

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SUPLEMENTACIÓN DE
MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS EN EL
CENTRO DE SALUD MANCO CAPAC CUSCO 2015-2017**

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

DIGNA SAYAGO RODAS

Quea & Fols de Lima

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS | VOCAL |

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 310

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 25/05/2018

Resolución Decanato N° 1253-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo 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	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	01
2.3 Definición de Términos	29
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	32
3.1 Recolección de Datos	32
3.2 Experiencia Profesional	32
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	34
IV. RESULTADOS	37
V. CONCLUSIONES	40
VI. RECOMENDACIONES	41
VII. REFERENCIALES	42
ANEXOS	44

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS 2004), señala que La anemia por deficiencia de hierro es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. A pesar de conocer tanto sobre su etiología y como enfrentarla es uno de los problemas nutricionales menos controlados de serias consecuencias en la salud presente y futura del niño en diferentes áreas: Inmunológico, intestinal, conducta, termogénesis, físico, metabolismo y a nivel del sistema nervioso donde el daño es permanente.

Sabemos que actualmente la población peruana presenta graves problemas de salud relacionados a la nutrición especialmente en la población menor de 3 años, siendo uno de ellos los altos niveles de prevalencia de la anemia.

Como parte del informe se considerará el ámbito del Centro de Salud de Manco Ccapac, del Distrito de Santiago , provincia de Cusco y región Cusco, el cual dentro de su cartera de servicios cuenta con el área de crecimiento y desarrollo para garantizar el cumplimiento del plan de atención integral del niño que tiene como finalidad de mejorar y/o conservar la salud del niño (a), mediante las actividades preventivo promocionales e identificación de riesgos en el proceso de crecimiento y desarrollo, parte de ello es la prevención de la anemia que a la actualidad la prevalencia va en incremento, motivo que lleva a desarrollar el presente informe INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA SUPLEMENTACIÓN CON MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS MENORES DE 2 AÑOS DEL CENTRO DE SALUD DE MANCO CCAPAC –CUSCO 2015 - 2017. Con el objetivo de garantizar la adherencia de los multimicronutrientes para prevenir y controlar la anemia de niños a través de una correcta suplementación.

Se espera que el presente informe sirva de referencia para otros profesionales de los diferentes establecimientos y que las alternativas propuestas en el presente trabajo permitan reorientar las estrategia de intervención del programa de suplementación con multimicronutrientes en el ámbito del Centro de Salud de Manco Ccapac, y proporcionar a las instituciones involucradas, autoridades y al personal de salud, información validada y confiable para una adecuada toma de decisión y como objetivo lograr que los niños estén suplementados en el centro de salud de Manco Ccapac utilizando diferentes estrategias como:

- Iniciar con la suplementación oportuna en el niño menor de 1 año (6 meses)
- sesiones demostrativas en la preparación de multimicronutrientes con diferentes alternativas propias de la región
- dosaje de hemoglobina de acuerdo a la normatividad vigente
- monitoreo estricto de la suplementación y dosaje de hemoglobina por los responsables
- consejerías nutricionales de acuerdo al resultado de la antropometría y a la edad del niño.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud define la anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina menor al valor límite 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años de edad. La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, hemoglobina, o es menor en volumen total. La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia en niños.

A nivel mundial se estima que un tercio de la población cerca de dos billones de personas están deficientes en uno o más micronutrientes, principalmente de hierro, vitamina A y zinc. Los efectos de las deficiencias de micronutrientes son mucho más pronunciados y preocupantes cuando ocurren en la infancia temprana, periodo durante el cual sus consecuencias son irreversibles. Debido a sus necesidades relativamente mayores de vitaminas y minerales para sostener el proceso natural de rápido crecimiento que atraviesan hasta los 23 meses, los neonatos y niños entre los 6 meses hasta los 2 años son considerados como la población más vulnerable ante éstas deficiencias. Los niños en este grupo etario no comen grandes cantidades de comida por lo tanto la ingesta diaria de alimentos, particularmente en países en vías de desarrollo, muchas veces no es suficiente para cubrir sus necesidades de micronutrientes esenciales. En específico, la anemia por deficiencia de hierro afecta a la mitad de la población global y es la deficiencia nutricional prevenible más frecuente. En ese sentido, es preciso mirar el problema como el derivado de un listado importante de determinantes como la educación de la madre, el acceso a los servicios de salud, las condiciones de saneamiento básico, seguridad alimentaria, entre otros.

En el Perú la anemia según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) a nivel nacional en el año 2014 en < de 5 años afectó al 35.6 de los niños, y en < de 3 años 46.8% de niños. En comparación el año 2013 la cifra entre los niños de 6 a 35 meses con anemia no disminuyó cifras considerables, sin embargo este problema afecta a casi la mitad de la población en esta edad. Otro dato importante es que solo el 14.4% de niños de 6 a 35 meses de las área urbana cubren sus recomendaciones nutricionales de hierro y el 10.9% de niños lo hacen en el área rural, lo que indicaría que sin importar el área de residencia, la anemia afecta por igual a los niños en este grupo de edad.

A nivel regional en el año 2015 el porcentaje de anemia oscilaba en 43.4% y en el año 2016 en un 56.6 %.

La situación de anemia en el establecimiento de salud en estudio es importante no solamente para el personal de salud, sino también para la familia y los actores sociales y por ende la importancia de descartar la anemia para la intervención oportuna.

Es por este motivo que el presente informe académico de experiencia profesional tiene una gran importancia para nosotros porque nos ayudara a conocer el impacto de la entrega de suplementación a partir de los 4 meses de edad al 100% de nuestros niños bajo nuestra jurisdicción y lograr la disminución de la anemia en este grupo etario.

En nuestro establecimiento la situación de la suplementación en el menor de 2 años tiene constantes oscilaciones en los porcentajes de niño suplementado en los años 2015 alcanzamos un porcentaje de 73.7% y en el año 2016 logramos un porcentaje de protección de 96.1%

1.2. Objetivo

Evaluar la intervención de Enfermería en la suplementación del niño(a) menor de 2 años del Centro de Salud Manco Ccapac, cusco, 2015 -2017.

1.3. Justificación

La nutrición infantil es la piedra angular que afecta y define la salud, siendo la vía para crecer, desarrollar y trabajar; y alcanzar todo el potencial como individuo y sociedad. La alimentación y la nutrición condicionan de forma importante el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo por ello, la nutrición se constituye en un pilar fundamental en la salud y desarrollo del ser humano en especial en los primeros años de vida. La anemia visto como indicador del estado nutricional general puede advertir sobre la calidad futura de nuestras próximas generaciones no solo en el plano físico, sino como daño de las capacidades funcionales nobles del cerebro, como la abstracción, la integración, el análisis del pensamiento y alteraciones emocionales y afectivas

En la actualidad constituye un significativo problema de salud pública debido a que afecta a casi la mitad de la población de niños menores de 6 a 35 meses, según la Encuesta Demografica y de salud Familiar (ENDES 2014) el 35.6% de los niños de 6 a 59 meses de edad presentan anemia.(3). Se hace oportuno un informe que permita encontrar aquellos factores que limitan una adecuada implementación del programa de suplementación con sulfato ferroso gotas para que a partir de ahí se puedan proponer factores que contribuyan a la efectividad de la suplementación en niñas y niños de 4 meses en la reducción de la anemia, debido a que estudios realizados a nivel nacional e internacional dan cuenta de resultados exitosos en las comunidades intervenidas durante su ejecución. Esta investigación tiene como propuesta una

mejora en la actual implementación del programa de suplementación en el Centro de Salud de Manco Ccapac y de la misma forma se podría replicar la estrategia en otros ámbitos similares.

El propósito del presente Informe de Experiencia Profesional es determinar las actividades que se realizan en pro de la estrategia de la suplementación con multimicronutrientes, considerando aspectos de Planificación, organización, gestión, monitoreo y evaluación de las actividades que van dirigidas a la atención de los niños y niñas como también a padres, familia y Comunidad.

Este Informe académico también es importante porque servirá como guía a otros profesionales de Enfermería para gerenciar la estrategia sanitaria de nutrición infantil.

Dentro de nuestro trabajo enfatizamos en la consejería a las madres sobre la importancia de la suplementación en el inicio de la alimentación complementaria (6 meses) para garantizar una buena adherencia , no tanto así a través de las visitas domiciliarias , esto debido a la alta demanda de atención intramuro , la brecha de recursos humanos y la sobrecarga administrativa que tenemos los profesionales de enfermería, esto nos permitió tener cada vez mejores coberturas de niños suplementados y recuperados de anemia leve.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), manifiesta que la población infantil, donde se administró el suplemento vitamínico el 70% de los niños y niñas menores de cinco años lograron disminuir la anemia, por lo que estos programas han permitido mejorar la calidad de vida de esta población infantil y al mismo tiempo mejorar la capacidad física e intelectual y obtener un adecuado rendimiento escolar y evitar enfermedades infecciosas de la población infantil

Tojo – Sierra 2011(España), identifica al hierro como un micronutriente necesario e importante durante el embarazo y lactancia del niño, reportando que es un excelente suplidor de este nutriente en alrededor del 50%. Sin embargo manifiesta que esta posee bajo contenido de hierro existiendo manifestaciones clínicas, tal es el caso de color pálido, mucosas y manifestaciones no hematológicas debido al mal funcionamiento de las enzimas que dependen del hierro.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA (UNICEF, 2011), ubica a la falta de micronutrientes entre ellos el zinc y la vitaminas, que inciden en la presencia de enfermedades, así como por la deficiencia física e intelectual de los niños. Por lo que la falta de ingesta de ellos provoca daños irreversibles en los niños, con altos niveles de morbimortalidad tanto para el recién nacido como para la madre y con efectos negativos a largo plazo en todo el ciclo de la vida de los que presentan estas deficiencias, razón por la cual la importancia de programas de salud en zonas de alta marginalidad y rurales que viven con altos niveles de pobreza.

Terán, 2013, (Venezuela) ubica al estado nutricional entre la ingestión y absorción de nutrientes, que va de acuerdo a las necesidades corporales del organismo, por lo que un adecuado examen y evaluación rutinaria del estado nutricional del infante permite establecer si esta adecuadamente bien alimentado, ya que en la mayoría de los casos de anemia, se debe a la inadecuada alimentación de alimentos que repercute en la alteraciones en la digestión de los niños y niñas.

Lo cual establece que la valoración inicial en base a la aplicación de anamnesis, junto con la exploración clínica y el estudio antropométrico permite verificar el grado de desnutrición, la cual se manifiesta por una deficiente curación de heridas en los niños, debido a que se encuentra afectado su sistema inmunológico, y afecta al tracto respiratorio, siendo una de las causas de mortalidad en esta edad infantil.

Azcona, 2011, (España) establece que este suplemente de vitaminas y minerales, ayudan a prevenir la anemia y ayuda a mejorar la salud, crecimiento y desarrollo de los niños ayuda a prevenir la anemia, el mismo que incide en estado nutricional.

Magnus, 2011, (Chile) indica que este micronutriente también conocido como chispitas, es aplicado en forma oral a niños y niñas entre seis y 24 meses de edad, y se trata de sobres que tienen una combinación de hierro encapsulado, zinc, vitamina A, C y D y ácido fólico, el mismo que tiene como finalidad prevenir la deficiencia de hierro, a pesar que tienen efectos secundarios como dolores de vientre, gastritis, diarreas y náuseas.

Pero los multimicronutrientes, tiene en la actualidad efectos que han superado los secundarios en comparación con vitaminas de gotas de hierro, fumarato ferroso, que es encapsulado, el cual evita cambios a organolépticos en lo referente a su color, sabor y forma

2.2. Marco Conceptual

Medidas Generales de Prevención de Anemia

La anemia es un problema multifactorial cuyos efectos permanecen en todo el ciclo de la vida. Las medidas de prevención y de tratamiento contempladas en esta Norma ponen énfasis en un abordaje integral e intersectorial.

Las medidas de prevención son las siguientes:

- El equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el despistaje de anemia, a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.
- Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescente, y a las mujeres gestantes y puérperas, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia.
- Se pondrá énfasis en informar a los padres de niños y adolescentes, a mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela o estudios, entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con repercusiones incluso en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas).

Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como:

sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.

Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2 – 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones

Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia que incluya diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico .

Suplementación de la gestante y puérpera con Hierro y Ácido Fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.

Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.

Suplementación preventiva con Hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término desde el 4to mes hasta los 35 meses . En localidades con prevalencia de anemia infantil, mayor al 20%, se suplementará a las adolescentes mujeres escolares, en dosis semanal para prevenir la anemia por un periodo de 3 meses por año. Consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, hogar y otros espacios de su jurisdicción

Otras medidas:

- Control de parasitosis intestinal: Los niños, adolescentes y sus familias deberán recibir tratamiento antiparasitario de acuerdo a la normatividad establecida. Promoción de la vacunación según calendario.
- Promoción del consumo de alimentos fortificados con hierro.

- Promoción del consumo de agua segura, el lavado de mano y la higiene de los alimentos en el hogar

CUADRO CLÍNICO: SÍNTOMAS Y SIGNOS

Las personas con anemia suelen ser asintomáticas; por lo que, en poblaciones con alta prevalencia se realizará un despistaje regular en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.

El Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021 incluye el despistaje de anemia en todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, y el inicio inmediato del tratamiento de anemia según el diagnóstico ya sea que presenten o no, los síntomas.

Los síntomas y signos clínicos de la anemia son inespecíficos cuando es de grado moderado o severo.

Síntomas generales: Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal.

Alteraciones en piel y fanereas: Piel y membranas mucosas pálidas (signo principal), piel seca, caída del cabello, pelo ralo y uñas quebradizas, aplanadas (platoniquia) o con la curvatura inversa (coiloniquia).

Alteraciones de conducta alimentaria: Pica: Tendencia a comer tierra (geofagia), hielo (pagofagia), uñas, cabello, pasta de dientes, entre otros. Síntomas cardiopulmonares Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando el valor de la hemoglobina es muy bajo (< 5g/dL). Alteraciones digestivas Queilitis angular, estomatitis, glositis (lengua de superficie lisa, sensible, adolorida o inflamada, de color rojo pálido o brillante), entre otros.

Alteraciones inmunológicas: Defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos. Síntomas neurológicos Alteración del desarrollo psicomotor, del aprendizaje y/o la atención.

Alteraciones de las funciones de memoria y pobre respuesta a estímulos sensoriales: estos se pueden identificar a través de la anamnesis y con el examen físico completo.

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

Clínico

El diagnóstico clínico se realizará a través de la anamnesis y el examen físico.

Anamnesis: Evalúa síntomas de anemia y utiliza la historia clínica de atención integral del niño, adolescente y mujer gestante y puerpera para su registro.

Examen físico: Considera los siguientes aspectos a evaluar:

Observar el color de la piel de la palma de las manos.

Buscar palidez de mucosas oculares

Examinar sequedad de la piel, sobre todo en el dorso de la muñeca y antebrazo

Examinar sequedad y caída del cabello.

Observar mucosa sublingual.

Verificar la coloración del lecho ungueal, presionando las uñas de los dedos de las manos.

Laboratorio: Medición de Hemoglobina, Hematocrito y Ferritina Sérica

Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los Establecimientos de Salud que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica.

Medición de la concentración de Hemoglobina o Hematocrito:

La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia.

Para determinar el valor de la hemoglobina en niños, adolescentes, mujeres gestantes o puérperas se utilizarán métodos directos como: cianometahemoglobina (espectrofotómetro y azidametahemoglobina (hemoglobinómetro) , o los diferentes métodos empleados por contadores hematológicos (analizador automatizado y semiautomatizado) para procesar hemograma .

- De no contar con ningún método de medición de hemoglobina, se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito.
- La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud. En cualquiera de los casos es necesario indicar la metodología utilizada.
- Todo Establecimiento de Salud, de acuerdo al nivel de atención, debe contar con uno de los métodos anteriormente descritos y sus respectivos insumos para la determinación de hemoglobina o hematocrito. Se deberá realizar el control de calidad de los datos obtenidos por cualquiera de estos métodos. En el caso de hemoglobina, se contará con una solución patrón de concentración de hemoglobina conocida
- Cuando un Establecimiento de Salud no cuente con uno de estos métodos para la determinación de hemoglobina o hematocrito, se coordinará con un establecimiento de mayor complejidad, para realizar el despistaje de anemia entre la población de niños,

adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, quienes serán citados oportunamente para la determinación de hemoglobina. Este despistaje se realizará al menos una vez por mes. El equipo de salud capacitado se movilizará para realizar la medición de hemoglobina con equipos portátiles.

- En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada, antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera en los últimos 3 meses, La orden de laboratorio deberá consignar esta localidad.
- Los Establecimientos de Salud que se encuentran sobre los 1,000 msnm, deberán contar con el listado de localidades, centros poblados o comunidades de su jurisdicción con su respectiva altitud.
- El personal de laboratorio o quien realice la determinación de hemoglobina o hematocrito registrará los valores de hemoglobina observada en el formato HIS (sin realizar el ajuste por altura). El o la responsable de la atención del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera verificará el ajuste por altitud respectivo.
- El valor ajustado de hemoglobina es el que se considerará para el diagnóstico de anemia.
- Los criterios para definir anemia han sido establecidos por la Organización Mundial de la Salud.
- En el caso de diagnosticarse anemia en cualquier grupo de edad, se debe iniciar el tratamiento inmediato según esta Norma.

Diagnóstico Diferencial

Cuando la anemia es por deficiencia de hierro es microcítica, hipocrómica. Luego de 3 meses de suplementación y comprobarse una adecuada adherencia al suplemento de hierro, y no observar una

respuesta al tratamiento, se puede solicitar algunos exámenes auxiliares o referirse a un establecimiento de mayor complejidad o especializado.

Exámenes Auxiliares

En la evaluación de causas de la anemia se pueden solicitar los siguientes exámenes:

- Examen parasitológico en heces seriado.
- Gota gruesa en residentes o provenientes de zonas endémicas de malaria.
- Frotis y si es posible cultivo de sangre periférica, si hay sospecha de Enfermedad de Carrión. • Otras pruebas especializadas se realizarán de acuerdo al nivel de atención y capacidad resolutive del Establecimiento de Salud como: morfología de glóbulos rojos y constantes corpusculares.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos – (PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico, El diagnóstico de anemia se basa según edad, sexo y condición fisiológica.

Sobre la entrega de los suplementos de hierro:

- a) En el caso de los niños la entrega del suplemento de hierro y la receta correspondiente, ya sea de suplementación terapéutica o preventiva será realizada por personal médico o de salud capacitado que realiza la atención integral del niño. En el caso de las mujeres gestantes, puérperas y mujeres adolescentes, la suplementación con hierro, ya sea terapéutica o preventiva, será entregada por el profesional que realiza la atención prenatal.

Sobre el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro:

- a) Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente.
- b) Debe realizarse durante 6 meses continuos.
- c) Durante el tratamiento los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control. De no ser así, y a pesar de tener una adherencia mayor a 75%, derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive, donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.
- d) Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango "normal", y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento.

Sobre el consumo de suplementos de hierro (preventivo o tratamiento):

- a) a) El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente.
- b) En caso que se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante.
- c) Para la administración del suplemento de hierro, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas.
- d) Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua.

MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS

El tamizaje o despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad, en caso que no se

haya realizado el despistaje a esta edad, se hará en el siguiente control. La prevención de anemia se realizará de la siguiente manera:

- a) La suplementación preventiva se iniciará con gotas a los 4 meses de vida (Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad.
- b) Se administrará suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad
- c) Luego se continuará con la entrega de Micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar 360 sobres (1 sobre por día).
- d) 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).
- e) 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 Polimaltosado Férrico.
- f) 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.

MANEJO TERAPÉUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS

Los niños que tienen diagnóstico de anemia deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD:

- a) Niños Prematuros y/o con Bajo Peso al Nacer:**
- b) El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral.

- c) Se administrará tratamiento con hierro según la Tabla N° 7, en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- d) Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Niños Nacidos a Término y/o con Buen Peso al Nacer menores de 6 meses:

- a) El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia.
- b) Se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- c) Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESES A 11 AÑOS DE EDAD

- a) El tratamiento con hierro en los niños, que tienen entre 6 meses y 11 años de edad, y han sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis de 3mg/kg/día
- b) Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos.
- c) Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

TRATAMIENTO DE LA ANEMIA SEVERA EN NIÑOS, ADOLESCENTES Y MUJERES GESTANTES Y PUÉRPERAS

El niño, adolescente, mujer gestante y puérpera, con problemas de anemia severa, deberá ser evaluado, en la medida de lo posible, por un profesional médico en los establecimientos de salud.

En los casos de anemia severa, diagnosticada en establecimientos de menor capacidad resolutive, se dará la prescripción médica inmediata, como si fuera un caso de anemia moderada. Luego se referirá

inmediatamente a un Establecimiento de Salud de mayor capacidad resolutive, donde se evaluarán, según el caso específico, las opciones de tratamiento y el criterio médico.

En caso de contar con servicio de hematología, referir al mismo.

Los pacientes que hayan tenido una evolución favorable al tratamiento de anemia severa y tengan diagnóstico de anemia leve o moderada, deberán ser contra referidos a su Establecimiento de Salud de origen, a fin de concluir con su tratamiento durante el periodo de 6 meses y reponer los depósitos de hierro en el organismo.

EFFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL USO DE SUPLEMENTOS DE HIERRO

Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento utilizado

- a) Sulfato Ferroso: Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia.

Se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas

- b) Hierro Polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso.

Ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, el personal de salud debe reportarla en el Formato de Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a medicamentos y remitirla al órgano competente en su ámbito asistencial.

ADQUISICIÓN DE SUPLEMENTOS DE HIERRO Y MICRONUTRIENTES

Los suplementos de hierro y Micronutrientes requeridos tanto para el manejo preventivo como el tratamiento terapéutico de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas serán financiados y adquiridos por el Ministerio de Salud para toda la población que así lo requiera; sin discriminación de su afiliación o no a seguro alguno.

La entrega de suplementos de hierro y micronutrientes es gratuita.

CONSEJERÍA PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTOS DE HIERRO O MICRONUTRIENTES

- a) Toda entrega de suplementos de hierro o Micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos.
 - Se hará énfasis en la importancia de prevenir la anemia, considerando los siguientes contenidos:
 - Importancia de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
 - Evitar la anemia desde la gestación y en los primeros tres años de vida, dado que afecta el desarrollo físico y mental del niño desde la etapa gestacional.
- b) Las consecuencias de la anemia en la gestación son: hemorragias, mortalidad materna, bajo peso al nacer, prematuridad. Luego del nacimiento puede afectar el crecimiento infantil, reducir el rendimiento escolar y el desarrollo intelectual.

La anemia en las mujeres adolescentes pone en riesgo las reservas de hierro.
- c) Manejo de posibles efectos colaterales al consumir los suplementos de hierro o los micronutrientes.

- d) El tratamiento con hierro se administra de manera separada con ciertos antibióticos (quinolonas, ciclinas), L-tiroxina, levodopa, inhibidores de la bomba de protones y antiácidos (aluminio, zinc).
- e) El reconocimiento temprano de la anemia en el periodo prenatal, seguido de un tratamiento con hierro, puede reducir la necesidad de transfusión de sangre posterior.
- f) El personal de salud recomendará consumir los suplementos de hierro con Ácido Ascórbico o algún refresco de fruta cítrica, ya que favorece la liberación más rápida de hierro a nivel gastrointestinal. Sin embargo, si es que ello aumenta la tasa de efectos secundarios), y ocasiona malestares, será necesario sugerir la siguiente toma del suplemento con agua.
- g) Se debe brindar información y orientación a la madre o cuidador del niño o adolescente y a la mujer gestante o puérpera, entregándole material educativo adecuado.
- h) Importancia y beneficios del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bazo, pescado, para asegurar reservas de hierro y prevenir la anemia.
- i) Beneficios del consumo de micronutrientes en el niño entre los 6 y 36 meses de vida.
- j) Importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de determinación de hemoglobina.
- k) Importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras).

CRITERIOS DEL ALTA EN EL TRATAMIENTO DE ANEMIA

El médico o personal de salud tratante indicará el alta cuando el niño o adolescente o mujer gestante o puérpera haya cumplido con el tratamiento establecido y si en el control de hemoglobina se confirman los valores “normales” y la recuperación total del paciente.

COMPLICACIONES

En la mayoría de anemias leves y moderadas no se observan complicaciones, tales como taquicardia, disnea de esfuerzo, entre otros. Estas se presentan en las anemias severas, cuando la hemoglobina es menor a 5 g/dL. Todas las posibles complicaciones son prevenibles con un adecuado y oportuno manejo de la anemia.

REGISTRO DE LA INFORMACIÓN- DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

Según la codificación de información estadística (CIE -10) se utilizarán los códigos de diagnóstico de anemia (con o sin deficiencia de hierro).

El personal de la salud que realiza las actividades contenidas en la presente Norma realizará el registro según corresponda en:

- Historia Clínica Infantil e Historia Clínica Materno Perinatal.
- Carné de Atención Integral del Niño, Carné de Atención Integral del Adolescente y Carné de Atención Materno Perinatal.
- Registro Diario de Atención y Otras Actividades de Salud - HIS (para Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales)
- Registro HIS de las Actividades de Suplementación y Actividades Complementarias.
- Registro en el Sistema de Información del Estado Nutricional - SIEN, según corresponda
- Formato Único de Atención del Seguro Integral de Salud (FUA - SIS), según corresponda.
- Registro Electrónico Materno Infantil (en Establecimientos de Salud donde sean implementados).
- Registro de Consumo Integrado - Informe de Consumo Integrado (ICI-SISMED), según corresponda.

MONITOREO Y SEGUIMIENTO

Todo el personal de salud es responsable de realizar el monitoreo al tratamiento o prevención de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. El objetivo es asegurar la adherencia al mismo y ofrecerles una buena consejería a través de la visita domiciliaria.

Extramuro: Se realizará 1 visita domiciliaria dentro del primer mes después de iniciar el tratamiento y por lo menos 1 visita adicional en el resto del periodo de tratamiento, cuando se cumplan las siguientes acciones:

- Identificar al cuidador o tutor del paciente (madre, otro familiar u otro cuidador) responsable de brindar el suplemento de hierro al niño o adolescente y a la mujer gestante o puérpera.
- Verificar si la persona responsable de administrar el suplemento de hierro, conoce la cantidad, frecuencia y forma de administrarlo.
- Solicitar el frasco gotero o jarabe o las tabletas no consumidas aún del suplemento.
- Indagar y verificar sobre el lugar donde usualmente se guarda el suplemento.
- Evaluar la adherencia al tratamiento: preguntar si el niño o adolescente está tomando el suplemento; si lo acepta con facilidad, lo rechaza, o si presentó algún inconveniente. Verifique el volumen de contenido restante en el frasco y/o número de tabletas por consumir, según la edad, dosis y tiempo de tratamiento que corresponde a cada paciente.
- Indagar sobre los alimentos ricos en hierro de la localidad y recomendar su consumo diariamente, según sea factible.
 - a) Fortalecer los mensajes claves relacionados:
 - b) Continuar con el tratamiento hasta finalizar;
 - c) Continuar con el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro propios del lugar donde vive;

- d) Asistir al establecimiento de salud para los controles de evaluación de anemia o ante cualquier consulta;
- e) Recordarles las consecuencias irreversibles de la anemia en el niño y adolescente
- La visita domiciliaria puede ser aprovechada para conocer los hábitos de alimentación e higiene de la familia y la disponibilidad de alimentos ricos en hierro de origen animal.

Intramuro (En el Establecimiento de Salud):

- En los casos de tratamiento de anemia, se evaluará la evolución de aumento hemoglobina según lo establecido en esta Norma y/o cuando el médico o personal de salud tratante lo solicite según sea pertinente.
- En los casos de tratamiento de anemia, si en el primer control (al mes de iniciado el tratamiento) no se evidencia un aumento de por lo menos 1 g/dL de hemoglobina, o si se detiene la recuperación de los niveles de hemoglobina en cualquier control, se deberá evaluar la adherencia al tratamiento.
- En los casos de tratamiento o prevención, si no se detecta una buena adherencia al tratamiento, se evaluarán las razones, para tomar medidas correctivas:
 - a) Si se debe a que el niño, adolescente o gestante refiere efectos adversos que limitan que continúe el consumo del suplemento de hierro, se le brindará, junto con la consejería, la alternativa de complejo Polimaltosado Férrico.
 - b) Si se debe a que el niño, adolescente o gestante no consume el hierro por costumbre o desinformación, se reforzará la consejería en el uso del suplemento y motivará a cumplir la indicación en la toma del producto.
- Para el caso de niños menores de 3 años, que vienen recibiendo Micronutrientes y son diagnosticados con anemia, se deberá iniciar tratamiento por un periodo de 6 meses y suspender el consumo de

Micronutrientes en esta etapa. Una vez concluido el periodo de tratamiento, continuar con el consumo de los Micronutrientes hasta completar los 360 sobres

RESPONSABILIDADES

NIVEL NACIONAL

- La lucha contra la anemia es una política de Estado. El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública (DGIESP), mediante la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva (DSARE) y la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral (DVICI); y el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), o sus equivalentes, y de acuerdo a sus competencias, son responsables de la difusión de la presente Norma Técnica. Estas instancias son responsables de la asistencia técnica a nivel regional para la aplicación, monitoreo y supervisión del cumplimiento de esta Norma Técnica, a nivel nacional.
- Las Oficinas de Comunicación o las que hagan sus veces, son responsables de la elaboración y validación de contenidos de los materiales comunicacionales a utilizarse en relación al tema.
- El Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), es responsable de vigilar la calidad e inocuidad de los suplementos de hierro y Micronutrientes, y que su composición sea la establecida en la presente Norma Técnica. Asimismo es responsable de monitorear y evaluar el funcionamiento y proceso del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (SISMED) a nivel nacional.
- El Ministerio de Salud, a través del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), realiza la adquisición y distribución de los productos de suministro

centralizado, hasta el nivel de almacenes del nivel regional, para lo cual realiza las acciones correspondientes para garantizar la disponibilidad presupuestal oportunamente.

- El Ministerio de Salud, financia los productos de suministro centralizado para el manejo preventivo o terapéutico de la anemia destinado a la población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas a nivel nacional.
- El Seguro Social de Salud - ESSALUD, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la de la Policía Nacional del Perú, a través del órgano competente, son responsables de la adquisición y distribución de los suplementos de hierro y Micronutrientes, que les permita asegurar la calidad y disponibilidad en todas las instituciones prestadoras de servicios de salud que se encuentren bajo su responsabilidad.

NIVEL REGIONAL

- Las Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA), Redes de Salud y Establecimientos de Salud son los responsables de garantizar de manera oportuna, suficiente y permanente los recursos humanos, infraestructura, equipos, insumos, material médico y de laboratorio, medicamentos, material educativo comunicacional,
- Las Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o las que cumplen sus veces en el ámbito regional, son responsables de la difusión de la Norma Técnica en sus jurisdicciones respectivas, así como de la organización, supervisión, monitoreo y evaluación de los servicios de salud de su jurisdicción para garantizar su cumplimiento.
- Las Gerencias Regionales de Salud (GERESA), Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) o las que cumplan sus funciones en el ámbito regional, a través de las Oficinas de Comunicación y de la

Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública, específicamente de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable y la Dirección de Salud Sexual y

- Reproductiva, implementarán estrategias de comunicación e intervenciones efectivas orientadas a sensibilizar a la población sobre causas, consecuencias y prevención de la anemia. Asimismo, deben considerar la diversidad cultural, la disponibilidad y acceso a alimentos ricos en hierro de origen animal en la localidad.

NIVEL LOCAL

La Dirección o Jefatura de cada Red de Salud, Micro red de Salud o Establecimiento de Salud público, en todos los niveles de atención, es responsable de la implementación y cumplimiento de la presente Norma Técnica.

TEORÍAS DE ENFERMERÍA.

Según la teoría de Watson J, la Teoría del Cuidado Humano se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Los componentes del cuidado deben darse basado en el conocimiento, para cuidar de una persona se necesita conocer su entorno y sus necesidades. Se necesita saber las características del otro, sus poderes, limitaciones y necesidades, pero también se tiene que conocer todo eso del que brinda la atención. La paciencia, tolerancia, sinceridad y confianza ,deben ser parte del cuidado. Si cumplo con todos estos componentes lograre que el otro tenga esperanza del cuidado brindado. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades (Guerrero, 2015).

El modelo promoción de la salud de Nola Pender se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable, ella

menciona “ hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados porque de ese modo hay menos gente enferma, se gastan menos recursos, se le da independencia a la gente y se mejora hacia el futuro ” (Meiriño, 2012).

2.3. Definición de términos

Dentro de las definiciones de los términos de la investigación tenemos:

- **Altitud:** Es la distancia vertical de un punto de la tierra respecto al nivel del mar.
- **Anemia:** Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de salud pública, la anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad y altura a nivel del mar .
- **Anemia por deficiencia de hierro:** Es la disminución de los niveles de hemoglobina a causa de la carencia de hierro, llamada también anemia ferropénica (AF).
- **Consulta nutricional:** Es la atención especializada realizada por el profesional nutricionista dirigida a la promoción, prevención, recuperación o control nutricional.
- **Educación nutricional:** Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.
- **Ferritina Sérica:** Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, médula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencia de

inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja, reflejaría una disminución de dichas reservas.

- **Fortificación casera:** esta intervención consiste en adicionar Micronutrientes en polvo a una ración de comida de los niños, para aumentar el consumo de hierro y otros micronutrientes para reponer o mantener los niveles de hierro en el organismo.
- **Hematocrito:** Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. • **Prevalencia de anemia,** proporción de individuos que sufren de anemia con respecto al total de la población en estudio. Por lo general, se evalúa a los grupos de población más vulnerable: a los niños, especialmente en los periodos de crecimiento rápido, en los dos primeros años de vida; a las mujeres al iniciarse la menarquía y durante el embarazo.
- **Multimicronutrientes (MMN),** mezcla básica de cinco micronutrientes: 12,5 mg de hierro como fumarato ferroso; 5 mg de zinc; 30 mg de ácido ascórbico; 999 UI de vitamina A y 0,16 mg de ácido fólico. En este producto existe la encapsulación de lípidos sobre el hierro impidiendo su interacción con los alimentos y ocultando su sabor, por lo tanto se puede percibir cambios mínimos en el sabor, color y textura del alimento al que se añade el suplemento.
- **Implementación de programas sociales,** en políticas públicas el concepto de implementación se diferencia del desempeño y se centraliza en la reunión, concurrencia o ensamblaje de diversos elementos necesarios para alcanzar resultados programáticos, condicionados positiva o negativamente por la interferencia de variables de diversa índole. Es así como la implementación, como fase fundamental para la gerencia de programas sociales, se asocia estrechamente al desempeño permitiendo evaluar alcances y limitaciones de la propia gerencia.
- **Suplemento de micronutrientes en polvo,** aquel que contiene un mezcla de vitaminas y minerales en forma de polvo que es posible

combinar con los alimentos preparados en el hogar, lo que permite a las familias sin acceso a alimentos enriquecidos comercialmente añadir micronutrientes directamente a sus alimentos.

- **Participación de la comunidad**, la participación de la población en los esfuerzos por resolver los problemas que la afectan, es actualmente reconocida como una necesidad por la mayoría de los especialistas en desarrollo social. Esta participación puede obtenerse integrando a representantes de la población en los comités de planificación, grupos de trabajo y otros donde se consideren programas, proyectos o intervenciones directas, dirigidas a mejorar las condiciones existentes. Se debe además considerar la participación sistemática de la población en todas las etapas de planificación de una intervención determinada, que abarquen desde el diagnóstico, hasta la evaluación.
- **Consideraciones intersectoriales e interdisciplinarias**, la educación en nutrición es una actividad que requiere la activa participación de especialistas de diferentes sectores: Educación, Comunicación, Agricultura, Horticultura, Salud Pública, Nutrición, y otros. El análisis de las causas de la mala nutrición tanto por déficit o exceso, revela que ésta es el resultado de la interacción de múltiples factores, requiriendo una estrategia intersectorial. Incluso en acciones realizadas a nivel de una comunidad, se requiere un esfuerzo interdisciplinario (por ejemplo: colaboración entre el maestro, el trabajador agrícola, el trabajador de salud). Para realizar un trabajo interdisciplinario, es esencial la colaboración intersectorial, porque es muy difícil encontrar a especialistas de todas las disciplinas necesarias en una misma institución.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

La recolección de datos para corroborar y/ evidenciar la mejora en la suplementación con multimicronutrientes a los niños menores de 2 años fueron estrictamente tomados de la información realizada por cada uno de los profesionales de salud , de cada una de sus actividades registrados en las hojas del sistema de información de salud(HIS). De los tres años en mención .los cuales son validados en la oficina de estadística de nuestra unidad ejecutora ,por ende en la DIRESA Cusco y en el MINSA

3.2. Experiencia Profesional

El C.S. Manco Ccapac es un Establecimiento de Salud de categoría I-3, creada el año 1993, perteneciente a la Microrred Wanchaq, tiene dependencia administrativa de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte, está ubicado en la Margen derecha del distrito de Santiago.

Atiende una población asignada de 19,200 habitantes, la cual se ubica mayoritariamente en una zona urbano marginal, con características de hacinamiento, su principal actividad es el comercio informal por lo que se genera un alto flujo migratorio, encontrándose distribuida en un 70% en distrito de Santiago (quintil II de pobreza) y un 30% en el distrito de San Sebastián (quintil III de pobreza) , este establecimiento tiene como función principal la de brindar la atención integral de Salud con acciones preventivo promocional, recuperativo de la salud a la población asignada con enfoque de familia y comunidad.

Sobre Mi experiencia profesional, inicie laborando en el año 2005 en el centro de salud de Belenpampa como enfermera asistencial en el centro obstétrico hasta el año 2008, realizando las siguientes actividades:

- Atención inmediata del recién nacido

- Control de crecimiento y desarrollo del recién nacido
- Control de crecimiento y desarrollo del niño menor de 3 años

En el año 2008 fui rotada al Centro de Salud de Manco Ccapac, cumpliendo con la responsabilidad de varias estrategias presupuestales, dentro de ellos CRED (crecimiento y desarrollo del niño) INMUNIZACION ya que solo éramos dos profesionales de enfermería para una población de 16200 habitantes aproximadamente y 790 niños menores de 3 años.

En el año 2010 fui rotada a la parte administrativa de la Red de Servicios de Salud Cusco Norte como coordinadora de la etapa de vida niño hasta el año 2013, cumpliendo las actividades administrativas por la mañana y por las tardes netamente atención de CRED en mi establecimiento de salud a los niños menores de 5 años

A partir del año 2014 retorne al Centro de Salud Manco Ccapac para continuar como responsable de la etapa de vida niño , CRED , INMUNIZACIÓN Y NUTRICIÓN en niños menores de 5 años hasta la actualidad, ya teniendo la experiencia adquirida en la parte administrativa y ser conocedora de que en la mayoría de los establecimientos de salud de mi Unidad Ejecutora los porcentajes de anemia en los niños menores de 3 años no mejoraba , inicie a implementar varias estrategias de acuerdo a la realidad de nuestra jurisdicción juntamente con las colegas que para entonces ya éramos 5 licenciadas.

En coordinación con la DIRESA Cusco implementamos los consultorios diferenciados , socializamos las coberturas alcanzadas los años anteriores, las metas programadas, las dificultades que se tenían para el seguimiento , el fortalecimiento de competencias de los trabajadores de salud relacionados al tema, formación de la mesa técnica involucrando a las diferentes actores locales tales como el municipio de Santiago, la Policía Nacional del Perú, Directores de las instituciones educativas, la Gubernatura y los presidentes de las diferentes comunidades con el único objetivo de articular la lucha contra la anemia y

desnutrición infantil. Es así que a partir del año 2016 vimos que nuestro trabajo se evidenciaba en números y/o cifras alentadores.

En la actualidad somos 8 enfermeras de las cuales 4 atendemos de forma exclusiva en el área de crecimiento y desarrollo del niño, de lunes a sábado teniendo como promedio de nueve a diez niños por turno por cada profesional, además soy parte del equipo técnico de la Micro Red Wanchaq como responsable del monitoreo del Programa Articulado Nutricional ya que mi Centro de Salud es referente en la atención de niños menores de 3 años y en la lucha para disminuir la desnutrición crónica y anemia infantil.

A si mismo recibí múltiples capacitaciones en mi área por parte de mi unidad ejecutora, DIRESA Cusco y del MINSA. por lo cual soy una de las 6 referentes en el manejo de tratamiento de anemia en niños menores de 3 años de mi Red.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Dada la situación, y a la necesidad de contar con nuevas alternativas de control de la anemia, en el 2009, el Ministerio de Salud (MINSA), el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MINDES), el Fondo de las Naciones Unidas (UNICEF- Perú) y el Programa Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas en el Perú (PMA-Perú) decidieron unir esfuerzos y poner en práctica el Plan Piloto para la Implementación de una estrategia de distribución de Multimicronutrientes

Y el centro de salud de Manco Ccapac también se inicio con la suplementación de acuerdo a la normatividad del MINSA, sin embargo no se evidenciaba la disminución de la anemia, razón por la cual las profesionales de enfermería implementamos nuevas estrategias que nos ayuden a garantizar la adherencia a pesar de no contar con la cantidad ideal de profesionales de acuerdo a la población asignada

El plan tuvo como objetivo general la prevención y el control de los problemas nutricionales por deficiencias de micronutrientes en niños y niñas de 6-24 meses, a través de la suplementación con los MMN por un periodo de 12 meses.

Estas estrategias fueron las siguientes:

- Implementación de consultorios diferenciados
- Asegurar que las niñas y niños de 6 a 24 meses que acceden al servicio de salud reciben suplementación con multimicronutrientes en forma oportuna
- Fortalecer la consejería a la madre de los niños de 6 meses y /o al inicio de la alimentación complementaria respecto a la suplementación
- Fortalecer las capacidades del personal profesional de enfermería en temas relacionados a la suplementación
- contar con información oportuna que fortalezca de manera adecuada el monitoreo y seguimiento de los niños en el marco de la atención integral.
- contar con un stock mínimo de 3 meses de multimicronutrientes e insumos para el dosaje de hemoglobina en coordinación con nuestra unidad ejecutora
- Realizar sesiones demostrativas cada semana en temas relacionados a la prevención de la anemia infantil.
- Generar evidencias que contribuyan a mejorar las estrategias de intervención futuras.

A través de la implementación de las estrategias se buscó evaluar formalmente la efectividad y viabilidad de la intervención para generar evidencia sobre los retos, oportunidades y lecciones aprendidas, y ser considerada en caso de una futura expansión de la estrategia a los diferentes establecimientos de nuestra Región.

Mi Centro de Salud se encontraba entre los Establecimientos con porcentajes elevados de anemia, hasta el año 2015, sin embargo ahora

es uno de los que tiene la mayor cantidad de niños recuperados de anemia, razón por la cual tuvimos la visita de la PCM hasta en 3 oportunidades en el año 2017 para evidenciar nuestra experiencia exitosa a la fecha.

Cabe señalar que este reto no siempre fue compartido con nuestros diferentes jefes, los que en su mayoría fueron médicos cirujanos

A si mismo mencionar que la distribución de las responsabilidades de las estrategias fueron tomadas de acuerdo al perfil de cada profesional.

IV. RESULTADOS

En la actualidad somos uno de los establecimientos líder en la suplementación con multimicronutrientes , gracias al cumplimiento estricto de las estrategias implementadas y el empoderamiento de cada profesional de enfermería que labora en esta área.

También la experiencia indica que es factible mejorar la alimentación y se estructura siguiendo un patrón alimentario que permita la combinación de alimentos más adecuada para conseguir una dieta equilibrada en cuanto a las cantidades, suficiente desde el punto de vista calórico y proporcionado respecto de los nutrientes y mejores vías de promoción de la salud y del bienestar nutricional de los niños (as) que asisten a este centro de salud.

También somos un centro de Salud donde se brinda una atención integral al niño menor de 3 años, es decir con todo el paquete de atención de acuerdo a su edad como lo demuestra el siguiente cuadro y/o grafica.

GRAFICA I

INDICADORES	ESS	2015	2016	2017			
MENOR DE UN AÑO							
Niño menor de un año Controlado	CCORAO	41	97,62%	58	123,40%	42	95,45%
		42		47		44	
	CHOCCO	94	104,44%	103	103,00%	77	70,00%
		90		100		110	
	MANCO CAPAC	268	105,10%	286	100,70%	255	89,47%
		255		284		285	
	TTIO	233	80,34%	237	73,37%	195	67,24%
		290		323		290	
	WANCHAQ	400	133,78%	354	106,31%	355	82,56%
		299		333		430	
	TOTAL MICRORED	1036	106,15%	1038	95,49%	924	79,72%
		976		1087		1159	

Fuente: unidad de estadística e informática RSSCN

GRAFICO II

INDICADORES	EESS	2015		2016		2017	
NIÑO MENOR DE 1 AÑO SUPLEMENTADO CON MMN Y / O S.F	CCORAO	41	81.22%	58	22.62%	42	93.18%
		42		47		44	
	CHOCCO	58	64.44%	99	99.00%	72	65.45%
		90		100		110	
	MANCO CAPAC	188	73.73%	273	96.23%	253	88.77%
		255		284		285	
	TTIO	222	76.55%	209	64.71%	181	62.41%
		290		323		290	
	WANCHAQ	251	83.95%	273	81.98%	316	73.49%
		299		333		430	
	TOTAL MICRORED	760	77.87%	912	83.90%	864	74.55%
		976		1087		1159	

Fuente: unidad de estadística e informática RSSCN

GRAFICO III

INDICADORES	EESS	2015		2016		2017	
NIÑO DE 1 AÑO CONTROLADO	CCORAO	39	97.50%	40	88.89%	47	94.00%
		40		45		50	
	CHOCCO	78	91.76%	84	88.42%	96	87.27%
		85		95		110	
	MANCO CAPAC	214	91.05%	247	93.55%	240	92.31%
		235		264		260	
	TTIO	155	63.52%	165	59.57%	181	78.70%
		244		277		230	
	WANCHAQ	276	104.15%	243	80.73%	254	87.59%
		265		301		290	
	TOTAL MICRORED	762	87.59%	779	79.33%	818	87.02%
		869		982		940	

Fuente: unidad de estadística e informática RSSCN

GRAFICO IV

INDICADORES	EESS	2015		2016		2017	
NIÑO DE 1 AÑO SUPLEMENTADO CON MMN	CCORAO	32	80.00%	72	152.00%	60	120.00%
		40		45		50	
	CHOCCO	43	50.59%	97	102.11%	84	76.36%
		85		95		110	
	MANCO CAPAC	40	17.02%	321	12.59%	248	95.33%
		235		264		260	
	TTIO	57	23.36%	230	83.03%	244	106.09%
		244		277		230	
	WANCHAQ	130	49.06%	233	77.41%	304	104.33%
		265		301		290	
	TOTAL MICRORED	302	34.75%	953	97.05%	940	100.00%
		869		982		940	

Fuente: unidad de estadística e informática RSSCN

GRAFICO V

INDICADORES	EESS	2015		2016		2017	
PORCENTAJE DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS RECUPERADOS DE ANEMIA	CCORAO	3	6.25%	31	38.75%	49	70.00%
		48		80		70	
	CHOCCO	23	13.97%	50	67.57%	23	51.11%
		144		74		45	
	MANCO CAPAC	1	1.11%	200	63.90%	230	60.05%
		90		313		383	
	TTIO	14	6.67%	21	4.61%	104	13.44%
		210		456		774	
	WANCHAQ	1	0.54%	21	5.72%	89	24.72%
		185		367		360	
	TOTAL MICRORED	42	6.20%	323	25.04%	495	30.33%
		677		1290		1632	

Fuente: unidad de estadística e informática RSSCN

V. CONCLUSIONES

Los resultados de la implementación de estas estrategias en el Centro de Salud de Manco Ccapac son:

- a) Los padres que llevan a sus hijos al Centro de Salud ya están empoderados y sensibilizados sobre la importancia del consumo de los multimicronutrientes
- b) En su mayoría tienen pleno conocimiento sobre el uso y preparación de este micronutriente, que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro
- c) La mayoría de los padres de familia de los niños menores de dos años, tenían mayor aceptación a los multimicronutrientes en relación a las otras presentaciones de hierro que entrega el Ministerio de Salud (MINSA).
- d) La mayoría de los padres conocen el paquete de atención que su niño recibirá en cada uno de sus controles de acuerdo a su edad

VI. RECOMENDACIONES

- a) Indicar a los padres de familias que acudan al centro de salud para diagnosticar la evolución y el crecimiento de los niños en forma oportuna, de acuerdo a las citas programadas y así prevenir las patologías futuras.
- b) Asegurar una correcta utilización de recursos en entidades de salud donde la disponibilidad del multimicronutriente es suficiente pero, se debe dar capacitaciones y consejerías a los padres de familia sobre su administración de estas y dar conocimientos sobre la elaboración de una dieta balanceada.
- c) Reforzar el consumo de alimentos ricos en hierro de origen animal como sangrecita, hígado, bazo, pescado o carnes rojas especialmente en las mujeres gestantes y niños, a partir de los 6 meses de edad.
- d) Recomendar el consumo de facilitadores de la absorción de hierro tales como alimentos ricos en vitamina C como las frutas cítricas, en las comidas.
- e) Reducir el consumo de inhibidores de la absorción de hierro tales como mates, té o infusiones o café con las comidas y se recomienda no tomar estos líquidos con los suplementos de hierro.
- f) Brindar educación nutricional sobre la preparación de los multimicronutrientes a través de trípticos, gigantografías, afiches y otros

VII. REFERENCIALES

- 1) Azcona-C. (2011). Chispas en la nutrición en la edad escolar. Universidad de Navarra. Barcelona, España. :
- 2) De-La-Mata. (2011). Malnutrición, desnutrición y sobrealimentación. Editorial Kapeluz. Rosario, Argentina.
- 3) Escott-R. (2010). Nutrición, diagnóstico y tratamiento. Editorial Interamericana. Quito, Ecuador. Ferrone-S. (2011). Prevalencia de desnutrición y evaluación nutricional en niños menores de cinco años. Escuela de Medicina. Universidad Católica de Chile. Chile.
- 4) Gibson-Rosalind. (2011). Principles of Nutritional Assessment. Edition Oxford Universty. New York, USA.
- 5) Lopez-M. (2011). Tratado de Pediatría Social. Editorial Océano. Madrid, España.
- 6) Magnus-C. (2011). Consecuencias de la deficiencia de hierro. Editorial, Ediluz. Santiago, Chile.
- 7) OMS. (2013). Chiz-Pas y los micronutrientes y el estado nutricional de los niños en América. Organización Mundial de la Salud. Ginebra, España.
- 8) OMS. (2013). La Salud en las Américas en el desarrollo y crecimiento de los niños. Organización Mundial de la Salud. Panamá.
- 9) ONU. (2012). Chiz-Paz. Administración de suplementos de vitamina A en los contactos de vacunación y de atención materno-infantil a los niños de 6 a 24 meses de edad y a las madres hasta seis semanas

del parto. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Washington, USA.

10) OPS. (2013). Instituto Nacional de Ciencias de la Vida. Compuestos de hierro para la fortificación de alimentos. Guías para América Latina y el Caribe. Washington, USA.

11)Tojo-Sierra. (2011). Manual Práctico de Nutrición en Pediatría. Editorial Aedos. Madrid, España

12)Terán-E. (2013). Alimentación oral y nutrición humana. Ediciones Santander. Santander, Venezuela

13)UNICEF. (2011). Investing in the future. A United Call to Action on Vitamin and mineral deficients. Editorial Global Report. California, USA.

ANEXOS

MICRO RED WANCHAQ

