña/o.
- Solo la niña/o bajo tratamiento puede consumir el ATLU y éste no debe ser compartido con otros miembros de la familia.

#### **8.4 Anexo 4. Preparación y administración del Alimento Complementario para el Adulto Mayor “Carmelo”**

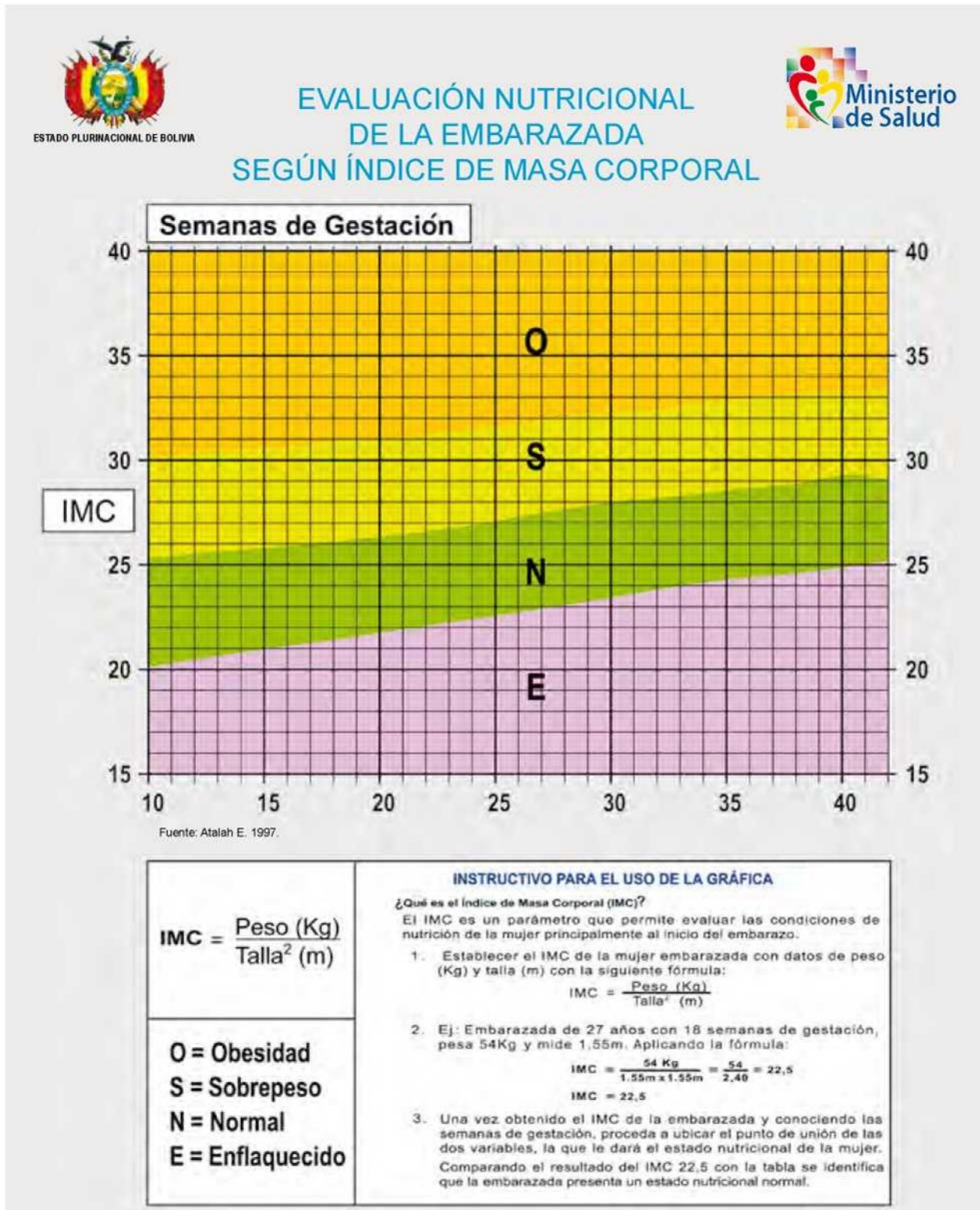
El “Carmelo” es un alimento complementario que sirve para mantener o mejorar la funcionalidad física y psíquica, prevenir y tratar las carencias nutricionales de los adultos mayores. Su fórmula tiene la finalidad de proporcionar nutrientes que son escasos y/o críticos en el adulto mayor.

PREPARACIÓN. Carmelo es de fácil preparación:

- Preparar agua fría o tibia previamente hervida en un vaso de 150 mililitros (para su preparación también puede utilizarse jugos de frutas naturales).
- Diluir 30 gramos (el contenido de una cuchara medidora) en el vaso de agua o jugo y consumir de inmediato.
- No necesita cocción alguna, ni adición de ningún otro ingrediente.
- Se recomienda consumir el Carmelo una vez al día entre las comidas (a media mañana o a media tarde).



## 8.5 Anexo 5. Evaluación Nutricional de la Embarazada Según Índice de Masa Corporal



## 8.6 Anexo 6. Índice de Masa Corporal (IMC) Según Talla en Metros y Peso en Kilogramos

Talla (mts) ↓	Índice de Masa Corporal (IMC)																																													Pesos en Kilogramos
	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45																		
1.50	41	43	45	47	50	52	54	56	59	61	63	65	68	70	72	74	77	79	81	83	86	88	90	92	95	97	99	101																		
1.52	42	44	46	49	51	53	55	58	60	62	65	67	69	72	74	76	79	81	83	85	88	90	92	95	97	99	102	104																		
1.54	43	45	47	50	52	55	57	59	62	64	66	69	71	74	76	78	81	83	85	88	90	92	95	97	100	102	104	107																		
1.56	44	46	49	51	54	56	58	61	63	66	68	71	73	75	78	80	83	85	88	90	92	95	97	100	102	105	107	110																		
1.58	45	47	50	52	55	57	60	62	65	67	70	72	75	77	80	82	85	87	90	92	95	97	100	102	105	107	110	112																		
1.60	46	49	51	54	56	59	61	64	67	69	72	74	77	79	82	84	87	89	92	95	97	100	102	105	108	110	113	115																		
1.62	47	50	52	55	58	60	63	66	68	71	73	76	79	81	84	87	89	92	94	97	100	102	105	108	110	113	115	118																		
1.64	48	51	54	56	59	62	65	67	70	73	75	78	81	83	86	89	91	94	97	100	102	105	108	110	113	116	118	121																		
1.66	50	52	55	58	61	63	66	69	72	74	77	80	83	85	88	91	94	96	99	102	105	107	110	113	116	118	121	124																		
1.68	51	54	56	59	62	65	68	71	73	76	79	82	85	87	90	93	96	98	102	104	107	110	113	116	119	121	124	127																		
1.70	52	55	58	61	64	66	69	72	75	78	81	84	87	90	92	95	98	101	104	107	110	113	116	118	121	124	127	130																		
1.72	53	56	59	62	65	68	71	74	77	80	83	86	89	92	95	98	101	104	107	109	112	115	118	121	124	127	130	133																		
1.74	54	58	61	64	67	70	73	76	79	82	85	88	91	94	97	100	103	106	109	112	115	118	121	124	127	130	133	136																		
1.76	56	59	62	65	68	71	74	77	81	84	87	90	93	96	99	102	105	108	112	115	118	121	124	127	130	133	136	139																		
1.78	57	60	63	67	70	73	76	79	82	86	89	92	95	98	101	105	108	111	114	117	120	124	127	130	133	136	139	143																		
1.80	58	62	65	68	71	75	78	81	84	87	91	94	97	100	104	107	110	113	117	120	123	126	130	133	136	139	143	146																		
1.82	60	63	66	70	73	76	79	83	86	89	93	96	99	103	106	109	113	116	119	123	126	129	132	136	139	142	146	149																		
1.84	61	64	68	71	74	78	81	85	88	91	95	98	102	105	108	112	115	118	122	125	129	132	135	139	142	146	149	152																		
1.86	62	66	69	73	76	80	83	86	90	93	97	100	104	107	111	114	118	121	125	128	131	135	138	142	145	149	152	156																		
1.88	64	67	71	74	78	81	85	88	92	95	99	102	106	110	113	117	120	124	127	131	134	138	141	145	148	152	156	159																		
1.90	65	69	72	76	79	83	87	90	94	97	101	105	108	112	116	119	123	126	130	134	137	141	144	148	152	155	159	162																		
1.92	66	70	74	77	81	85	88	92	96	100	103	107	111	114	118	122	125	129	133	136	140	144	147	151	155	159	162	166																		
1.94	68	72	75	79	83	87	90	94	98	102	105	109	113	117	120	124	128	132	135	139	143	147	151	154	158	162	166	169																		
1.96	69	73	77	81	85	88	92	96	100	104	108	111	115	119	123	127	131	134	138	142	146	150	154	158	161	165	169	173																		
1.98	71	74	78	82	86	90	94	98	102	106	110	114	118	122	125	129	133	137	141	145	149	153	157	161	165	169	172	176																		
2.00	72	76	80	84	88	92	96	100	104	108	112	116	120	124	128	132	136	140	144	148	152	156	160	164	168	172	176	180																		
IMC →	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45																		

Estandares antropométricos para evaluar el estado nutricional M. Gladys Barrera A. 2004 INTA - Chile

	Bajo Peso	IMC < 19		Obesidad Gr 1	IMC 30 - 34
	Normal	IMC 19 - 25		Obesidad Gr 2	IMC 35 - 40
	Sobre Peso	IMC 26 - 29		Obesidad Gr 3	IMC > 40


### La Tabla de Índice de Masa Corporal:

- La primera Columna vertical hacia la izquierda representa la talla o estatura en metros, y va de 1,50 a 2,00 metros.
- Las cifras que llenan el espacio principal de la tabla, en la zona de diferentes colores, corresponden a Kilogramos de peso, entre 41 y 180 Kg.
- La primera y la última fila horizontal de la tabla representan valores de IMC entre 18 y 45 (ambas filas son iguales).


### Determinar su IMC es muy fácil

1. En la columna de la izquierda de la Tabla, identifique la talla que más se aproxima a la suya.
2. Partiendo de la talla seleccionada, siga la fila correspondiente hacia el centro de la tabla hasta llegar al peso incluido en la tabla que sea el suyo, o que más se aproxime al suyo.
3. Su IMC corresponde a aquel situado en los extremos superiores o inferior (son iguales) de la columna que contiene el peso seleccionado.

## 8.7 Anexo 7. 10 Prácticas Clave de Alimentación e Inocuidad Alimentaria




# 10 PRÁCTICAS CLAVE DE SALUD, NUTRICIÓN E INOCUIDAD ALIMENTARIA




ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA


### 1.- La lactancia materna es fundamental para nuestras niñas y niños



- Cuando nace una niña o niño, inmediatamente debe tomar leche materna.



- La niña o niño debe tomar solamente leche materna hasta los 6 meses de edad.



- A partir de los 6 meses, las niñas y niños deben iniciar la alimentación con papillas y continuar con la leche materna hasta los 2 años de edad.

### 2.- Las niñas y niños deben recibir una buena alimentación para crecer sanos y fuertes

**A los 6 meses debe comer:**

- 2 comidas al día de 3 cucharas en cada comida, ir aumentando poco a poco hasta llegar a 6 cucharas antes de cumplir los 7 meses de edad.
- 1 merienda o una porción de Nutribebé.
- Además, debe continuar con la leche materna.

**A los 7 meses debe comer:**

- 3 comidas al día de 7 cucharas en cada comida.
- 2 meriendas ó 2 porciones de Nutribebé.
- Además, debe continuar con la leche materna.

**A los 8 meses debe comer:**

- 3 comidas al día de 8 cucharas en cada comida.
- 2 meriendas ó 2 porciones de Nutribebé.
- Además, debe continuar con la leche materna.

**A los 9 meses debe comer:**

- 3 comidas al día de 9 cucharas en cada comida.
- 2 meriendas ó 2 porciones de Nutribebé.
- Además, debe continuar con la leche materna.


**Al AÑO debe comer:**

- 3 comidas al día de 12 cucharas en cada comida.
- 2 meriendas ó 2 porciones de Nutribebé.
- Además, debe continuar con la leche materna.


**A los 2 años debe comer:**

- 3 comidas al día de 15 cucharas en cada comida.
- 2 meriendas ó 2 porciones de Nutribebé.
- Además, debe continuar con la leche materna.
- Aumentar gradualmente hasta llegar a las 25 cucharas por comida a los 5 años de edad.


### 3.- Las niñas y niños deben recibir vitaminas y minerales




**Vitamina A**  
Sirve para aumentar las defensas y prevenir enfermedades




**Chispitas nutricionales**  
Sirve para prevenir y curar la anemia



**Jarabe de Hierro**, por ejemplo: Ferrasol, sirve para prevenir y curar la anemia



**Nutribebé**  
Es un complemento a la alimentación de niñas y niños



**Tabletas de Zinc**  
Sirven para el tratamiento de la talla baja y diarreas

### 4.- Las niñas y niños deben ser vacunados para crecer sanos y fuertes

Las vacunas evitan enfermedades, por eso todos los niños y niñas deben recibir todas sus vacunas antes de los 2 años.

	2 meses	4 meses	6 meses	12 - 15 meses	17 - 22 meses	17 - 22 meses
BCG (TUB) (1)						
OPV (2)						
IPV (3)						
MM (4)						
MM (5)						
MM (6)						
MM (7)						
MM (8)						
MM (9)						
MM (10)						
MM (11)						
MM (12)						
MM (13)						
MM (14)						
MM (15)						
MM (16)						
MM (17)						
MM (18)						
MM (19)						
MM (20)						
MM (21)						
MM (22)						
MM (23)						
MM (24)						
MM (25)						
MM (26)						
MM (27)						
MM (28)						
MM (29)						
MM (30)						
MM (31)						
MM (32)						
MM (33)						
MM (34)						
MM (35)						
MM (36)						
MM (37)						
MM (38)						
MM (39)						
MM (40)						
MM (41)						
MM (42)						
MM (43)						
MM (44)						
MM (45)						
MM (46)						
MM (47)						
MM (48)						
MM (49)						
MM (50)						

Algunas niñas y niños pueden sentir molestias, dolor o algo de fiebre después de ser vacunados NO ES GRAVE y pasa pronto.

5.- Las niñas y niños deben continuar con su alimentación aunque estén enfermos



- No quitarle el pecho materno.
- Debe tomar leche materna más seguido.



- Deben tomar más líquido poco a poco.
- Se debe tener más paciencia y darle más amor.



- Debe comer en pequeñas cantidades, más veces al día.
- Debe continuar con su alimentación diaria.

6.- Utilice agua y alimentos limpios y seguros



- Debe utilizar agua limpia, hervida y cristalina.



- Separar las carnes crudas de otros alimentos y guardarlas en un lugar seguro.



- Debe hacer cocer los alimentos completamente.

7.- Cuide la higiene personal y la limpieza del hogar



- Lávese las manos más seguido, especialmente después de entrar al baño, antes de preparar los alimentos y antes de comer.



- Lave los alimentos cuidadosamente antes de prepararlos.



- Mantenga la vivienda limpia y ordenada.

8.- Algunos signos de peligro del niño y niña cuando están enfermos



- Tiene tos o fiebre.
- Tiene respiración "rápida" o "respira como cansado".



- Tiene diarrea varias veces al día.
- Las deposiciones muestran moco o sangre.
- Tiene mucha sed.



- Tiene los ojos hundidos.
- Está muy irritable o muy llorón.

9.- Algunos cuidados de la mujer embarazada



- Ir a 4 Controles Prenatales.



- Tener una buena alimentación y tomar todos los días sulfato ferroso y ácido fólico.



- Evitar trabajos forzados (pesados).



- Tiene sangrados.



- Está pálida y cansada.



- Tiene muchos vómitos.
- Tiene fiebre después del parto.

10.- El buen trato en la familia es importante para sentirse bien



- Las niñas y niños necesitan sentirse queridos y respetados.



- Los niños, niñas y las mujeres embarazadas necesitan mayor atención y cuidado.



- En la familia se debe evitar cualquier tipo de violencia.

**La salud... un derecho para vivir bien**

8.8 Anexo 8. Arco de la Alimentación



El “Arco de la Alimentación” es la representación gráfica de la agrupación de los alimentos por su valor nutritivo y la proporcionalidad de consumo diario, que se visualiza, a través de líneas de división. El número de porciones por grupo de alimentos varía de acuerdo a la edad y estado fisiológico de la población, por ello se han establecido cantidades en porciones mínimas y máximas para cada grupo.

Grupo	Porción	Tamaño de la porción	
		Gramos / cc	Medida casera
Lácteos	1	200 cc	1 taza (mediana)
Carnes	1	80 - 100g	1 presa (pierna de pollo) o 1 palma de la mano
Cereales	1	40 - 50 g	¼ taza cruda - 1 unidad de pan
Tubérculos y raíces	1	70 -100 g	1 mediana o 2 pequeñas
Verduras	1	50-100 g	½ plato plano (cruda-cocida)
Frutas	1	100 g	1 mediana, (3 pequeñas)
Aceites y grasas	1	10 cc	1 cuchara
Azúcares	1	10 g	2 cucharillas

<b>Medidas caseras</b>	<b>Equivalente en gramos – ml</b>
1 Taza (margarina)	200
1 Vaso mediano	180
1 cuchara sopera ( cucharada)	10
2 cucharaditas de te	10 ( 5 g. cada una)
Carnes ( ancho, largo, y espesor) bife mediano carne de, cerdo y cordero	6 cm ancho y largo y 1 cm espesor
Pescado 1 unidad mediano	20 cm largo x 5 cm de ancho y 1 cm de espesor
1 bife mediano de carne vacuna, de conejo,	10 cm de ancho y largo y 1 cm de espesor
1 rebanada de pan	1 cm de espesor