

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SUPLEMENTACIÓN DE
MICRONUTRIENTES EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES EN EL
CENTRO DE SALUD DE BELENPAMPA SANTIAGO CUSCO
2015 – 2017**

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

NORA VILLEGAS ALMIRON

**Callao, 2018
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DRA. ANA MARÍA YAMUNAQUÉ MORALES PRESIDENTA
- MG. CÉSAR ÁNGEL DURAND GONZALES SECRETARIO
- MG. INÉS LUISA ANZUALDO PADILLA VOCAL

ASESORA: MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 248

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15/04/2018

Resolución Decanato N° 950-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	17
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.1 Recolección de Datos	20
3.2 Experiencia Profesional	20
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	27
IV. RESULTADOS	29
V. CONCLUSIONES	38
VI. RECOMENDACIONES	39
VII. REFERENCIALES	40
ANEXOS	42

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el mundo existen aproximadamente 2000 millones de personas anémicas, los grupos que presentan las más altas prevalencias son los niños en fase de crecimiento; en los países en desarrollo, el déficit de hierro se observa en una proporción del 40 al 60% de los niños.

La desnutrición en sus diversas formas es la más común de las enfermedades, sus causas se deben en general a deficientes recursos económicos o a enfermedades que comprometen el buen estado nutricional de los niños menores de 5 años.

En el Perú, la anemia infantil es uno de los principales problemas nutricionales que afecta a los niños menores de 3 años, lo que significa que a edad muy temprana afecta su capacidad física e intelectual. La evolución reciente de los principales indicadores de salud y nutrición muestran una tendencia favorable hasta el 2011, siendo el caso de la reducción de anemia el más destacable. Sin embargo dicha evolución se ha visto revertida en los casos de anemia en menores de seis meses sin lactancia exclusiva; o, atenuada (en niños con bajo peso al nacer y menores de doce meses con vacunas básicas completas). Así, según el ENDES al primer semestre 2013, y por tipo de indicador de salud y nutrición, Cusco presenta 51.06% siendo la mayor proporción de niños menores de 36 meses de edad con anemia. Razón por la cual se viene utilizando el multimicronutriente (MMN) que es una alternativa innovadora y efectiva para prevenir la anemia y controlar las deficiencias de vitaminas y minerales esenciales, la suplementación con este multimicronutriente está dirigido a los niños de 6 a 35 meses de edad, este producto se viene distribuyendo en los Centros y Puestos de Salud del Perú y la enfermera es la encargada de distribuir el multimicronutriente y brindar consejería a los tutores y/o padres sobre el suministro del multimicronutriente de

acuerdo a la norma técnica N° 134-MINSA-2017, para contribuir a la correcta suplementación del niño con este producto; se elabora el presente trabajo para optar el título de la segunda especialidad profesional en crecimiento y desarrollo, estimulación temprana.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La deficiencia de hierro es el desorden nutricional más común y extendido en el mundo; razón por la cual se viene utilizando el multimicronutriente para reducir las cifras de anemia. Existen numerosas investigaciones científicas que han comprobado su eficacia para reducir y controlar la deficiencia de hierro. La mayoría de estos han mostrado una reducción igual o mayor a 20 puntos porcentuales (estudios de Canadá, Ghana, BanglaDesh, India, Pakistán, México, Haití entre otros). Los estudios también han mostrado una mayor aceptabilidad y adherencia al suplemento, comparado con jarabes de sulfato ferroso, por su mejor sabor y fácil administración. El hierro está cubierto por una cápsula lipídica (grasa) de soya, que encubre el sabor metálico del hierro y mejora la tolerancia gastrointestinal.

La intervención de los multimicronutrientes se realizó a nivel mundial iniciando en: África y Asia (Mongolia, Nepal, Pakistán, Bangtadesh, China, Vietnam, Kenya, Sir Lanka, India, Benin, Ghana) y en América: (México, Guatemala, Nicaragua, Haitl, Guyana, Argentina, Ecuador y Bolivia), siendo Bolivia el primer país en América Latina que ha iniciado la suplementación a escala nacional. En el Perú también se entregó los multimicronutrientes primero en tres departamentos, en Huancavelica, Ayacucho y Apurímac, después de que los estudios realizados sobre la efectividad del suplemento arrojara resultados favorables y alentadoras implementaron también en lugares de emergencia como: Jea, Pisco y Nazca, reduciendo la anemia en 10 puntos porcentuales. Años más tarde la intervención con micronutrientes se implementó a los 13 Departamentos del País. Centro del marco de los programas de nutrición en nuestro País, se viene utilizando el multimicronutriente que es un complemento vitamínico y mineral, en polvo constituida por fumarato

ferroso micro encapsulado, cada gramo de multimicronutriente contiene 12.5 mg de hierro elemental, el cual satisface las recomendaciones de 1 mg de hierro elemental por Kg de peso por día¹⁶. Este suplemento es una alternativa innovadora y efectiva para prevenir y controlar las deficiencias de vitaminas y minerales esenciales, así mismo contribuir a un adecuado crecimiento lineal y desarrollo cognitivo; la 1 suplementación con este multimicronutriente es para los niños de 6 a 35 meses de edad.

1.2. Objetivo

Describir la experiencia laboral profesional en la suplementación de micronutrientes en niños menores de 36 meses en C.S Belepampa, periodo 2015 al 2017.

1.3. Justificación

El primer año de vida del niño es crítico para su crecimiento y desarrollo, ya que a lo anteriormente señalado se agrega que su alimentación depende de terceras personas y es el momento de la vida en que los procesos de crecimiento y desarrollo se realizan a la mayor velocidad de la vida, y por lo tanto tienen la mayor susceptibilidad de ser impactado por una noxa ambiental (1). El resultado de cualquier agresión ya sea un déficit nutricional, una enfermedad o una deprivación psicosensorial y afectiva produce una detención de estos importantes procesos que puede significar quedar con una secuela permanente a pesar de una rehabilitación posterior.

La anemia infantil es un problema de salud pública no resuelto en el Perú, a pesar de todos los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en las últimas dos décadas. La prevalencia de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad, disminuyó solo diez puntos porcentuales en diez años, de 60% en el año 2000 a 50,3% en el año 2010(2). En el

2011 la OMS recomendó el uso de multimicronutrientes en polvo, para controlar la anemia entre niños de 6 a 23 meses de edad en países donde la prevalencia de anemia es igual o mayor de 20% (3), como es el caso de nuestro país.

En el Perú, las principales medidas de control de la anemia se han centrado en la suplementación diaria con sulfato ferroso en jarabe (eje fundamental del control de la anemia), en la fortificación de alimentos, y en la educación alimentaria. Sin embargo, la suplementación con sulfato ferroso tiene poca adherencia debido a las reacciones adversas frecuentes (náuseas, estreñimiento, pirosis, etc.) asociadas con su consumo (1, 4).

En el Perú, la anemia tuvo tendencia decreciente en los últimos años, en el año 2011, aproximadamente, 734 mil niños y niñas menores de tres años tenían anemia, representando el 41.6% de este grupo de edad 46.6%. Según Wagner (2004), se admite que cualquier niño puede padecer anemia por déficit de hierro, sin embargo, los sectores de mayor riesgo son los niños menores de dos años, ya que en este período el crecimiento es muy acelerado y al mismo tiempo la alimentación que suelen recibir no les aporta la cantidad de hierro que necesitan. En los primeros doce meses de vida, el bebé triplica su peso corporal y los depósitos de hierro que ha formado durante la gestación le alcanzan solo hasta aproximadamente los cuatro meses. Aparte que, a medida que va creciendo el niño, ciertos parásitos intestinales, los cuales son tan frecuentes, suelen provocar anemia.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL

PEÑAFIEL Sonia y VILLARES Nancy (2011), "Evaluación del programa de nutrición componente micronutrientes (vitamina a y hierro) y sus beneficios en la salud en niños/as de 4 a 35 meses de edad que acuden al centro de salud de Echeandia en el periodo de octubre del 2010 a marzo del 2011". Guaranda – Ecuador, su objetivo fue mejorar los conocimientos de las madres y padres de familia que acuden al centro de salud de Echeandia sobre el Programa de Nutrición Componente Micronutrientes (Vitamina A y Hierro Infantil), el estudio que realizo fue descriptivo, transversal, analítico concluyeron que en cuanto al perfil del personal se puede indicar que el programa de Nutrición Componente Micronutrientes manejan solo las enfermeras cabe recalcar que son las únicas que han recibido capacitaciones del programa.

RUIZ POLIT Pamela Alejandra (2010), "Evaluación de la fase uno del programa de suplementación con hierro chis-paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia de Chimborazo, 2010." Riobamba –Ecuador, su objetivo fue evaluar la fase uno del programa de suplementación con hierro Chis-Paz en los niveles de hemoglobina en menores de 5 años y los objetivos específicos: definir las características generales de los niños y niñas en estudio 18. En su estudio cuasi-experimental concluyeron que la selección de los niños a intervenir fue diversa, encontrando así que la distribución de niñas y niños es de 52 y 48% respectivamente característico para una población normal, y la mayor parte de niños están comprendidos entre las edades de 2 a 4 años, grupo en el que se encontró mayores problemas nutricionales durante la investigación.

2.1.2. A NIVEL NACIONAL

HUAMÁN ESPINO Lucio y Colaboradores (2012), "Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención población de Apurímac". Perú –2012, su objetivo es evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutriente "Chispitas" en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niños de 6 a 35 meses, en su estudio transversal usó un muestreo multietápico en el 2010. El consumo de multimicronutrientes se categorizó en: menor de 30; de 30 a 59, y 60 o más sobres. La calidad del consumo fue adecuada cuando la madre refería que el niño consumía toda la comida con el suplemento se calculó las razones de prevalencia (RPa) ajustadas por regresión de Poisson. Resultados. Se incluyó 714 participantes, 25,3% vivían en hogares pobres y 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. Se concluyó que se dio en forma adecuada los micronutrientes a solo el 29% de la publicación, grupo en que se demostró menores prevalencias de anemia independientemente de la presencia de otros factores sociodemográficos.

ESPICHÁN ÁVILA Pablo César, en su estudio de investigación "Factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses", de asentamientos humanos del distrito de San Martín de Porres- Universidad Nacional Mayor de San Marcos-Facultad de medicina humana de nutrición publicación 2013". San Salvador, Junio de 2011, su objetivo fue determinar los factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses de asentamientos humanos del distrito de San Martín de Porres (SMP) y objetivos específicos: Identificar si el factor social se encuentra asociado al

incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses e Identificar si el factor relacionado al personal de salud se encuentra asociado al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses de Asentamientos Humanos del distrito de San Martín de Porres, 2012; en su estudio descriptivo de prevalencia y asociación cruzada, transversal y observacional, donde se concluyó que el factor que influyó en la adherencia al tratamiento fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento. El factor más influyente para la no adherencia al tratamiento fue el factor social.

2.2. Marco Conceptual

Micronutrientes:

Los micronutrientes también conocidos como vitaminas y minerales son componentes esenciales de una dieta de alta calidad y tienen un profundo impacto sobre la salud. Aunque sólo se necesitan en cantidades ínfimas, los micronutrientes son los elementos esenciales para que el cerebro, los huesos y el cuerpo se mantengan sanos.

Junto con la lactancia materna, consumir una amplia gama de alimentos ricos en nutrientes es la manera ideal de que los niños pequeños obtengan los micronutrientes esenciales en sus dietas. Pero en muchas partes del mundo, las dietas de los niños no contienen suficientes micronutrientes y las carencias son generalizadas.

Las carencias de micronutrientes se califican a menudo como "hambre oculta", porque se desarrollan gradualmente con el tiempo, y sus efectos devastadores no se observan hasta que ya han causado un daño irreversible. Aunque puede que el niño se vaya a dormir todas las noches con el estómago lleno, las carencias de micronutrientes significan que su cuerpo está todavía hambriento de una buena nutrición.

Millones de niños sufren retraso en el crecimiento, retraso cognitivo, debilidad inmunológica y enfermedades como resultado de las carencias de micronutrientes. Para las mujeres embarazadas, la falta de vitaminas y minerales esenciales puede ser catastrófica, y aumenta el riesgo de que sus hijos sufran bajo peso al nacer, defectos de nacimiento, abortos e incluso la muerte.

Principales carencias:

La principal causa de daño en el cerebro de los niños que es posible evitar es la carencia de yodo. Sus efectos más devastadores ocurren durante el período de desarrollo fetal y en los primeros años de vida de un niño. A nivel mundial, un 30% de la población mundial vive en zonas con carencia de yodo¹. La carencia de vitamina A afecta a un tercio de los niños que viven en contextos de bajos y medianos ingresos, principalmente en África subsahariana y Asia meridional². La carencia de vitamina A debilita el sistema inmunológico y aumenta el riesgo de que el niño contraiga infecciones como el sarampión y las enfermedades diarreicas, y de que muera a causa de ellas.

La carencia de hierro puede ocasionar la anemia, que aumenta el riesgo de hemorragia y de sufrir una infección bacteriana durante el parto y está implicada en las muertes maternas. A su vez, los bebés pueden nacer prematuramente y sufrir infecciones, problemas de aprendizaje y retraso en el desarrollo. Casi el 40% de las mujeres embarazadas y más del 40% de los niños menores de 5 años de los países en desarrollo son anémicos³. Se estima que aproximadamente la mitad de estos casos se deben a la carencia de hierro.

La carencia de zinc deteriora la función inmunológica y se asocia con un mayor riesgo de infecciones gastrointestinales. Es también un factor que contribuye a las muertes infantiles por diarrea. La carencia de zinc es

especialmente frecuente en países de bajos ingresos debido al consumo escaso de alimentos ricos en zinc y a una absorción inadecuada.

Las carencias de calcio, vitamina D y ácido fólico son una preocupación muy concreta durante el embarazo y pueden conducir a una serie de complicaciones para la salud de la madre y del bebé en crecimiento.

Estrategias para evitar y tratar las carencias en micronutrientes en mujeres y niños:

Las estrategias de diversificación dietética ayudan a las familias a acceder a una amplia gama de alimentos ricos en nutrientes. Requieren educar a los cuidadores sobre las prácticas apropiadas de alimentación del lactante y del niño pequeño y mejorar el uso de alimentos disponibles localmente.

Los programas de suplementación aportan micronutrientes específicos que no están disponibles como parte de la dieta habitual. La suplementación es especialmente importante cuando la necesidad de micronutrientes que tiene el cuerpo es especialmente alta, como por ejemplo durante el embarazo, y es difícil satisfacerla solamente con la alimentación. Un ejemplo es la administración de suplementos de hierro y ácido fólico a las mujeres embarazadas, una práctica que puede reducir el riesgo de bajo peso al nacer, la anemia materna y la carencia de hierro.

El enriquecimiento a gran escala es el proceso de añadir micronutrientes a los alimentos o condimentos que son consumidos regularmente por la población, tales como la harina, el azúcar, la sal y los aceites para cocinar. Los programas de enriquecimiento son muy eficaces en la prevención de las carencias de micronutrientes a un costo mínimo –a menudo sólo unos centavos por persona al año. Los programas de yodación universal de la sal y de enriquecimiento de la harina (para agregar hierro) han tenido éxito en el enriquecimiento a gran escala en muchos países.

Los programas de enriquecimiento en el hogar proporcionan a los cuidadores polvos de micronutrientes para que los espolvoreen sobre los alimentos que se preparan para los niños en casa. Esto puede mejorar significativamente la calidad dietética de los alimentos complementarios para los niños de 6 meses a 2 años. El enriquecimiento en el hogar empodera a los cuidadores y les proporciona las herramientas necesarias para mejorar la dieta familiar sin necesidad de realizar un cambio importante en sus prácticas alimentarias.

Estas estrategias, junto con la prevención y el tratamiento de enfermedades infecciosas y la eliminación de parásitos, pueden reducir al mínimo la pérdida de micronutrientes y reducir las carencias de micronutrientes entre los grupos vulnerables.

Causas de carencia de micronutrientes:

La causa de las carencias de micronutrientes son factores inmediatos, tales como la ingesta inadecuada de alimentos nutritivos y las enfermedades infecciosas, y factores subyacentes, como la pobreza y los entornos insalubres. Abordar estos factores puede convertirse en un proceso problemático.

Un aumento en la ingesta de alimentos nutritivos puede resultar difícil porque los alimentos ricos en micronutrientes son a menudo caros y no resulta fácil conseguirlos. Para ilustrar esta afirmación, la carencia de hierro es el problema nutricional más generalizado del mundo, pero los progresos para eliminarlo han sido limitados, en parte, porque los alimentos ricos en hierro, como el hígado, las carnes rojas, los huevos, los pescados, el pan integral y las legumbres, no están ampliamente disponibles o no son asequibles para muchas familias.

Las enfermedades infecciosas y las carencias de micronutrientes se agravan mutuamente en un círculo vicioso. Las infecciones agotan los

micronutrientes en un momento en que el cuerpo más los necesita. Debido a que tiene muy pocas reservas para recurrir a ellas, el sistema inmunológico se debilita aún más y tiene menos posibilidades de combatir la infección.

Factores subyacentes tales como las prácticas de atención inadecuada y un ambiente insalubre en el hogar, que incluye un abastecimiento deficiente de agua potable y de saneamiento, también amenazan la ingesta de alimentos y aumentan las infecciones.

Llegar a las poblaciones de mujeres y niños más vulnerables es también un desafío, particularmente durante los primeros 1.000 días esenciales del desarrollo, que van desde el embarazo hasta el segundo cumpleaños de un niño.

Prevención de la anemia ferropenia

La anemia por deficiencia de hierro, en los niños es una enfermedad que se puede prevenir con una dieta adecuada y la suplementación de hierro en la infancia. La Organización Mundial de Salud, prioriza hace más de una década en las estrategias nutricionales de prevención, esta puede prevenir desde la gestación, con una alimentación adecuada y la administración de sulfato ferroso y ácido fólico a la madre gestante, después del nacimiento es importante practicar la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, la alimentación complementaria, debe contener carnes, cereales y verduras con alto contenido en hierro, iniciar poco a poco en la dieta diaria, acompañada de suplementos

(Jarabe y gotas) para prevenir la anemia.

Chispitas:

Este suplemento nutricional está destinado a reducir la deficiencia de hierro y la anemia en niños; se presentan en pequeños sobrecitos que contienen una mezcla de micronutrientes encapsulada con una cubierta lipídica que previene la interacción con los alimentos. Entre algunas de

sus ventajas, se destaca que su uso no requiere utensilios ni medidas y pueden administrarse en cualquier comida semisólida del día, aparte de ello, este no precisa ningún cambio en la alimentación habitual del niño; otra de sus ventajas es que los costos de producción son relativamente bajos y que estos son más un alimento que un medicamento. A partir de los 06 meses cuando inicia la alimentación complementaria también recibe 01 sobre de multimicronutriente por día, durante 12 meses que debe recibir 360 sobres.

El sobre esta compuesto de: hierro 12.5, zinc 5ug, ácido fólico 160ug, vit. A 300ug, vit C 30 ug.

Sulfato ferroso:

Forma del mineral hierro que se usa para tratar la anemia que resulta de tener concentraciones bajas de hierro en la sangre. La anemia es una afección en la que el número de glóbulos rojos es bajo. El sulfato ferroso es un tipo de anti anémico y de suplemento alimentario que sirve para tratar o prevenir la mayoría de las anemias. El tratamiento con sulfato ferroso tomado por la boca generalmente dura por lo menos 3 meses.

Reglamento de la Ley N° 28314, que dispuso la fortificación de la harina de trigo con micronutrientes:

Artículo 4°.- De los Micronutrientes

Toda harina de trigo destinada al consumo humano en el territorio nacional debe ser fortificada con los siguientes micronutrientes, los cuales deben provenir de compuestos permitidos para uso alimentario:

Micronutrientes	Cantidad Mínima de Adición
Hierro	55 mg/kg
Tiamina	5 mg/kg
Riboflavina	4 mg/kg
Niacina	48 mg/kg
Acido fólico	1.2 mg/kg

Los micronutrientes recomendados por el Ministerio de Salud para la fortificación de la harina de trigo, son los siguientes:

Micronutriente	Fuente
Hierro	Sulfato Ferroso
Hierro	Fumarato Ferroso
Tiamina	Mononitrato de Tiamina
Riboflavina	Riboflavina
Niacina	Niacina
Folato	Ácido Fólico

Directiva sanitaria para la prevención y control de la anemia por deficiencia de Hierro en gestantes y puérpera – Resolución Ministerial N°069-2016-MINSA:

Tiene como finalidad Contribuir en la mejora del estado de salud de las gestantes y puérperas reduciendo la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro y prevenir la anemia en el recién nacido. Tiene como principales objetivos:

- Estandarizar los criterios técnicos y operativos para el diagnóstico de la anemia por deficiencia de hierro en gestantes y puérperas.
- Definir los procedimientos técnicos para el cumplimiento del esquema de suplementación con hierro y ácido fólico en gestantes y puérperas.
- Establecer los procedimientos técnicos y operativos para brindar el tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en las gestantes y puérperas.

Requerimientos o necesidades nutricionales:

Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades.

Suplementación:

Esta intervención consiste en la indicación y la entrega de hierro, solo o con otras vitaminas y minerales, en gotas, jarabe o tabletas para mantener o reponer niveles adecuados de hierro en el organismo.

Contenido de hierro elemental de los productos farmacéuticos existentes en PNUME:

PRESENTACIÓN	PRODUCTO	CONTENIDO DE HIERRO ELEMENTAL
Gotas	Sulfato ferroso	1 gota = 1,25 mg Hierro elemental
	Complejo polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Hierro elemental
Jarabe	Sulfato ferroso	1 ml = 3 mg Hierro elemental
	Complejo polimaltosado Férrico	1 ml = 10 mg Hierro elemental
Tabletas	Sulfato ferroso	60 mg de Hierro elemental
	Polimaltosado	100 mg de Hierro elemental
Polvo	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Hierro elemental)
		Zinc (5mg)
		Ácido fólico (160 ug)
		Vitamina A (300 ug Retinol equivalente)
		Vitamina C (30mg)

Para prevenir la anemia:

- La suplementación preventiva se iniciara con gotas a los 4 meses de vida (sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad.
- Se administrara suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad.
- Se continuara con la entrega de micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día).
- El niño que no recibió micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos).
- En el caso de niños mayores de 6 meses, y cuando el establecimiento de salud no cuente con micronutrientes, estos

podrán recibir hierro en otra presentación, como gotas o jarabe de Sulfato ferroso o complejo polimantoso férrico.

- En el caso de suspenderse el consumo de micronutrientes, se deberá continuar con el esquema hasta completar los 360 sobres, se procurará evitar tiempos prolongados de deserción.

2.3. Definición de términos

- Alimentación complementaria: Alimentos y líquidos que se proporcionan a niños de entre 6 y 23 meses junto con la leche materna cuando ésta no es suficiente para cubrir las necesidades del niño.
- Alimentación suplementaria: Alimentos adicionales para personas con necesidades nutricionales específicas, incluidos los niños con desnutrición aguda moderada.
- Alimentos terapéuticos listos para usar (RUTF): Tratamiento terapéutico a base de alimentos preparados y listos para usar, sin adición de ingredientes extra, para niños a los que se ha diagnosticado desnutrición aguda moderada o aguda grave. Este tratamiento se conoce como RUTF.
- Bajo peso al nacer: Un recién nacido con un peso inferior a los 2.500 gramos.
- Desnutrición: El resultado de la ingesta insuficiente de alimentos adecuados, la atención inadecuada y las enfermedades infecciosas.

- Desnutrición aguda moderada: Peso que en relación con la altura es significativamente inferior a la media (entre menos dos y menos tres desviaciones estándar).
- Desnutrición aguda grave o severa: Peso que en relación con la altura es gravemente inferior a la media (por debajo de tres desviaciones estándar).
- La circunferencia del brazo, entre el hombro y el codo, es inferior a 115 mm, la delgadez es grave y visible, y hay presencia de edema nutricional.
- Desnutrición crónica: Altura que en relación con la edad es inferior a la media (menos dos desviaciones estándar). Se denomina también retraso en el crecimiento.
- Lactancia materna exclusiva: El lactante se alimenta exclusivamente de leche materna, que contiene todos los nutrientes necesarios hasta los 6 meses.
- Lactancia temprana: Inicio de la lactancia en la primera hora de vida.
- Malnutrición: Un término más amplio que la desnutrición que significa alimentación inadecuada, por defecto (desnutrición), exceso o ingesta de alimentos no saludables (sobrepeso y obesidad).
- Micronutrientes: Vitaminas y minerales esenciales,
- Retraso en el crecimiento: Ver desnutrición crónica. RUTF: Ver Alimentos terapéuticos listos para usar.

- **Sobrepeso:** Peso que en relación con la altura está por encima de la media (dos desviaciones estándar).
- **Anemia Infantil:** Es una afección en la cual el cuerpo ya no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. Estos glóbulos llevan oxígeno a los tejidos corporales. Hay muchos tipos de anemia. La anemia ferropénica es una disminución en el número de glóbulos rojos en la sangre debido a una falta de hierro.
- **Multimicronutrientes:** Se conocen como micronutrientes a las sustancias que los organismos de los seres vivos necesitan en pequeñas dosis. Son sustancias indispensables para los diferentes procesos metabólicos de los organismos vivos y sin ellos morirían.
- **Escala antropométrica:** La antropometría es el tratado de las proporciones y medidas del cuerpo humano. Como tal, la antropometría es una ciencia que estudia las medidas y dimensiones de las diferentes partes del cuerpo humano ya que estas varían de un individuo para otro según su edad, sexo, raza, nivel socioeconómico, etcétera.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Se recolecto los datos e información pertinente de estudios previos con relación al tema desarrollado, informes estadísticos, registros de seguimiento, historias clínicas, registros diarios y base de datos del Centro de Salud Belepampa y de la Red Cusco Norte.

3.2. Experiencia Profesional

Soy egresada de la Universidad Nacional de San Antonio Abad de Cusco Estudie la carrera profesional de enfermería, actualmente estudio la especialidad crecimiento y desarrollo de estimulación temprana donde aprendí los conocimientos teóricos y prácticos sobre la profesión.

Una vez egresada de las aulas universitarias contamos con una serie de herramientas que configuran el perfil profesional: destrezas, conocimientos, habilidades y formación de calidad y que esta adecuada a las necesidades reales en el ámbito y la sociedad al que pertenecemos.

Mi carrera profesional inicie con mis prácticas profesionales en los hospitales y centros de salud, me gradué como Licenciada en Enfermería en el año 1981, luego me sortearon para realizar mi SECIGRA, en el C.S.GRAU, distrito de Chuquibambilla, Departamento de Apurímac. Cuando me presente en dicho centro de salud, para mí era un lugar desconocido y lejano, porque mi viaje de Cusco a Abancay era de 8 horas, los carros para esa zona salían al día siguiente y se llegaba a las 4 de tarde del día.

En este centro de salud funcionaba con 02 enfermeras contratadas y dos enfermeras secigra y 02 técnicos de enfermería. Tenía consultorio de medicina, consultorios de programas: CRED, Inmunizaciones, Infecciones respiratorias y EDA, tópico, materno infantil, sala de partos, farmacia y

sala de observación. Tenía 18 comunidades bastante lejanas, llegamos a todos las comunidades para dar atención integral.

Los representantes de las comunidades que visitamos nos felicitaron por las atenciones realizadas por que no visitaban en forma continua así como lo hicimos nosotras las SECIGRAS.

El mismo año por necesidad de servicio, me constituyo en el hospital de Abancay, donde labore en el programa de crecimiento y desarrollo en consultorio externo me hice cargo con memorándum (disposición de trabajo), donde tome mayor experiencia en cuanto al manejo y atención al niño o niña.

HOSPITAL SANTA ROSA

En 1983, fui a trabajar a Puerto Maldonado al Hospital Santa rosa, dicho departamento tiene 04 provincias, labore en la provincia de Tambopata, el viaje a Puerto Maldonado es por vía aérea, aquel año el transporte por vía terrestre era demasiado complicado porque se llegaba en 15 días o más.

El hospital era de nivel 1-2 donde funcionaba, hospitalización con las siguientes distribuciones: 02 servicios de medicina, 02 de cirugía, 01 de pediatría, 01 de materno, sala de partos, centro quirúrgico, sala de observación, correspondiente a hospitalización. Funcionaba consultorios externos como son : servicios de medicina, cirugía, pediatría, crecimiento y desarrollo, obstetricia, tuberculosis, enfermedades metaxenicás, servicio de emergencia y tóxico, triaje y admisión la parte administrativa direccionada por un director general y comité de gestión del hospital, la organización estaba compuesto de la siguiente manera: 08 médicos, 02 odontólogos ,10 enfermeras, 04 obstetras, 01 servicio social,01 nutricionista, 15 técnicos de enfermería, 04 técnicos de nutrición, 08 personal de apoyo, 05 promotores de salud, personal de control malaria y enfermedades tropicales, personal de limpieza, mantenimiento y

sanitarios para atención en el campo, 03 choferes y tenía 04 ambulancias.

La cocina, con su respectivo personal de nutrición, y morgue con su personal respectivo tenía luz propia por las desperfecciones que se presentaba en la zona, su población de 40000 habitantes y comunidades bastante lejanas para realizar las visitas de atención se usaba medios de comunicación por vía fluvial (en jequetepeque, balsa) y terrestre (moto, ambulancia) a sus tres provincias Manu, Tahuamanu e Ñapari, carecía de profesionales y personal de apoyo.

Trabaje en los servicios de hospitalización de todas las áreas, luego por rotación interna pase a consultorios externos al programa de crecimiento y desarrollo (niño sano), este servicio lo organizamos en 03 ambientes: recién nacidos, inmunización y crecimiento y desarrollo. Tuve experiencia en el manejo de enfermedades tropicales así como: tétanos, fiebre amarilla malaria y otros (hospitalización).

En 1985 pase nuevamente al servicio de hospitalización haciéndome cargo de todos los servicios de dicho nosocomio.

En 1987 me presente al concurso de reasignación a la dirección de la salud Cusco (Diresa).

Dimos un examen de concurso para esta reasignación, donde logre ingresar en segundo lugar para la periferie o servicios rurales. Donde escogí sin conocer el puesto de salud de Ollantaytambo.

PUESTO DE SALUD DE OLLANTAYTAMBO

Logrando ingresar al puesto de salud Ollantaytambo en el año 1987, que está ubicado en la provincia de Urubamba, departamento del Cusco, el viaje de Cusco a Urubamba era de 5 horas, luego viajábamos a Ollantaytambo en camioneta durante una hora. Tenía 19 comunidades rurales de distancias lejanas y de cortas, las comunidades son: Pachar, Tancac, Cachicata Rumira, Chilca, Primavera, Huayllabamba, km 124, Tastayoc, Malaga, Phiri, Wuilloc, Pallata, Palomar, Monohuarcuna, Huayracpunco, Patacancha, Ccorihuayrachina, Kamicancha y otros, la

comunicación es por vía terrestre y férrea, con una población de 7560 habitantes distribuidos en diferentes comunidades. Donde me hice cargo de la jefatura del centro de salud en el mes de noviembre del mismo año. Trabajamos dos personas una enfermera y un técnico.

Estuve a cargo del manejo de la institución donde labore cuatro años en dicha institución. Organice y la distribución es de la siguiente manera: consultorio de medicina, crecimiento y desarrollo (niño sano), servicio de Eda y IRA(niño enfermo), triaje, tópico, ambiente de observación, farmacia. Maneje todos los programas y medicina, también se atendía partos, se hospitalizaba por 02 días en el servicio de observación, la alimentación lo daba la familia. Tuve una experiencia bastante productiva la población no acepto mi rotación porque la población urbana y rural aprecio mi desempeño como profesional en ese lugar, los pobladores mandaron un memorial a la UTES CUSCO, que siga laborando.

CENTRO DE SALUD ANTA

En 1991 me presente a un concurso de reasignación en la ciudad de Cusco, donde gane, según el ranquin me ubicaron en el C.S. ANTA, era un establecimiento pequeño las distribuciones de sus ambientes no eran cómodas, carecían de inmuebles, materiales, insumos, como un centro de salud, a su cargo estuvo 07 establecimientos donde se tenía que monitorizar y apoyar en las metas porque eran zona de riesgo se tenía muertes peri natales y niños desnutridos, en porcentaje considerable, razón por la cual ingresan 02 ONEGS(prisma -panfar, unicef y otros) donde apoyan alimentos y medicamentos.

La organización era de esta manera: donde funcionaba 01 servicio de medicina, 01 servicio niño sano donde se atendía crecimiento y desarrollo, inmunización, 01 servicio de niño enfermo donde se atendía EDA e IRA y otras enfermedades, se atendía partos en ambiente acondicionado, servicio emergencia y tópico, farmacia, servicio de triaje y admisión.

Personal que presto servicio son: 01 medico, 04 enfermeras, 01 obstetra, 01 odontólogo, 08 técnicos de enfermería y otros,01 de mantenimiento, este centro de salud contaba con un jefe que era un médico, jefe de enfermería , jefe de periferie que estaba a cargo de una enfermera.

La visita a los establecimientos era 02 fechas en el mes para atención integral a su población (medicina, inmunizaciones, odontología, crecimiento y desarrollo y otras consultas), la enfermera tenía muchas funciones (atendía consultas médicas, atención de partos aparte de sus funciones adherentes a su profesión) los problemas que más me impactaron son: niños desnutridos, con EDAS, IRAS, envenenamientos y accidentes de tránsito que se registran a diario. Las enfermeras nos organizamos y lideramos frente a la población donde pedimos a nuestras autoridades para la ampliación del establecimiento dando a conocer la problemática de salud de los pobladores, empezamos a presentar proyectos para la reubicación del centro de salud a otro lugar más amplio.

UNIDAD TERRITORIAL DE SALUD CUSCO

Luego de un tiempo, con un memorándum de disposición de trabajo, disponen a constituirme a la parte administrativa de la Unidad Territorial de Salud Cusco, posteriormente paso prestar servicio en atención a las persona, donde asumo la responsabilidad de coordinadora del programa de Crecimiento y Desarrollo, donde presento planes de trabajo para la mejora de los servicios de CRED en su organización , implementación y orientación, donde se capacita al 100% de las responsables de crecimiento y desarrollo, para el mejor manejo del programa. luego de unos años rote al servicio de PANFAR, trabaje arduamente con los responsables de CRED,para la captación de niños, madres gestantes y puérperas, calificando a familias en riesgo, para apoyo alimentario, logrando mejorar en las coberturas atención de CRED y otros programas, posteriormente asumo otra responsabilidad donde comparto mis conocimientos en la unidad de Estadística en el área del niño donde

realizaba la recepción de los informes estadísticos de 75 establecimientos luego se realizaba el proceso de digitación y análisis del reporte , dando a conocer las coberturas alcanzadas trimestralmente y anual, en cada zona de la UTES, donde se realiza las supervisiones pertinentes en los establecimientos programados, según los resultados estadísticos se deja sugerencias y recomendaciones para la mejor e imagen de la institucional. Se participa en las evaluaciones trimestrales, semestrales y anuales en cada zona de los establecimientos de salud, donde se realiza las conclusiones según a las metas alcanzadas, se acuerda con los responsables, a que el trabajo sea eficiente hacia la población.

Pasado los años se cambia de la denominación UTES Cusco a RED Cusco Norte, por política de gobiernos de turno. Donde asumo la estrategia de salud de crecimiento y desarrollo.

CENTRO DE SALUD BELEMPAMPA

Este Centro de Salud se construyó después del fatídico terremoto del 21 de mayo de 1950, el 11 de abril de 1981 reabre sus puertas como Centro Pediátrico Bernardo O'hgins , actualmente funciona como Centro de Salud Belenpampa categoría 1-4, cuenta con una plana casi completa de profesionales en salud, presidido por el Dr. Yermoli Latorre Lazarte, 12 médicos (08medicos con especialidad), 18 Enfermeras(06 enfermeras de CRED), 13 Obstetras, 02 Odontólogos, 06 Laboratoristas y 26 Técnicos entre asistenciales y administrativos, 01 Nutricionista, 01 trabajadora Social, 02 Psicólogo y 01 Químico Farmacéutico.

El Centro de Salud ofrece actividades Preventivo Promocionales de acuerdo a las normas del Ministerio de Salud, basado fundamentalmente en la Atención Primaria de Salud de Alma Ata de 1979, además realiza atenciones de Recuperación, Rehabilitación y Protección de la salud.

LOGROS: En el año 2005 se apertura la sala de partos para atender a las gestantes en el momento del parto, así disminuir el riesgo de la muerte materna y peri natal, por ser una atención institucional.

En estos 11 años se tiene más de 11.000 partos atendidos.

En estos años la atención de parto es vertical, tenemos casa materna

El 2006 por problemas personales tome la decisión de pedir un cambio al establecimiento de Belepampa donde asumo la jefatura de control de asistencia y el servicio de Crecimiento y Desarrollo, trabajamos 03 enfermeras se potencia con el número de atenciones de niños.

Luego de dos años asumo la jefatura de enfermería en este periodo se realiza diferentes cambios y se potencia los servicios de crecimiento y desarrollo según normas internas de enfermería hubo cambios luego me hice cargo exclusivamente de la estrategia del articulado nutricional del niño.

Hay cambios en la organización en CRED, los servicios están distribuidos por grupos etareos. Mejoramos en las coberturas a nivel del articulado nutricional, cumplen con las citas en la fecha indicada las madres de familia.

Luego quiero dar a conocer los cambios y funciones en los diferentes EESS donde labore.

Participo en el equipo interdisciplinario.

Elaboramos y ejecutamos el plan operativo de la etapa de vida del niño o niña.

Realizamos el análisis de la situación de salud local del niño o niña.

Monitoreo y supervisión del desarrollo del plan operativo de la etapa del niño de acuerdo a las normas establecidas.

Participo en la evaluación y se informa al nivel inmediato superior, las actividades desarrolladas.

Se elabora el plan de capacitación de recursos humanos de acuerdo a los resultados de una evaluación del desempeño.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

En el trayecto de mi carrera profesional, el objetivo como enfermera, es involucrarnos a conseguir resultado en la reducción de la desnutrición crónica y disminuir las anemias en los niños menores de 5 años.

Razón por la cual los profesionales de esta carrera nos empoderamos en el Articulado Nutricional ,porque comprende un conjunto de intervenciones articuladas entre el Ministerio de Salud, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social, la Presidencia del Consejo de Ministros, el Seguro Integral de Salud, los Gobiernos Regionales, y los Gobiernos Locales. Este estratégico está a cargo del Ministerio de Salud.

Los productos esperados circunscritos a la responsabilidad del MINSA, a través de los establecimientos de salud son:

- Niños con vacuna completa
- Niños con Control de Crecimiento y Desarrollo(CRED), completo según edad
- Atención de Infecciones Respiratorias Agudas(IRA)
- Atención de Enfermedades Diarreica Agudas(EDA)
- Atención de otras enfermedades prevalentes
- Atención de niños o niñas con parasitosis intestinal
- Familias saludables para el cuidado infantil
- Niños con suplementación de hierro y vitamina A

El personal de enfermería en coordinación con los profesionales médicos, obstetras, odontólogos, psicólogos, biólogos y nutricionistas, se organizan para que en forma conjunta respondan el logro del resultado esperando que es Reducir la desnutrición crónica de niños menores de 05 años. En ese entender, nos planteamos las estrategias generales como: La calidad en la atención atender bajo el enfoque de interculturalidad, el enfoque del desarrollo infantil temprano y aquellas específicas para el trabajo intramural como:

Horario de atención adecuado, citas programadas, llamadas telefónicas a las madres para recordarles las citas, atención a las referencias de los consultorios y extra mural como visitas domiciliarias de seguimiento, campaña de detección de niños con anemia, vacunación, reuniones de sensibilización a autoridades, cunas, instituciones educativas iniciales, capacitación a agentes comunales de salud.

La participación en la elaboración del plan operativo anual del articulado nutricional, la evaluación de resultados lo realizamos usando el FODA, partiendo del desempeño y la producción del personal del establecimiento y de nuestro entorno, con el análisis implementamos acciones, calidad de atención, herramientas de comunicación para la educación e información a nuestros aliados, estrategias para incrementar el acceso de la población. Mediante las actividades básicas de la atención de salud como la promoción, prevención y recuperación.

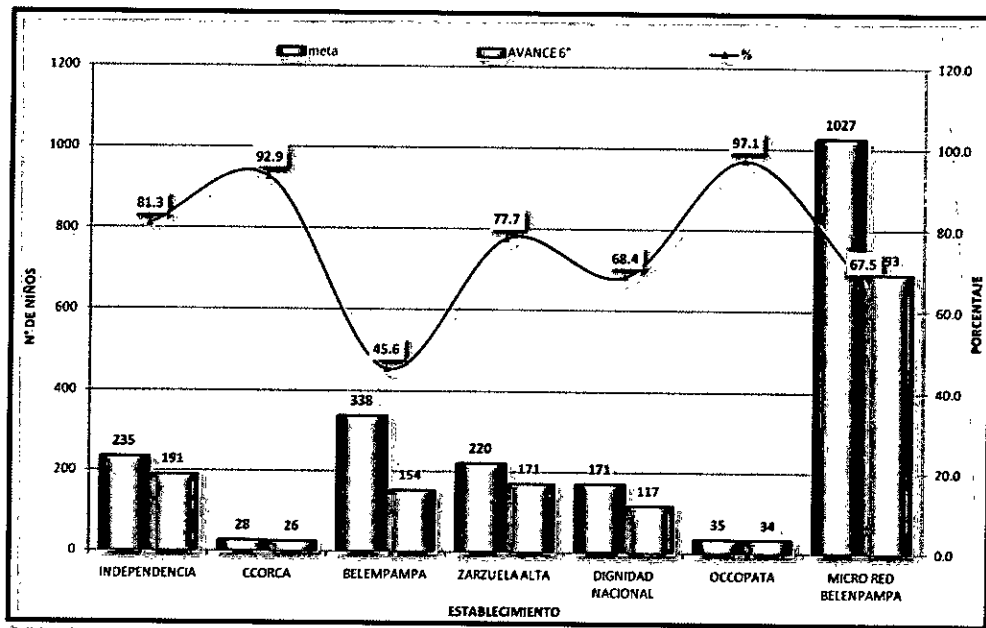
IV. RESULTADOS

Después de recolectar los datos, estos fueron procesados y presentados en gráficos para su respectivo análisis e interpretación considerando el marco teórico.

Aplicación de multimicronutrientes en menores de 6 meses:

GRÁFICO N° 4.1

PORCENTAJE DE SUPLEMENTO DE MMN EN 6 MESES MICRO RED BELEMPAMPA 2015-A

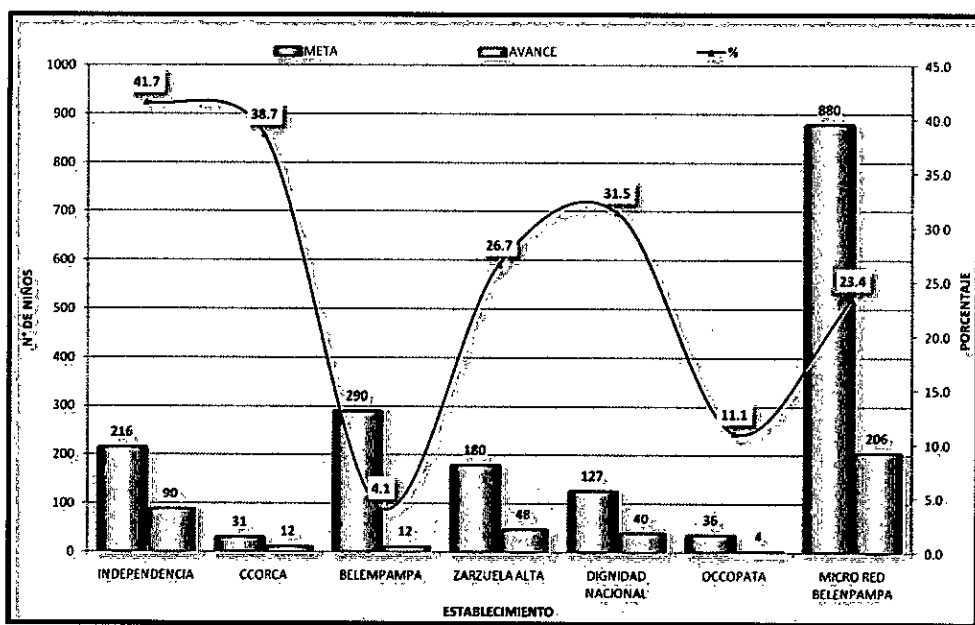


Fuente: Estadística de la Microred de Belenpampa

La distribución de micronutrientes es de 45.6 % a niños de 06 meses, no se logra entregar al 100%, por que las madres no acuden a los controles las fechas citadas.

GRÁFICO N° 4.2

PORCENTAJE DE SUPLEMENTO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN 2 AÑOS MICRO RED BELEMPAMPA 2015-A

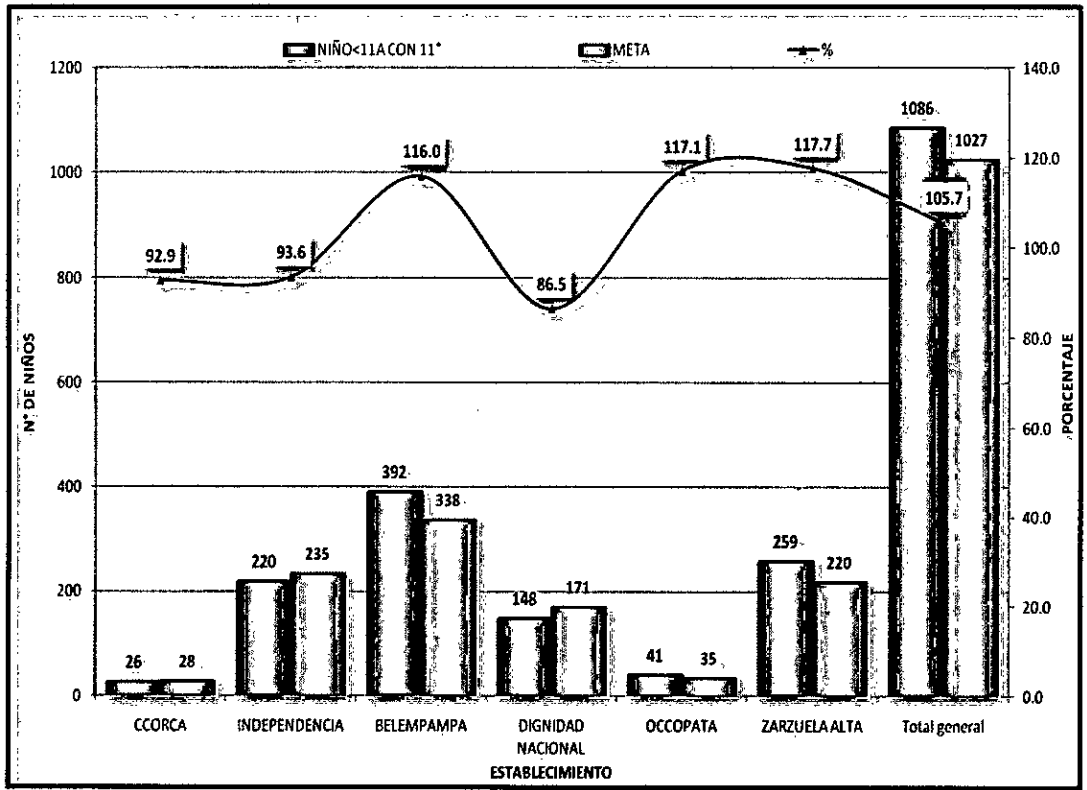


Fuente: Estadística de la Microred de Belenpampa

Análisis de la situación del niño menor de 3 años - Micro Red Belepampa 2015. Se logro un 23.4%, como se ve en el grafico la distribución micronutrientes no es satisfactorio, las madres no acuden.

GRÁFICO N° 4.3

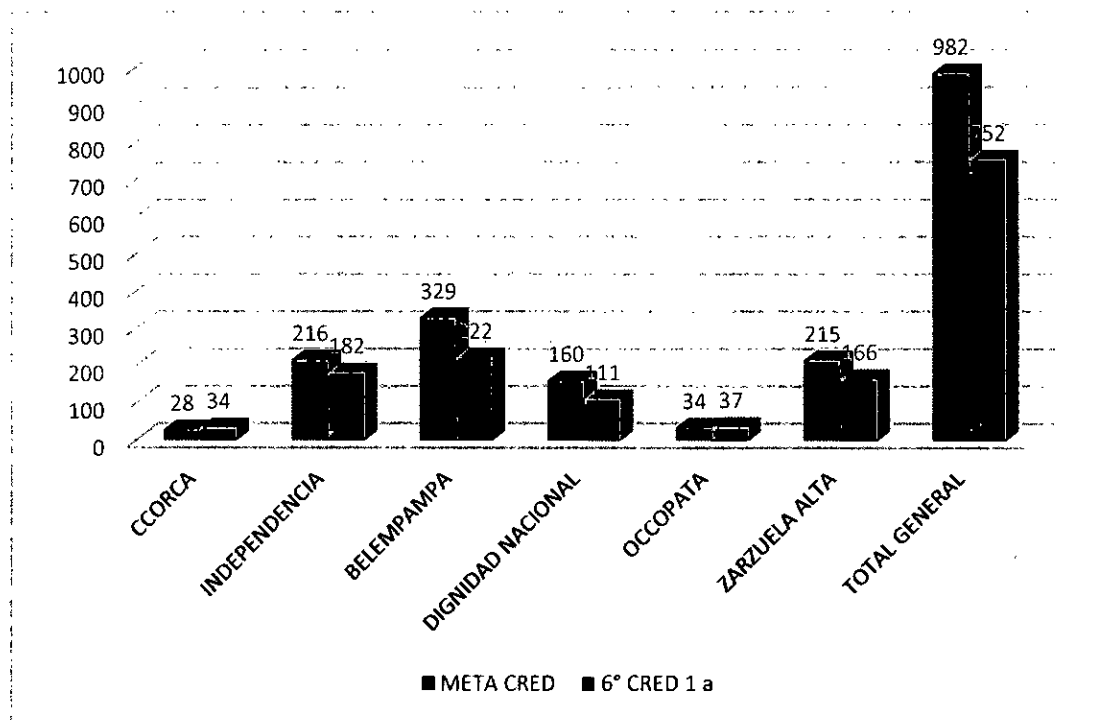
**NIÑO MENOR DE UN AÑO CONTROLADO MICRO RED
BELEMPAMPA 2015-A**



Fuente: Estadística de la Microred de Belenpampa

GRÁFICO N° 4.4

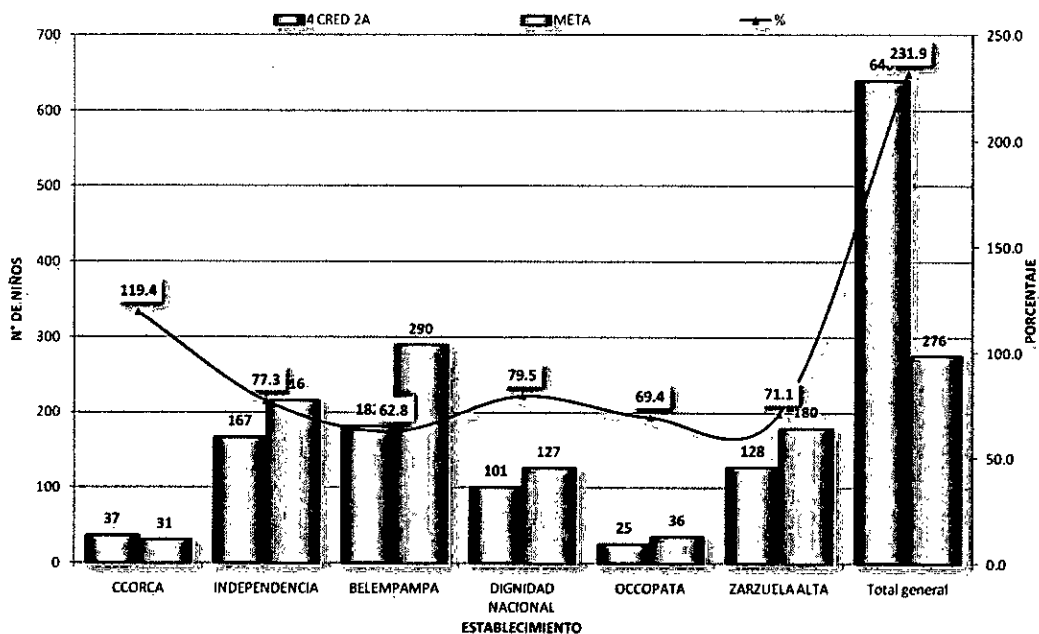
NIÑO DE UN AÑO CONTROLADO MICRO RED BELEMPAMPA 2015-A



Fuente: Estadística de la Micro red de Belenpampa

GRÁFICO N° 4.5

NIÑO DE 2 AÑOS CONTROLADO MICRO RED BELEMPAMPA



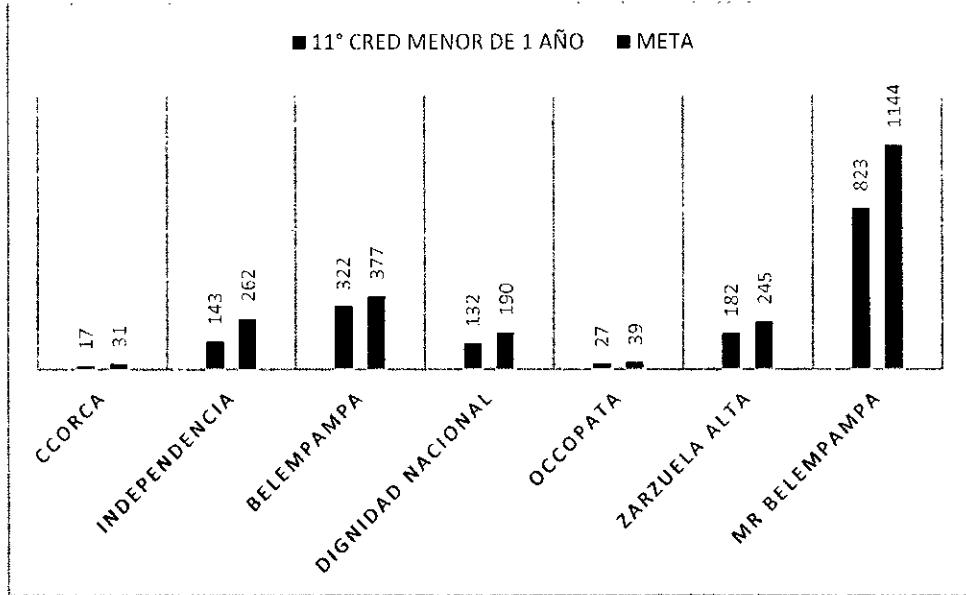
Fuente: Estadística de la Microred de Belenpampa

Análisis de crecimiento y desarrollo en niños menores de tres años micro red Belepampa:

- El porcentaje como micro red en los niños controlados menor de un año es 105.5% ,en el grupo de un año logramos el 76.58% , el 41.5% en el niño de dos años, debido a lo siguiente:
- Son coberturas aceptables, por qué los padres cumplen con las citas programadas.
- Grupos itinerantes de apoyo realizan visitas efectivas.

Gráfico N° 4.6

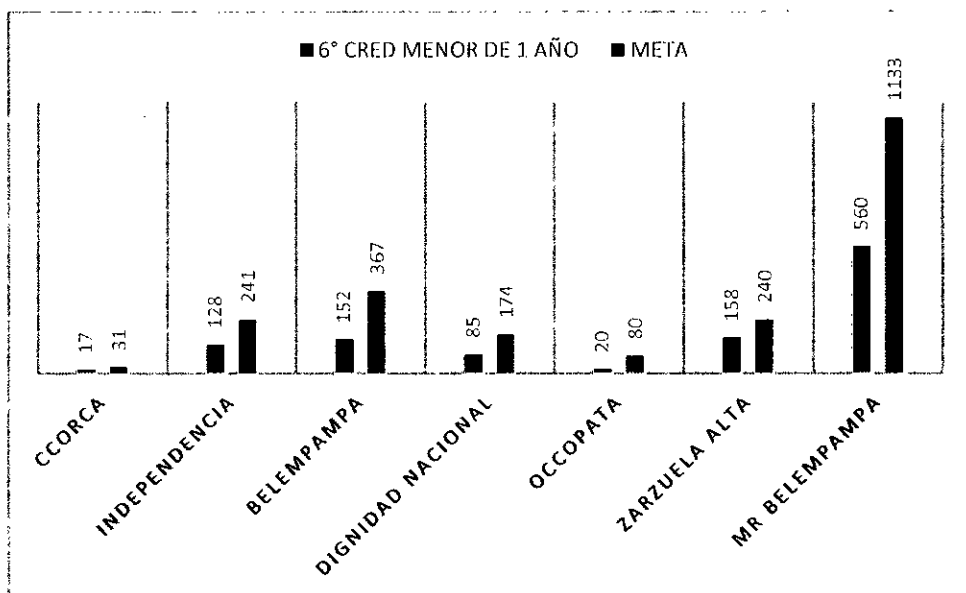
NIÑO MENOR DE UN AÑO CONTROLADO- 2016



Fuente: Estadística de la Microred de Belenpampa

Gráfico N° 4.7

NIÑO DE UN AÑO CONTROLADO-2016



Fuente: Estadística de la Microred de Belenpampa

Análisis de coberturas 2016:

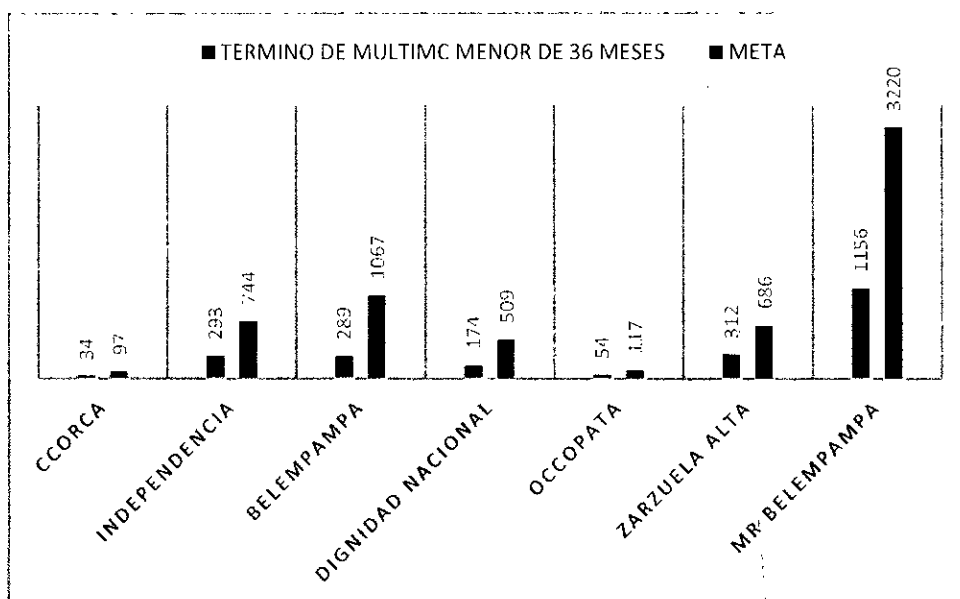
- Observamos que de 1144 se controló a 823 niños a nivel del micro red haciendo un 71 % siendo un porcentaje aceptable faltando un trimestre para completar el año.
- En el niño de un año de 1095 niños 560 de controlaron y haciendo un 51.1 %.
- Referente a los niños de 2 años de 981 niños se controlaron 438 que hace un 44.8 % faltando un trimestre para completar la cobertura anual.

Podríamos llegar a la conclusión que se mejoraron cobertura referente a los años anteriores por:

- Incremento de visitas domiciliarias.
- Madres traen a sus hijos para sus controles.
- Madres dan mayor importancia a los controles.
- Población migrante y económicamente activa.
- Visitas domiciliarias inefectivas por cambios de domicilio

Gráfico N° 4.8

PORCENTAJE DE 36 MESES SUPLEMENTADO-2016



Fuente: Estadística de la Microred de Belenpampa

Análisis de niños suplementados:

Los niños menores de 36 meses suplementados se observa en este cuadro que de 3220 niños programados solo se pudo suplementara 1156 que hace un 35.9 % y quedo como una brecha de 941 niños que no se les suplemento por lo siguiente:

- Madres no recogen, el insumo para la suplementación de los niños.
- Temor de las madres por los efectos secundarios.
- Madres trabajan todo el día y no llevan su MMN y los niños no lo toman adecuadamente.

**SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA CON MULTINUTRIENTE A NIÑOS
MENORES DE 36 MESES Y 5-9 AÑOS
CENTRO DE SALUD BELEMPAMPA-2017**

Actividades operativas	MESES DE SUPLEMENTACION												Tamizajes de control micronutrientes
	1 Dosis	2 Dosis	3 Dosis	4 Dosis	5 Dosis	6 Dosis	7 Dosis	8 Dosis	9 Dosis	10 Dosis	11 Dosis	12 Dosis	
de 6 a 11 meses	646	586	577	488	435	472							461
de 1 año	65	52	50	63	79	113	407	403	416	369	312	299	454
de 2 años	15	14	7	10	3	8	16	11	18	15	13	16	324
de 3 años	3	9	1	1	1	2	2	4	4	4	3	6	196
de 4 años	3	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	198
de 5-9 años	147					147							269
total	729	661	635	562	518	595	426	418	440	390	328	321	1902

Fuente: Estadística de micro red de Belenpampa

En este cuadro se aprecia que el grupo menor de 1 año se logro prevenir a 472 niños haciendo un 74%

En los otros grupos etarios se logró un porcentaje mínimo. Es debido a que las madres no acuden a las citas dadas por el personal de salud.

El tamizaje de control de micronutrientes se realizo en total de 1902 es porque se realizo visitas domiciliarias.

V. CONCLUSIONES

La práctica de administración de multimicronutrientes en madres de niños con anemia es inadecuada en su gran mayoría porque no cumplen con todos los requerimientos que exige la práctica óptima de la administración de multimicronutrientes.

- a) La mayoría de padres no conoce sobre la suplementación de multimicronutrientes, lo cual constituye una debilidad para el logro del objetivo trazado por el MINSA.
- b) Los padres tienen un adecuado conocimiento sobre los beneficios de la suplementación de multimicronutrientes, lo que incrementaría el interés de los mismos para poder brindar una mejor nutrición y prevenir la anemia.
- c) Existe un predominio de padres que poseen un conocimientos sobre medidas de higiene en la suplementación de multimicronutrientes, esto favorecerá a disminuir la prevalencia de enfermedades infecciosas en los infantes

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que exista una mejor calidad y variedad de la dieta que realiza el personal de salud, esto mediante una adecuada promoción de cambios en los hábitos alimentarios.

- b) Mejorar la respuesta del paciente al tratamiento con multimicronutrientes, a través de un proceso educativo comunicacional, concebido como un diálogo participativo que busca ayudar a los padres y/o cuidadores a entender los factores que influyen en la salud y la nutrición, y a encontrar con ellos alternativas para solucionarlos o mejorarlos.

- c) Mejorar la explicación a padres de familia o tutores sobre los beneficios y la importancia de que el niño reciba multimicronutrientes. Fomentar la relación enfermero(a) paciente para poder mejorar el grado de aceptación de las diversas intervenciones educativas y asistenciales en la comunidad en general.

- d) A las madres de Familia, concientizar la importancia que tiene la adecuada nutrición del niño durante sus primeros años de vida. Poner en práctica todos los consejos y orientaciones que reciben del personal de salud, ya que estos serán para beneficio propio y de su familia en general.

- e) A la Facultad de Enfermería, promoverla investigación referente a temas nutricionales.

VII. REFERENCIALES

1. Medina, V. "Incidencia y causas de anemia ferropénica en adolescentes embarazadas de 13 –16 años, realizado en el Hospital Gineco-Obstétrico Enrique C. Sotomayor septiembre 2012 hasta febrero 2013". Universidad de Guayaquil, Facultad de Ciencias Médicas. Guayaquil, Ecuador. 2013.
2. Junco, J. "Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho" Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, Perú. 2008.
3. Galarza, M. "Suplementación oral con micronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 7 años de la escuela Nuestra Señora de la Elevación de la comunidad de Misquilli de la parroquia santa rosa del periodo lectivo 2012 – 2013", Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador. 2013.
4. Márquez, J. "Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007". Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina Humana. Lima, Perú. 2007.
5. INEI-PRISMA, 1999 - Determinantes de la Desnutrición Aguda y Crónica en niños menores de 3 años. Un sub-análisis de la ENDES 1992 y 1996. OPS, 2007. Presentación sobre la Desnutrición en el Perú, por Manuel Peña.

6. INEI-Mapa de Pobreza Provincial y Distrital 2007-El enfoque de la pobreza monetaria

ANEXOS

ANEXO N° 01

TABLAS PARA LA CORRECCIÓN DE HEMOGLOBINA SEGÚN LA ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

La corrección de los niveles de hemoglobina se realiza cuando el niño, adolescente, gestante o puérpera residen en localidades ubicadas en altitudes por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada es el resultado de aplicar el factor de corrección al nivel de hemoglobina en la ciudad del Cusco como se observada.

Altitud (msnm)		Factor de ajuste por altitud.
Desde	hasta	
2605	2690	1.4
2691	2773	1.5
2774	2853	1.6
2854	2932	1.7
2933	3007	1.8
3008	3081	1.9

3082	3153	2.0
3154	3224	2.1
3225	3292	2.2
3293	3360	2.3
3361	3425	2.4
3426	3490	2.5
3491	3553	2.6
3554	3615	2.7
3616	3676	2.8
3677	3736	2.9
3737	3795	3.0
3796	3853	3.1
3854	3910	3.2
3911	3966	3.3

ANEXO N° 2

CONTENIDO DE HIERRO EN ALIMENTOS Y REQUERIMIENTOS

El consumo de hierro en la alimentación humana puede proceder de dos fuentes; hierro hemínico (hierro hem), presente en productos como el hígado, sangrecita, bazo, carnes rojas, pescado, y hierro no hemínico, presente en los productos de origen vegetal, que se encuentra en las menestras como las lentejas, las habas, los frejoles, las arvejas, y en verduras como la espinaca, acelga, berro y en algunos productos de origen animal, como la leche y los huevos. También se encuentra en la harina de trigo fortificada.

TABLA N° 1
REQUERIMIENTOS DE HIERRO

REQUERIMIENTOS DE HIERRO	INGESTA DIARIA DE HIERRO RECOMENDADA (mg/día)	
	Mujeres	Varones
Niños de 6 meses a 8 años	11	
Niños de 9 años a adolescente de 13 años	8	
Adolescentes de 14 años a 18 años	15	11
Gestantes	30	
Mujeres que dan de lactar	15	

TABLA N° 2
CONTENIDO DE HIERRO EN MG POR RACIÓN DE 2 CUCHARADAS
EN DIVERSOS ALIMENTOS.

Alimentos	Cantidad de hierro en mg por ración de 2 cucharadas (30 gramos)
Sangre de pollo cocida	8.9
Bazo de res	8.6
Riñón de res	3.4
Hígado de pollo	2.6
Charqui de res	2.0
Pulmón (bofe)	2.0
Hígado de res	1.6
Carne seca de llama	1.2
Corazón de res	1.1
Carne de camero	1.1
Pavo	1.1
Carne de res	1.0
Pescado	0.9
Carne de pollo	0.5

RECOMENDACIONES

- Reforzar el consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal como sangrecita, hígado, bazo, pescado o carnes rojas:
 - ✓ En las mujeres gestantes: 5 cucharadas de estos alimentos ricos en hierro en su comida diaria
 - ✓ En los niños, a partir de los 6 meses de edad, agregarle 2 cucharadas de estos alimentos ricos en hierro en su comida diaria
- Recomendar el consumo de facilitadores de la absorción de hierro tales como alimentos ricos en vitamina C como las frutas cítricas, en las comidas.
- Reducir el consumo de inhibidores de la absorción de hierro tales como mates, te o infusiones o café con las comidas y se recomienda no tomar estos líquidos con los suplementos de hierro(8)
- Consumir productos lácteos (leche, yogurt, queso) alejados de las comidas principales.

ANEXO N° 3

CONSEJERÍA Y ADVERTENCIAS DEL USO Y CONSERVACIÓN DE SUPLEMENTOS DE HIERRO EN GOTAS, JARABE Y MICRONUTRIENTES

Cómo y con que tomar los suplementos de hierro en gotas o jarabe

Explicar a la madre, padre o cuidador:

- Abrir el frasco de suplemento de hierro (sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico) en gotas o jarabe y administrar según la dosis correspondiente, de manera directa en la boca del niño, que no debe contener alimentos.
- Utilizar el gotero o la cucharita para medir el suplemento en gotas o jarabe
- Tratar de dar el suplemento a la misma hora cada día.
- El suplemento debe darse espaciado de las comidas, 1 a 2 horas después de las comidas
- Tomar el suplemento de preferencia con jugos ricos en vitaminas C o agua hervida
- Asegurarse de que el niño tome todo el jarabe o las gotas inmediatamente para evitar la tinción de los dientes.
- No administrar el suplemento junto con otros medicamentos.
- El consumo del suplemento de hierro en gotas o jarabe o los micronutrientes deberán ser suspendidos cuando los niños se encuentren tomando antibióticos y reiniciarse en forma inmediata al terminar el tratamiento de antibióticos.

NO OLVIDAR:

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Lavar el dosificador (vasito, gotero, cucharita), enjuagar con agua hervida y mantener en un lugar limpio hasta la próxima dosis.

Donde guardar el suplemento de hierro en gotas o jarabe.

- Mantener el suplemento de hierro en gotas o jarabe (o sobres de micronutrientes) bien cerrado.
- El suplemento debe guardarse LEJOS DE LOS ALCANCE DE LOS NIÑOS, para evitar la ingesta accidental que pudiera causar intoxicación.

Debe guardarse en su caja, en un lugar fresco, seguro, bien cerrado.

- Es importante NO compartir el sobre de micronutrientes con la comida de otro miembro del hogar ni tampoco con otro niño.
- Los micronutrientes en polvo son minerales y vitaminas que hacen más nutritiva la comida del niño y ayudan a evitar la anemia permitiendo que crezcan sano y fuertes.
- Contienen 5 micronutrientes: hierro, zinc, vitamina A, Ácido fólico y vitamina C. Son reconocidos como fortificantes caseros pues se agregan a una ración comida.
- Se debe mezclar el contenido del sobre de micronutrientes con 2 cucharadas de la comida, cuando se encuentre a temperatura que el niño ya pueda comerla.
- Explicar a la madre o cuidador que los micronutrientes no le cambiaran el sabor ni el color a la comida, siempre y cuando no se utilice comida caliente para realizar la mezcla y se consuma antes de los 15 minutos. Por ello es preciso advertir que se debe evitar agregar el polvo de micronutrientes en la comida caliente, pues le

cambiara de color, olor y sabor a la comida y el niño no querrá consumirla.

- Se recomienda no mezclar los micronutrientes con líquidos o semilíquidos como leche, jugos , agua o sopas, debido a que el polvo de micronutrientes se quedara suspendido y no se mezcla adecuadamente

Para preparar los micronutrientes debemos cumplir con los siguientes pasos:

- Debemos lavarnos las manos con agua y jabón antes de preparar el alimento del bebe.
- Separa 2 cucharas de comida de consistencia espesa (puré, mazamorra o segundo) en el plato del niño servido y dejar que se entibie.
- Abrir el sobre con los dedos o tijera (no con los dientes) por la esquina y con cuidado
- Cuando la comida este tibia, echar todo el contenido del sobre en las 2 cucharas de comida espesa separada.
- Mezclar bien las 2 cucharas de comida separada con los micronutrientes.

Finalmente ofrecerle de comer primero las 2 cucharas mezcladas con los micronutrientes, en no más de 15 minutos, y luego continuar con el resto de la comida

ANEXO N° 04

FOTOS: Historia Clínica, Atención Integral, Interconsulta Medica, Visita Domiciliaria

HISTORIA CLÍNICA

PERÚ Ministerio de Salud

RED CUSCO NORTE

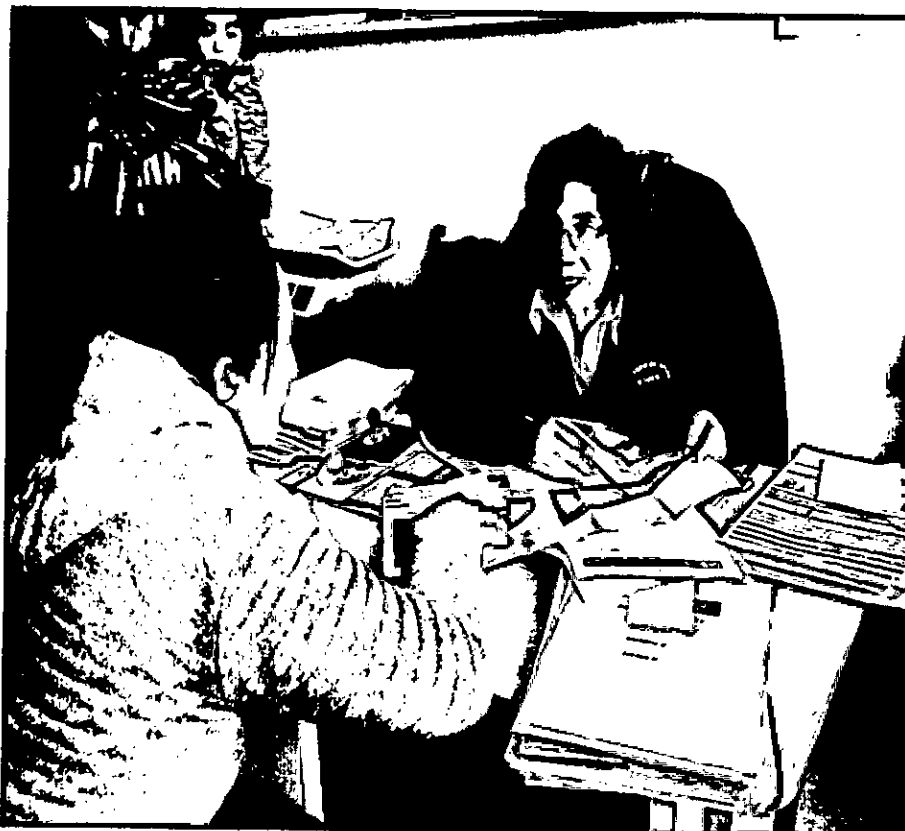
N° DE D.N.I.

HISTORIA N°

SECTOR N°

HISTORIA CLINICA N°549, donde se registra la atención integral indicación, administración del Sulfato ferroso o chispita.

ATENCIÓN INTEGRAL



Explicando a la madre sobre el crecimiento y desarrollo de su niña, usando el carnet, en esta atención se observa el resultado de laboratorio donde tiene su hemoglobina de 10.8 g/dl, en esta atención se aprovecha para dar la consejería nutricional por el diagnóstico de anemia leve.

INTERCONSULTA CON EL MEDICO



Interconsulta con el medico por tener su resultado de hemoglobina de 10.8 g/dl para dar inicio con su tratamiento de sulfato ferroso a Luz Gabriela Pichihua.

VISITA DOMICILIARIA



Seguimiento de la administración del suplementación de sulfato ferroso, mediante una visita domiciliaria para la verificación del consumo del MN.