

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



**PROMOCIÓN PARA EL CONSUMO DE MICRONUTRIENTES EN  
NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 36 MESES PARA PREVENIR LA  
ANEMIA EN EL HOSPITAL DE QUILLABAMBA CUSCO 2015 – 2016**

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

**NERY MARGARITA TORRES POBLETE**

**Callao, 2018  
PERÚ**

## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO:

- |                                   |            |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DRA. ANA MARÍA YAMUNQUÉ 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: 220

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 14/04/2018

Resolución Decanato N° 922-2018-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.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	22
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	23
3.1 Recolección de Datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos realizados en el tema del informe	24
<b>IV. RESULTADOS</b>	40
<b>V. CONCLUSIONES</b>	49
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	50
<b>VII. REFERENCIALES</b>	53
<b>ANEXOS</b>	56

## INTRODUCCIÓN

La correcta nutrición es sumamente importante en el desarrollo del ser humano, sobre todo en los primeros meses de vida, es por ello por lo que el presente trabajo busca mostrar, la experiencia profesional de mi persona en relación con la influencia positiva que tienen los multi-micronutrientes como complemento nutricional y la importancia de la adecuada promoción de este beneficio, para los niños de 6 a 36 meses, en el Hospital Quillabamba, 2015-2016.

El trabajo estará estructurado por capítulos, en el primer capítulo se aborda el planteamiento de la situación problemática, en el cual se muestra de manera clara y concisa la realidad de la nutrición en los menores de 6 a 36 meses, primero dando un vistazo de manera global para luego aterrizar en la realidad de la ciudad de Quillabamba, a su vez se plantean los objetivos y se justifica la relevancia del tratamiento del problema, esto mediante el correcto citado de artículos científicos; ya en el capítulo dos se mostraran las herramientas con las cuales se trabajaran el diagnóstico y las posibles soluciones a los problemas encontrados, los capítulos posteriores buscaran mostrar la casuística en torno a los problemas hallados, y así mismo aportar en base a la experiencia alternativas de solución, y para terminar el presente informe se han escrito conclusiones y recomendaciones, que no sólo contienen la casuística de los libros, sino sobre todo la experiencia profesional de más de 20 años en el campo de servicio, y en la especialidad en el área de CRED 18 años, esta experiencia ha ayudado a entender que el problema de la desnutrición y la anemia, tienen mucho que ver con la pobre cultura de la población, no sólo en temas de salud sino sobre todo en temas de la correcta alimentación, problemas que deben ser enfrentados con una visión integral de lo que significa ser persona, y no con visiones parcializadas y sesgadas que enfoquen solo el ámbito de salud.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

La nutrición es uno de los factores más importantes para el correcto desarrollo de la persona como individuo y de la comunidad, ya que una deficiencia en minerales, vitaminas, proteínas, carbohidratos o lípidos, generan distorsiones en el balance correcto de nutrientes que ha de tener el ser humano, teniendo como consecuencia la afectación directa en las capacidades y posibilidades de desarrollo, no sólo a nivel físico, sino también a nivel psíquico y afectivo.

En el mundo en términos de la anemia, se divide en tres grandes segmentos en cuanto a la prevalencia de anemia, en países considerados desarrollados, esta tasa es menor al 20%, mientras que, en países latinoamericanos, a excepción de Chile y México, las tasas superan el 30%, y los países que más anemia sufren son los países asiáticos y africanos con tasas superiores al 60%, entre las principales razones de las tasas de prevalencia de anemia elevadas en los distintos países, se encuentran: el ingreso per cápita por familia bajo, y la calidad de los temas de educación en temas de salud que tienen las personas.

El Perú cuenta con una tasa de anemia de alrededor de 43.5%, en niños menores a de 36 y mayores de 6 meses, esto según el EDES (encuesta demografía de salud familiar), la misma que fue tomada durante los años 2009-2015, para poder ayudar a disminuir esta tasa, se tienen diversas políticas públicas, reflejadas en programas del estado, uno de los programas que es parte integral de la estrategia del MINSA, estrategia sanitaria nacional articulado nutricional e inmunizaciones, este programa viene funcionando desde el 2012, el mismo no solo contempla el tema de nutrición correcta del niño, a

través de los micronutrientes, sino también la vacunación y capacitación de los padres en la correcta nutrición de sus menores hijos, este programa está dando resultados variables, ya que a pesar de que al inicio del 2012 la tasa comenzó acrecer, en los años 2014 y 2015, la misma ha comenzado a disminuir, mantenimiento esta tendencia, esta variabilidad se debe principalmente al cambio constante de gestión de las políticas públicas, y a una convulsión en el sector salud por parte de los trabajadores, es en este contexto donde el talante de la implementación, en cada consultorio de CRED puede marcar la diferencia, ya que a pesar de que el gobierno no brinda presupuesto, es la educación hacia los padres y los conocimientos del medio, los principales factores que ayudara a que los padres puedan darle una nutrición de calidad a sus menores hijos.

En la ciudad de Quillabamba, los programas de combate a la desnutrición tienen más de 20 años, sin embargo el 2015, se ha tenido un 90.3% de niños menores atendidos en el Hospital Quillabamba, que presentaban anemia leve o moderada, la anemia, que se traduce como deficiencia de hierro en el organismo y la desnutrición, son casos que en el Hospital de Quillabamba, se vienen combatiendo con la distribución de multi-micronutrientes y el sulfato ferroso y con la promoción y educación de los padres de familia para poder nutrir de manera adecuada a los menores, aunque no se están obteniendo los resultados esperados.

A pesar de que los multi-micronutrientes son una alternativa adecuada y viable para que los niños salgan de la desnutrición y de la anemia, para la distribución y promoción de las mismas existen muchas atenuantes que revisten de mucha complejidad el problema de la nutrición de los menores, estas circunstancias son: la falta de presupuesto para la promoción, el rechazo al sabor de los multi-

micronutrientes, la inapetencia por parte de los menores, la deficiente dieta y balance en la nutrición del menor, la frecuencia nutricional, el factor socioeconómico y la ausencia de padres producto de que ambos laboran. Estos factores configuran un problema a enfrentar mediante actividades de promoción acerca de la correcta alimentación y uso de micronutrientes como parte de la dieta del menor de 6 a 36 meses. Este informe pretende desvelar a la luz de la experiencia profesional en el área de CRED como, es que se enfrenta esta problemática, usando principalmente la herramienta de la promoción de la buena nutrición y uso de micronutrientes, para este propósito.

## **1.2 Objetivo**

Describir la experiencia profesional en actividades de promoción y distribución de micronutrientes en niños mayores de 6 meses y menores de 36, hospital de Quillabamba, 2015 - 2016.

## **1.3 Justificación**

El primer año de vida del niño es crítico para su crecimiento y desarrollo, ya que a toda la problemática antes señalada se agrega que su alimentación depende de terceras personas y siendo este el momento de la vida en que los procesos de crecimiento y desarrollo se realizan a la mayor velocidad, y por lo tanto tienen la mayor susceptibilidad de ser impactado por una noxa ambiental. El resultado de cualquiera agresión ya sea un déficit nutricional, una enfermedad o una de privación psico-sensorial y afectiva produce una detención de estos importantes procesos que puede significar quedar con una secuela permanente a pesar de una rehabilitación posterior.

En el Perú, el 46.4% de niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad presentó anemia durante el año 2013, lo cual se consideró como un problema de salud pública grave de acuerdo con la clasificación de

la prevalencia de anemia como problema de salud pública de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Según ENDES 2013, si bien se han identificado muchas causas de la anemia, la deficiencia nutricional debido a una falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia, la cual está relacionada al deterioro del desarrollo cognitivo y puede ser irreversible si se presenta en niños menores de dos años, debido a que es un periodo crítico del desarrollo, en el que se observa el pico máximo de crecimiento y diferenciación cerebral, por ello es vital enfatizar la prevención de anemia tempranamente.

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 60,0% en el 2000 a 50,3% en el 2010). En el 2011 la OMS recomendó el uso de multi-micronutrientes (MMN) 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%, 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.

En el Perú, la anemia muestra una 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, forma ciertos parásitos intestinales los cuales son tan frecuentes, y suelen provocar anemia.

Los párrafos anteriores dejan en claro no sólo la importancia de la correcta alimentación en los primeros meses de vida, debido a su implicancia directa en el desarrollo físico y psíquico del menor, también describen las diferencias entre la desnutrición y la anemia, y las implicancias que tienen para el menor la incorrecta nutrición, a su vez abordan la importancia del problema de salud que las mismas crean, y nos permiten enfocarnos hacia la promoción como el camino para poder atender esta problemática; la razón por la cual se trabajará la herramienta de la promoción, es debido a que al ser esta una herramienta que no demanda presupuestos altos, se adecua a las distintas realidades de nuestro sistema de salud precario de Quillabamba y en general el Perú, adicionalmente que esta herramienta se puede replicar hasta formar parte del esquema cultural de cada área de impacto de los centros de salud, es por ello que este trabajo pretende ayudar a los colegas de la profesión de enfermería, a tener una idea de la promoción de los micronutrientes y de la adecuada alimentación de los menores, que deberán adaptar a sus distintas realidades.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

Rojas Carlos y otros, (2004), en el caso características de consumo y aporte de energía y nutrientes de una papilla a la dieta de niños de 6 a 36 meses de edad beneficiarios de un programa de complementación alimentaria, cuyo objetivo fue describir las características del consumo y aporte de energía y nutrientes de una papilla en la dieta de niños de 6 a 36 meses de edad beneficiarios de un Programa de Complementación Alimentaria, los resultados fueron: El 42% de los beneficiarios de 6 a 11 meses cubrieron en promedio menos de 90% de sus requerimientos energéticos, esta proporción fue 47% entre los beneficiarios de 12 a 23 meses y 64,4% entre los beneficiarios de 24 a 36 meses. La brecha calórica fue directamente proporcional a la edad de los beneficiarios La mediana del consumo de la papilla osciló entre 30 a 90 g en el grupo, y las conclusiones: se evidenció que la papilla mejoró el aporte de energía, vitamina A y hierro en la dieta del niño, llegando a cubrir los requerimientos en la mayoría de los grupos etarios.

Palabras clave: Consumo de alimentos; Niño; Ingestión de Energía; Alimentación Suplementaria; Hierro; Vitamina A.

El estudio, aunque no está relacionado directamente con el uso de micronutrientes, si deja en claro, que la promoción mejora considerablemente el consumo de alimentación complementaria y de conocimientos de una correcta alimentación de los menores. Esto es importante porque, la desnutrición de un menor se relaciona en más de un 80% con la educación de los padres respecto de la correcta alimentación, el acceso a los servicios de sanidad básicos y el orden y la limpieza que cada persona pueda tener en el ambiente donde viva.

Cañipa, Elizabeth (2002 al 2007), en el caso de Chispas nutricionales para el país de Bolivia, donde se decidió comenzar con el programa de “Desnutrición Cero” cuyo objetivo fue el entregar “chispitas” para poder combatir la anemia que afecta a los niños menores de 2 años, mediante el cumplimiento de las siguientes metas trazadas: mejorar la promoción y la capacitación de la correcta alimentación de niños menores de 5 años, promover la suplementación con micronutrientes y consumo de alimentos fortificados, y fortalecer la capacidad institucional para estos fines, durante la implementación se variaron las fórmulas en las cuales se brindaban lo multi-micronutrientes, ya que la dependencia de la fabricación extranjera generaba dependencia y por consiguiente roturas de stock. Los resultados fueron: un aumento en las coberturas del programa anemia cero del 27% al 44.1%, las dificultades superadas para lograr este incremento fueron: el cambio en la fórmula de entrega del producto, el cambio en la comunicación de y la mejora en la orientación de la madre, desligarse de la dependencia del producto importado, y mejorar la capacitación del recurso humano. Conclusiones: se evidencio una mejorar sustancial en la cobertura con suplementos nutricionales (multi-micronutrientes) gracias a enfocar la problemática no solo desde el punto de vista de alimentos sino como un problema de gestión adecuada de los recursos por parte de los agentes de salud.

La experiencia boliviana muestra, los principales inconvenientes del uso de la chispita contra la anemia fue la falta de comunicación adecuada para con los padres, la dependencia de la importación lo que ocasionaba el desabastecimiento del producto, y la insuficiente capacitación del recurso humano, en Perú la experiencia se asemeja mucho a la del país de Bolivia donde la inadecuación en infraestructura y la poca capacidad de respuesta del sector de salud, representan limitaciones considerables para la correcta implementación del programa de complementación

alimentaria. A su vez el trabajo científico muestra la mejor considerable para los distintos tipos de atareos, siendo el grupo de 6 a 36 meses el que mejor respondió a la mejora de la alimentación con la chispita.

Munayco, Cesar y otros, (2013), en el artículo Evaluación del impacto de los multi-micronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, cuyo objetivo fue el de determinar el impacto de la administración con multi-micronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, para lograr esto se estableció un sistema de vigilancia en 29 establecimientos, en el periodo 2009 al 2011, que además de los parámetros biológicos medidos, se tomaron en cuenta parámetros antropológicos, los resultados fueron: la prevalencia de la anemia se redujo de 70,2% a 36.6% y se evidencio que un 55% del 69.1% de niños con anemia leve y moderada, la habían superado al terminar el estudio, por lo que se concluyó: que la suplementación con multi-micronutrientes en polvo puede ser una estrategia efectiva en la lucha contra la anemia.

La efectividad de los complementos nutricionales es una característica indispensable para su elección, por lo visto en el artículo hay una evidencia con escaso margen de error, que está a favor de la efectividad de los multi-micronutrientes como medio para poder combatir la anemia.

Aparco Juan y Lucio Huamán-Espino, (2016), en el artículo de Barreras y facilitadores a la suplementación con micronutrientes en polvo. Percepciones maternas y dinámica de los servicios de salud, cuyo objetivo fue el explorar las barreras y facilitadores para la suplementación con micronutrientes en polvo (MNP) en madres de niños de 6 a 35 meses de edad de Tacna, Loreto, Puno y Lima, los resultados fueron: se encontraron como barreras: a nivel de sistema de salud, la dificultad para acceder a los programas de consejería, los rumores negativos sobre los

suplementos en la sala de espera y el maltrato del personal de salud; a nivel del producto, la falta de conocimiento sobre el suplemento, el sabor y los efectos secundarios y a nivel de la madre, aparecen barreras como la falta de tiempo, el olvido, las dificultades en la preparación de los complementos nutricionales y la oposición al uso del suplemento por parte del esposo. Los principales facilitadores fueron: recibir información del personal de salud sobre la mejora del niño, la percepción de la madre de que el niño mejora y testimonios positivos sobre el MNP de familiares o vecinas; y las conclusiones son: Existen barreras relacionadas al sistema de salud, al producto (MNP) y al comportamiento de niños, madres y familia / comunidad, que son necesarios abordar con estrategias que permitan superar estas dificultades, ya que impiden que los niños consuman diariamente, en una preparación adecuada el suplemento de MNP.

El estudio hecho en Perú comienza a dar luces acerca de la problemática que se tiene en la distribución y control de los complementos nutricionales en niños mayores de 6 meses y menores de 36, que confirma la experiencia profesional, como el caso de Bolivia, en el Perú hay una dependencia de los complementos nutricionales de origen extranjero, además de deficiencias en la gestión en materia de salud.

## **2.2. Marco Conceptual**

El abordaje intersectorial de la desnutrición crónica ha saltado de la preocupación de aliviar el “hambre” a través de la provisión de alimentos fortificados, a un planeamiento que considera los siguientes elementos (1):

- **Multidimensional:** Articulación de todos los programas que tengan una acción directa en la nutrición (para prevenir y enfrentar la multicausalidad, con un enfoque integral)
- **Multisectorial e Intergubernamental:** Facilitada por la Estrategia Nacional CRECER: que aborda la problemática articulando los sectores (articulación horizontal) y los niveles de gobierno (articulación vertical)
- **Inter-temporal:** Gestión por Resultados, resultados en nutrición que esté expresado por un programa presupuestal con presupuesto explícito, que debe lograr en una secuencia de acciones complementarias y metas de corto, mediano y largo plazo, y priorizadas en el presupuesto nacional CRECER tiene 3 ejes, el primero es desarrollo humano y desarrollo de capacidades y derechos fundamentales, que integra a todos los sectores y la cooperación técnica internacional, tiene la siguiente matriz de intervenciones basada en los problemas más importantes del país que tienen que cambiar.

La anemia es el problema nutricional más frecuente y más grave prácticamente todos los países de la región. Incluso aquellos países con bajas prevalencias de retardo en talla tienen gravísimos problemas de anemia, a excepción de Chile que no tiene ninguno de los dos problemas a nivel de salud pública. Para los niños y niñas menores de 2 años, la situación de la anemia es mucho más grave, afectando en algunos países como Bolivia y Haití a cerca de 8 de cada 10 niños. Doce países de la región tienen alrededor del 40% de su niñez anémica. De acuerdo a las guías y pautas de alimentación que se han generado en los últimos años a través de OPS/OMS y UNICEF, es importante garantizar la alimentación de las mujeres embarazadas en cantidad y calidad adecuadas para que los niñas y niños nazcan con un peso, talla y estado de micronutrientes adecuados; la lactancia materna exclusiva para todos los niños y niñas

hasta los 6 meses y continuar con leche materna y alimentos complementarios adecuados en cantidad y calidad a partir de los 6 a 24 meses para garantizar un crecimiento y desarrollo óptimo (1). ¿Por qué es importante mejorar la alimentación y nutrición de los infantes y los niños pequeños? Existe un problema muy serio de acceso a alimentos con densidad energética y nutricional apropiada, sobre todo en el periodo de alimentación complementaria, junto con prácticas inadecuadas de alimentación y lactancia materna que derivan en problemas de desnutrición crónica infantil. Ligado a ello, existen también las deficiencias de micronutrientes causadas – entre otras razones – por la dieta basada principalmente en cereales con inhibidores de la absorción de micronutrientes. En nuestra región, el 50% de las muertes infantiles está ligado a la desnutrición. Es esencial reducir la desnutrición para reducir la pobreza; la desnutrición es causa y consecuencia de la pobreza. Ahora bien, ¿qué son los Programas Sociales con productos fortificados para infantes y niños pequeños? Son programas que se utilizan generalmente para mejorar la situación nutricional, para prevenir y reducir anemia e incluso están diseñados para contribuir a la reducción de la pobreza(2). Estos programas deben ser conceptualizados con un enfoque integral, es decir, que además del producto fortificado, se acompañe de un refuerzo a la promoción y prevención de la lactancia materna; que incluyan acciones de comunicación, educación a la madre y participación comunitaria; un buen sistema de monitoreo y evaluación, tanto de la calidad y la utilización de los productos como del impacto que tiene este tipo de intervenciones en el mejoramiento de la situación nutricional de los niños. Los productos fortificados tienen como función principal asegurar la densidad adecuada de micronutrientes. Son importantes para la prevención y control de las deficiencias de micronutrientes comunes en dietas basadas en cereales y son necesarios -además de la leche materna -, para satisfacer los requerimientos nutricionales de lactantes y niños pequeños a partir de los 6 meses. Estos productos deben diseñarse

adecuadamente para evitar que se conviertan en sustitutos de la lactancia materna.

El diseño de los productos fortificados debe considerar varios factores: el primero debe ser la claridad sobre el problema que se quiere atacar, pues de ello dependerá el producto fortificado a elegir; los requerimientos según la edad del niño; si se está o no brindando leche materna; la interacción entre micronutrientes, los inhibidores. Además, debe considerarse la producción, el tipo de producto - especialmente porque debe preverse si será consumido de manera instantánea o requerirá ser cocinado - costos del producto, almacenamiento, vida útil, entre otros.

Los productos fortificados para infantes, niños y niñas pequeños buscan completar o mejorar el requerimiento nutricional tanto en vitaminas, minerales, ácidos grasos esenciales y/o proteínas. Hay tres tipos de productos fortificados: i) Alimento Complementario Fortificado, usado en reemplazo de las papillas tradicionales; ii) Suplemento Alimentario Fortificado Listo para utilizar (RUSFs) usado para ser añadido a los alimentos o en reemplazo de ellos; y, iii) Micronutrientes en polvo para ser añadidos a los alimentos como fortificantes caseros (3).

En varios países de la región, tales como Bolivia, Perú, Ecuador y Chile, se distribuyen Alimentos Complementarios Fortificados (ACF) sea en papillas como es el caso de los tres primeros países y leche fortificada en el caso de Chile.

Pese a que la distribución de leche fortificada genera controversia - principalmente si ésta se destina a los infantes debido al riesgo de desplazamiento de la lactancia materna- en varios países está considerada como un alimento complementario.

Los suplementos alimentarios fortificados listos para usar (RUSFs, RTUF) suelen ser utilizados más para casos de emergencia y/o para el tratamiento/recuperación de niños con desnutrición aguda y desnutridos severos. Hay varios estudios de eficacia; en Ghana, Malawi y Senegal se evidenció una clara reducción de anemia en los niños que participaron de

programas con estos productos. Cabe anotar que sólo los niños que tomaron RUTFs ganaron talla.

El costo es accesible, por ejemplo, los Plumpy Nuts®, tienen un costo de USD 0.06 centavos; un paquete de 92 g proporciona 500 calorías Los micronutrientes en polvo, conocidos también como fortificación casera o suplementación múltiple: Sprinkles®, Estrellitas, Chispitas, MixMe® (desarrollado por PMA y DSM) son presentados en sobres para ser añadidos a la comida del niño; también existen los Nutritabs como tabletas masticables. Son fortificantes que contienen micronutrientes incluyendo hierro micro encapsulado (fumarato ferroso). El encapsulado impide la disolución del hierro en las comidas y no cambia las características organolépticas del producto como el olor, color o sabor de los alimentos, por lo que son de gran aceptabilidad. Hay bastantes estudios con evidencias sobre la eficacia y/o efectividad del uso de las Chispitas, en Ghana, China, India, Haití, Guatemala y Canadá en la reducción/el tratamiento de anemia. Su costo es económico también: USD 2 a 3 centavos por sobre de 1g. Las Chispitas o fortificantes caseros, tienen la ventaja de que es posible añadir –a la fórmula básica- micronutrientes según necesidad, sólo requiere de una ingesta al día en una dosis muy pequeña y su presentación elimina el riesgo de sobre dosis y facilita mucho la logística. Además, no se requiere cuidados adicionales por parte de la persona que administre el producto al niño; evita riesgos de contaminación y elimina posibilidades de oxidación; tiene un bajo costo y un alto beneficio. OMS, UNICEF, PMA publicaron una Declaración sobre el uso de los micronutrientes en polvo para ser utilizados en situaciones de emergencias; estos productos contienen diversos micronutrientes. La composición de los micronutrientes puede variar de acuerdo con la necesidad. Por ejemplo, las chispitas de Bolivia contienen hierro, zinc, ácido fólico, vitamina A y vitamina C. Todos los productos fortificados óptimos (ACF, Micronutrientes en polvo y RUSFs/RTUF) deben cumplir con lo siguiente:

- Deben ser de preparación instantánea o pre cocidos, añadidos a alimentos de consistencia sólida o semi-sólida.
- Deben cumplir con el Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la leche materna, y con la Resolución de la Asamblea Mundial de Salud.
- Deben respetar las normas del Codex Alimentario.
- No pueden contener ácidos grasos trans.
- Si pueden contener amilasa (pero debe ser monitoreada).
- Pueden utilizar productos fermentados o germinados (para proveer amilasa activa).
- Deben contener 20 micronutrientes, salvo cuando lo único que se requiera es reducir anemia, en cuyo caso pueden ser menos micronutrientes.
- Cada ración debe proveer entre el 50 al 100% del RNI diario de los micronutrientes, en el caso del hierro debe cubrir el 100%.
- Debe incluirse micronutrientes de alta biodisponibilidad.

#### Características de los Alimentos Complementarios Fortificados:

- Tamaño de la ración: 20-50 g de peso seco; peso húmedo < 175 mL
- kcal/g peso seco: 4 kcal/g (mínimo)
- Porciones por día: 1-3 (porciones más grandes pueden dividirse e incluirse en diferentes momentos durante el día)
- Energía: 100-140 kcal / porción
- Proteína: 5-15% del total de las calorías
- Grasas: 20-35% del total de las calorías
- Ácidos grasos esenciales

- Relación de ácidos grasos linoleico (omega 6): linolénico (omega 3) entre 5:1-10:1
- Leche si es posible (en función del costo)
- Micronutrientes
- Azúcar no debe pasar del valor de 10% del valor calórico total,
- No deben tener ácidos grasos trans

Características de los Suplementos Alimentarios Fortificados listos para usar (RUSFs/RTUF):

- Deben contener una fuente de proteína de alta calidad
- Deben suministrar ácidos grasos esenciales
- Relación de ácidos grasos linoleico (omega 6): linolénico (omega 3) entre 5:1-10:1
- Densidad energética proveniente de ácidos grasos esenciales.
- Leche, si posible (en función del costo)
- Micronutrientes

Los programas efectivos con productos fortificados deben ser integrales, se tiene que considerar: una formulación nutricional adecuada; alianzas públicas y privadas; la participación directa de las comunidades; focalización en los grupos de población más vulnerable, en especial niños de 6 a 36 meses; monitoreo y evaluación, control de calidad; actividades de mercadeo social y comunicación social integrados, en especial consejería dirigida a las madres para que los productos sean proporcionados adecuadamente a los niños que los necesitan evitando que compitan con la lactancia materna.

## MICRONUTRIENTES

**¿Cuál es la función de los micronutrientes en la nutrición?**

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 (4).

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 (5).

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.

### ***¿Cuáles son las 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 yodo.

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 meridional. 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 anémicos.<sup>3</sup> 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.

### ***¿Cómo se evitan y tratan las carencias de micronutrientes?***

Según UNICEF en su artículo, Multiple Micronutrient Supplementation During Pregnancy in Developing Country Settings, Food and Nutrition

Bulletin 2009 Volumen 30, apoya las siguientes estrategias para evitar y tratar las carencias de micronutrientes en las mujeres y los 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 solo 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.

### ***¿Cuáles son los desafíos?***

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.

### 2.3. Definición de términos

- **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.
- **Multi-Micronutrientes:** 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 (6).
- **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 (7).

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de datos**

Los datos utilizados para este informe han sido de dos tipos, de fuente primaria, a través de entrevistas, y de fuente secundaria, investigaciones documentos, libros y páginas web. El periodo de recolección de los datos; se dio en el periodo 2015-2016. Los principales inconvenientes fueron la inconsistencia en la asistencia de las madres para los controles de los niños, lo que no permite tener datos del tipo panel, para sacar conclusiones más claras o consistentes.

- Historias clínicas.
- Revisión bibliográfica
- Atención integral del niño menor de 5 años.
- Informes operacionales HIS.
- Evaluación anual
- Carné de control del niño
- Entrevista a las madres en consulta de niños menores de 36 mes.
- Registro de atenciones diarias

#### **3.2. Experiencia Profesional**

Mi experiencia profesional inicio como SERUMS, en el Ministerio de Salud contando con una serie de herramientas, así formando mi perfil profesional, como los conocimientos, habilidades y la formación académica.

En los diez años de labor como contratada labore en diferentes establecimientos de salud que se denominaban Centros de Salud y Puestos de Salud, de la Red de Servicios de Salud La Convención donde

volqué todo mis conocimientos, de las aulas universitarias del internado y del SERUMS, en cada uno de los establecimientos de salud se adquiere diferentes habilidades por que en cada uno de estos la población era de diferentes idiosincráticas y factores socioeconómicas diferentes, donde uno tiene que dar las soluciones.

### **3.3. Procesos realizados en el tema del informe**

#### **TRAYECTORIA PROFESIONAL**

- **Institución, centro de salud Pucyura**

Donde realice mi SERUMS ahí labore con los siguientes recursos humanos, por ser alejado a la capital de provincia, un técnico de enfermería y un técnico sanitario, nombrados, este última era capacitados en dental, y la única profesional como Lic. Enfermera, donde tenía que afrontar todos los casos de salud como atención de medicina, atención de parto, atención del niño sano cada situación se afrontó con los paquetes de atención y los protocolos establecidos.

ÁREA: Centro de salud Pucyura

CARGO: Jefa de establecimiento

FECHA Marzo 1992 – febrero 1993

#### **FUNCIONES:**

- Responsable del establecimiento o jefa
- Coordinar con las autoridades locales
- Coordinar con los responsables de los puestos de salud de la jurisdicción que son tres.
- Coordinar con las diferentes responsables de programa de la Unidad Territorial de Salud hoy Red de Servicios de Salud La Convención.

- Gestión con la autoridad local Municipio.
- Capacitar a promotores de salud en UROC
- Capacitar a docentes de Instituciones educativas en atención de la etapa de vida adolescente.
- Atención integral de la población según la coordinación con los tres puestos de salud.

Por aquellos años el centro de salud donde inicié como Enfermera no contaba con otros profesionales dichos establecimientos de salud, en la Provincia la Convención solo algunos con el SERUMS, por el cual el como profesional tenía que permanecer las 24 horas del día en el establecimiento de salud, las actividades que realizaba era múltiple como médico, obstetra, técnico, los dos técnicos que laboraban solo era de 6 horas diarias, los programas tenían metas a nivel preventivo promocional, que debía cumplirse y que muchas veces no logró, pese de que se realizaba el seguimiento con atenciones comunitaria una vez por mes, inclusive a las comunidades distantes con desplazamiento de dos días y los que estuvieran a distancias de desplazamiento de 4 horas, de acuerdo al desplazamiento las horas de atención en las comunidades eran pocas y muchas veces no se lograba atender a todo los asistentes, en este año en niños menores de 36 meses se diagnosticaba más desnutrición global y crónica, coincidió con la promoción de los alimentos de PANFAR, que eran alimentos de donación, los cuales se distribuía a madres con niños (a), con desnutrición global, por entonces era prioritario como la desnutrición crónica, no sé escuchaba anemia en ninguna edad dentro de la etapa de vida niño, este producto era una fortaleza para poder realizar el paquete de atención integral de la etapa de vida niño. El centro de salud donde labore contaba con tres puestos de salud a cargo como responsable de esta sede debía coordinaba con los técnicos sanitarios para fijar una fecha de atención de cada mes y prestar las atenciones

en forma integral en la cual los alimentos del PANFAR era una fortaleza más para prestar las atenciones de la etapa de vida niño con los protocolos establecidos de menores de 59 meses, estos puestos de salud estaban a dos días de desplazamiento, todo esto enriqueció mi experiencia profesional, siendo un complemento ideal para mi formación académica. Durante la labor de SERUMS, se gestionó la instalación de energía eléctrica para el establecimiento de salud ante la municipalidad, porque a pesar de que la población de pucyura contaba con una planta hidroeléctrica no proyectaba a la zona donde estaba ubicado el centro de salud, y se tuvo que realizar como prioridad a pesar de que se tenía la luz de 6 pm a 10 pm. Sólo de 4 horas por la noche y una hora por la mañana, estas horas se aprovechaba para la esterilización de materiales de atención como era de uso médico y más obstétrico, así mismo se implementó la residencia de personal con dos camas completas, gestionado ante la municipalidad de Pucyura. También se contaba con una movilidad que era administrada por el municipio debido a que asumía los gastos de combustible y chofer, por ello se tenía que realizar las coordinaciones con anticipación y realizar el cronograma de salidas del carro con fecha y hora para el traslado el personal de salud donde había la carretera como era la comunidad de Vilcabamba, Ccayara, Lucma, Huancalle y Oyara para la prestación de atención integral de salud o Instituciones Educativas.

- **Institución, centro de salud Pucyura**

Concluido mi SERUMS, tuve la oportunidad de volver al mismo centro de salud donde concluye mi SERUMS, en el mes de agosto de 1993 como contratada por el ministerio de salud por la Unidad Territorial de Salud (UTS) la convención, tuve que continuar sola a laborar en compañía de los dos técnicos que me acompañaron en mi SERUMS.,

ÁREA: Centro de salud Pucyura

CARGO: Jefa de establecimiento

FECHA: Enero 1994 – Diciembre 1994

**FUNCIONES:**

- Responsable del establecimiento o jefa
- Coordinar con las autoridades locales
- Coordinar con los responsables de los puestos de salud de la jurisdicción que son tres.
- Coordinar con las diferentes responsables de programa de la Unidad Territorial de Salud hoy Red de Servicios de Salud La Convención.
- Gestión con la autoridad local Municipio.
- Atención integral de la población según la coordinación con los tres puestos de salud.

El año 1994, la carga laboral disminuye porque se programó más profesionales de salud como médico, obstetra SERUMS, desde el mes de Marzo, del mes de abril tome las actividades correspondiente a mi carrera profesional casi exclusivo, como es atención integral de niños menores de 59 meses e inmunizaciones, en ausencia del médico tenía que asumir las atenciones de medicina y la responsabilidad del establecimiento, la labor era con mayor tiempo disponible para la etapa de vida niño, la distribución de los alimentos donados PANFAR, continua en beneficio de las madres de niños con desnutrición global, la razón de la distribución de los alimentos es para recuperar a los niños con desnutrición global, en esta ocasión las sesiones demostrativas eran dirigidas a las madres con niños con el diagnóstico de desnutrición global que estuvieron a mi cargo por estos años no se mencionaba el tamizaje de anemia, a las madres gestantes se administra el sulfato ferroso. El monitoreo del consumo de los

alimentos distribuidos se realizó en las visitas domiciliarias a aquellos niños que no aumentaban de peso de un control a otro, se descubrió que era porque muchas veces estos alimentos eran compartidos con toda la familia y se acababan todos los productos antes del mes, en el mes de Junio se me comunicó la concluyendo mi contrata por una convocatoria a concurso público, en dicho concurso quede elegible y retorno al mismo establecimiento en el mes de agosto contratada por el Programa de SALUD BÁSICA PARA TODOS con 12 horas, realizando las mismas labores antes mencionadas, con la diferencia que el médico, obstetra era contrato de la misma modalidad, se incrementó un personal técnico más, al equipo y a continuar las actividades que los mencione líneas arriba, labor que realice hasta el mes de diciembre del mismo año.

- **Institución, puesto de salud Santa María.**

En el año 1995 fui trasladada al puesto de salud Santa María en el mes de Enero, donde permanecí hasta el año 2000, cumpliendo las mismas actividades preventivo promocional en la misma modalidad de contrato por 12 horas, el recurso humano con que contaba era un técnico sanitario nombrado y una técnica de enfermería contratada por el Programa de SALUD BASICA PARA TODOS y obstetra SERUMS que rotada del Centro de Salud Huyroy mi persona como Lic. Enfermera.

ÁREA: Puesto de salud Santa María

CARGO: Jefa del Puesto de Salud

FECHA: Enero 1995 –Diciembre 2000

**FUNCIONES:**

- Responsable del establecimiento o jefa
- Coordinar con las autoridades locales

- Coordinar con los responsables de programas del Centro de Salud maranura, que era cabecera de Micro Red.
- Coordinar con las diferentes responsables de programa de la Unidad Territorial de Salud hoy Red de Servicios de Salud La Convención.
- Gestión con la autoridad local Consejo Menor, Ministerio de Agricultura Policía Nacional, Juez de Paz no letrado.
- Capacitar a promotores de salud.
- Capacitar a docentes de Instituciones educativas en atención de la etapa de vida adolescente.
- Atención integral de la población según la coordinación con el puesto de salud de puente chaullay.

En este puesto de salud donde labore mayor tiempo, siempre con énfasis la parte preventiva promocional, la gran dificultad que se tiene con la población es la parte educativa porque hasta la fecha no entienden diferencia entre la parte preventiva y la recuperativa en términos de salud, la población no coopera ni se deja educar frente a la preventiva manifiestan que el personal esta para curarlos, estas fueron las conclusiones a las que llegue, desde el brote de la malaria en el año 1998 hasta el año 2000, en casi toda la provincia la convención, en Santa María hubo una comunidad que tuvo malaria no se salvó ningún habitante, en esta etapa la labor fue muy dura porque en el mes de Enero y Febrero de 1998, la provincia sufre el desembalse de rio aobamba donde se quedaron aislados los Distritos de Santa Teresa, Huyopata, con la capital de provincia y Cusco, en la localidad de Santa María no se tenía comunicación ni energía eléctrica, porque todo servicio de comunicación estaba desaparecido,tuvo que habilitarse una trocha carrozable para tener comunicación con la capital de provincia y cusco y otros que estuvieron aislados esto duro un aproximado tiempo de 4 a 5 meses, porque tenían que hacer nueva carretera. la

comunicación fue por puente aéreo desde santa María a santa teresa, esto permitió abastecerse con productos de primera necesidad, por accesibilidad el puesto de salud de santa María tenía que hacer las atenciones integrales de salud a los sectores que estaban aislados por prevención de brotes de enfermedades prevalentes en la etapa de vida niño, y otras más para distintas etapas de vida, para brindar dichas atenciones se tenían que ir por caminos riesgosos y como única profesional en el establecimiento me toco una labor muy riesgosa. Hasta estos años continuaba el apoyo de alimentos para las madres con hijos con desnutrición global, esta era otra oportunidad para lograr las metas en la etapa de vida niño donde se cumplía con los controles de crecimiento y desarrollo e inmunizaciones y otras enfermedades prevalentes de la infancia que se presentaban por el desastre, así como la malaria.

En las actividades de gestión, con el apoyo de las comunidad, se realizó una actividad benéfica para mejorar el establecimiento de salud es así que faltaba lunas en las ventanas las cuales se colocaron así mismo se realizaba las coordinaciones con la policía nacional para las campañas de vacunación con la fiebre amarilla que se realizaba como puesto fijo desde las 2 de la mañana todo los días a la población expulsora que se transportaba al interior de la provincia como peones para la cosecha de café y otro sector de comerciante, por el caso de fiebre amarilla en el Distrito de Echarate entren los años 1998 al 2000 fue paralelo a la malaria, durante estos años en la etapa de vida niño no se mencionaba la anemia, los centros de salud como Maranura y Huyro contaba con un técnico de laboratorio más entrenado para malaria, leishmania, tuberculosis y otros, como parte preventiva. A los beneficiarios de los alimentos del PANFAR se incentivó que realizaran sus huertos familiares, con ese propósito en el terreno de puesto de salud se cultivó el primer año maíz, segundo año camote y

otro grupo lechuga, frejoles, en la cosecha el reparto era equitativo con los beneficiarios, con la finalidad de agregar como parte se la ración que recibían.

- **Institución, centro de salud maranura.**

En el año 2001 hasta el mes de julio del año 2002 por entonces los establecimientos estaba categorizando siendo el centro de salud como cabecera de micro red con 8 puestos de salud y 2 centros de salud a su cargo, dicho centro de salud para esta temporada estaba latente las enfermedades de transmisión por vectores se incrementó como bartonelosis leishmania continua la malaria y la tuberculosis. El centro de salud cuenta con los siguientes recursos humanos: dos médicos, dos enfermeras, una obstetra una bióloga SERUMS equivalente, un técnico de laboratorio, 4 técnicos de enfermería más una técnica de enfermería por SALUD BÁSICA, durante este periodo labore con la misma modalidad contrata de por 6 horas.

ÁREA: Centro de salud Maranura

CARGO: Responsable del Programa de Metaxenicis, Tuberculosis jefe recursos Humanos y etapa de vida adolescente.

FECHA: Enero 2001 – Julio 2002

**FUNCIONES:**

- Responsable del Programa de Metaxenicis, etapa de vida adolescente y Tuberculosis
- Coordinar con las coordinadoras de la Red de Servicios de Salud
- Coordinar con el regidor de salud de la Municipalidad de Maranura
- Coordinar con las diferentes responsables de programa de los puestos de salud.

- Capacitar a promotores de salud.
- Capacitar a alumnos de Instituciones educativas en atención de la etapa de vida adolescente.

En este Centro de salud la labor estuvo fue generar estrategias para distribuir mejor a los recursos humanos con que se contaban, aquí me aleje de la etapa de vida niño, otra colega estuvo responsable, por la estrategia que estuvo en brote la labor estuvo entorno a consejería, visita domiciliaria difundiendo promocionando las medidas preventivas para disminuir el porcentaje de los casos de las enfermedades metaxenicas, organizando a la comunidad para realizar las faenas de los charcos, donde podía ser criaderos de los vectores de la malaria educando a las familias para usar los mosquiteros para dormir, poner mallas en las ventanas y evitar de esta manera la transmisión de las enfermedades por vectores, el año 2002 en el mes de Agosto me rotan al Puesto de Salud de Huyopata con 12 horas puesto de salud de la jurisdicción de la micro red maranura, en el Distrito de Huayopata,

- **Institución, puesto de salud de huayopata**

En el año 2002 en el mes de Agosto, fui rotada, al puesto de salud de Huayopata, donde me toco laborar una vez más sola como profesional en compañía de un personal técnico de enfermería, nombrada de 6 horas en el horario acostumbradode 12 horas, todas las actividades estuvieron bajo mi responsabilidad, siempre dentro del marco de preventivo promocional con el fin de evitar las enfermedades transmisible por vectores y las no transmisible y la reducción de la desnutrición crónica en niños menores de 36 meses para lo cual se programa metas

AREA: Puesto de salud de Huayopata

CARGO: Responsable del establecimiento de salud o jefe.

FECHA: Agosto 2002 – Diciembre 2004.

**FUNCIONES:**

- Responsable de todo los Programa
- Coordinar con los coordinadores de programas del centro de Salud Huyro
- Coordinar con los representantes de la comunidad como promotores de salud, directores de Instituciones Educativas.
- Capacitar a promotores de salud.
- Mantener informado a alumnos de Instituciones educativas de los brotes de enfermedades.

En este Puesto de salud la labor era muy demandante ya que estaba como única profesional tenía que hacer las veces de médico, obstetra, Enfermera y técnico y permanecer las 24 horas del día, aunque la experiencia ganada en otros establecimientos de salud hizo que fuera posible manejar la sobrecarga. Con el centro de salud de Huyro realizaba las coordinaciones para una atención con equipo completo una vez al mes como es médico, obstetra, odontólogo y enfermería, la fortaleza para las atenciones era los alimentos donados que se distribuían a las madres con niños con desnutrición global, se realizaba sesiones demostrativas con los productos donados y se agregaba lo que faltaba para la preparación, esta sesión se realizaba en el día del reparto de los alimentos previo control de crecimiento y desarrollo del niño con el paquete completo, con el protocolo establecido, en este año se indicó la toma de nuestra para el dosaje de hemoglobina y detectar la anemia para lo cual debería ir el usuaria con el niño (a) al centro de salud de Huyro o Maranura porque ahí se tenía el laboratorio, como las distancias demandaban gasto económico,

pasajes de ida y vuelta, por lo cual la detección de casos de anemia fue baja, para contrarrestar este inconveniente se realizaba la promoción de alimentos que contenían hierro, que las madres debían preparar, y se promocionaba la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses, y la alimentación de la madre lactante y en niños con ablactancia, el monitoreo se realizaba con visitas domiciliaria y las consejerías nutricionales. Siempre realizando las otras actividades de control como son las enfermedades metaxenicas, tuberculosis y las no transmisión, a los usuarias beneficiarios de los alimento se les incentivaba para que realicen sus huertos familiares, el establecimiento tenía su área verde se les propuso que cultivaran el primer año se cultivó maíz, el segundos año soya, todo los productos se distribuía en forma equitativa entre los beneficiarios de los alimentos del PANFAR,este establecimiento de salud fue el último que labore como contratada por el Programa de Salud Básica para Todos.

- **Institución, centro de salud de kirigueti.**

En el año 2004 en el mes de diciembre, se convoca un concurso público de nombramiento para Lic., Enfermeras gane el concurso para un establecimiento de salud de la Micro de kamisea que es el Centro de Salud de Kirigueti, ubicado en el Distrito de Echarate bajo pongo de Maynique este establecimiento de salud como otros es preventivo promocional ya que la política de salud es prevenir enfermedades transmisibles reducir la morbilidad materno infantil

ÁREA: Centro de salud de Kirigueti

CARGO: Responsable de la Estrategia Sanitaria Articulado Nutricional.

FECHA: Enero 2004 – diciembre 2006.

## FUNCIONES:

- Responsable de la Estrategia Sanitaria Articulado Nutricional
- Coordinar con los coordinadores de las estrategias del centro de Salud Kamisea cabecera de Micro Red.
- Coordinar con los jefes de las comunidades, directores de Instituciones Educativas.
- Capacitar a estudiantes
- Mantener informado a alumnos de Instituciones educativas de los brotes de enfermedades transmisibles por vectores y no transmisibles.

Se contaba con los siguientes recursos humanos: un médico, obstetra SERUMS., y Lic., Enfermera nombrada, dos técnicas sanitarios nativas nombradas, una técnica de enfermería contratada la atención es compartida cada uno en su área respectiva, la atención es preventiva promocional como primer nivel de atención en toda las estrategias, y etapa de vida, la ESAN, que está abocada a la etapa de vida niño con metas establecidas como es la reducción de la desnutrición crónica y anemia, esta última no se podía diagnosticar por falta de laboratorio, y la distancia de laboratorio de apoyo, este establecimiento atiende a comunidades nativas de muy difícil acceso y de alto riesgo, donde la movilidad es vía fluvial, y las atenciones se daban previa pernoctación en la zona. Para estos años ya cambio el apoyo de alimentos, se distribuía la papilla a todos los niños menores de 36 meses, constaba de tres sobres de un kilo cada uno, con sus respectivos medidores para cada niño, para ser consumidos diarios con una duración de treinta días, este alimento ya contenía hierro por lo tanto era con el propósito de evitar la anemia. La labor del personal de salud era en equipo dando a conocer el valor nutricional y el beneficio en los niños mayores de 6 meses y menores de 36 meses, gran fue la sorpresa que la población no toma con tal valor y se reusaban el consumo, a pesar de recibir lo

dejaban por cualquier lugar, en las visita domiciliarias se observaba, y de manera sincera decían que no la consumían, se realizaba muy frecuentemente las demostraciones y poca fue la aceptación, por los niños y los adultos, pueda ser por el poco consumo de harinas finas.

- **Institución, hospital de Quillabamba.**

En el año 2012 del mes de agosto, logro el destaque al Hospital de Quillabamba y fui ubica en el consultorio externo en la Estrategia Sanitaria Articulado Nutricional e Inmunizaciones, que actualmente continúo laborando.

ÁREA: Hospital Quillabamba.

CARGO: Responsable de la Estrategia Sanitaria Articulado Nutricional e Inmunizaciones, del 2013 al 2016

FECHA: Agosto 2012 – hasta la actualidad.

**FUNCIONES:**

- Responsable de la Estrategia Sanitaria Articulado Nutricional 2013 al 2016
- Coordinar con los coordinadores de las estrategias de la Redde Servicio de Salud La Convención.
- Coordinar con la oficina de estadística e informática
- Charlas educativas relacionadas con niño sano a las madres usuarias del consultorio
- Mantener informado a las madres de los niños que acuden a la consulta para el control
- Reuniones para mejorar las estrategias para cumplir las metas programadas.

El Hospital con la categoría de II-I que es centro referencial de todo el establecimiento de salud, de toda la Provincia, continúa laborando la parte preventiva con la Estrategia Sanitaria Articulado Nutricional e Inmunizaciones y enfermedades prevalentes en niños y niñas. En el servicio laboran dos Enfermeras nombradas y dos Enfermeras contratadas y dos Técnicas de Enfermería, nombradas el consultorio se renueva los equipos de antropometría, con balanzas digitales adecuación de ambientes, un triaje, tres consultorios de CRED y un consultorio compartido con Inmunizaciones, ambiente de cadena de frío que cuenta con dos conservadoras de vacunas dos congeladores de paquete, 10 termos transportadora de vacunas, para preparar las vacunas para cada consultorio y llevar al servicio de atención inmediata del recién nacido y emergencia.

La estrategia labora con dos programaciones una es presupuesto por resultado el otro per-cápita con seguro integral, ambas tiene una meta que se debe lograr cada año, por la poca información los primeros años que me hice cargo no llegamos a cumplir en lo que corresponde a per-cápita, en lo que corresponde a PPR, se lograba porque las metas programadas era menores porque no se contaba con población asignada, y se atendía a demanda, en relación a la anemia se tenía casos y el dosaje de hemoglobina se realizaba a los 6 meses cuando el niño iniciaba el período de ablactancia, en este año y años anteriores se distribuía los micronutrientes, en dos fases, primera fase previo dosaje de hemoglobina 6 meses consecutivos hasta los 11 meses, con un periodo de descanso de 6 meses, iniciando la segunda fase a los 12 meses con dosaje de hemoglobina hasta 17 meses, dándose de alta previo un control de hemoglobina a los 18 meses, así cumplía los 12 meses de micronutrientes todo los niños de 6 meses y menores de 36 meses, si continuaba la anemia se daba como una segunda opción hasta los dos años, con referencia a pediatría en consulta externa. La

promoción en estos primeros años de distribución era muy débil, o poco se confió en el usuario porque son madres con cultura, con conocimientos de nutrición, de clase media, en cada consulta se realizaba las consejerías. Desde el año 2015, se toma mayor énfasis es la disminución de anemia y desnutrición crónica, por el personal que labora en la estrategia y sale directivas modificando el periodo de administraciónde 12 meses consecutivos es decir desde los 6 meses hasta los 17 meses con alta a los 18 meses, y con tratamiento en cuanto se diagnostica anemia con referencia al médico, las referencias muchas veces no se cumplía por que las madres no disponían de tiempo, y no lo tomaban importancia del daño que ocasiona la anemia en el niño esto me informaba en el siguiente control al interroga y preguntar cuál era el tratamiento que recibió o indico el médico, en el año 2016 se implementa la prevención de anemia desde los 4 y 5 meses con sulfato ferroso en gotas, para que a los 6 meses previo dosaje de hemoglobina se cambia con el micronutriente en forma consecutiva de 12 meses sin descanso, los dosajes se realizaba a los 6 meses, 12 meses y para el alta a los 18 meses, en caso de diagnosticarse anemia se refería a pediatría para recibir tratamiento, en la estrategia se realiza el seguimiento para su cumplimiento con consejería nutricional, informando las consecuencia el daño que causa en el niño cuando tiene anemia, lo que falta es el seguimiento en domicilio por falta de personal para realizar las visitas por que la demanda del usuario es alto la población crece con los migrantes del campo hacia la ciudad, en este mismo año en coordinación con otra estrategia se realiza la promoción del paquete de atención del niño por medio radial dos veces por semana, así mismo dando cupos preferenciales, para que las madres de niños menores de 36 meses acudan al consultorio y prestar del paquete completo del control de crecimiento y desarrollo del niño y niña, el mayor problema del servicio es el incumplimiento a las citas programadas del usuario

A medida que avanza la innovación de la ciencia de la salud, hay mejoras en la prestación de los servicios, así mismo el personal toma mayor interés en capacitarse, para brindar mejor servicio y educar a los usuarios, con la esperanza de que el usuario con niños menores de 36 meses tome importancia de los daños que causa la anemia

## **IV. RESULTADOS**

### **CASO QUILLABAMBA**

Al Hospital de Quillabamba, acuden de diferentes lugares, población urbana, urbano marginal y de otros distritos. En relación con la alimentación complementaria existe la costumbre ancestral, que consiste en dar de lactar al niño y combinar la alimentación con agüitas y cremas de sopas, aun sin haber recibido algún tipo de capacitación o atención en hospital. En estos últimos años se observa una contracción en la economía, por lo cual las madres se desplazan a laborar por que los gobiernos locales que les brindan esa oportunidad, motivo por el cual los niños menores de 5 años donde está el grupo de 36 meses queda en manos de cuidadores donde queda relegada el interés del consumo de los micronutrientes, debido al tiempo de las madres es reducido en la atención del niño, porque no hay parte legal que apoye para la alimentación complementaria exclusiva, como en la lactancia materna.

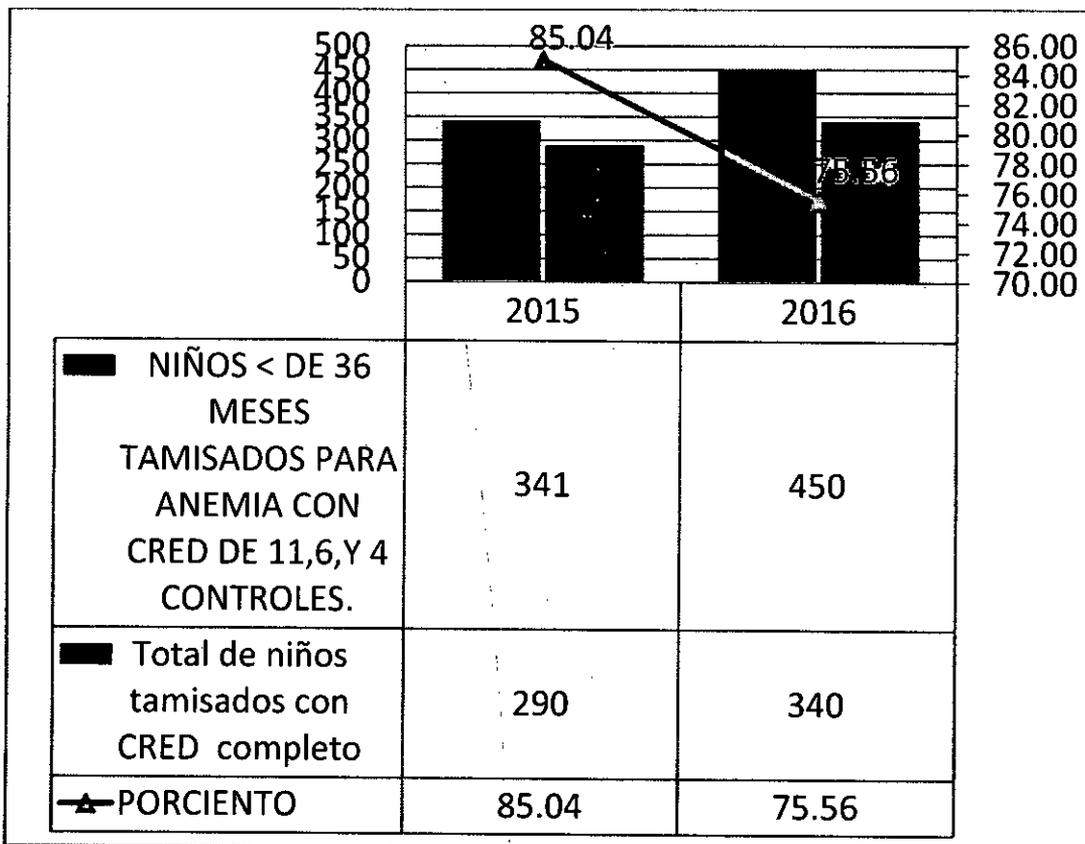
Frente a estos casos el Hospital brinda la orientación sobre la importancia que cumple los micronutrientes en el organismo de niño menor de 36 meses que es una etapa de enseñanza aprendizaje.

Ante esta realidad, el hospital de Quillabamba realiza diversas actividades promocionales, como sesiones demostrativas difusiones radiales en espacios compartidos con otros programas presupuestales.

Por estos casos el presente trabajo pretende aportar a la familia, sociedad para el control de la anemia y la desnutrición que se presenta en esta etapa de vida, siendo susceptibles a enfermedades digestivas, respiratorias, piel así mismo en el crecimiento y desarrollo del niño o niña en las cuatro áreas.

**Cuadro N° 4.1**

**NIÑOS < DE 36 MESES TAMIZADOS PARA ANEMIA CON 11, 6 y 4 CONTROLES.**

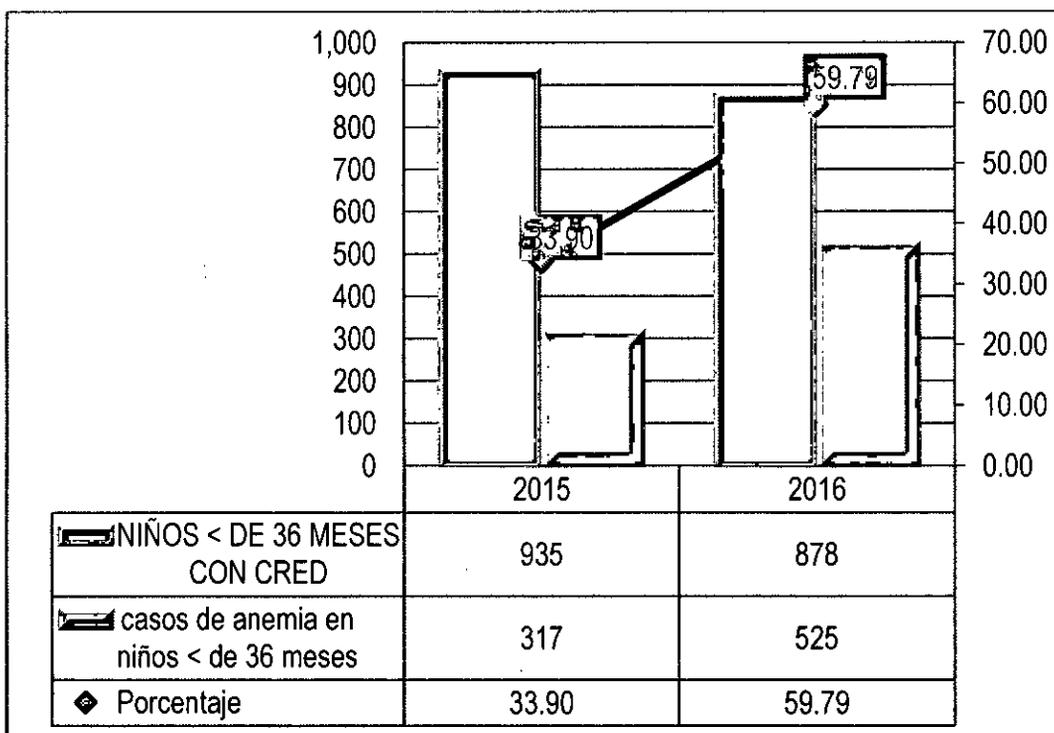


Fuente: Oficina de Estadística e Informática del Hospital de Quillabamba.

Análisis: En el año 2015 se tamizó 341 niños para diagnóstico de anemia, en los controles de niños con 11 controles menor un año, con 6 controles de un año y 4 controles de 2 años, se obtuvo el 85.04 % que retornaron al control, con resultado de laboratorio. El año 2016 se tamizó a 450 niños de los cuales retornan 75.56 con resultados de laboratorio, se observa en los años tamizados el año 2016 bajo el porcentaje de niños con resultado de laboratorio, que indica que debe haber mayor seguimiento de los beneficiarios con micronutrientes y mejorar el trabajo con niño sano para prevenir la anemia en menores de 36 meses.

**Cuadro N° 4.2**

**CASOS DE ANEMIA EN NIÑOS < 36 MESES CON CRED**

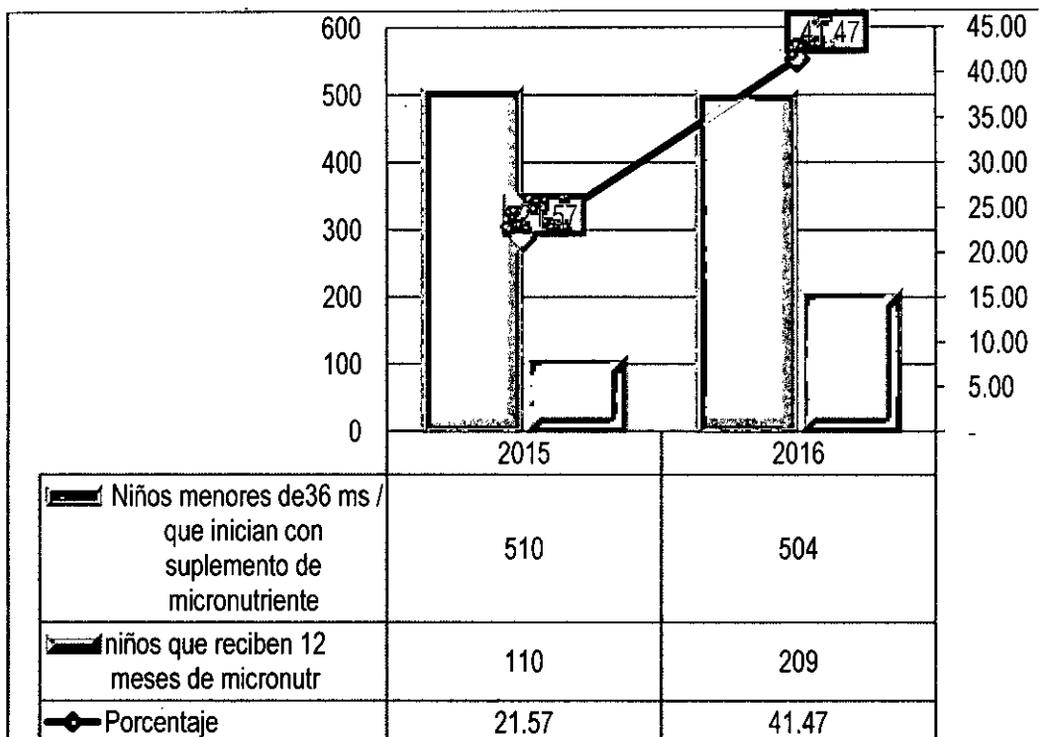


Fuente: Oficina de Estadística e Informática del Hospital de Quillabamba.

Análisis: En el año 2015 se realizó 935 controles en general a los niños menores de 36 meses en las edades que la norma de CRED., indica la orden de laboratorio donde se encontró el 33.90 por ciento de anemia, el año 2016 se realizó 878 controles y se encontró 59.79 de casos de anemia, incrementándose en un 25.89 % los casos de anemia en el año 2016 en comparación del año 2015, lo que hace reflexionar al personal profesional que labora en la ESNAN que debe realizarse mas seguimientos a los beneficiarios de micronutrientes para la prevención y recuperación de la anemia, tomando en cuenta el deterioro de anemia en niños menores de 36 meses.

**Cuadro N° 4.3**

**NIÑOS < DE 36 MESES QUE RECIBEN EL MICRONUTRIENTE POR 12 MESES.**

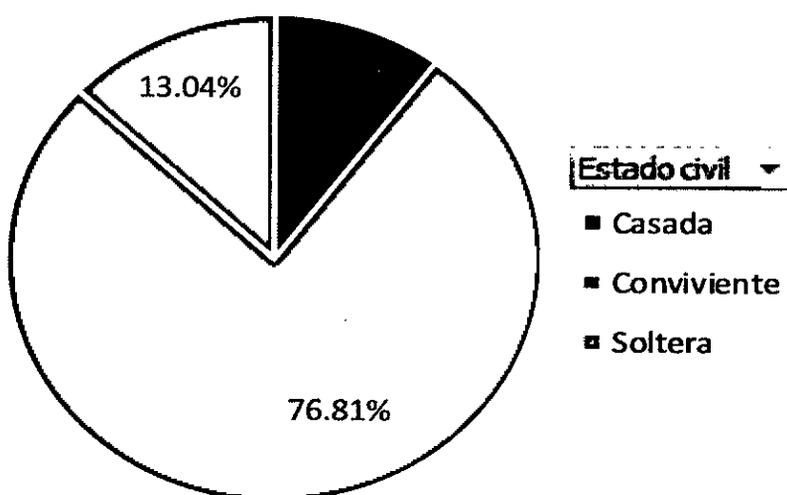


Fuente: Oficina de Estadística e Informática del Hospital de Quillabamba.

Análisis: En el año 2015, los niños menores de 36 meses inician con el suplemento de micronutrientes(chispita), desde los 6 meses hasta los 17 meses, dónde se da alta a los 18 meses previo resultado de dosaje de hemoglobina, de los 510 niños que iniciaron solo concluyen con los 12 meses el 21.57 %, en el año 2016 de 504 niños que reciben su micronutrientes concluyen el 41.47 % lo que se observa un incremento 19.9 %, que hay un compromiso de los profesionales que laboran para mejorar en el seguimiento a través de vía telefónica que se promueve la asistencia de los beneficiarios de los micronutrientes.

Gráfico N° 4.1

**ESTADO CIVIL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CRED  
DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA, CON NIÑOS MENORES A 5  
AÑOS AÑO 2017**



Fuente: Encuesta aplicada en servicio de CRED a las madres de niños Menores de 36 meses.

El estado civil de las mujeres indica mucho acerca de la disponibilidad de tiempo y cantidad de apoyo que tienen para el cuidado de los niños, y esto afecta directamente a la calidad de nutrición que los mismos tienen. En la ciudad de Quillabamba, el 86.95% son mujeres que cuentan con apoyo de parte de sus parejas, a pesar de que un 76.81% no sean parejas formalizadas,

El desarrollo integral de la infancia es fundamental para el desarrollo humano y la construcción de capital social. El crecimiento se expresa en el incremento del peso y la talla, el desarrollo es definido como cambio en las estructuras físicas y neurológicas, cognitivas y de comportamiento, que emerge de manera ordenada y son relativamente duraderas. Recientes investigaciones demuestran la importancia del

desarrollo en la primera infancia con respecto a la formación de la inteligencia, personalidad, y el comportamiento social. En ese sentido, si los niños y niñas de corta edad no reciben en esos años formativos la atención y el cuidado que necesitan, las consecuencias son acumulativas y prolongadas. Por lo tanto, brindar al niño oportunidades para que tenga un crecimiento y desarrollo adecuado es una de las prioridades de la familia, los gobiernos, organizaciones y comunidad en general.

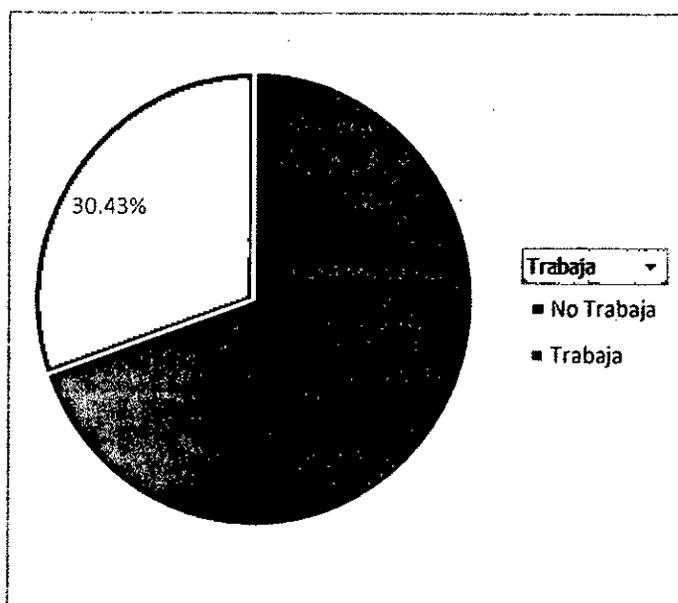
De acuerdo con los resultados de la encuesta ENDES 2010, se sabe que el 17.9% de los menores de cinco años presenta desnutrición crónica y el 50.3% de las niñas y niños de 6 a 36 meses presentó anemia nutricional. Estos datos son suficientes para asumir que esta proporción de niños tendrán deficiencia en el desarrollo, puesto que el retardo en el crecimiento físico y la presencia de anemia son dos marcadores importantes de ambientes desfavorables para el crecimiento y desarrollo.

En Quillabamba, según ENDES, la tasa de desnutrición fue de 36.9% en el año 2007, para el 2014 la tasa decreció al 18.8%, y se planea llegar al 1.5% para el 2018, esta meta está dentro de la estrategia nacional de articulado nutricional.

Niños menores de 36 meses que inician su suplementación Preventiva con micronutriente.

**Gráfico N° 4.2**

**ESTADO LABORAL DE MUJERES ATENDIDAS EN EL ÁREA DE CRED DEL HOSPITAL DE QUILLABAMBA AÑO 2017.**



Fuente Encuesta aplicada a las madres que acudieron a su control de sus niños al Hospital de Quillabamba,

La importancia del presente estudio radica en entender la problemática local, para poder facilitar el alcance de esta meta, además de generar alternativas de solución a problemas que se identificaran a lo largo de este informe en los principales indicadores de salud del niño de 06 meses a 36 meses, así mismo cabe resaltar de lo expuesto anteriormente, la conducta acumulativa y progresiva de la malnutrición, que va en demerito del correcto desarrollo físico, psicológico y emocional del menor.

En la ciudad de Quillabamba, se tiene un Hospital con categoría de II –I que cuenta con el servicio de niño sano a través de ello se da la oportunidad de inducir a las madres que acuden sobre la importancia de los micronutrientes en la alimentación de los niños de 6 meses a 36

meses para prevenir la anemia y la desnutrición, sin embargo existen el desconocimiento de los valores o bondades en la vida de los niños, con la administración de los micronutrientes más conocido como “Chispita” no se está logrando mejorar los casos de anemia en los niños y niñas de 6 meses a 36 meses.

Años anteriores a lo mencionado se toma mucho interés en la prevención de la desnutrición global, donde se daba los alimentos donados que consistía en una canasta familiar, al igual a madres gestantes con bajo peso para la edad gestacional, hoy en día la prioridad de la prevención es desnutrición crónica y la disminución de la anemia.

- ✓ Durante los controles de crecimiento y desarrollo desde el recién nacido hasta que cumple los 6 meses se prepara a la madre la importancia de la alimentación complementaria, en esta edad se realiza el dosaje de hemoglobina.
- ✓ Pero en la etapa de los 6 meses se tiene los casos de anemia entre leve y moderada y se inicia la administración del micronutriente sin o con laboratorio.
- ✓ Desde el año de 2013, hasta la fecha la administración de sulfato ferroso y micronutrientes “chispita”, para prevenir la anemia.
- ✓ En el 2013 y 2014 la administración es 6 meses consecutivos con un descanso de seis meses.
- ✓ Desde el año 2015 a partir del mes de Julio se establece la administración de micronutriente por 12 meses consecutivos o 360 sabrosito, y se considera como niño suplementado.
- ✓ A pesar de todas estas mejoras se continúa con los casos de anemia leve y moderada.

Las dificultades en el consultorio de crecimiento y desarrollo son:

- ✓ A las citas programadas las madres o cuidadores del niño no acuden.
- ✓ El exceso de usuarios que se tiene genera deficiencia en la calidad de atención, por lo cual no se le puede dar el acompañamiento adecuado

Todo ello genera que la madre no reciba una buena consejería, las madres no les da todo el día los sobrecitos de micronutriente indicando que es de sabor desagradables y que el niño rechaza y no lo consume la ración completa y diario y se observa por la historia clínica los espacios o ausencia de consumo, de esta forma genera una falta de aprovechamiento de los benéficos del micronutriente, que influye en la recuperación de la anemia.

## V. CONCLUSIONES

- a) Existe déficit de Enfermeras que trabajan en la estrategia para mejorar los resultados, las madres y cuidadoras demandan mayor tiempo de consejería.
- b) La difusión acerca de la información en favor de los multi-micronutrientes, tiene que ser pluricultural y contextualizada a cada ámbito de influencia de los centros de salud donde se distribuyen los multi-micronutrientes.
- c) La producción netamente extranjera de los multi-micronutrientes, generar sobre costos importantes para el sistema de salud y roturas de stock que afectan la continuidad de la dosis para poder combatir, con efectividad, la anemia en los niños menores de 36 meses y mayores de 6 meses.
- d) Las estrategias para la masiva distribución de los multi-micronutrientes deben no solo incidir en aspectos de promoción y distribución de estos; sino también en un cambio en el sistema de gestión de los hospitales buscando afianzar los temas de poli culturalidad, que se tienen que tener en consideración para lograr mayor efectividad en la distribución de los multi-micronutrientes.
- e) Un problema recurrente es la desconfianza generada por parte de los padres acerca de introducir nuevos alimentos en la dieta tradicional de los niños, a esto se le suma el rechazo que los niños tienen sobre los, multi-micronutrientes, debido a su sabor insípido y muchas veces ferroso, para esto se tiene que buscar el apoyo de las instituciones locales y figuras resaltantes a la comunidad.

## VI. RECOMENDACIONES

- a) Se pueden aprovechar además de los métodos de difusión tradicionales, el bagaje y conocimiento del ámbito local que tiene el personal de salud existente en las zonas de distribución, pero para conseguir un aprovechamiento adecuado, se debe mejorar las capacitaciones del personal, las mismas no deberían ser orientadas no sólo a materias de salud sino sobre todo en el manejo adecuado de procesos, y de gestión de rutina diaria. Además, es importante de capacitar a los profesionales en metodologías de capacitación para enseñar a personas sin instrucción alguna, ya que el grueso de la población de Quillabamba se ubica en este contexto.
  
- b) Los multi-micronutrientes son un potente ayudante para la nutrición de todo niño menor de 36 meses que acude al consultorio de niño sano del Hospital de Quillabamba, a pesar de sus beneficios su sabor, el descuido y falta de capacitación de los padres, hacen que los niños no puedan beneficiarse de los micronutrientes, ante esta realidad no sólo se hace importante aprovechar la experiencia profesional sino trabajar con los mecanismos de alcance público, sean municipios, ONGS, o empresas privadas, a través de las campañas de sensibilización, ya que de acuerdo a los resultados de diversos estudios incluidos en este trabajo, las principales causas de la interrupción de la suplementación con multi-micronutrientes, es el entorno inmediato, es decir familiares y personas cercanas.
  
- c) Se proponen realizar eventos con participación de la población, entidades públicas y entidades educativas, donde se resalten no

sólo las bondades de los multi-micronutrientes, sino sobre todo las consecuencias nefastas e irreversibles de la anemia y la desnutrición crónica.

- d) Una de las razones más importantes que para la desnutrición, que no se encuentra en los libros, sino que es evidente a la luz de la experiencia, es que los de la comunidad, no saben o saben casi nada, de las propiedades nutritivas de cada alimento, además de conocer los beneficios de todos los recursos que hay en sus respectivas zonas, es por ello por lo que a pesar de tener sachá inchi, pescados de río en abundancia, ricos en omega, y aminoácidos esenciales, hay mucha anemia en Quillabamba. Se recomienda que el Minsa con ayuda del municipio iniciar programas de reconocimiento de los principales nutrientes de los alimentos locales, buscando clasificarlos y generar “combos” contra la desnutrición aguda. Todo esto se puede compilar en materiales didácticos y fácilmente distribuibles desde los centros de salud en las áreas preventivas promocionales.
- e) La lejanía de los centros poblados muchas veces impide que los mismos pobladores puedan acudir a las citas, debido a que en la mayoría de los casos no les alcanza ni para el pasaje, por lo que se recomienda contar con espacios en consejería nutricional móvil, aprovechando la movilidad de los municipios, esta consejería nutricional debe tener el propósito de un programa de recuperación, y sensibilización a las madres o cuidadores de los niños menores de 36 meses.
- f) Un problema recurrente para asegurar la eficacia de las consultas y el seguimiento de la mejora de la alimentación de los niños, son los formatos de control o fuas, ya que son muy engorrosas, no

aportando ninguna información útil para el control, ni tampoco para el seguimiento de cada paciente, para esto se sugiere contratar a un ing. de sistemas y procesos que no solo realice los flujogramas del proceso de atención sino desarrollo aplicaciones para poder realizar un seguimiento adecuado y con llenado fácil para garantizar la información.

## VII. REFERENCIALES

- Santiago Muzzo B.(agosto-2002). EVOLUCION DE LOS PROBLEMAS NUTRICIONALES EN EL MUNDO. EL CASO DE CHILE. Revista chilena de nutrición, Rev. chil. nutr. v.29 n.2, Pag. 80-83.
- Revista peruana de medicina experimental y salud pública. (abr. 2013). evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, vol.30, pág. 229 - pág. 234.
- Milagros Hinojosa Felipe. (2015). "barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en madres de niños menores de 36 meses, cercado de lima". lima-Perú: universidad nacional mayor de san marcos facultad de medicina e.a.p. de nutrición
- Neisi Becerril-Grandez<sup>1\*</sup> y Julio Mendigure-Fernández. (6-6-2013). Eficacia del sulfato ferroso y multimicronutrientes en el incremento de hemoglobina en los niños de 6 a 36 meses de edad, en los distritos de San Juan de Rontoy y Llamellín, provincia Antonio Raimondi, Ancash. Revista Científica de Ciencias de la Salud, Vol. 6, N°1, ISSN 2306-0603, Pág. 52 - Pág. 58.
- Yi-Bin Chen, MD, Leukemia/Bone Marrow Transplant Program, Massachusetts General Hospital. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M. Health Solutions, Ebix, Inc..(2012). Anemia ferropénica en niños. 2016, de University of Maryland

Medical Center Sitio web:  
<http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/anemia-ferropenica-en-ninos>

- OMS. (2014). Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales (eLENA). 2016, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/elena/nutrient/es/>
- Significados. (2012). Significado de Antropometría. 2016, de Significados Sitio web: <http://www.significados.com/antropometria/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). Alimentación y nutrición del niño pequeño. MEMORIA DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA, 1, 75. 2016, De OPS Base de datos.

(1) Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Alimentación y nutrición del niño pequeño. MEMORIA DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA, (2008), 1, 72. 2016, De OPS Base de datos, Pág. 61-63.

(2) Organización Panamericana de la Salud. Alimentación y nutrición del niño pequeño. MEMORIA DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA, (2008), 1, 72. 2016, De OPS Base de datos, Pág. 63-66.

(3) Organización Panamericana de la Salud. Alimentación y nutrición del niño pequeño. MEMORIA DE LA REUNIÓN SUBREGIONAL DE LOS PAÍSES DE SUDAMÉRICA, (2008), 1, 75. 2016, De OPS Base de datos, Pág. 66-67.

- (4) N. Dalmiya, I. Darnton-Hill, W. Schultink, and R. Shrimpton Multiple Micronutrient Supplementation During Pregnancy in Developing Country Settings, Food and Nutrition Bulletin, 2009, Volumen 30, Número 4 - <http://www.ingentaconnect.com/content/nsinf/fnb/2009/00000030/a00404s4/art00010>
- (5) Yi-Bin Chen, MD, Leukemia/Bone Marrow Transplant Program, Massachusetts General Hospital. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M. Health Solutions, Ebix, Inc.(2012). Anemia ferropénica en niños. 2016, de University of Maryland Medical Center Sitio web: <http://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/anemia-ferropenica-en-ninos>
- (6) OMS. (2014). Biblioteca electrónica de documentación científica sobre medidas nutricionales, 2016, de OMS Sitio web: <http://www.who.int/elena/nutrient/es/>
- (7) Sitio web Significados, Significado de Antropometría, 2017, de Significados Sitio web: <http://www.significados.com/antropometria/>

# **ANEXOS**

Encuesta realizada de Oct-2017 a Nov-2017

Nombre: \_\_\_\_\_ DNI \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

La siguiente encuesta, busca entender los factores sociodemográficos y la actitud frente a la lactancia materna exclusiva de los niños menores de 6 meses, en el hospital del ministerio de salud en la ciudad de Quillabamba-en la provincia de la convención.

**INSTRUCCIONES DATOS GENERALES**

1. Edad: años
2. Número de hijos:
3. Edad de su último hijo(a):
4. Tipo de alimentación de su último hijo(a):

**DATOS ESPECÍFICOS**

Marca con un aspa (X) la opción que considere correcta, elegir sólo una alternativa, no dejar las preguntas en blanco. Gracias.

**I FACTORES SOCIALES**

1. Cuál es su estado civil:
  - a. Soltera ( )
  - b. Casada ( )
  - c. Conviviente ( )
  - d. Viuda ( )
  - e. Divorciado ( )
2. Nivel educativo:
  - a. Primaria ( )
  - b. Secundaria ( )
  - c. Superior ( )
3. Procedencia:
  - a. Costa ( )
  - b. Sierra ( )
  - c. Selva ( )
4. ¿Actualmente se encuentra trabajando?  
a. SI b. NO
5. Si su respuesta es SI mencione el lugar de su trabajo:
6. Con quienes vive actualmente
  - a. Con su pareja y su niño ( )
  - b. Con su pareja, sus familiares y su niño ( )
  - c. Con sus familiares y su niño ( )
  - d. Sola con su niño ( )