UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

"INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS, QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE ALOBAMBA"

Requisito previo para optar por el Título de Licenciada en Enfermería

Autora: Niza Bungacho, María Marcela

Tutora: Lcda. Mg. Landázuri Troya, Teresa de Jesús

Ambato, Ecuador

Octubre, 2014

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **"INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS, QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE ALOBAMBA"** de María Marcela Niza Bungacho, estudiante de la Carrera de Enfermería, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Agosto del 2014

LA TUTORA

……..

Lcda. Mg. Teresa De Jesús Landázuri Troya

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación: **"INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS, QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE ALOBAMBA"** como también los contenidos, las ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Agosto del 2014

LA AUTORA

…….

María Marcela Niza Bungacho

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de ésta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi tesis, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de ésta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando ésta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Agosto del 2014

LA AUTORA

…….

María Marcela Niza Bungacho

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **"INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS, QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE ALOBAMBA",** de María Marcela Niza Bungacho, estudiante de la Carrera de Enfermería.

Ambato, Octubre del 2014

Para constancia firman

…….	…….	…….
PRESIDENTE/A	1erVOCAL	2do VOCAL

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación le dedico a Dios por expresar su amor en todos los momentos de mi vida, por brindarme salud, sabiduría y fuerzas para seguir adelante y no desmayar ante los problemas.

A mis padres por su apoyo incondicional, comprensión, quienes supieron guiarme e impulsarme para lograr los objetivos trazados.

A mis hermanos, familia y amigos, por ser el sostén de mi vida, por brindarme su ayuda y hacerme sentir que nunca estoy sola.

Con mucho amor y gratitud dedico el presente trabajo a la persona que con su carisma y compañía ha logrado que cada día sea diferente.

Marcela Niza

AGRADECIMIENTO

Mi sincero agradecimiento a todas las personas e instituciones quienes me impulsaron para la elaboración de este proyecto de investigación y culminarlo con éxito.

A la Universidad Técnica de Ambato por ser el templo del saber que me permitió ser parte de la misma y adquirir conocimientos y experiencias nuevas.

Al subcentro de salud de la parroquia Alobamba, por su apertura y apoyo en la elaboración de este trabajo.

A mi Tutora Teresa Landázuri, por su esfuerzo y dedicación quien con su conocimiento, experiencia y paciencia ha logrado que pueda desarrollar con éxito el presente trabajo.

Marcela Niza

ÍNDICE GENERAL

APROBACIÓN DEL TUTOR II
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO III
DERECHOS DE AUTOR IV
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR V
DEDICATORIA VI
AGRADECIMIENTO VI
ÍNDICE GENERAL VII
ÍNDICE DE TABLAS X
ÍNDICE DE GRÁFICOS XII
RESUMEN XIV
SUMMARY XVI
INTRODUCCIÓN 1
CAPÍTULO I 3
1. PROBLEMA 3
1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN 3
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 3
1.2.1. Contextualización. 3
1.2.2 Análisis Crítico 8
1.2.3. Prognosis 9
1.2.4. Formulación del Problema. 10
1.2.5. Preguntas directrices 10
1.2.6. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE INVESTIGACIÓN 10
1.3. JUSTIFICACIÓN 11
1.4. OBJETIVOS 12
1.4.1. General 12
1.4.2. Específicos. 12
CAPÍTULO II 13
2. MARCO TEÓRICO 13
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS 13
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA. 14

2.3. FUNDAMENTACIÓN LEGAL 15
2.4. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES 21
2.5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA 22
VARIABLE INDEPENDIENTE 22
VARIABLE DEPENDIENTE 37
Actividades se realizan durante la consulta 42
Frecuencia 42
2.6. HIPÓTESIS. 54
2.7. SEÑALAMIENTO DE VARIABLES 55
CAPÍTULO III 56
3. METODOLOGÍA 56
3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN 56
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN 56
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN 57
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA 57
3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES 58
3.6. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN 61
3.7. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN 61
CAPÍTULO IV 63
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS 63
4.1. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS (ENCUESTAS, ENTREVISTAS) 63
4.2. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS 83
..... 88
CAPÍTULO V 89
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 89
5.1. CONCLUSIONES 89
5.2. RECOMENDACIONES 90
CAPÍTULO VI 91
PROPUESTA 91
6.1. DATOS INFORMATIVOS 91
ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA 92

6.2. JUSTIFICACIÓN 92
6.3. OBJETIVOS. 93
General 93
Específicos 93
6.4 ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD 94
Factibilidad Técnica – tecnológica 94
Factibilidad Económica 94
Factibilidad Operativa 94
6.5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA 95
6.6. METODOLOGÍA. MODELO OPERATIVO 97
CARACTERÍSTICAS DE LAS/OS NIÑAS/OS DE 0-3 AÑOS. 112
 Recursos 127
6.7. ADMINISTRACIÓN DE LA PROPUESTA 131
TABLA N° 5: ADMINISTRACIÓN 131
6.8. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN 132
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 133
BIBLIOGRAFÍA 133
ANEXOS 138
ANEXO 1: GUÍA DE ENCUESTA A LAS MADRES 138
ANEXO 2: TRÍPTICO 140
ANEXO 3: FOTOGRAFÍAS 142

ÍNDICE DE TABLAS

CAPÍTULO I

Tabla N° 1: Causa – efecto 8

CAPÍTULO II

Tabla N° 1: Clasificación de los Nutrientes 25
Tabla N° 2: Chis Paz 26

CAPÍTULO III

Tabla N° 1: Variable independiente Intervención del personal profesional de enfermería en el programa integrado micronutrientes 59
Tabla N°2: Variable dependiente: Crecimiento de niños de 6 meses a 3 años 60

CAPÍTULO IV

Tabla N° 1 64
Tabla N° 2 66
Tabla N° 3 68
Tabla N° 4 70
Tabla N° 5 72
Tabla N° 6 74
Tabla N° 7 76
Tabla N° 8 78
Tabla N° 9 80
Tabla N° 10 82
Tabla N° 11: Tabla de Distribución del Chi-cuadrado 85
Tabla N° 12: Frecuencias observadas 87
Tabla N° 13: Frecuencias esperadas 87
Tabla N° 14: Calculo de chi cuadrado 88

CAPÍTULO VI

Tabla N° 1: Modelo Operativo 99
Tabla N° 2: FODA 102
Tabla N° 3: Recursos y presupuestos 117
Tabla N° 4: Plan operativo 119
Tabla N° 5: Administración 121
Tabla N° 6: Evaluación 122

ÍNDICE DE GRÁFICOS

CAPÍTULO I

Gráfico N° 1: Árbol de problemas 7

Gráfico N° 2: Categorías fundamentales 22

CAPÍTULO IV

Gráfico N° 1 64
Gráfico N° 2 66
Gráfico N° 3 68
Gráfico N° 4 70
Gráfico N° 5 72
Gráfico N° 6 74
Gráfico N° 7 76
Gráfico N° 8 78
Gráfico N° 9 80
Gráfico N° 10 82

CAPÍTULO VI

Gráfico N° 1: Modelo Operativo gráfico de la propuesta 101
Gráfico N° 2: Involucrados 103
Gráfico N° 3: Ejemplo 113

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA.

“INTERVENCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN EL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES Y SU RELACIÓN CON EL CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS, QUE

ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA DE ALOBAMBA"

Autor: Niza Bungacho, María Marcela

Tutor: Lcda. Mg. Landázuri Troya Teresa de Jesús

Fecha: Agosto 2014

RESUMEN

El presente estudio desarrollo un análisis de la intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes y su relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años, que acuden al Subcentro de Salud de La parroquia de Alobamba. En América Latina y El Caribe el problema nutricional de niños y niñas han presentado un alto déficit de muchos micronutrientes, el más frecuente es la anemia por carencia de hierro, provocando infecciones, disminución de la capacidad de trabajo y concentración, al subcentro de salud de la Parroquia Alobamba acuden 40 madres con sus niños entre las edades de 6 meses hasta los 3 años de edad, estos presentan una baja talla para la edad, las causales son la falta de información que tiene las madres sobre la nutrición que requiere sus hijos en esta etapa de la vida , el programa integrado de micronutrientes se caracteriza por la entrega de sobres de chis paz que aportan al crecimiento integral, pero las madres desconocen los beneficios que poseen, por ello incumplen con la administración según las recomendaciones de Ministerio de Salud, es una investigación predominante cuali-cuantitativa, de campo, bibliográfica, descriptiva, correlacional, se encuesto a las 40 madres con los siguientes resultados concluyentes: Las madres no cuentan con la información sobre el programa de micronutrientes y la frecuencia para acudir al control del niño sano, en la actualidad el personal de enfermería no proporciona charlas, ha sido capacitado de manera superficial porque no cuentan con los conocimientos adecuados para educar a las madres brindando actividades de consejería, se plantea como propuesta un Plan de gestión en salud para la mejora de la intervención de enfermería en el programa integrado micronutrientes asociados al

crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba, con estrategias de educación para salud, talleres, charlas y varios recursos informativos útiles para el personal de enfermería y las madres.

PALABRAS CLAVE: ANEMIA, CRECIMIENTO, CONSEJERÍA, GESTIÓN, MICRONUTRIENTES, PROGRAMA, TALLA.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING CAREER.

"NURSING INTERVENTION IN INTEGRATED MICRO AND ITS RELATIONSHIP WITH GROWTH OF CHILDREN 6 MONTHS TO 3 YEARS, WHO GO TO HEALTH SUBCENTER PARISH ALOBAMBA"

Author: Niza Bungacho, María Marcela

Tutor: Lcda. Mg. Landázuri Troya, Teresade Jesús

Date: August 2014

SUMMARY

This study analyzes the development of nursing intervention in integrated micronutrient and its relation to the growth of children 6 months to 3 years, attending the Health Sub-Centre Parish Alobamba program in Latin America and the Caribbean nutritional problem of children presented a high deficit of many micronutrients, the most common is iron deficiency anemia, leading to infections, decreased capacity for work and concentration, health sub-center of the parish come Alobamba 40 mothers with children between the ages of 6 months to 3 years old, they have a low height for age, the causes are the lack of information that mothers, integrated micronutrient program is characterized by the delivery of envelopes chis peace that contribute to the overall growth, but mothers are unaware of the benefits they have, why not comply with the administration as recommended by Ministry of Health, is a, bibliographic, descriptive, correlational a qualitative and quantitative predominant research field, surveyed the 40 mothers with the following conclusive results: mothers do not have information on the micronutrient program and how often to go to well-baby, now nurses not provide talks, has been trained so surface because they lack the knowledge to educate mothers providing counseling activities, is presented as proposed Plan health management to improve nursing intervention on the integrated growth micronutrient associated with children 6-3 program years of age attending the health Subcentro parish Alobamba, Tungurahua Province, with health education strategies, workshops, lectures and more useful for nurses and mothers information resources.

KEYWORDS: ANEMIA, GROWTH, COUNSELING, MANAGEMENT, MICRO, PROGRAM, SIZE.

INTRODUCCIÓN

En los primeros años de vida el crecimiento de una persona alcanza la velocidad máxima; por lo tanto, es una etapa crucial que demanda una buena alimentación. Cuando el cuerpo no recibe la energía que demanda el crecimiento, se utilizan las reservas de grasa y proteína para mantener al organismo en condiciones estables; esto es lo que conlleva a una detención del proceso de crecimiento normal en esta edad. En estos casos las consecuencias son complicadas, y se desencadena un desorden en cuanto al desarrollo físico e intelectual. Los niños desnutridos tienen no solamente una limitada capacidad de crecimiento, sino también de aprendizaje; lo que afecta la retención de nuevos conocimientos. Además, son niños mucho más propensos a desarrollar y/o contraer infecciones y enfermedades.

Se ha estimado que un 20% de la población mundial sufre de malnutrición; ya sea desnutrición o sobrepeso y obesidad. Por la gran demanda energética que se requiere en estados de crecimiento, los niños se encuentran en mayor riesgo de padecer desnutrición; en especial los niños que viven en sociedades de escasos recursos económicos. La desnutrición crónica, la cual se ve reflejada en un déficit de la talla para la edad, en los niños es un grave problema que afecta a una gran parte de la población del mundo. Según el último reporte de la Organización Mundial de la Salud, 1/3 de los niños menores de 5 años en países en vías de desarrollo tienen talla baja para la edad. En el Ecuador, los últimos datos indican que 23 % de los niños ecuatorianos menores de 5 años se encuentran en esta condición. Una detención en el desarrollo de la talla, es una señal de que el niño ha recibido un aporte nutricional inadecuado durante su crecimiento, la alimentación aportada no cubrió sus necesidades por lo que el cuerpo deja de desarrollarse en forma apropiada.

La presente investigación está dirigida a madres de niños 6 meses a 3 años con el propósito de evaluar la intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes y la relación con el crecimiento de los niños, ya que es un problema de salud pública preocupante, el mismo que provoca un gran impacto en la comunidad debido a que algunas madres desconocen la importancia y los beneficios del programa integrado micronutrientes.

Una vez culminado el trabajo investigativo se da a conocer la propuesta en base a soluciones con el fin de mejorar los conocimientos y concienciar a las madres sobre las necesidades nutricionales de sus hijos, los benéficos del programa integrado micronutrientes, formas de preparar, para poco a poco recuperar la talla que se ha perdido debido a la alimentación que reciben.

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA

1.1. Tema de investigación

Intervención del Personal de Enfermería en el Programa Integrado Micronutrientes y su relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años, que acuden al Subcentro de salud de la Parroquia de Alobamba.

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización.

Macro

En los últimos años el problema nutricional de niños y niñas de los países de América Latina y El Caribe no solo se limita a un déficit de peso y talla, sino también al déficit de muchos micronutrientes, que también tienen un impacto negativo en el crecimiento, la inmunidad y el desarrollo intelectual, además de aumentar la tasa de mortalidad. El problema más frecuente en la región es la anemia por carencia de hierro, que afecta a uno de cada tres niños o niñas menores de cinco años y que supera el 50% en varios países de la región. Sin embargo en este momento las intervenciones destinadas a prevenir las deficientes de micronutrientes a nivel mundial (Ecuador, 2011)

En los países en vía de desarrollo, 27% de niños menores de cinco años se clasifica como bajo peso al nacer y se estima que el 53% de todas las muertes de este grupo poblacional se debe a una desnutrición existe, La desnutrición en la

infancia es una limitación para que un individuo y sociedades desarrollen todo su potencial laboral y mental, de igual forma, niños y niñas con desnutrición presentan menor resistencia a infecciones y una mayor tasa de mortalidad por enfermedades, como diarrea e infecciones de vías respiratorias, por otro lado, aquellos infantes que sobreviven entran dentro de un círculo vicioso de enfermedades recurrentes, que alteran su crecimiento, a menudo con daños irreversibles tanto en su desarrollo.

Los objetivos de desarrollo del milenio son un conjunto de 8 objetivos creados por la organización de las naciones unidas para reducir la pobreza mundial a la mitad para el año 15, cifra que mejorara la situación nutricional de la niñez

Meso

En el Ecuador, algunos estudios sobre la deficiencia de micronutrientes reportan resultados similares a otros países en desarrollo. El estudio con representación nacional lo constituye la encuesta de nutrición DANS de 1986 en niños y niñas menores de cinco años, que demostró que el 69% de los niños y niñas, entre seis a doce meses, padecía de anemia, así como el 46% de los niños y niñas de seis a veinte y cuatro meses. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

El Instituto de Investigación para el Desarrollo de la Salud (IIDES) realizó en 1993, un estudio en poblaciones de alto riesgo y encontró anemia en el 62% de los niños y niñas de doce a veinte y tres meses. En el año 2004, se realizó una evaluación del impacto del Bono de Desarrollo Humano, que reportó anemia en el 61% de los niños y niñas menores de seis años de edad, dentro de los cuales el 60% pertenece a los menores de un año.

Por otra parte los micronutrientes desempeñan un papel muy importante en el organismo de los menores de 5 años ya que en esta edad es base fundamental del crecimiento y desarrollo.

Es decir que la deficiencia de micronutrientes provoca los principales problemas de salud pública esto predispone a una mayor susceptibilidad a infecciones, disminución de la capacidad de trabajo.

Frente a esta situación el gobierno junto con el Ministerio de Salud Pública ha ido implementado programas nutricionales que al finalizar no se ha realizado una valoración para conocer el beneficio que tienen a nivel de la población.

Micro

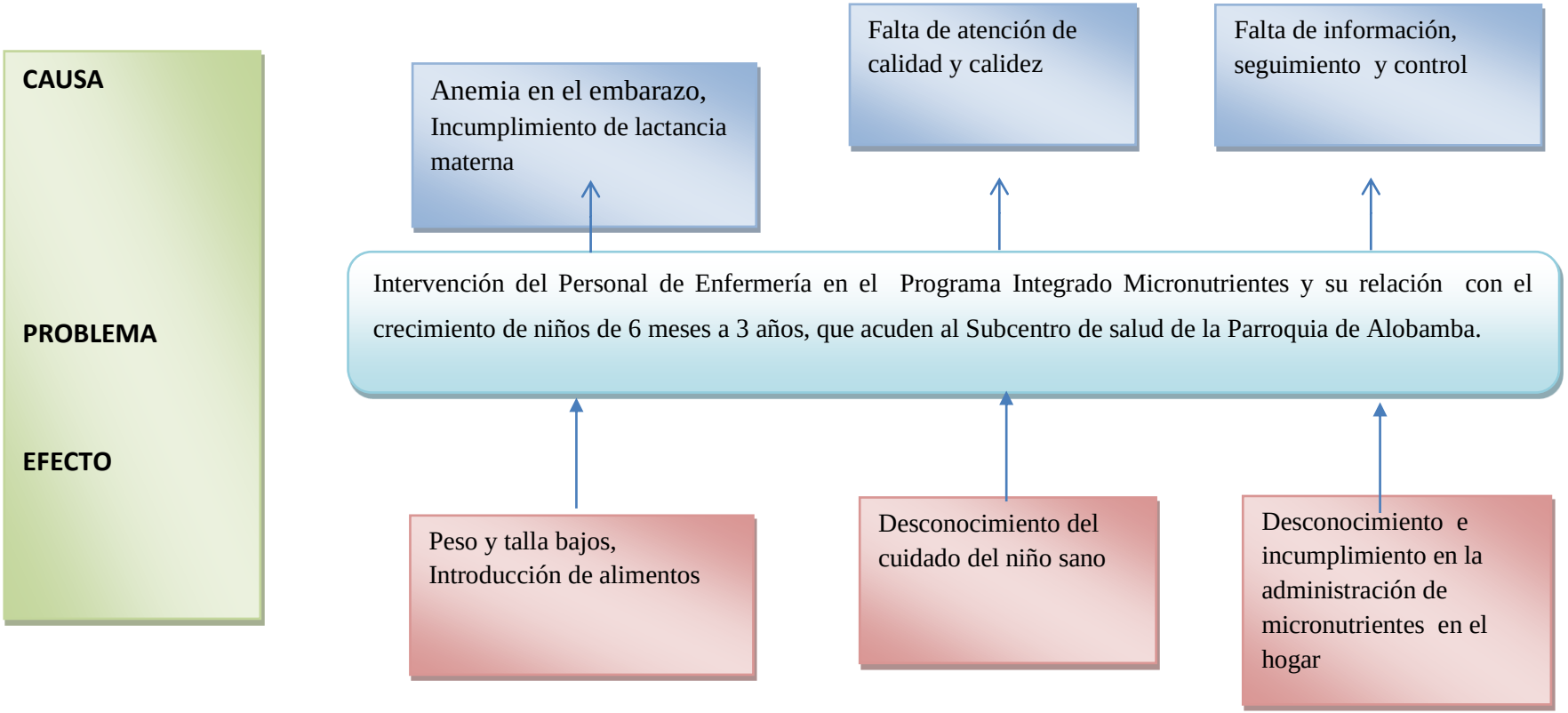
Durante el período 1997-2000 se ha implementado el programa de micronutrientes en las diferentes provincias del Ecuador, entre estas la provincia de Tungurahua en cuatro campañas nacionales de suplementación con vitamina.

El objetivo para implementar el programa es erradicar la deficiencia de micronutrientes causada por : a) una inadecuada ingesta alimentaria, b) una baja biodisponibilidad por la forma de preparación de los alimentos, debido a la presencia de inhibidores o por interacciones con otros micronutrientes, y/o c) la presencia de infecciones asociadas. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

En el subcentro de salud de la Parroquia Alobamba existen 40 niños entre las edades de 6 meses hasta los 3 años de edad, que acuden al control del niño sano. Mediante la observación y la toma de medidas antropométricas se ha podido evidenciar que los niños tienes una baja talla para la edad, Por otra parte los niños se muestran hipoactivo.

El programa integrado de micronutrientes se caracteriza por la entrega de sobres de chis paz a las madres para ser administrados diariamente a los niños. El personal de enfermería es el responsable de la educación y la entrega a las madres. En la actualidad no existe un registro de seguimiento para comprobar si

las madres están administrando el sobre de chis paz a sus hijos y si lo están realizando de manera adecuada, por otra parte no se conocen los resultados de eficacia en la población de Alobamba.



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 1: Árbol de problemas

1.2.2 Análisis Crítico

Tabla N° 1: Causa – efecto

SÍNTOMAS	CAUSAS	EFECTOS
• Talla baja • Peso bajo • Pálidos • Débiles • Susceptibles • Ceguera temprana	• No lactancia • Alimentación complementaria • Dietas bajas en hierro • Pobreza • Falta de información • Mayor requerimientos nutricionales • Mayor velocidad de crecimiento.	• Trastornos del aprendizaje. • Mortalidad infantil • Disminución de la capacidad motora • Aumento, duración y severidad de las enfermedades. • Perdida del potencial humano • Debilita la mano de obra. • Efectos neurológicos

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Se ha considerado importante realizar el análisis crítico del problema describiendo las características de sus síntomas, causas y efectos.

El problema nutricional de niños y niñas menores de 3 años es la talla baja para su edad este empieza desde la concepción ya que las madres presentan problemas nutricionales provocando un déficit de crecimiento y peso en los recién nacidos.

En cuanto a las prácticas de lactancia materna si bien las madres conocen los beneficios de la misma, a causa del trabajo o por introducción de fórmulas lácteas es frecuente la suspensión temprana de la misma induciendo al consumo deficiente de micronutrientes que pueden generar daños irreversibles, ya que en

esta edad es mayor los requerimientos nutricionales y mayor velocidad de crecimiento la falta de estos produce impactos negativos tales como alteración en el crecimiento, desarrollo e inmunidad de los niños aumentando su tasa de morbilidad.

Por otra parte la falta de información que reciben las madres por parte del equipo de salud en especial de enfermería perjudica, ya que las madres al desconocer los beneficios que posee los sobres de chis paz, incumplen en la administración de los micronutrientes necesarios para el niño.

También la falta de seguimiento y control del programa impide conocer el impacto que este tiene a nivel de la población infantil.

1.2.3. Prognosis

Se considera que si ha futuro no se resuelve este problema se presentaran dificultades que agravaran la salud de la población infantil puesto que las deficiencias de micronutrientes en los niños producen daños irreversibles ya que en esta edad son mayores los requerimientos nutricionales y es alto su índice de crecimiento.

Los efectos negativos son perdurables ya que provocan mayor morbilidad infantil conllevando a la resistencia y severidad de la enfermedad. Si el niño posee desnutrición, se produce un retardo no revertido en su capacidad de crecimiento de tal forma que su estatura adulta posterior es inferior. Además se producen trastornos del aprendizaje, disminución de la capacidad motora lo que a futuro llevara a debilitar la mano de obra y la economía de nuestro país.

1.2.4. Formulación del Problema.

¿Cuáles son las Intervenciones del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes y el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años que acuden al Subcentro de salud de la Parroquia de Alobamba.?

1.2.5. Preguntas directrices

1. ¿Cuáles son las intervenciones del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes?
2. ¿Cuáles son los principales micronutrientes necesarios para el crecimiento del niño de 6 meses a 3 años de edad?
3. ¿Cuáles son los estándares de crecimiento de niños de 6 meses a 3 años de edad?
4. ¿Cuáles son las estratégicas que el personal de enfermería debe realizar para mejorar el programa integrado micronutrientes asociados al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba?

1.2.6. Delimitación del objeto de investigación

De contenido

Campo: Salud Pública

Área: Enfermería

Aspecto: intervención profesional en el programa integrado micronutrientes relacionado con el crecimiento de niños de 6 a 3 años.

Espacial:

La investigación se realizará en el Subcentro de salud de la Parroquia de Alobamba.

Unidades de observación

Programa integrado micronutrientes y su influencia con el crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

1.3. Justificación

La presente investigación es de gran interés ya que en el ministerio de salud pública existen varios programas que pretenden erradicar la desnutrición, desde la concepción hasta la niñez, esto funcionan por medio de la entrega de suplementos vitamínicos que deben ser consumidos en el hogar. Y queremos conocer si son administrados de manera adecuada.

Por otra parte es de gran importancia ya que la desnutrición aqueja más a los niños menores de 3 años caracterizándose estos con peso y talla bajos para la edad. Además es original ya que no existe en la actualidad proyectos de seguimiento de los programas que aplica el ministerio de salud pública y qué impacto tienen estos en la población. Conjuntamente se busca contribuir como herramienta de prevención de anemia en menores de 3 años, ya que esta es la etapa de la vida que se debe reforzar el estado nutricional de los menores para evitar problemas a futuro y un buen desarrollo del niño hasta después de la intervención del programa.

La misión de esta investigación es incentivar y educar al profesional de enfermería y a madres sobre los micronutrientes, a si también es conocer la importancia de la administración de los sobres de chis paz diariamente y concienciar sobre el control del niño sano para poder evaluar el crecimiento de sus hijos en registros de la historia clínica y carné del niño sano.

La presente investigación es factible ya que en el subcentro de salud de Alobamba existe un club de madres que se reúnen una vez por mes en las cuales se podrá aplicar técnicas de enseñanza.

1.4. Objetivos

1.4.1. General

Establecer la intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes y su relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años que acuden al Subcentro de salud de la Parroquia de Alobamba.

1.4.2. Específicos.

- Determinar la intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes.
- Identificar los principales micronutrientes necesarios para el crecimiento del niño de 6 meses a 3 años de edad
- Proponer acciones estratégicas para mejorar el programa integrado micronutrientes asociados al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba, Provincia de Tungurahua.
- Diseñar un plan estratégico para la mejora de la intervención de enfermería en el programa integrado micronutrientes asociados al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba, Provincia de Tungurahua.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes Investigativos

Entre las investigaciones realizadas sobre las dos variables que motivan este estudio, se encontraron las siguientes:

Un trabajo de la autora Pamela Ruiz (2010) realiza la investigación con el tema: **"Evolución de la fase uno del programas de hierro chis paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia de Chimborazo"**, el estudio fue realizado 337 niños de 0 a 59 meses de edad su diseño fue experimental para evaluar la fase uno del programa de suplementación con hierro chis paz en los niveles de hemoglobina en niños que asistían a guarderías de la provincia de Chimborazo con el objetivo de estudiar los cambios que ocurren en el estado nutricional de hierro a partir del consumo del complemento , mediante la toma de muestra capilar de sangre de un dedo de la mano del niño.

Del total de evaluados en la primera toma el 90 presentaron valores de hemoglobina menores a 11mg-dl lo que es indicativo de anemia. En los niños de 0 a 24 meses de edad la frecuencia de anemia fue del 25%, en el grupo de 25 a 48% la presencia de anemia fue de 41% en los mayores de 48 meses.

En la segunda evaluación, con la intervención del programa solo el 25% de los niños presentaron niveles menores a 11 mg dl de hemoglobina, teniendo una efectividad de 2,5 mg dl al término de la fase. (Ruíz, 2010)

Un estudio denominado "**Evaluación del programa de nutrición en su componente de micronutrientes en niños de 4 meses a 3 años en las comunidades de Chazojuan, Camarón y el Recinto Monterrey de Sabanetillas pertenecientes al Cantón Echeandia Noviembre del 2009 hasta Marzo del 2010"**, elaborado por María Guzmán, Rosa Salazar, Aída Ruíz, presentado en el 2010, de la Universidad Estatal de Bolívar, llegó a las siguientes conclusiones:

En cuanto al grado de conocimiento por parte de las madres encuestadas se puede decir que conocen en si lo que es el programa de micronutrientes dando importancia a los beneficios de la vitamina A y el hierro.

En lo relacionado a: suplementación, almacenamiento, sistemas de registro e información y comunicación se observa que el personal de las diferentes unidades operativas llevan correctamente el programa de micronutrientes.

En cuanto a la categoría información y comunicación una de las debilidades que tienen el programa es que el personal de las unidades operativas no han recibido educación continua sobre el mismo en los dos últimos años. (Guzmán, Salazar, & Ruiz, 2010)

2.2. Fundamentación Filosófica.

Se fundamenta en el paradigma crítico propositivo, el personal de enfermería juega un papel importante dentro del Equipo de Salud, además su formación académica le permite actuar en la compleja labor de aplicar el programa integrado de micronutrientes.

El presente estudio tiene un punto de vista socio crítico propositivo: socio porque se va a realizar con niños de 6 meses a 3 años que habitan en la Parroquia Alobamba. Crítico porque el Proyecto de Investigación se basa en el análisis de

las intervenciones del personal de enfermería relacionado con el crecimiento de los infantes. Es propositivo porque pretendemos dar una solución para mejorar el estado nutricional de la población infantil, y así mejorar su calidad de vida.

La investigación tiene un enfoque epistemológico y axiológico

Epistemológico por constar de una revisión bibliográfica además Científica y estadísticamente se conoce los niveles bajos de talla en los menores de 3 años.

Axiológica porque una de las funciones del personal de enfermería es brindar una atención humanitaria de calidad, poniendo en paratáctica sus conocimientos y mejorando los programas nutricionales que implementa la salud publica en nuestro país. Por otra parte es Prioritaria en grupos vulnerables como son los niños que dependen del conocimiento y cuidado de sus padres. Además en esta etapa es el momento apropiado de asegurar su estado de salud ya que la nutrición juega un papel importante.

2.3. Fundamentación legal

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

TÍTULO II. DERECHOS. Sección séptima
Salud

Art. 32.-La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin

exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Sección quinta
Niñas, niños y adolescentes

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a su identidad, nombre y ciudadanía; a la salud integral y nutrición; a la educación y cultura, al deporte y recreación; a la seguridad social; a tener una familia y disfrutar de la convivencia familiar y comunitaria; a la participación social; al respeto de su libertad y dignidad; a ser consultados en los asuntos que les afecten; a educarse de manera prioritaria en su idioma y en los contextos culturales propios de sus pueblos y nacionalidades; y a recibir información acerca de sus progenitores o familiares ausentes, salvo que fuera perjudicial para su bienestar.

Art. 46.- El Estado adoptará, entre otras, las siguientes medidas que aseguren a las niñas, niños y adolescentes:

1. Atención a menores de seis años, que garantice su nutrición, salud, educación y cuidado diario en un marco de protección integral de sus derechos.

TÍTULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Sección segunda

Salud

Art. 363.- El Estado será responsable de:

Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución.

Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto.

Promover el desarrollo integral del personal de salud.

QUE; LA LEY ORGÁNICA DE SALUD manda:

Art 4. La autoridad sanitaria nacional es el ministerio de salud pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de lo aplicación, control, vigilancia del cumplimiento de esta ley; y, las normas que dicten para su plena vigencia serán obligatorias.

Art 6 es responsabilidad del Ministerio De Salud Pública.

1. Ejercer la rectoría del sistema nacional de salud :
2. Diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares.
3. dictar en coordinación con otros organismos correspondientes, las políticas y normas para garantizar la seguridad alimentaria y nutricional, incluyendo la prevención de trastornos causados por deficiencia de micronutrientes o alteraciones provocadas por desórdenes alimentarios, con enfoque de ciclos de vida y vigilar el cumplimento de las mismas.

QUE; el programa de micronutrientes que forma parte de la coordinación nacional de nutrición es el responsable de la formulación de normas, protocolos y actualizaciones, así como en los procesos de monitoreo y evaluación del mismo.

QUE. La coordinación nacional de nutrición memorándum SSS 11 2011 610 del 02 de mayo del 201, solicita la elaboración del presente acuerdo ministerial; y

EN EJERCICIO DE LAS ATRIBUCIONES CONCEDIDAS POR LOS ARTÍCULOS 151Y 154 DE LA CONSTITUCIÓN DE LA REPUBLICA DEL ECUADOR Y EN COORDINACIÓN CON EL ARTICULO 17 DEL ESTATUTO DEL RÉGIMEN JURÍDICO Y ADMINISTRATIVO DE LA FUNCIÓN EJECUTIVA.

ACUERDA

Art 1.- Aprobar y autorizar la publicación del manual de normas y protocolos para la suplementación de micronutrientes.

Art2.- Aprobar y autorizar la publicación del manual de consejería para la suplementación con micronutrientes.

Art 3.- Disponer de difusión a nivel nacional de los instrumentos señalados en los artículos precedentes para que sean aplicados obligatoriamente en todas la unidades operativas del sector salud, tanto públicas como privadas.
Según la Declaración Universal de los Derechos humanos adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 10 de diciembre de 1948 en el siguiente artículo 25 se establece que:

"*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene*

asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad"

Según los derechos constitucionales del pueblo ecuatoriano en el 2008 se proclama en los siguientes artículos"

Según la ley orgánica de la salud:

LIBRO I
De las acciones de salud

Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley.

Art. 11.- Los programas de estudio de establecimientos de educación pública, privada, municipales y fisco misionales, en todos sus niveles y modalidades, incluirán contenidos que fomenten el conocimiento de los deberes y derechos en salud, hábitos y estilos de vida saludables, promuevan el auto cuidado, la igualdad de género, la corresponsabilidad personal, familiar y comunitaria para proteger la salud y el ambiente, y desestimulen y prevengan conductas nocivas.

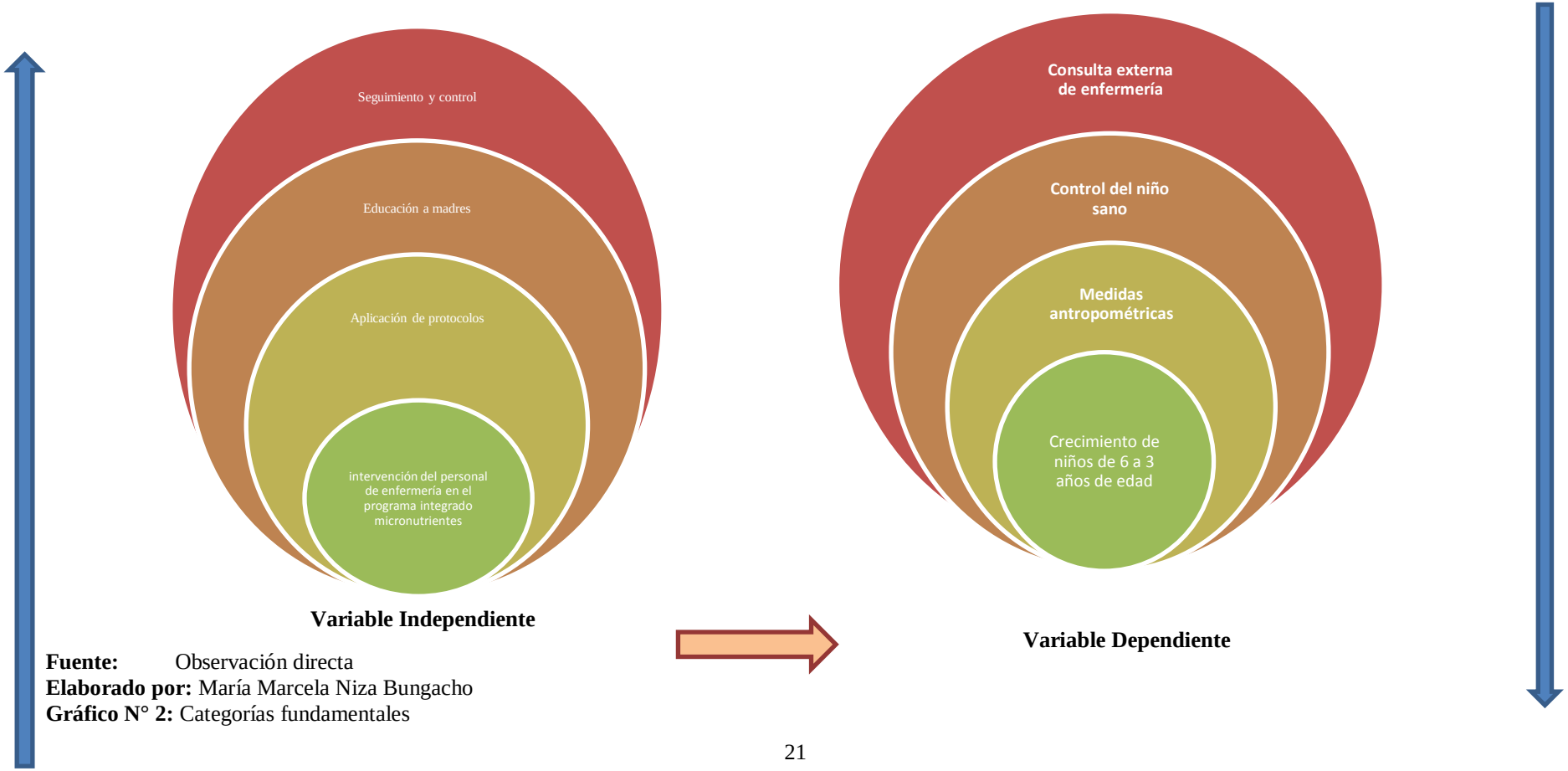
Art. 12.- La comunicación social en salud estará orientada a desarrollar en la población hábitos y estilos de vida saludables, desestimular conductas nocivas, fomentar la igualdad entre los géneros, desarrollar conciencia sobre la importancia del auto cuidado y la participación ciudadana en salud.

Art. 13.- Los planes y programas de salud para los grupos vulnerables señalados en la Constitución Política de la República, incorporarán el desarrollo de la autoestima, promoverán el cumplimiento de sus derechos y se basarán en el reconocimiento de sus necesidades particulares por parte de los integrantes del Sistema Nacional de Salud y la sociedad en general.

Art. 14.- Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, implementarán planes y programas de salud mental, con base en la atención integral, privilegiando los grupos vulnerables, con enfoque familiar y comunitario, promoviendo la reinserción social de las personas con enfermedad mental.

Art. 15.- La autoridad sanitaria nacional en coordinación con otras instituciones competentes y organizaciones sociales, implementará programas para la prevención oportuna, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las alteraciones del crecimiento y desarrollo.

2.4. Categorías Fundamentales



Fuente: Observación directa
Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho
Gráfico N° 2: Categorías fundamentales

2.5. Fundamentación Teórica

VARIABLE INDEPENDIENTE

Intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes

PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES

Según (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011), los micronutrientes, que son vitaminas y minerales necesarios en pequeñas cantidades, son esenciales para un buen comienzo en la vida y un crecimiento y desarrollo óptimos. En particular, el hierro, el zinc, la vitamina A, el ácido fólico y el yodo juegan un papel fundamental en el mantenimiento de poblaciones saludables y productivas. Con ellos, una niña o niño pequeño tiene la oportunidad de sobrevivir y prosperar, aprender y permanecer en la escuela, para convertirse en un adulto productivo. Sin ellos, su potencial se puede perder para siempre. Del mismo modo, cuando toda la población no tiene acceso a las vitaminas y minerales básicos, los países sufren una enorme pérdida de potencial humano. Las deficiencias de micronutrientes generalizadas en una población pueden afectar negativamente los presupuestos de salud, socavar los esfuerzos en educación, debilitar la mano de obra y debilitar la economía (Unicef, 2009). (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

La entrega de micronutrientes a las personas que los necesitan es una tarea compleja que ha demostrado, científicamente, tener múltiples beneficios para la población. Los programas de micronutrientes han evidenciado mejoría en la capacidad física e intelectual de la persona y, consecuentemente de toda la población beneficiaria. Con el aumento de la inversión a largo plazo de las autoridades nacionales y sus asociados en el desarrollo, en programas de suplementación de micronutrientes se podría obtener un rendimiento poblacional mucho mayor (Unicef, 2009). (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Los programas de suplementación de micronutrientes que son asequibles, viables y con respaldo científico pueden ayudar a expandir aún más el potencial de los beneficios. El costo relativamente bajo, comparado con los grandes beneficios y las intervenciones para suplementar micronutrientes, son tan buenos que han ganado grandes elogios de los economistas más importantes del mundo. En el 2008, el Panel del Consenso de Copenhague determinó que la suplementación con vitamina A y zinc en niños y niñas y la fortificación de los alimentos con hierro y yodo son algunas de las intervenciones de micronutrientes con mayor éxito de costo-beneficio (UNICEF, 2009). (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Intervención del personal de salud: Normas

1. Incrementar las capacidades y difundir conocimientos al personal de salud, en relación a la prevención de la deficiencia de micronutrientes, para contribuir a:

2. Estandarizar los procesos para disminuir y/o prevenir la prevalencia de deficiencia de hierro y anemia leve en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad por medio de la suplementación con Chis Paz.

3. Mantener niveles adecuados de hierro en los niños y niñas mayores de seis meses, que se beneficiaron del pinzamiento oportuno de cordón umbilical y que, por tanto, hasta el sexto mes de vida tienen garantizada una reserva apropiada de hierro.

Micronutrientes

Los nutrientes se clasifican en función de la cantidad en la que se encuentran en los alimentos (macronutrientes y micronutrientes), la función específica de cada uno (plásticos, energéticos y reguladores), del grado de energía (calorías) que

proporcionan al ser metabolizados (utilizados) por el organismo (calóricos y acalóricos), y de la capacidad del organismo para fabricarlos (no esenciales) o dependencia del exterior para su correcta asimilación para el organismo (esenciales). (Instituto Médico Láser, S.L., 2013)

Diariamente se necesitan unos 50 nutrientes en cantidades determinadas, encargados de suministrar los materiales necesarios para la construcción, mantenimiento, reparación, mantenimiento y regulación del organismo. (Instituto Médico Láser, S.L., 2013)

Tabla N° 1: Clasificación de los Nutrientes

Clasificación básica de los nutrientes					
Macronutrientes **Se consumen en grandes cantidades.** **Aportan energía.**			**Micronutrientes** Se consumen en pequeñas cantidades. No aportan energía. Vitales para asimilar los macronutrientes.		Agua
Carbohidratos	Proteínas	Lípidos	Vitaminas	Minerales	

Fuente: (Instituto Médico Láser, S.L., 2013)

Los micronutrientes en polvo (mnp), conocidos como Sprinkles@ o Chis Paz, como se denominan en Ecuador, son una propuesta creativa para brindar micronutrientes a niñas y niños pequeños, entre 6 a 24 meses de edad. Se trata de sobres individuales con una combinación de micronutrientes (hierro encapsulado, zinc, vitaminas A, C y D, y ácido fólico), que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro.

Las Chis Paz fueron desarrolladas para superar los efectos secundarios y las desventajas de la suplementación por medio de gotas de hierro.

El fumarato ferroso de las Chis Paz es encapsulado con una cubierta lipídica, que impide la disolución del mismo en las comidas, evitando cambios organolépticos (en color, olor y sabor) La administración de sesenta sobres de Chis Paz óptimamente, en sesenta días, un sobre por día, es suficiente para mejorar rápidamente las concentraciones de hemoglobina y los depósitos de hierro en una gran proporción de niñas y niños pequeños. Luego de la ingestión de 60 sobres, los beneficios hematológicos se mantienen por un período de seis meses.

Por lo tanto, los sobres de Chis Paz pueden no ser necesarios durante un periodo largo de tiempo. Cada sobre de Chis Paz contiene:

Tabla N° 2: Chis Paz

Micronutrientes	Contenidos
Hierro	125mg
Zinc	5mg
Ácido fólico	160ug
Vitamina A	300ug
vitamina C	30mg

Fuente: (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

La administración de sesenta sobres de Chis Paz óptimamente, en sesenta días, un sobre por día, es suficiente para mejorar rápidamente las concentraciones de hemoglobina y los depósitos de hierro en una gran proporción de niñas y niños pequeños. Luego de la ingestión de 60 sobres, los beneficios hematológicos se mantienen por un período de seis meses. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Por lo tanto, los sobres de Chis Paz pueden no ser necesarios durante un periodo largo de tiempo (Oller de Daroca, 2004). Cada sobre de Chis Paz contiene:

La entrega de Chis Paz se la realiza en las unidades de salud del MSP, luego de la consulta integral efectuada por los profesionales de salud.

En el primer contacto, a partir de los seis meses de edad del menor, se entregará una caja con 30 sobres. Se debe indicar a la madre que debe administrar al niño o niña un sobre por día. Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando el niño o niña asista al control. Este fraccionamiento en las entregas tiene como fin preservar los micronutrientes y realizar el seguimiento al consumo del suplemento.

Una vez terminados los sesenta sobres se espera un lapso de 4 meses para prescribir e iniciar un nuevo ciclo de sesenta sobres. La suplementación con Chis Paz debe realizarse, idealmente a los 6, 12 y 18 meses de edad del niño o niña.

Si la primera entrega de Chis Paz es a los seis meses de edad, el niño o niña terminará los sobres a los 8 meses y el nuevo ciclo debería iniciar a los 12 meses, es decir, cuatro meses después.

Se han reportados algunos efectos secundarios con la suplementación de Chis Paz, como el oscurecimiento de las heces, constipación y la presencia de diarrea. La consistencia de las heces no cambia en la mayoría de los infantes. Algunos infantes muy pequeños, quienes previamente no han sido expuestos a una alimentación complementaria que contenga micronutrientes (como es el caso de los que están en el periodo de lactancia exclusiva) pueden desarrollar heces líquidas o diarrea leve. La diarrea no da lugar a una deshidratación y dura aproximadamente una semana y no regresa; es auto limitada. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Deficiencias de Micronutrientes

Las deficiencias de micronutrientes conocidas también como deficiencias de vitaminas y minerales o como “hambre oculta”, están directamente relacionadas

con el hambre y la desnutrición infantil. Generan daños irreversibles a nivel individual, incrementan la morbilidad y mortalidad infantil y materna e impactan negativamente durante todo el ciclo de vida, produciendo efectos negativos para el desarrollo de los países, tanto en el corto, mediano y en el largo plazo. La anemia reduce el desarrollo infantil, está relacionada con incapacidad física y mental y consecuentes implicaciones en el aprendizaje y la productividad; es una de las mayores causas de muerte materna. La deficiencia de ácido fólico (déficit de folatos) en mujeres en edad fértil, alrededor del tiempo de la concepción, genera defectos del tubo neural (DTN) e incrementa la mortalidad neonatal por estas causas. La deficiencia de cinc se relaciona directamente con el retardo en talla e incrementa (al igual que la deficiencia de vitamina A) la morbilidad y mortalidad por infecciones en particular por diarrea, neumonía y sarampión. La deficiencia de vitamina A incrementa el riesgo de muerte infantil y materna hasta en un 30%; también incapacita a las personas produciendo ceguera nocturna. La deficiencia de yodo es el mayor contribuidor al retraso mental, disminuyendo el coeficiente intelectual hasta en 10 puntos. (Ministerio de Salud; Comisión Nacional de Micronutrientes, 2008)

Anemia Por Deficiencia De Hierro

Según (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011) La desnutrición, la deficiencia de micronutrientes y las prácticas inadecuadas de lactancia materna son responsables de más de un tercio de las muertes de menores de cinco años y del 11% de la carga de enfermedad total en el mundo. La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropenia es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. Este tipo de deficiencia se presenta cuando la cantidad de hierro disponible es insuficiente para satisfacer las necesidades individuales; la exposición a una deficiencia de hierro prolongada conduce a la anemia. Se estima que más de dos mil millones de personas sufren de deficiencia de hierro y que más de la mitad está anémica. Además La principal causa de anemia por deficiencia de hierro es el bajo consumo de carne roja, pollo o pescado,

especialmente en personas de escasos recursos económicos. En niños y niñas pequeños el pico de prevalencia de anemia por deficiencia de hierro es de alrededor de los dieciocho meses de vida. Las mujeres en edad fértil tienen mayor riesgo de tener un balance de hierro negativo debido a las pérdidas sanguíneas por los ciclos menstruales y un aumento de los requerimientos durante el embarazo.

La anemia en niñas y niños está asociada al retardo en el crecimiento y desarrollo psicomotor y a una menor resistencia a las infecciones.

Los efectos durante los primeros años de vida son irreversibles, ya que en esta edad son mayores los requerimientos. Al cumplir el primer año de vida, los infantes sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor y cuando tengan edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente.

La suplementación con hierro debe ser dirigida a toda la población, especialmente a individuos anémicos o en riesgo de deficiencia de hierro, a mujeres embarazadas específicamente se debe asegurar que los niños y niñas de bajo peso al nacimiento, se beneficien de la suplementación durante el primer año de vida . (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

La anemia es el desorden por deficiencia de micronutrientes más común en el país considerado como problema de salud pública. La anemia por deficiencia de hierro constituye un problema extendido en el ámbito nacional, tanto en áreas rurales como urbanas y en todos los estratos socio-económicos. (Ministerio de Salud; Comisión Nacional de Micronutrientes, 2008)

Según (Reboso Pérez, Cabrera Núñez, Pita Rodríguez, & Jiménez Acosta, 2005), la malnutrición por deficiencia de micronutrientes causa mayores estragos en los niños de edad pre-escolar y en las mujeres embarazadas, pero afecta a la población de todas las edades y por tanto a la economía familiar y la del país.

La mayor prevalencia de la anemia por carencia de hierro ocurre entre los 6 y 24 meses de edad, lo que coincide con el crecimiento rápido del cerebro y con una explosión de habilidades cognitivas y motoras del niño. Una deficiencia leve o poco severa en la edad preescolar, aun cuando sea corregida, reduce en forma permanente la destreza manual de los niños, limita su capacidad de concentración y debilita su capacidad de memoria. (Reboso Pérez, Cabrera Núñez, Pita Rodríguez, & Jiménez Acosta, 2005)

En los escolares, la deficiencia de hierro puede provocar irritabilidad, apatía, fácil fatigabilidad, falta de concentración mental, pobre aprovechamiento escolar, anorexia y aumento de la susceptibilidad a las infecciones entre otras. (Reboso Pérez, Cabrera Núñez, Pita Rodríguez, & Jiménez Acosta, 2005)

DIAGNÓSTICO DE ANEMIA

El diagnóstico de anemia se lo realiza en base a la determinación de hemoglobina. En sitios donde no se puede medir hemoglobina hay que manejar el hematocrito. Los puntos de corte para el diagnóstico establecidos por la Organización Mundial de la Salud. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Los valores de hemoglobina considerados normales varían de acuerdo a la edad, sexo, estado fisiológico y altitud sobre el nivel del mar a la que se vive.
Mediante el valor de hemoglobina, se puede clasificar la anemia en severa, moderada o leve. Para la población general se clasifica de acuerdo a criterios de la OMS:

Anemia severa: < 7.0 g/dl.
Anemia moderada 7.0-9.9 g/dl.
Anemia leve: 10.0-11.9/g/dl.

Estos valores de clasificación no se aplican en madres embarazadas y en niños menores de 2 años (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

TRATAMIENTO DE ANEMIA

Cuando ya se ha establecido el diagnóstico de anemia, se deben analizar las causas, realizar exámenes complementarios, si se considera necesario y posteriormente, prescribir el tratamiento de manera individual.

La cantidad de suplementación de hierro recomendada para el tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en adultos es 120 mg/d de hierro por tres meses. Para infantes y niñas y niños pequeños es de 3 mg/kg/d., sin exceder 60 mg/d. Para niños y niñas mayores de dos años, se recomienda 60 mg/d de hierro elemental por tres meses. En ambos casos, una vez terminado el tratamiento, el paciente debe continuar con el esquema de suplementación. En niñas y niños prematuros o de bajo peso al nacer, se debe suplementar con 12.5 mg/d de hierro elemental desde los 2 hasta los 24 meses de edad.
El tratamiento terapéutico se debe realizar para anemia moderada (Hb: 7.1 – 10 g/dl) y severa (Hb: <7.0 g/dl), ya que la anemia leve se corrige con el esquema de suplementación. Una vez cumplidos los tres meses de suplementación terapéutica, se debe continuar con el esquema de suplementación preventiva, como lo indica la (WHO, 2001)

DEFICIENCIA DE VITAMINA A

Según el (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)**,** la deficiencia de vitamina A es un problema de salud pública que afecta fundamentalmente a los países en desarrollo. Se estima que de cinco a diez millones de niños y niñas en el mundo presentan patología ocular por esta causa, y otros diez millones no presentan signos clínicos pero tienen alguna deficiencia.

La consecuencia más importante del déficit de vitamina A es la ceguera infantil. Por otra parte la carencia de vitamina A puede producir manifestaciones oftálmicas graves como destrucción de la córnea y ceguera, estas se observan principalmente en niños y niñas de corta edad. Otras complicaciones son la anemia, una susceptibilidad mayor a las infecciones respiratorias y disminución en la velocidad del crecimiento. Su deficiencia también incrementa la morbilidad y la mortalidad infantil. Es conocido que la suplementación con vitamina A reduce la tasa de mortalidad en niños de seis meses a cinco años de edad.

DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO

Según el (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011), uno de los micronutrientes de mayor importancia en la etapa previa y posterior a la concepción es el ácido fólico, también conocido como vitamina B9, folato o folacina. El bajo consumo de folato está asociado a la anemia, defectos del tubo neural, enfermedades cardiovasculares, cáncer y alteraciones de las funciones cognitivas

En el país la alimentación no logra cubrir los requerimientos de ácido fólico en el embarazo; por lo tanto, es necesaria la suplementación para todas las mujeres en edad fértil, antes y después de la concepción, más aún cuando existen antecedentes de utilización de métodos anticonceptivos hormonales, que disminuyen su absorción. Lamentablemente no se logra ya que la suplementación con ácido fólico en su mayoría es administrada cuando se descubre el embarazo.

La suplementación de ácido fólico en el embarazo es importante para la prevención de anemia, más no para la prevención de defectos del tubo neural.

Para prevenir los defectos del tubo neural, idealmente, se debería suplementar a todas las mujeres en edad fértil; sin embargo, debido a la baja captación de este

grupo poblacional, se fomenta la fortificación masiva de un alimento de consumo general.

DIAGNÓSTICO DE DEFICIENCIA DE ÁCIDO FÓLICO

Según (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011), la valoración del estado nutricional de los folatos puede realizarse de varias formas. La medición en suero es más dependiente de la ingesta reciente, pero no es un buen indicador de las reservas corporales. La medida de los folatos eritrocitarios es más estable y debería ser la más utilizada para el diagnóstico de la carencia de folatos. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Su diagnóstico es difícil ya que la población no se realiza exámenes complementarios que se identifiquen estas carencias.

DEFICIENCIA DE ZINC

Según (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011), el zinc es un elemento esencial en la nutrición humana y su importancia para la salud ha recibido mucha atención recientemente. Este elemento se encuentra en muchas enzimas importantes y esenciales para el metabolismo.
La deficiencia de zinc es un grave problema de salud mundial que afecta a países desarrollados y en vías de desarrollo. Se han realizado muy pocos estudios sobre la deficiencia en niños y niñas, aun cuando es conocido que la carencia de zinc en los períodos de rápido crecimiento, afecta negativamente el desarrollo cognitivo, cerebral y sexual.

Estudios recientes en la Región y en otras partes del mundo han demostrado que la suplementación con zinc mejora el crecimiento de niñas y niños, reduce la incidencia de infecciones y la mortalidad de menores de cinco años, puede prevenir la diarrea y la neumonía y también reducir la morbilidad por malaria.

DIAGNÓSTICO DE LA DEFICIENCIA DE ZINC

El diagnóstico se confirma con la determinación de las concentraciones de zinc plasmáticas (12-17 μmol/L), eritrocitarias (180-215 μmol/L), o del pelo (125-250 μmol/L), también se puede medir la excreción urinaria de Zn y la respuesta a una sobrecarga de Zn oral, que en casos de carencia muestran una rápida desaparición del Zn absorbido de la circulación, sin incremento en la excreción urinaria o por el sudor. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

APLICACIÓN DE PROTOCOLOS

Según (Rios Reyes, 2003), los protocolos son documentos que describen la secuencia del proceso de atención de un paciente en relación a una enfermedad o estado de salud. Son el producto de una validación técnica que puede realizarse por consenso o por juicio de expertos.

En otras palabras los protocolos describen el proceso en la atención de una enfermedad para mejorar la rapidez en el diagnóstico, efectivizar el tratamiento, y hacer menos costoso el proceso de atención, tanto para el paciente como para la entidad prestadora de salud.

Estos documentos son de utilidad para mejorar los procesos de atención, se encuentran agrupados en el documento de gestión sanitaria denominado: "Manual de Procedimientos para el Diagnóstico y Tratamiento".

DESCRIPCIÓN DE LAS PARTES DE LOS PROTOCOLOS:

EL TITULO: Es el nombre de la enfermedad, síndrome, o estado de salud. Ejm: Diabetes Mellitus tipo II

LA DEFINICIÓN: Se define la patología o estado de salud en forma resumida que sea fácilmente entendible.

ETIOPATOGENIA: Se describen la causa principal o las causas posibles y la forma como estas causas desarrollan la enfermedad. Ejm: el virus de la inmunodeficiencia humana (VHI).

NIVEL DE ATENCIÓN: Se refiere al nivel de atención en los cuales esta enfermedad o estado de salud debe ser atendida.

Los niveles de atención se pueden diferenciar según el sistema de salud de cada país, por ejemplo: hay 4 niveles de atención:

En el primer nivel están los pequeños establecimientos de salud: las postas médicas y los centros de salud pequeños. Se dedican a hacer atención primaria de salud fundamentalmente.

En el segundo nivel, están los centros de salud grandes, y los hospitales pequeños. Se resuelven fundamentalmente las patologías más comunes de las 4 especialidades básicas: cirugía general, ginecología y obstetricia, medicina interna, y pediatría. (Rios Reyes, 2003)

En el tercer nivel están los hospitales generales, que resuelven la mayoría de patologías comunes.
En el cuarto nivel, están los institutos altamente especializados.
Ejemplo: un parto de bajo riesgo puede atenderse en el primer, segundo, y tercer nivel; de preferencia debería hacerse en el primer nivel y segundo nivel para no saturar otros niveles de atención. El cáncer de próstata que necesita de radioterapia y quimioterapia, necesita ser tratado en el cuarto nivel por ser de manejo especializado para un Instituto. (Rios Reyes, 2003)

LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PREDISPOSICIÓN: Son los factores que el paciente puede tener para desarrollar la enfermedad. Ejm: el tabaco es factor predisponente para hacer cáncer de pulmón.

CLASIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD: Es la forma de clasificar a la enfermedad. Ejm: en la Diabetes tipo II, pueden haber complicaciones crónicas: neuropatía diabética, nefropatía diabética, retinopatía diabética, pie diabético

CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO: Se describen los diversos criterios que se necesitan para el diagnóstico de la enfermedad. Por ejemplo para diagnosticar un caso de Hipertensión Arterial, se tiene que medir la presión en reposo y en tres oportunidades diferentes, y demostrar que esas presiones están elevadas. (Rios Reyes, 2003)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL: Se describen resumidamente las enfermedades que se parecen al cuadro patológico principal, para que nuestro diagnóstico no sea errado. Ejemplo la forma pulmonar de la Histoplasmosis, hay que diferenciarlo de la Tuberculosis Pulmonar. (Rios Reyes, 2003)

EDUCACIÓN A MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS

(García, 2007). La madre es el cuidador del niño o niña deben conocer con exactitud el procedimiento adecuado de administración de Chis Paz, por lo cual deben ser capacitados en los siguientes pasos:

- Indicar a la madre que se debe administrar un solo sobre de chis paz por día durante sesenta días seguidos. Si por algún motivo deja de administrar un día las chis paz, por olvido u otra circunstancia, debe continuar con la suplementación de un sobre por día como indica la norma y compensar al final; es decir cuando termine el resto de los sobres.
- Los primeros treinta sobres deben ser entregados en el primer contacto con el menor, a partir de los 6 meses de edad del niño y el resto un mes después.

- Iniciar el primer ciclo desde los 6 meses de edad en adelante, junto a la alimentación complementaria repetir ciclos de tratamiento cada 6 meses luego a los 12 y 18 meses de edad.
- Brindar a la madre consejería respecto al uso y los beneficios de hacerlo.

SEGUIMIENTO Y CONTROL DE LA ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

Según (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

- Administrar 50.000 U.I por vía oral, como dosis única a todos los menores de seis meses no lactantes, que no hayan recibido ni lactancia materna ni sucedánea de la leche materna enriquecida en vitamina A

- Administrar a niños y niñas mayores de 12 a 36 meses 200000 vía oral incluidos HIV.
- Registrar en el carné de salud del niño.

La administración de sesenta sobres de Chis Paz óptimamente, en sesenta días, un sobre por día, es suficiente para mejorar rápidamente las concentraciones de hemoglobina y los depósitos de hierro en una gran proporción de niñas y niños pequeños. Luego de la ingestión de 60 sobres, los beneficios hematológicos se mantienen por un período de seis meses.

Por lo tanto, los sobres de Chis Paz pueden no ser necesarios durante un periodo largo de tiempo.

La entrega de Chis Paz se la realiza en las unidades de salud del MSP, luego de la consulta integral efectuada por los profesionales de salud.

En el primer contacto, a partir de los seis meses de edad del menor, se entregará una caja con 30 sobres. Se debe indicar a la madre que debe administrar al niño o niña un sobre por día. Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando el niño o niña asista al control. Este fraccionamiento en las entregas tiene como fin preservar los micronutrientes y realizar el seguimiento al consumo del suplemento.

Una vez terminados los sesenta sobres se espera un lapso de 4 meses para prescribir e iniciar un nuevo ciclo de sesenta sobres. La suplementación con Chis Paz debe realizarse, idealmente a los 6, 12 y 18 meses de edad del niño o niña.

Si la primera entrega de Chis Paz es a los seis meses de edad, el niño o niña terminará los sobres a los 8 meses y el nuevo ciclo debería iniciar a los 12 meses, es decir, cuatro meses después. (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

VARIABLE DEPENDIENTE

CONSULTA EXTERNA DE ENFERMERÍA

Es un servicio de toda unidad de sanidad asistencial que suele ser la que brinda atención a individuos ya sea en forma particular o en hospitalización.

Acciones de enfermería en consulta externa.

- ✓ Ejecutar el proceso de atención de enfermería (PAE) al usuario en atención ambulatoria del Servicio de Enfermería en Consulta Externa.
- ✓ Participar en las campañas, programas y estrategia sanitaria en el campo de enfermería si fuera requerido.
- ✓ Administrar los medicamentos a los usuarios según prescripción médica.

- ✓ Controlar y mantener la cadena de frío para los biológicos y otros medicamentos
- ✓ Mantener la confidencialidad y la ética profesional en la atención del usuario
- ✓ Registrar las observaciones en la historia clínica de los hechos ocurridos en el usuario ambulatorio.
- ✓ Elaborar y remitir informes técnicos relacionados a las funciones del servicio.
- ✓ Asistir y participar en las reuniones técnico administrativas intra y extra hospitalaria.
- ✓ Informar incidencias y reportes de su competencia a su superior.
- ✓ Brindar asesoramiento en el campo de enfermería.
- ✓ Cumplir lo dispuesto en los documentos técnicos de gestión institucional.
- ✓ Participar en actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud en el campo de enfermería.
- ✓ Participar en la actualización e implementación normas, guías de atención, directivas relacionadas con las funciones del servicio.
- ✓ Cumplir lo dispuesto de las normas y guías de atención a fin de garantizar la calidad de atención al usuario, evitando riesgo y complicaciones.
- ✓ Realizar actividades de docencia e investigación en el campo de enfermería.
- ✓ Utilizar y controlar el adecuado uso de insumos y materiales para garantizar el cuidado integral del usuario en atención ambulatoria.
- ✓ Garantizar la permanencia, integridad y seguridad del usuario respetando sus derechos durante la atención ambulatoria. (Heredia & Enfermería, 2009)
- ✓ Tener el servicio de admisión médica en óptimas condiciones de servicio, tanto en aseo y orden como en implementación de equipo y material.
- ✓ Tomar y registrar signos vitales y datos somato métricos.
- ✓ Proporcionar orientación sobre lo que esté haciendo, si su estado de conciencia y edad se lo permite.

- ✓ Determinar condiciones generales del paciente y hacerle de su conocimiento de su estado general si este se le permite.
- ✓ Informar al médico del ingreso del paciente.
- ✓ Registrar la admisión del paciente, condiciones de salud, actividades del enfermo y observaciones realizadas de acuerdo a normas de la institución.
- ✓ Proporcionar orientación y educación sobre indicaciones generales tanto familiar como al paciente. (Méndez, 2011)

FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN CONSULTA EXTERNA.

Asistencial. Es la que va encaminada a apoyar al individuo en la conservación de su salud y se encarga de apoyarle en la recuperación de los procesos patológicos.
Medio hospitalario: Es el que más ha dado a conocer a la enfermería hasta hace unos años.

La asistencia en este medio se concreta en las actividades que van a mantener y recuperar las necesidades del individuo deterioradas por un proceso patológico. Para ello la función asistencial se desarrolla tomando los tres niveles de atención de salud y sus actividades se resumen en: atender las necesidades básicas, aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad.

Medio Extrahospitalario/comunitario: El personal de enfermería desarrolla una función asistencial en este medio desde una interpretación como miembro de un equipo de salud comunitaria compartiendo actividades y objetivos.

Docente. La enfermería como ciencia tiene un cuerpo de conocimientos que le es propia y específica y que le crea la necesidad de trasmitirla. Por una parte la formación de los futuros profesionales en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia. Por otra parte, como profesional sanitario que

es y como parte de sus actividades deseará intervenir en el proceso de educación para la salud.

Actividades necesarias para cumplir la función docente. Educación sanitaria a personas, familias, núcleos sociales y comunidad. Educación del equipo sanitario, capacitado como todos los integrantes para cumplir las actividades de su competencia. Formación continuada, favoreciendo un alto nivel de conocimientos de todo el personal sanitario mediante cursos, charlas, conferencias, etc. Educación permanente, es la obligación que tienen todos los profesionales para seguir auto educándose siguiendo el avance de la ciencia.

Administrativa. El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada. Son muchas las actividades administrativas que realiza enfermería desde los cargos directivos hasta la enfermera asistencial, desde las enfermeras docentes (en las Universidades) a aquellas que desempeñan su labor en centros de Salud Pública o Comunitaria

Según el (El Telégrafo , 2011) Con el objetivo de reducir de forma total los índices de desnutrición en los niños del país, el Ministerio de Salud Pública ejecuta el proyecto “Acción Nutrición: Hacia la desnutrición cero”, que arrancó en varias provincias del país. Según explicó la directora provincial de Salud del Guayas, Fátima Franco, el programa está orientado a reducir los índices de desnutrición en 303 parroquias del país, identificadas como prioritarias.

El 26% de niños menores de 5 años padecen de desnutrición crónica y un grupo similar sufre de anemia por falta de hierro. Este problema, indicó, es más severo en los menores de un año, en el sector rural y en las poblaciones más pobres. El objetivo del programa es garantizar que la madre acuda a los controles prenatales,

que reciba atención durante el parto y que asegura la asistencia medica hasta el año de vida. (El Telégrafo , 2011)

CONTROL DEL NIÑO SANO

Según (Red de Salud UC CHRISTUS , 2014), el control de niño sano o supervisión de salud incluye todas las actividades destinadas a la prevención, detección y tratamiento oportuno de enfermedades, además del acompañamiento y educación al niño y su familia, con el fin de lograr un adecuado desarrollo y crecimiento. En la supervisión de salud participan, además de sus padres, enfermeras y médicos pediatras/familiares, quienes interactúan con distintos profesionales de la salud como odontólogos, fonoaudiólogos, psicólogos, psicopedagogos y otros especialistas médicos, educadores y tutores. (Red de Salud UC CHRISTUS , 2014)

Para (Villanueva, Villarreal, Vargas, Galicia, & Martínez, 2011), el control del niño sano es una actividad de supervisión periódica tanto del estado de salud, como del crecimiento y desarrollo, desde que nace hasta los 6 años, realizada a través de acciones coordinadas de los servicios de Medicina Familiar, Enfermera Materno Infantil (EMI), Medicina Preventiva, Nutrición y Estomatología. (Villanueva, Villarreal, Vargas, Galicia, & Martínez, 2011)

A través de la coordinación de estos servicios se realiza atención integral que incluye la detección precoz de problemas de salud, la prevención de accidentes, aplicación de inmunizaciones, evaluación del desarrollo psicomotor, la medición de peso y talla para evaluar su crecimiento y estado nutricional; la orientación a los padres sobre aspectos de la alimentación e higiene, así como promover la lactancia materna y el suministro de alimentación suplementaria a partir de los 6 meses de edad. (Villanueva, Villarreal, Vargas, Galicia, & Martínez, 2011)

Todas estas acciones médicas realizadas dentro de las instituciones de salud tienen un costo (8), por lo que la aplicación de la economía al área de la salud permite lograr las metas programadas con el mínimo de recursos disponibles para la mejora de la calidad de la atención en las intervenciones en salud. Dependiendo de lo que se quiera estudiar, se cuenta con una serie de análisis económicos para evaluar la eficiencia de los recursos asignados a la salud. (Villanueva, Villarreal, Vargas, Galicia, & Martínez, 2011)

Actividades se realizan durante la consulta

Para (Red de Salud UC CHRISTUS , 2014), las sesiones deben incluir los siguientes aspectos, desarrollados según las necesidades y/o problemas del niño:

- Prevención de enfermedades:
    - Inmunizaciones: Tanto del programa nacional de inmunizaciones, como vacunas complementarias disponibles en distintos vacunatorios.
    - Educación en salud y hábitos de vida saludable
- Detección y tratamiento oportuno de enfermedades:
    - Anamnesis o historia clínica
    - Examen físico
    - Screening
    - Guía en aspectos psicosociales de la crianza del niño y guía anticipatoria (Cuidados del niño por edad, estimulación de su desarrollo, prevención de accidentes, qué hacer en caso necesario) (Red de Salud UC CHRISTUS , 2014)

Frecuencia

Según (Red de Salud UC CHRISTUS , 2014)

Idealmente debe existir una consulta prenatal, que explique los objetivos de los controles de salud, su periodicidad y la importancia de la lactancia materna. Posteriormente los controles se fijaran de acuerdo con la edad del niño y los posibles problemas pesquisados, siguiendo idealmente la siguiente pauta:

- Recién nacido a 6 meses: Control a los 15 días, al mes de vida y luego mensualmente
- 6 a 12 meses: Control cada 2 meses.
- 12 a 24 meses: Control cada 3 meses.
- 2 a 6 años: Control cada 6 meses
- De 6 a 18 años: Control anual (Red de Salud UC CHRISTUS , 2014)

Historia Clínica Única

La HCU, entre otra información fundamental de la persona, contiene: Historia Clínica Materno Perinatal, MSP (Form. 051); Partograma, formularios de atención inmediata del recién nacido (Form. 016); formularios de atención al menor a dos meses (Form. 028 A - 028 B); formulario de atención a niños y niñas de dos meses a nueve años (028 C - 028 D); curvas de crecimiento del niño menor de cinco años (Form. 028 A2); curvas de crecimiento de la niña menor de cinco años (Form. 028 A1); en estos dos últimos formularios constan las curvas de Peso/Edad, Talla/Edad, Perímetro Cefálico/Edad (niños y niñas menores a dos años) e Índice de Masa Corporal/Edad del niño y niña menor de cinco años; curva de crecimiento de niños y niñas de cinco a nueve años (Form. 028 A3 y 028 A4).

Carné de salud del niño o niña

En el carné de salud del niño o niña se incluyen las curvas de Peso/Edad y Talla/Edad de menores de cinco años; breves recomendaciones de alimentación; principales hitos del desarrollo psicomotor; cuadro para registro de vacunas y de

micronutrientes e importantes recomendaciones para identificar la necesidad urgente de acudir al centro de salud.
Esta información consiste en una serie de mensajes que pueden ser útiles como guías de referencia para los padres, otros cuidadores de la niña o niño y para los proveedores de salud.

Las mediciones antropométricas deben ser tomadas y registradas cuando el niño o niña visite al profesional de la salud, para vacunación, control de la niña o niño sano o atención durante la enfermedad.

Pasos a seguir en la consulta médica

1. Tallar, pesar y medir perímetro cefálico
2. Registrar los datos en la ficha o gráfica correspondiente, tanto en la HCU, como en el Carné de Salud del niño y de la niña
3. Interpretar los datos registrados, según los Patrones de Referencia de la OMS
4. De acuerdo al caso:

* Realizar consejería nutricional, o interconsulta.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS

Según (Flores–Huerta, 2006), la antropometría es una disciplina de gran utilidad en muchas especialidades médicas y no médicas. En medicina y nutrición se utiliza en la práctica clínica y en diferentes tipos de estudios clínicos, metabólicos o epidemiológicos de prevalencia o de intervención. El propósito es medir el aumento de masa celular, tisular y corporal desde la gestación hasta el término de la pubertad, expresada como crecimiento físico para conocer efectos sobre la salud. De las medidas antropométricas, el peso que mide la masa corporal y la talla, destacan como las más frecuentes,[1] seguidas de otras como los perímetros cefálico, del brazo, torácico y, más recientemente, la circunferencia de cintura.

Estos parámetros siguen utilizándose porque ha mejorado su precisión, su costo sigue siendo bajo y son accesibles a los sujetos de estudio; pero además, porque se pueden generar indicadores para el cuidado de la salud si se comparan con un valor de referencia, estableciendo puntos de corte apropiados (Flores–Huerta, 2006)

Debido a que durante los primeros años de vida la nutrición actual depende del estado de nutrición previo, resulta trascendente monitorizar el crecimiento físico mediante la medición secuencial del peso y talla; asimismo, obtener índices como peso edad, talla edad, peso talla y de masa corporal, que son de gran utilidad para conocer la velocidad de ganancia de peso o de talla, y evaluar cómo ha sido en individuos o poblaciones el balance de energía y proteínas. (Flores–Huerta, 2006)

Sin embargo, para seguir el comportamiento de un fenómeno biológico como el crecimiento o el estado nutricional, lo ideal sería que se utilizaran iguales parámetros e índices antropométricos, comparándolos con el mismo valor de referencia, clasificando los riesgos con los mismos puntos de corte y expresando los resultados de manera similar (percentiles, puntajes Z, o porcentaje de la mediana), según la idoneidad de los resultados que se quisieran expresar. Como esto no siempre es posible, los reportes de prevalencia de malnutrición por carencia o por exceso como desnutrición, sobrepeso u obesidad, podrían diferir notablemente entre estudios, entre países y en el tiempo, si se usan diferentes criterios o puntos de corte o definiciones. Ante reportes con resultados inesperados, es prudente revisar la metodología utilizada, particularmente en cuanto a definiciones operativas, referentes y puntos de corte. El grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), recomienda el peso, talla y edad para identificar a quienes cursen con formas de desnutrición crónica o aguda, hablando de peso bajo, desmedro o emaciación. Este mismo grupo acepta que en los primeros años de la vida puede usarse el perímetro cefálico para este propósito, pero no lo recomienda como parámetro de primera elección, y menos aún en la edad escolar. (Flores–Huerta, 2006)

(Gómez, 2006). Durante la primera semana de vida el recién nacido pierde de forma natural de un 10 a un 15% del peso que empezara a recuperar en la segunda semana de vida esta pérdida de peso se debe, sobre todo a la perdida de líquido.

En las vistas al pediatra se irán pesando y tallando al niño los niños y las niñas ganan 4 cm al mes y de 3 a 5 cm el segundo mes al final del semestre gana de 60 a 65 cm.

Respecto al peso la ganancia es muy elevada la primera semana en torno a los 25 a 35 gramos al día lo que supone al mes 200 gramos semanales.

CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 6 A 3 AÑOS DE EDAD

Según (Aballí, 2008), el crecimiento no se realiza de un modo uniforme, existen períodos de actividad marcada y otros de calma, y no corren paralelos el desarrollo ponderal y el de la talla. Tampoco está uniformidad rige todos los tejidos y órganos; pues mientras unos alcanzan el grado mayor de perfección en su estructura morfológica rápidamente, otros realizan este desenvolvimiento de un modo lento. En algunos tejidos el proceso formador impera hasta alcanzar el tipo de la especie animal correspondiente; mientras otros sufren regresiones atróficas en relación con la entrada en acción de la actividad de los órganos, o con modificaciones especiales del medio interno.

Factores que Regulan el Crecimiento.

4. **Factores Nutricionales.-** Disponibilidad y utilización de los nutrientes.
5. **Factores Socioeconómicos.-** Disponibilidad de recursos, accesos a servicios básicos y de salud, escolaridad adecuada de los padres.
6. **Factores Genéticos.-** Potencial de crecimiento**.**
7. **Factores Neuroendocrinos.-** Funcionamiento adecuado de glándulas y hormonas que intervienen en el crecimiento.

Periodos de Crecimiento

- Intrauterino.

Embrionario: Desde la fecundación hasta las doce semanas de edad gestacional.

Fetal: desde las trece semanas de gestación hasta las cuarenta semanas de edad gestacional.

La antropometría nos permite conocer el patrón de crecimiento propio de cada individuo, evaluar su estado de salud y nutrición, detectar alteraciones, predecir su desempeño, salud y posibilidades de supervivencia, además menciona que son diversas las medidas que son posibles obtener para evaluar el tamaño, proporciones y composición corporal: peso, longitud, circunferencias, pliegues cutáneos y diámetros. (Rojas Gabulli, 2000)

La precisión es muy importante por lo que se debe contar con los instrumentos adecuados así como reconocer las inconsistencias entre las mediciones de uno o diferentes examinadores.: (Rojas Gabulli, 2000)

PESO:

El peso mide la masa corporal total de un individuo (tejido magro, tejido graso y fluidos intra y extracelulares) y es de suma importancia para monitorear el crecimiento de los niños y niñas porque reflejan el balance energético.

Las niñas y niños sanos y bien alimentados deben ganar suficiente peso cada mes. El aumento de peso es mayor durante los dos primeros años de vida y después disminuye progresivamente. Una guía fácil para saber si los niños y niñas están creciendo de manera adecuada es que al año de edad prácticamente se triplica el peso que tenía al nacer y a los dos años casi se cuadruplica (Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Coordinación Nacional de Nutrición, 2011, pág. 24)

Perímetro cefálico

Según (Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Coordinación Nacional de Nutrición, 2011, pág. 30), El perímetro cefálico representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital. Aporta información valiosa en relación con el crecimiento del cerebro, especialmente durante los primeros tres años de vida, cuando alcanza el 80% de su tamaño definitivo; a los seis años llega al 93%; de siete a dieciocho años aumenta solo cuatro centímetros y después de los dieciocho años casi no crece.

La medición del incremento del perímetro cefálico es útil para detectar anormalidades del sistema nervioso central. En cuanto a la relación con el estado nutricional hay controversias: hay quienes consideran que durante los primeros tres años de vida es un buen indicador del crecimiento y del estado nutricional, ya que, en lactantes sanos y desnutridos, el incremento en el perímetro cefálico se relaciona estrechamente con el incremento en la longitud, (PAC);11 sin embargo, otros indican que los perímetros tanto pequeños como grandes indican un riesgo para la salud o el desarrollo y que la medición es menos útil para determinar el estado nutricional o vigilar la respuesta a la intervención de nutrición, excepto en lactantes (OMS). (Ministerio de Salud Pública del Ecuador; Coordinación Nacional de Nutrición, 2011, pág. 30)

CRECIMIENTO DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS

Según (Mcgraw-hill, 2009), el crecimiento y el desarrollo del niño son dos fenómenos íntimamente ligados. Sin embargo conllevan diferencias que es importante precisar

Se entiende por crecimiento un aumento progresivo de la masa corporal, tanto por el incremento del número de células como por su tamaño. El crecimiento conlleva

un aumento del peso y de las dimensiones de todo el organismo y de las partes que lo conforman; se expresa en kilogramos y se mide en centímetros. (Mcgraw-hill, 2009)

Para (Asociación Española de Pediatría, 2014), el crecimiento es un buen índice de salud y los bebés que crecen bien, en general, están sanos. Por ello, cuando los niños acuden a las revisiones de salud se les pesa y se les mide la longitud y la cabeza. Los niños crecen mucho en su primer año de vida, de forma que, en promedio, triplican el peso y duplican la longitud que tenían al nacer.

Este proceso se inicia en el momento de la concepción del ser humano y continúa a través de la gestación, la infancia, la niñez y la adolescencia. El crecimiento es inseparable del desarrollo y, por lo tanto, ambos están afectados por factores genéticos y ambientales. (Mcgraw-hill, 2009)

El crecimiento físico de cada persona está sujeto a diversos factores condicionantes: factor genético, nutrición, función endocrina, entorno psicosocial, estado general de salud y afectividad. (Mcgraw-hill, 2009)

Lo englobaremos en tres áreas: área del desarrollo físico, área adaptativa y área del desarrollo personal-social. (Mcgraw-hill, 2009)

El desarrollo implica la diferenciación y madurez de las células y se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida. (Mcgraw-hill, 2009)

El desarrollo está inserto en la cultura del ser humano. Es un proceso que indica cambio, diferenciación, desenvolvimiento y transformación gradual hacia mayores y más complejos niveles de organización, en aspectos como el biológico, el psicológico, el cognoscitivo, el nutricional, el ético, el sexual, el ecológico, el cultural y el social. (Mcgraw-hill, 2009)

Según la (Asociación Española de Pediatría, 2014), el tamaño al nacimiento está influenciado por factores genéticos y ambientales de origen fetal, placentario o materno, como pueden ser:

- Duración del embarazo: los niños que nacen antes de tiempo son más pequeños.
- Tamaño de la madre y del útero.
- Embarazo múltiple: en el caso de gemelos o trillizos los bebés son más pequeños.
- Salud de la madre durante el embarazo: si la madre tiene una enfermedad crónica o problemas con la tensión arterial o el corazón. Si desarrolla diabetes durante la gestación, por ejemplo, el bebé puede ser más grande.
- Problemas con la placenta o el útero que impidan una buena nutrición del feto.
- Hábitos de la madre: consumo de tabaco, alcohol o drogas ilegales.
- Salud del bebé: algunos defectos congénitos y algunas infecciones durante la gestación pueden afectar al crecimiento. (Asociación Española de Pediatría, 2014)

En cuanto a la influencia genética, alrededor del 50% de la variabilidad en el tamaño de los niños y niñas al nacer es debida a los genes, especialmente los fetales y en menor medida los de la madre. No obstante, en los niños normales, la dotación genética tiene una escasa influencia en el crecimiento durante la vida intrauterina; por ello, la relación entre la longitud al nacer y la talla de los padres o la talla que el niño alcanzará de adulto es escasa. (Asociación Española de Pediatría, 2014)

CARACTERÍSTICAS DEL NIÑO DE 0 A 3 AÑOS

Desarrollo físico

Según (Mcgraw-hill, 2009), las cuatro primeras semanas de vida marcan el periodo neonatal, un momento de transición de la vida intrauterina (cuando el feto depende totalmente de la madre) a una existencia independiente.

El bebé al nacer tiene características distintivas: cabeza grande, ojos grandes adormilados, nariz pequeña y mentón hendido (lo que hace más fácil amamantar) y mejillas gordas.

La cabeza del neonato es un cuarto de la longitud del cuerpo y puede ser larga y deformada debido al amoldamiento que ha facilitado su paso a través de la pelvis de su madre. Este amoldamiento temporal es posible porque los huesos del cráneo del bebé no se han fusionado aún; no estarán completamente unidos hasta los 18 meses. (Mcgraw-hill, 2009)

El crecimiento físico es más rápido durante los 3 primeros años que durante el resto de la vida. A medida que los niños crecen en tamaño, la forma del cuerpo también cambia. El tamaño del cuerpo se hace proporcional al de la cabeza, que sigue el proceso en curso hasta alcanzar el tamaño de la de un adulto. La mayoría de los niños se estilizan durante los 3 primeros años. (Mcgraw-hill, 2009)
Los primeros dientes que salen son los incisivos inferiores, cuando el niño tiene 6 o 7 meses, pudiendo retrasarse hasta los 12 meses. Hacia los 15 meses aparecen los primeros molares, y a los 2 años, un 10 % ya presenta la dentadura temporal completa, aunque la mayoría la tienen hacia los 3 años. (Mcgraw-hill, 2009)

Según la (Asociación Española de Pediatría, 2014), a partir de los 6-12 meses de vida, poco a poco, se va poniendo de manifiesto el componente hereditario del crecimiento. Como consecuencia de ello, la relación entre la talla del niño y la talla de sus padres o la talla que alcanzará en la edad adulta, muy escasa en el momento del nacimiento, aumenta mucho al final del tercer año de vida. También, la influencia progresiva de la herencia determina que, entre el 2º y 4º año de vida los niños se instalen en un “carril de crecimiento” que tenderán a mantener hasta el inicio de la pubertad. Por ello, los niños con talla familiar alta o ritmo madurativo rápido experimentan un período de aceleración del crecimiento que les hace alcanzar un carril de crecimiento más alto; mientras que, los que tienen una talla familiar baja o un ritmo madurativo lento, deceleran su ritmo de

crecimiento hasta colocarse en un carril de crecimiento más bajo. (Asociación Española de Pediatría, 2014)

Fases del desarrollo

Área de crecimiento físico

A. Fase de crecimiento rápido

- **De 0 a 1 año**

– Del nacimiento a los 3 o 4 días de vida: el recién nacido presenta una pérdida fisiológica de peso de hasta un 10 % del que tenía al nacer; esto es lo habitual y no debe suponer alarma. El peso perdido debe recuperarse, o incluso sobrepasarse, a los 12-14 días de vida.
– De 0 a 2 meses: el peso del lactante aumenta aproximadamente 30 g al día durante los tres primeros meses de vida. Esto supone un aumento total del peso, al finalizar cada mes, de unos 900 g y, por tanto, unos 3 kg al finalizar el primer trimestre de vida. (Mcgraw-hill, 2009)

El crecimiento en longitud es de 3,5 cm por mes. Al término de los tres meses de vida, el lactante medirá unos 10,5 cm más que al nacer.
El perímetro cefálico se incrementa en 2 cm cada mes. Serán 6 cm más de circunferencia transcurridos los tres meses desde el nacimiento. (Mcgraw-hill, 2009)

– De 3 a 6 meses: el crecimiento continúa a un ritmo rápido, aunque no tan marcado como en el periodo intrauterino y en los primeros dos meses de vida. A pesar de que la velocidad de crecimiento es elevada, va disminuyendo progresivamente. En el tercer mes de vida, el ritmo de crecimiento es idéntico al del primer mes: un aumento de 30 g al día, lo que supone 900 g al mes. La

longitud progresa a un ritmo de 3,5 cm al mes y el perímetro cefálico se incrementa en 2 cm al mes. (Mcgraw-hill, 2009)

Entre el cuarto y el sexto mes varían un poco estos valores: el peso aumenta cada día 20 g, lo que supone 500 g más al mes; el crecimiento en longitud es de 2 cm al mes y el perímetro cefálico se incrementa mensualmente en 1 cm.

– De 7 a 12 meses: continúa la tendencia de crecimiento a una velocidad progresivamente menor conforme avanza el tiempo. El aumento diario de peso es de 15 g, lo que supone 450 g más cada mes; la longitud se incrementa en 1,5 cm al mes y el crecimiento del perímetro cefálico es de 0,5 cm por mes.

Estos niveles se alteran entre los 10 y los 12 meses: el peso aumenta 12 g al día, esto es, 368 g al mes; el crecimiento en longitud es de 1,2 cm por mes y el del perímetro cefálico, de 0,5 cm al mes. (Mcgraw-hill, 2009)

De 1 a 2 años

– Si durante los primeros 12 meses la mayoría de los bebés crece 25 cm y triplica el peso con que nació, durante este segundo año crecerá la mitad: unos 12-14 cm y engordará solo 3-4 kg.
– Sus brazos y piernas se alargan. Desarrolla los músculos.
– El tronco pierde un poco de grasa, aunque sigue teniendo un abdomen prominente.
– La cabeza crece más despacio. Parece más proporcionada con el cuerpo.
– Empieza a perder la redondez de las mejillas, crece su nariz, tiene más dientes.
– Aprende a andar y se mueve continuamente. Esto le lleva a desarrollar la musculatura y a quemar una mayor cantidad de grasa. (Mcgraw-hill, 2009)

B. Fase de transición

- **De 2 a 3 años**

– El niño sigue creciendo, aunque de forma más lenta y gradual que en los primeros años. En líneas generales, aumenta unos 3 o 4 kg de peso y crece alrededor de 5 cm.
– Culmina la transformación de bebé a niño.
– Uno de los cambios más evidentes es la pérdida de volumen del cuerpo: las piernas y los brazos se estilizan y los músculos de las extremidades se desarrollan. Esto es gracias, en gran medida, a que el niño practica más actividades físicas: andar, correr, saltar.
– La columna se endereza, por lo que el niño camina más erguido.
– El cuello se alarga (se diferencia mejor la cabeza del cuerpo) y el tronco pierde corpulencia. (Mcgraw-hill, 2009)

En general, el niño adquiere un aspecto más proporcionado.
– La cara se afina (el niño pierde los mofletes característicos de los bebés) y la dentadura, por lo general, se completa. Los dientes que le faltan suelen brotar durante esta etapa.
– Cambia el aspecto de sus pies, ya que empieza a desaparecer la almohadilla de grasa bajo el arco de la planta del pie, típica de los bebés. Esta almohadilla daba una apariencia de pies planos. (Mcgraw-hill, 2009)

2.6. Hipótesis.

La intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes tiene relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

2.7. Señalamiento de Variables

- **Variable Independiente:** Intervención del personal profesional de enfermería en el programa integrado micronutrientes

- **Variable dependiente:** Y su relación al crecimiento de niños de 6 meses a 3 años de edad

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA

3.1. Enfoque de la Investigación

El presente trabajo de investigación es predominante cuali-cuantitativo:
Cualitativo porque se valorará las intervenciones del personal profesional de enfermería en relación al crecimiento de los niños de 6 meses a 3 años de edad.
Cuantitativa porque nos permite obtener resultados numéricos que son el consecuencia del análisis e interpretación de datos recolectados a través de los instrumentos de investigación.

3.2. Modalidad Básica de la Investigación

La modalidad de investigación es de carácter bibliográfica – documental y de campo.

Investigación de campo

La modalidad en la que se encuentra la investigación es la de campo ya que se estudiará los hechos en el lugar en que se producen los acontecimientos, en este caso este es el caso de los niños de 6 meses a 3 años que acuden al Subcentro de salud de la parroquia Alobamba.

Investigación bibliográfica

También se utiliza la modalidad bibliográfica puesto a que la problemática de estudio se relacionara con aportes científicos de distintos autores, así también se revisara trabajos investigativos relacionados al tema.

3.3. Nivel o Tipo de Investigación

El presente estudio está dentro de un nivel **descriptivo y retrospectivo.**

Investigación Descriptiva

Porque se pretende buscar estrategias de atención de enfermería para brindar un cuidado de calidad y calidez con el objetivo de mejorar el estado nutricional de niños, y el cuidado en sus hogares.

Es retrospectiva ya que se estudiaran el crecimiento de los niños menores de 3 años, desde enero del 2014.

Investigación correlacional: Permitirá la asociación de las variables de la investigación, que se comprobará mediante el chicuadrado determinado la causa y el efecto.

3.4. Población y Muestra

Población. Está constituida por el personal profesional de enfermería y los niños menores de 3 años, que los podemos identificar en la historia clínica, carne del niño sano, mapa parlante .adulto, e investigación de campo realizadas en el Subcentro de Salud de Alobamba.

Muestra. Está compuesta por una muestra de 40 personas, de los cuales corresponden a las madres de los niños menores de 3 años que son atendidos en el Subcentro de salud de la parroquia Alobamba y dos Licenciadas que laboran en ese establecimiento de salud. La muestra se seleccionó en su totalidad por ser un número pequeño de personas.

3.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE Intervención del personal profesional de enfermería en el programa integrado micronutrientes

Tabla N° 1: Variable independiente Intervención del personal profesional de enfermería en el programa integrado micronutrientes

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnica	Instrumento	Dirigida
Cumplimiento de funciones esenciales por el profesional de enfermería para lograr el bienestar del paciente.	Funciones esenciales por el profesional de enfermería	Educación	¿Ha recibido capacitación sobre el programa integrado micronutrientes?	Encuesta	Cuestionario	Personal de enfermería
		Conocimiento	¿La enfermera utiliza el protocolo de atención para mejorar el funcionamiento del programa integrado micronutrientes?	Encuesta	Cuestionario	Personal de enfermería
		Cuidados directos	¿Conoce usted las normas que se debe tener en el programa integrado micronutrientes?	Encuesta	Cuestionario	Personal de enfermería
	Bienestar del paciente.	Investigación	¿Ha realizado usted investigaciones sobre el programa integrado micronutrientes?	Encuesta	Cuestionario	Personal de Enfermería
		Administración	¿Dispone la unidad de guías para la administración de micronutrientes?	Encuesta	Cuestionario	Paciente
		Psicológico		Encuesta	Cuestionario	Paciente

		Biológico	¿Conoce usted los cuidados que debe aplicar para la administración de sobres de chis paz? ¿Está usted satisfecha con la atención que brinda el personal de enfermería?			

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

VARIABLE DEPENDIENTE: Crecimiento de niños de 6 meses a 3 años

Tabla N°2: Variable dependiente: Crecimiento de niños de 6 meses a 3 años

Conceptualización	Categorías	Indicadores	Ítems	Técnica	Instrumento	Dirigida
Crecimiento: proceso continuo que incluye cambios tanto físicos como del desarrollo	Procesos continuos Cambios físicos	Controles del niño sano Peso Talla Perímetro cefálico Nutrición Alimentación Derechos	Frecuencia de controles médicos. Cuale son los parámetros de crecimiento de niños de 6 meses a 3 años. Conoce usted la alimentación que requiere su hijo en esta etapa.	Cuestionario Observación Cuestionario	Encuesta Carne del niño sano Encuesta	Madres Niños Madres

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

3.6. Plan de Recolección de Información

Para determinar una relación entre las dos variables se debe realizar en el lugar de los hechos es decir en el Subcentro de Salud de la parroquia Alobamba, para investigar sobre las intervenciones que brinda el personal profesional de enfermería a los niños de 6 meses a 3 años.

Para la recolección de información se iniciara formulando los objetivos de la investigación correctamente a continuación se seleccionara la población en estudio y finalmente se elaborara los instrumentos de investigación en este caso el cuestionario y ficha de observación.

Instrumento

Se utilizó:

Guía de encuesta: Con preguntas cerradas con varias opciones, para las madres de los niños.

3.7. Procesamiento de la Información

Se siguió el siguiente proceso:

- Una vez aplicado las encuestas y ficha de observación al personal de enfermería que labora en el Subcentro de salud de Alobamba y a los niños menores de 3 años que son atendidos en esta casa de salud

- Se procedió a realizar un análisis crítico de la información recopilada para luego interpretarlo en forma escrita y gráfica.

- El análisis crítico e interpretación de los datos estadísticos obtenidos de los instrumentos de investigación determinó si la intervención de enfermería tiene relación con el crecimiento de los niños de 6 meses a 3 años.

- Por último se presentará las conclusiones a las que se ha llegado gracias al análisis de datos y posteriormente se indicaran las recomendaciones oportunas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Análisis de los resultados (encuestas, entrevistas)

Tabla N° 1

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS SOBRE EL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES

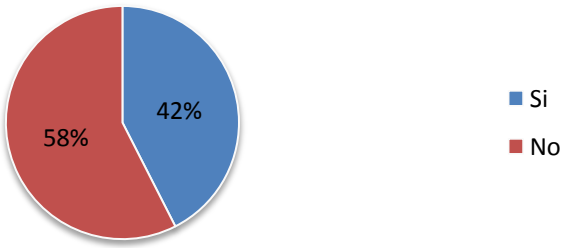
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Si	17	42%
No	23	58%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 1

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS SOBRE EL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 58% de las madres encuestadas desconocen sobre el Programa Integrado Micronutrientes mientras que el 42% lo conoce.

Los programas de suplementación de micronutrientes son factibles, practicables y con respaldo científico, sin embrago en nuestra población el desconocimiento es la razón por lo que no son administrados los sobres de chis paz, por otra parte la falta de concientización es más influyente ya que las madres aun conociendo sobre el programa no administran los sobres a sus hijos.

Tabla N° 2

ENTREGA EN LAS UNIDAD DE SALUD LOS SOBRES DE CHIS PAZ A MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS

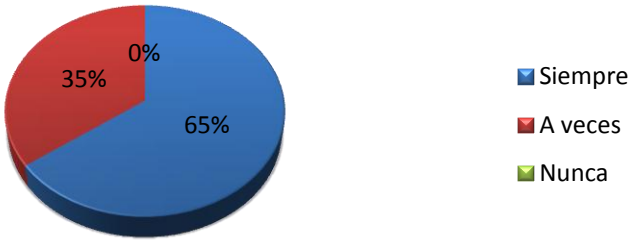
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Siempre	26	65%
A veces	14	35%
Nunca	o	0%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 2

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LA ENTREGA EN LAS UNIDA DE SALUD DE LOS SOBRES DE CHIS PAZ A LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las madres encuestadas el 65% afirma que le proporcionan los sobres de chis paz a su hijo siempre mientras que el 35% le proporcionan a veces.

La entrega de Chis Paz se la realiza en las unidades de salud del MSP, luego de la consulta integral. Los hábitos de nuestra población hacen que la visita médica sea únicamente de curación y no de prevención conllevando a que la entrega no sea a la edad adecuada ni que se cumpla con todo el tratamiento.

Tabla N° 3

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES

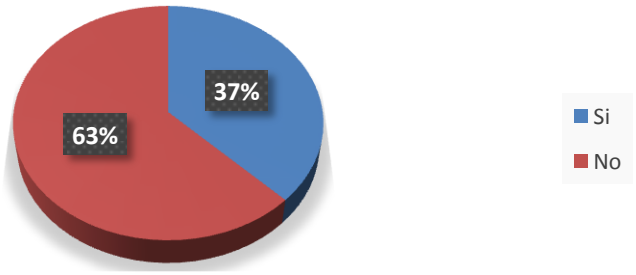
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Si	17	63%
No	23	37%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 3

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES SOBRE LOS BENEFICIOS DEL PROGRAMA INTEGRADO MICRONUTRIENTES



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las madres encuestadas el 63% refiere que no conoce sobre los beneficios del programa integrado micronutrientes mientras que el 37% si los conoce.

Cada micronutriente desempeña un rol muy importante en el organismo. El hierro es necesario para el transporte de oxígeno y dióxido de carbono, ya que forma parte de las principales proteínas transportadoras de estos elementos, contribuye a mejorar la capacidad de trabajo físico y de actividad motora espontánea, a disminuir las infecciones, especialmente del tracto respiratorio y a aumentar la velocidad del crecimiento y de conducción en los sistemas sensoriales auditivo y visual.

Tabla N° 4

EDUCACIÓN IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SOBRES DE CHIS PAZ POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS.

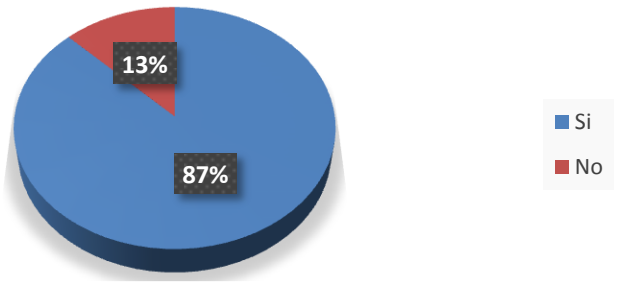
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Si	35	87%
No	5	13%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 4

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL EDUCACIÓN IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA PARA LA ADMINISTRACIÓN DE LOS SOBRES DE CHIS PAZ POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS.



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las encuestas realizadas a las madres se obtiene lo siguiente: el 87% afirma haber recibido educación por parte del personal de enfermería mientras que el 13% no la ha recibido.

La consejería es una herramienta utilizada por el personal de salud para motivar el cambio a prácticas saludables en los pacientes que acuden a las unidades de salud.

Se ha evidenciado que el personal de enfermería si brinda educación sobre la administración de sobres de chis paz al momento de su entrega, la capacitación es personalizada.

Tabla N° 5

CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS SOBRES LAS COMPLICACIONES AL ADMINISTRAR LOS SOBRES DE CHIS PAZ

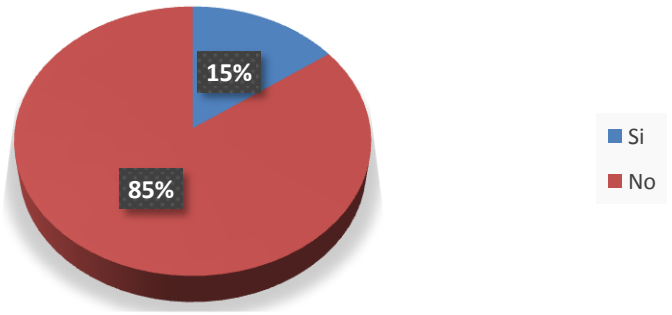
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Si	6	85%
No	34	15%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 5

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL CONOCIMIENTO DE LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS SOBRES LAS COMPLICACIONES AL ADMINISTRAR LOS SOBRES DE CHIS PAZ



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según las encuestas realizadas a las madres se obtiene los siguientes resultados: el 85% desconoce sobre las complicaciones al administrar los sobres de chis paz mientras que el 15% si las conoce.

Generalmente no hay ningún efecto colateral, pero a veces el niño o niña puede comer menos durante un día o tener vómitos o dolor de cabeza. Son las razones por las que se deja de administrar los sobres de chis paz, es necesario advertir a la madre que los síntomas son pasajeros.

Tabla N° 6

NÚMERO DE VECES QUE ADMINISTRAN A LOS SOBRES DE CHIS PAZ LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS

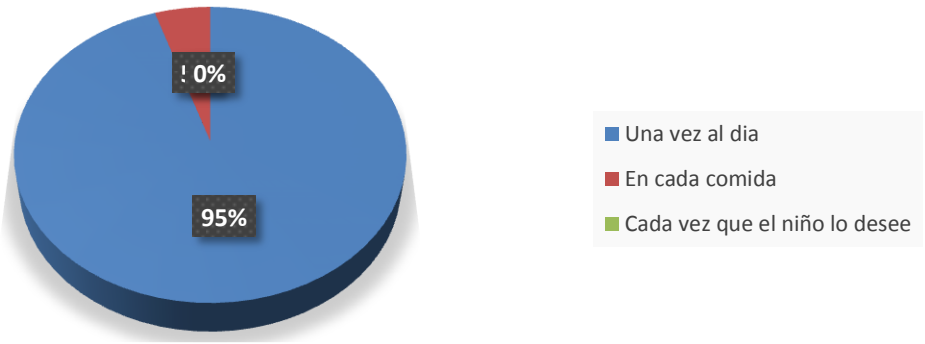
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Una vez al día	38	95%
En cada comida	2	5%
Cada vez que el niño lo desee	o	0%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 6

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL NÚMERO DE VECES QUE ADMINISTRAN A LOS SOBRES DE CHIS PAZ LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de las madres encuestadas, el 5% administras los sobres de chis paz en cada comida, mientras que el 95% lo realiza una vez al día.

Las Chis Paz suministran una dosis diaria periódica de micronutrientes, independiente de los alimentos complementarios del niño o niña. Se debe administrar una vez al día con preferencia cuando el niño tenga más hambre.

Tabla N° 7

EDUCACIÓN IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA NUTRICIÓN QUE REQUIEREN LOS NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS.

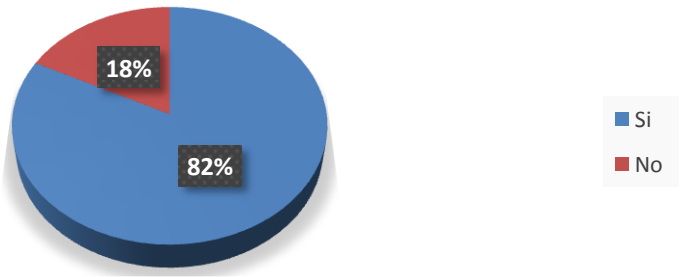
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Si	33	82%
No	7	18%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 7

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LA EDUCACIÓN IMPARTIDA POR EL PERSONAL DE ENFERMERÍA SOBRE LA NUTRICIÓN QUE REQUIEREN LOS NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS.



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según las encuestas realizadas a las madres obtiene los siguientes resultados: el 82% no conoce la nutrición que requiere su hijo mientras que el 18% si lo conoce.

La nutrición en los primeros años de vida es importante ya que en esta etapa de la vida las necesidades nutricionales son mayores y la velocidad de crecimiento es acelerada, es indispensable que el personal de enfermería eduque sobre este tema. Ya que es una población vulnerable.

Tabla N° 8

CAUSAS POR LAS CUALES LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS NO ADMINISTRAN LOS SOBRES DE CHIS PAZ

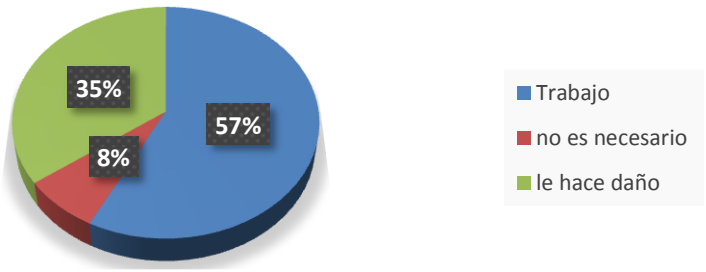
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Trabajo	23	57%
No es necesario	3	35%
Le hace daño	14	8%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 8

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE LAS CAUSAS POR LAS CUALES LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS NO ADMINISTRAN LOS SOBRES DE CHIS PAZ.



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Según las encuestas realizadas a las madres de niños de 6 meses a 3 años se obtiene los siguientes resultados: 57% afirma no administrar los sobres de chis paz a causa de sus trabajos, El 35% porque cree que no es necesario, y el 8% porque le hace daño.

En la actualidad la mujer forma parte activa de la base económica en la familia, por lo que el tiempo dedicado a su hijos es menor, los niños desde muy temprana edad se encuentra en guarderías o al cuidado de familiares.

Es una razón por lo que no existe una secuencia en la administración de los sobres de chis paz.

Tabla N° 9

FRECUENCIA CON LA QUE ACUDEN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS AL CONTROL DEL NIÑO SANO.

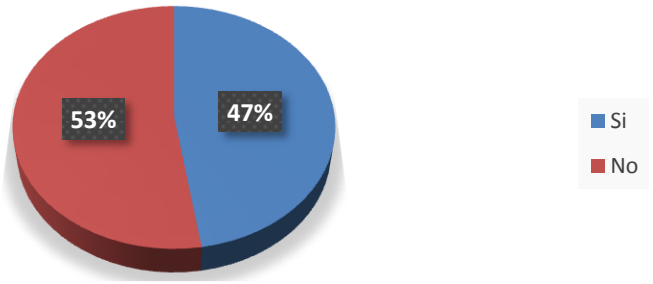
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Si	19	47%
No	21	53%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 9

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE FRECUENCIA CON LA QUE ACUDEN LAS MADRES DE NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS AL CONTROL DEL NIÑO SANO.



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de madres encuestadas, el 53% refiere no conocer la frecuencia con la que debe acudir al niño sano, mientras que el 47% afirma que si conoce.

La frecuencia de los controles del niño sano es cada mes, el objetivo es conocer los índices de crecimiento y desarrollo como también cumplir con el esquema de vacunación, nuestra población únicamente acude el primer año, posteriormente visitan al médico únicamente cuando el niño se enferma.

Tabla N° 10

VISITAS DOMICILIARIAS PARA COMPROBAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ALOBAMBA

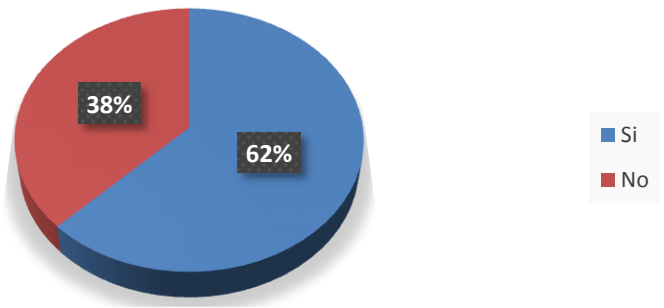
Alternativas	# de Pacientes	Porcentaje
Si	25	62%
No	15	38%
Total	40	100%

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Gráfico N° 10

DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SOBRE VISITAS DOMICILIARIAS PARA COMPROBAR EL ESTADO NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS QUE ACUDEN AL SUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA ALOBAMBA



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Del 100% de encuestadas, el 62% está de acuerdo con que se realice visitas domiciliarias. Mientras que el 38% no desea que la visiten.

Las visitas domiciliarias permiten brindar una atención personalizada, además valorar de forma real la situación nutricional de los niños, por otro lado la consejería que se aplicaría tendría mayor impacto.

4.2. Verificación de hipótesis

El método estadístico para comprobar las hipótesis fue chi-cuadrada

Planteamiento

H_0: La intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes No tiene relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

H_1: La intervención del personal de enfermería en el programa integrado micronutrientes SI tiene relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

Nivel de significancia y regla de decisión.

Además se hizo uso de un margen de error del 5% el cual se convierte en un nivel de confianza de 0.05 con el que se buscan los datos en la tabla chi-cuadrado.

El nivel de significación es de 5% = 0.05

$\alpha = 0.05$ (nivel de significancia) $1 - \alpha = 1- 0.0.5 = 0.95$

$gl = (f-1)(c-1)$

Dónde:

gl = grado de libertad
c = columna de la tabla
f = fila de la tabla

Para el cálculo del X^2 tomaremos las preguntas de las encuestas 4 en total

Remplazando:

gl = (4 – 1) (2 – 1)

gl = (3) (1)

gl = 3

α = 0.05

X^2 t: 7,81 X^2 t= 7,81

gl = 3

Si X^2 c > a X^2 t= se rechaza la hipótesis nula H_o y se acepta la hipótesis alterna H_1

Tabla N° 21: Tabla de Distribución del Chi-cuadrado

	Probabilidad de un valor superior				
Grados de libertad	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	2,71	3,84	5,02	6,63	7,88
2	4,61	5,99	7,38	9,21	10,60
3	6,25	7,81	9,35	11,34	12,84

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Cálculo de Chi Cuadrado (X^2 c)

Datos obtenidos de la Investigación

Frecuencias observadas

Con los datos obtenidos de las encuestas se procede a calcular las frecuencias esperadas a partir de las frecuencias observadas.

PREGUNTAS	Si	No	TOTAL
1. ¿Conoce usted sobre el Programa Integrado Micronutrientes?	**17**	**23**	40
4. ¿El personal de enfermería le ha educado sobre la administración de los sobres de chis paz?	35	5	40
7. ¿Cuándo usted acude al Subcentro de salud le educan sobre la nutrición que requiere su hijo?	33	7	40
9. ¿Conoce con qué frecuencia usted debe acudir al control del niño sano?	19	21	40
TOTAL	104	56	160

Tabla N° 12: Frecuencias observadas

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Cálculo de chi cuadrado

Se calculan las frecuencias esperadas:

Tabla N° 33: Frecuencias esperadas

PREGUNTAS	Si	No	TOTAL
1. ¿Conoce usted sobre el Programa Integrado Micronutrientes?	26,00	14,00	40
4. ¿El personal de enfermería le ha educado sobre la administración de los sobres de chis paz?	26,00	14,00	40
7. ¿Cuándo usted acude al Subcentro de salud le educan sobre la nutrición que requiere su hijo?	26,00	14,00	40
9. ¿Conoce con qué frecuencia usted debe acudir al control del niño sano?	26,00	14,00	40
TOTAL	104	56	160

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Se procede a calcular según las siguientes formulas

Estimador estadístico

Chi cuadrado

$$\mathbf{X^2 = \Sigma[\frac{(O-E)2}{E}]}$$

En donde:

$\mathbf{X^2}$ = Chi Cuadrado.

$\sum$ = Sumatoria.

O = Frecuencia Observada.

E = Frecuencia Esperada.

FO-FE= Frecuencia observada – frecuencias esperadas

$FO-FE^2$= Resultado de las frecuencias observadas y esperadas al cuadrado.

$FO-FE^2$/ E= Resultado de las frecuencias observadas y esperadas al cuadrado dividido para las frecuencias esperadas.

Tabla N° 44: Cálculo de chi cuadrado

Frecuencias observadas	**Frecuencias esperadas**	**FO-FE***	**$(FO-FE)^2$**	**(FO-FE)/FE**
FO	FE			
17	26,00	-9,00	81,00	3,12
35	26,00	9,00	81,00	3,12
33	26,00	7,00	49,00	1,88
19	26,00	-7,00	49,00	1,88
23	14,00	9,00	81,00	5,79
5	14,00	-9,00	81,00	5,79
7	14,00	-7,00	49,00	3,50
21	14,00	7,00	49,00	3,50
				28,57

Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

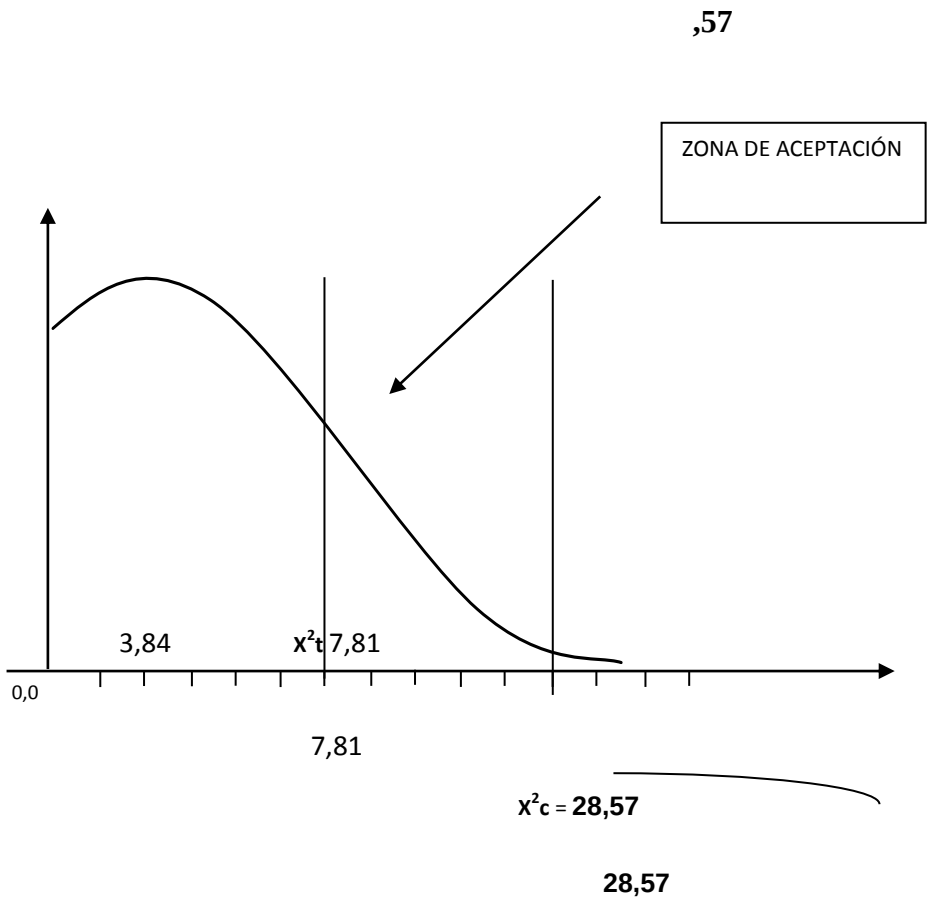
Regla de Decisión

Si $X^2c > X^2t$ se acepta la hipótesis de investigación (H1)

Como X^2c= **28,57**> (Mayor que) X^2t=7,81 se rechaza el Ho y se acepta la hipótesis de alternativa que dice (**H_1):** La intervención del personal de enfermería

en el programa integrado micronutrientes tiene relación con el crecimiento de niños de 6 meses a 3 años que acuden al subcentro de salud de la parroquia de Alobamba

Gráfico N° 2: Hipótesis comprobación



Fuente: Encuesta dirigida a las madres de niños de 6 meses a 3 años

Elaborado por: María Marcela Niza

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las madres no cuentan con la información y conocimientos sobre el programa de micronutrientes porque en la actualidad el personal de enfermería no proporciona charlas cuando acuden al Subcentro de Salud.

- El personal de enfermería ha sido capacitado de manera superficial porque no cuentan con la información y conocimientos adecuados para educar a las madres brindando actividades de consejería, además el tiempo es muy corto, no existe espacio para educación para la salud.

- El personal de enfermería educa a las madres sobre administración de los sobres de chis paz pero no con la frecuencia adecuada, una de las causales porque no lo administre es el trabajo, las personas a cargo de los niños no han recibido charlas sobre los procedimientos.

- Los micronutrientes necesarios e incluidos en el programa son: micronutrientes 28 en polvo (chis paz), el suplementación de zinc, vitamina a, suplementación de hierro, además el médico establece adicionalmente otros sobre todo si los niños están enfermos.

5.2. Recomendaciones

- Desarrollar recursos informativos y estrategias para que las madres cuenten con la información necesaria sobre el programa de micronutrientes además que esta información se útil para los cuidadores cuando las madres no disponen tiempo para la administración de los micronutrientes 28 en polvo (chis paz), el suplementación de zinc, vitamina a, suplementación de hierro.

- Mejorar la formación del personal mediante talleres con mayor información sobre el programa de micronutrientes, además desarrollo actividades formativas para una adecuada consejería para las madres.

- Incluir en charlas y talleres a los cuidadores de los niños, mejorando sus conocimientos acerca del programa de micronutrientes, además reforzar las actividades de formación que realiza el personal de salud.

- Fomentar un mejor control y seguimiento al niño sano mediante actividades que ayuden a conocer el estado de salud del niño, mediante estadísticas obtenidas de las visitas de las madres al Subcentro de Salud con sus hijos.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Título:

Plan de gestión en salud para la mejora de la intervención de enfermería en el programa integrado micronutrientes asociados al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

INSTITUCIÓN:

- Carrera de Enfermería.
- Facultad Ciencias de la Salud.
- Universidad Técnica de Ambato.
- Subcentro de Salud de Alobamba

BENEFICIARIOS DIRECTOS

- Personal de enfermería.
- Madres
- Niños de 6 meses a tres años
- Estudiantes de enfermería.

BENEFICIARIOS INDIRECTOS

- Subcentro de Salud de Alobamba.

UBICACIÓN SECTORIAL

El Subcentro de Salud de Alobamba se encuentra ubicado en la Provincia de Tungurahua, cantón Ambato, Parroquia Alobamba.

TIEMPO ESTIMADO PARA LA EJECUCIÓN:

1 Mes

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:

Investigador, personal de enfermería, tutor de tesis.

ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

Mediante la investigación a través de encuestas, y visitas extramurales se determinó que el 58% de madres de niños de 6 meses a 3 años que reciben atención en el SCS de Alobamba desconocen los beneficios del programa integrado micronutrientes. La mayoría desconocen, los cuidados, manejo y complicaciones que conlleva la administración de los sobres de chis paz. El 53% de las madres refiere no administrar los sobres a causa del trabajo lo que refleja que la educación debe ser dirigida a todos los miembros de la familia. De igual manera se ha podido identificar que el 70 % del personal de enfermería que labora en el Subcentro de salud de Alobamba no educa sobre el crecimiento del niño, además no aplica el proceso de atención de enfermería y no brinda cuidados específicos a la madre o cuidador del niño.

Por esta razón acudimos al Subcentro de Salud de la parroquia Alobamba con el fin de implementar un plan de gestión para mejorar el programa integrado micronutrientes, realizando talleres de capacitación a madres y personal de enfermería.

6.2. Justificación

La presente propuesta tiene como fin implementar un plan de gestión en salud para la mejora de la intervención de enfermería en el programa integrado micronutrientes asociados al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

El fin es lograr importantes cambios en la educación para la salud, donde intervengan el personal de enfermería y las madres de los niños de 3 a 6 años de

edad, posibilitando su formación para brindar apoyo a través de la sensibilización, capacitación y comunicación.

Es de importancia porque permitirá educar a las madres sobre los beneficios del programa de micronutrientes para sus hijos, desarrollando además material útil para la educación en salud, y la mejora de la salud infantil.

Es de interés fomentar el desarrollo integral de los niños/as para que sus padres conozcan acerca de los beneficios programa de micronutrientes, y de sus ventajas para la salud de los más pequeños.

Los beneficiarios son el personal de enfermería quien podrá contar con una herramienta de planificación de sus actividades, además se promoverá su capacitación en el tema y como informarlo a las madres de manera adecuada.

Las madres también se beneficiaran porque podrán contar con información para conocer acerca del programa de micronutrientes y participar de manera activa en el crecimiento integral e sus hijos.

6.3. Objetivos.

General

- Diseñar un plan de gestión en salud para la mejora de la intervención de enfermería en el programa integrado micronutrientes asociados al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

Específicos

- Realizar un análisis situacional de la intervención de enfermería en el programa integrado micronutrientes y del crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba.

- Planificar los objetivos y estrategias en el marco del plan según las necesidades de los beneficiarios.
- Implementar la propuesta a través de talleres de sensibilización con madres de familia
- Evaluar el plan en base a estrategias y objetivos concentrados en lapso de 6 meses.

6.4 Análisis de factibilidad

Factibilidad Técnica – tecnológica

Se cuenta con información para el desarrollo de estrategias en base a las necesidades de las madres y el personal de enfermería, los temas tendrán datos para la creación de recursos de formación como folletos y trípticos que fortalezcan la etapa de sensibilización.

La investigadora ha logrado conseguir los equipos informáticos y material de diapositiva para la realización de las actividades de capacitación y formación de las madres.

Factibilidad Económica

Se cuenta con el apoyo de la institución, además los gastos no representan rubros económicos altos, porque se cuenta con recursos técnicos y tecnológicos, además todo el financiamiento estará a cargo de la investigadora, que ha logrado el apoyo del subcentro para las actividades formativas con enfermeras, y madres.

Factibilidad Operativa

Se cuenta con el apoyo de los directos, el personal de enfermería del Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba, están ayudando a todas las etapas de la propuesta brindando espacios para charlas y talleres corto.

6.5. Fundamentación teórica

Educación para la salud

El concepto de la promoción de la salud se basa en la interpretación social y cultural de la salud y la enfermedad. La promoción de la salud es el proceso de capacitar a la gente para que adquiera mayor control sobre su salud; se lleva a cabo a través de la acción intersectorial. La promoción de la salud es un concepto dinámico y evolutivo que involucra a la gente en el contexto de sus vidas diarias, por ejemplo en la casa, la escuela, el lugar de trabajo, etc., y que promueve que se alcance el máximo nivel de bienestar físico, mental y social para todos. (Instituto de la UNESCO para la Educación, 1997)

La educación para la salud puede interpretarse como un elemento de promoción de la salud. La promoción de la salud y la educación para la salud tienen como propósito mejorar el acceso a la información y a los servicios relacionados con la salud, con el fin de que la gente obtenga un mayor control sobre su propia salud y su propio bienestar. Los conocimientos a los que se hace referencia aquí no sólo se refieren a la difusión de datos sencillos sobre la salud, sino también a la difusión de otros tipos de información y habilidades. (Instituto de la UNESCO para la Educación, 1997)

Un elemento fundamental de las políticas de promoción de la salud es la acción comunitaria. Las iniciativas locales se apoyan a través del suministro de conocimientos, información y capacitación relevantes. Al reconocer la función de los factores ambientales y sociales para alcanzar y conservar la salud, las iniciativas comunitarias consisten en abogar por ellas o en emprender acciones políticas, con el fin de crear un medio ambiente propicio para la salud. Tales iniciativas fijan su atención no sólo en modelos de enfermedad o servicios curativos, sino en los aspectos sociales e institucionales de la vida cotidiana. (Instituto de la UNESCO para la Educación, 1997)

Aunque la acción comunitaria implica que las comunidades deben asumir la responsabilidad de su propia salud, esto no quiere decir que se está dejando de exigir la atención del nivel político y del sector sanitario profesional. La intercesión y la presión a favor del mejoramiento de la salud y de las políticas para la salud eficaces son uno de los objetivos principales de la promoción de la salud. La educación para la salud pública es responsabilidad del gobierno. (Instituto de la UNESCO para la Educación, 1997)

El Estado incorporará en los programas de estudios de educación básica contenidos relacionados con la calidad nutricional, para fomentar el consumo equilibrado de alimentos sanos y nutritivos. Las leyes que regulan el régimen de salud, la educación, la defensa del consumidor y el sistema de la calidad, establecerán los mecanismos necesarios para promover, determinar y certificar la calidad y el contenido nutricional de los alimentos, así como también para restringir la promoción de alimentos de baja calidad, a través de los medios de comunicación.

6.6. Metodología. Modelo operativo

Tabla N° 5: Modelo Operativo

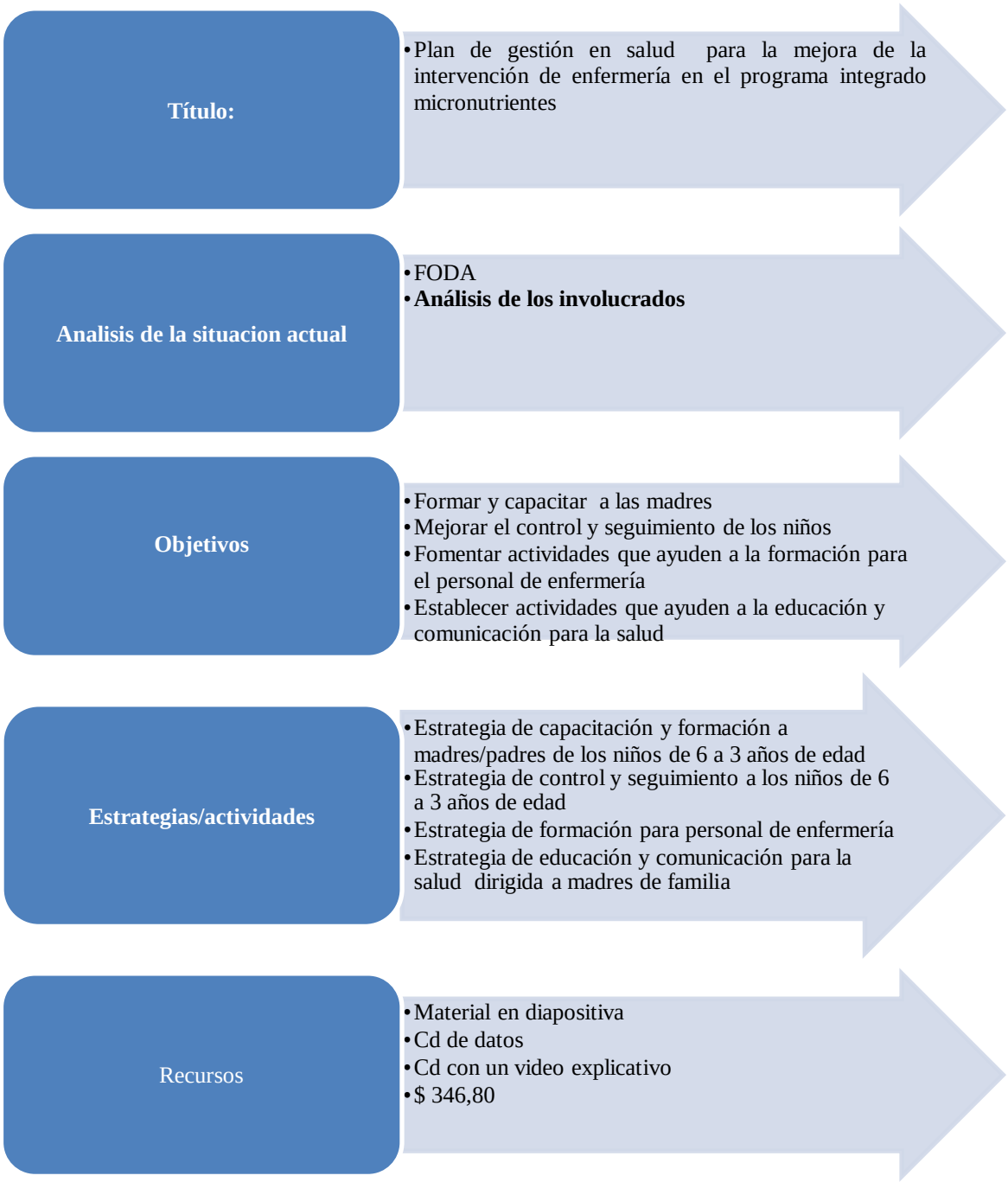
FASES	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO	PRODUCTO
¿CÓMO?	**¿PARA QUÉ?**	**¿QUÉ?**	**¿CON QUÉ?**	**¿QUIÉN?**	**¿CUÁNDO?**	
Planificación	Planificar las estrategias en base al plan operativo de manera preliminar	Diseño del plan en base a varias etapas	Proyector Computador Diseño preliminar Materiales de oficina.	Investigadora	Julio del 2014	1 plan desarrollado 1 plan operativo
Socialización	Socializar la propuesta con el personal de enfermería	Presentación del plan en el subcentro	Materiales de oficina. Plan Propuesta Computador.	Investigadora	Agosto del 2014	1 socialización
Ejecución	Ejecutar el cronograma de actividades	• Estrategia de capacitación y formación a madres/padres de los niños de 6 a 3 años de edad • Estrategia de control y seguimiento a los niños de 6 a 3 años de edad • Estrategia de	Proyector Computador Diseño preliminar Materiales de oficina. Videos Hojas de asistencia	Investigadora	Julio a octubre 2014	4 estrategias

		formación para personal de enfermería • Estrategia de educación y comunicación para la salud dirigida a madres de familia				
Evaluación	Evaluar las actividades ejecutadas Comprobar los logros	✓ Seguimiento ✓ Entrevistas. ✓ Observación. ✓ Mesas de discusión	Proyector Computador Diseño preliminar Materiales de oficina. Videos Hojas de asistencia a talleres Hoja evaluación	Investigadora	Octubre del 2014	1 evaluación por cada estrategia ejecutada

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

I. Fases de la propuesta

Gráfico N° 3: Modelo Operativo gráfico de la propuesta



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

II. TÍTULO

Plan de gestión en salud para la mejora de la intervención de enfermería en el programa integrado micronutrientes asociados al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad que acuden al Subcentro de salud de la parroquia de Alobamba, Provincia de Tungurahua.

- **Análisis de la situación actual**

Se realiza en este punto el llamado FODA, donde se establecen las oportunidades, debilidades, fortalezas y amenazas.

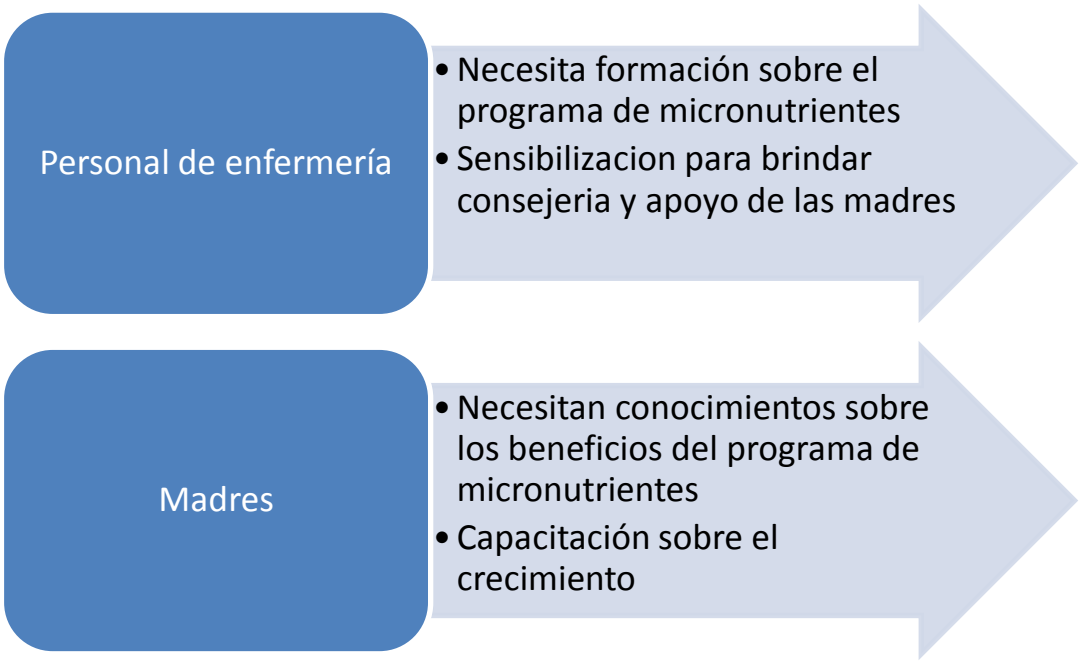
Tabla N° 2: FODA

Fortalezas	**Oportunidades**
• Apoyo en las actividades de formación al personal • Objetivos dirigidos a la educación para la salud	• Programas nacionales para la nutrición de los niños. • Compromiso del Ministerio de Salud en el crecimiento integral del niño
Debilidades	**Amenazas**
• Escasos recursos informativos para las madres que acuden al control del niño sano	• Inadecuada formación de las madres en temas de nutrición de sus hijos.

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

Análisis de los involucrados

Gráfico N° 2: Involucrados



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

- **Objetivos**

✓ Formar y capacitar a las madres de las madres/padres para la administración adecuada de micronutrientes

✓ Sensibilizar a las madres sobre la nutrición de los niños para su crecimiento integral

✓ Mejorar el control y seguimiento de los niños de 6 a 3 años de edad con herramientas que ayuden a conocer si es adecuado a su estatura, talla y peso.

✓ Fomentar actividades que ayuden a la formación para el personal de enfermería para que respalden a las madres en la administración de micronutrientes.

✓ Establecer actividades que ayuden a la educación y comunicación para la salud a través de recursos informativos que podrán ser entregados en el Subcentro de Salud.

- **Estrategias/actividades**

1. Estrategia de capacitación y formación a madres/padres de los niños de 6 a 3 años de edad

Objetivo:

- ✓ Formar y capacitar a las madres de las madres/padres para la administración adecuada de micronutrientes
- ✓ Sensibilizar a las madres sobre la nutrición de los niños para su crecimiento integral

Actividades

1. Desarrollo de 2 talleres sobre el programa integrado micronutrientes
2. Desarrollo de un foro con profesionales en salud de 2 horas dirigido a madres de familia.
3. 1 mesa redonda con las madres padre que realicen un debate acerca de la información que reciben con respecto al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad y el programa integrado micronutrientes.

Talleres para madres de familia

Taller 1: Micronutrientes

Objetivo:

Sensibilizar sobre las ventajas de los micronutrientes en la salud de los niños y su crecimiento.

Contenidos:

- Nutriente esencial
- Fortificación
- Micronutrientes en polvo (mnp), conocidos como Sprinkles@ o Chis Paz
- Suplementación de hierro con micronutrientes en polvo (CHIS PAZ)
- Procedimiento adecuado de administración de Chis Paz
- Suplementación de hierro con micronutrientes 28 men polvo (chis paz)
- Ventajas del consumo de chis paz
- Suplementación de zinc con micronutrientes en polvo (chis paz)

CONTEXTUALIZACIÓN

Suplementación

Desde un punto de vista nutricional, un suplemento es un aporte extra de nutrientes. La Food and Drug Administration norteamericana define los suplementos nutricionales como sustancias que intentan suplementar la dieta a base de uno o más componentes dietéticos (vitaminas, minerales,

aminoácidos, etc.), y que pueden administrarse de distintas formas (cápsulas, líquidos), con el fin de complementar las necesidades nutricionales particulares determinadas por distintas situaciones físicas, fisiológicas, metabólicas o patológicas específicas. Sin embargo, es más claro hablar de suplementos nutricionales cuando nos referimos a aquellos preparados para usos nutricionales específicos, completos o no en cuanto a su composición, que complementan una dieta oral insuficiente. (Alonso A. y cols. 2007)

Los suplementos nutricionales deben tener unas indicaciones precisas y no deben administrarse de manera indiscriminada, ya que su uso de una forma incorrecta puede tener efectos adversos.

Con la evidencia actual, los suplementos nutricionales sólo parecen tener un posible efecto beneficioso en aquellos enfermos que presentan un riesgo de desnutrición moderado o alto. Las primeras sustancias que se emplearon como suplementos fueron las vitaminas, acompañadas o no de distintos minerales. En los últimos años se han popularizado muchos más tipos de suplementos, tanto para la alimentación de niños sanos como para patologías concretas. Se pueden diferenciar tres grupos dentro de los denominados suplementos nutricionales. Por un lado, las dietas enterales, que se podrían usar como dieta completa o como suplemento, bien para niños sin patologías específicas o aquellas que se emplean en determinadas enfermedades crónicas.

En segundo lugar, nos encontraríamos las denominadas fórmulas modulares, que están formadas por un solo tipo de nutrientes o una combinación de algunos de ellos. Y, en tercer lugar, el grupo formado por vitaminas, minerales y oligoelementos, que también se pueden utilizar como suplemento dietético. (Alonso A. y cols. 2007)

MICRONUTRIENTES EN POLVO (MNP), CONOCIDOS COMO SPRINKLES@ O CHIS PAZ

Los micronutrientes en polvo (mnp), conocidos como Sprinkles@ o Chis Paz, como se denominan en Ecuador, son una propuesta creativa para brindar micronutrientes a niñas y niños pequeños, entre 6 a 24 meses de edad. Se trata de sobres individuales con una combinación de micronutrientes (hierro encapsulado, zinc, vitaminas A, C y D, y ácido fólico), que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro. Las Chis Paz fueron desarrolladas para superar los efectos secundarios y las desventajas de la suplementación por medio de gotas de hierro

El fumarato ferroso de las Chis Paz es encapsulado con una cubierta lipídica, que impide la disolución del mismo en las comidas, evitando cambios organolépticos (en color, olor y sabor).

La administración de sesenta sobres de Chis Paz óptimamente, en sesenta días, un sobre por día, es suficiente para mejorar rápidamente las concentraciones de hemoglobina y los depósitos de hierro en una gran proporción de niñas y niños pequeños. Luego de la ingestión de 60 sobres, los beneficios hematológicos se mantienen por un período de seis meses. Por lo tanto, los sobres de Chis Paz pueden no ser necesarios durante un periodo largo de tiempo

La entrega de Chis Paz se la realiza en las unidades de salud del MSP, luego de la consulta integral efectuada por los profesionales de salud. En el primer contacto, a partir de los seis meses de edad del menor, se entregará una caja con 30 sobres. Se debe

indicar a la madre que debe administrar al niño o niña un sobre por día. Los 30 sobres restantes serán entregados en un segundo contacto cuando el niño o niña asista al control. Este fraccionamiento en las entregas tiene como fin preservar los micronutrientes y realizar el seguimiento al consumo del suplemento.

Una vez terminados los sesenta sobres se espera un lapso de 4 meses para prescribir e iniciar un nuevo ciclo de sesenta sobres. La s u p l e m e n t a c i ó n con Chis Paz debe realizarse, idealmente a los 6, 12 y 18 meses de edad del niño o niña. Si la primera entrega de Chis Paz es a los seis meses de edad, el niño o niña terminará los sobres a los 8 meses y el nuevo ciclo debería iniciar a los 12 meses, es decir, cuatro meses después.

SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO CON MICRONUTRIENTES EN POLVO (CHIS PAZ)

Para la correcta distribución de Chis Paz, es muy importante tener en cuenta los siguientes puntos:

Indicar a la madre que se debe administrar un solo sobre de CHIS PAZ por día durante sesenta días seguidos. Si por algún motivo deja de administrar un día las CHIS PAZ , por olvido u otra circunstancia, debe continuar con la suplementación de un sobre por día como indica la norma y compensar al final; es decir, cuando termine el resto de sobres

Los primeros treinta sobres deben ser entregados en el primer contacto con el menor, a partir de los seis meses de edad del niño o niña

Iniciar el primer ciclo desde los seis meses de edad en adelante, a los seis meses de edad cumplidos, junto a la alimentación complementaria. Repetir ciclos de tratamiento cada seis meses, luego a los 12 y 18 meses de edad.

Brindar a la madre consejería respecto al uso de Chis Paz y los beneficios de hacerlo. resto un mes después.

- La madre y/o el cuidador del niño o niña deben conocer con exactitud el procedimiento adecuado de administración de Chis Paz, por lo cual deben ser capacitados en los siguientes pasos:

PROCEDIMIENTO ADECUADO DE ADMINISTRACIÓN DE CHIS PAZ
Lavarse las manos con agua y j jabón.
Preparar el alimento que el menor va a comer bajo normas estrictas de higiene y colocarlo en el plato de él o ella.
Tomar una pequeña porción (2 o 3 cucharadas) del alimento que el menor comerá y colocarla en un plato aparte. Dejarlo enfriar
Romper la esquina superior del sobre.
Poner todo el contenido del sobre en la porción del alimento que el niño o niña consumirá. f. Mezclar bien el alimento que el niño o niña de seguro comerá en su totalidad, con todo el contenido del sobre.
Una vez preparado el alimento con el sobre, no compart irlo con otros miembros de la familia. El alimento con el contenido del sobre es solo para el niño o niña
El alimento mezclado con el contenido del sobre debe consumirse máximo en los próximos treinta minutos. Si se espera más tiempo el alimento puede cambiar de color.
Es preferible no verter el producto en líquidos , ya que parte del contenido se puede quedar en las paredes del recipiente. El alimento mezclado con Chis paz no debe ser vuelto a calentar.

VENTAJAS DEL CONSUMO DE CHIS PAZ

- Las Chis Paz suministran una dosis diaria periódica de micronutrientes, independiente de los alimentos complementarios del niño o niña.
- Este producto permite añadir al alimento otros micronutrientes (como vitamina A, C, ácido fólico y zinc.) para prevenir y tratar otras deficiencias y mejorar el estado nutricional en general.

- La encapsulación lipídica del hierro previene la interacción con los alimentos, evitando así los cambios de color, sabor y textura; además, reduce las molestias gastrointestinales y la interacción del hierro con otros micronutrientes porque se absorbe a nivel de intestino delgado
- Los sobres son fáciles de usar y convenientes. No requieren de ningún utensilio de medición especial y pueden ser administrados en cualquier comida durante el transcurso del día. No se necesita ser alfabetizado para aprender a usarlos correctamente.
- El empleo de las Chis Paz no requiere un cambio en las prácticas de alimentación ya que se lo mezcla con productos preparados en casa. No obstaculiza las prácticas de la lactancia materna y puede ayudar a promover a tiempo (a los seis meses) la transición de lactancia materna exclusiva a complementaria.
- La sobredosis por este medio de suplementación es poco probable, debido a que se deben consumir aproximadamente 20 sobrecitos en un mismo momento para alcanzar niveles de toxicidad.

- Al ser los sobres livianos, son fáciles de almacenar, transportar y distribuir. También tienen una vida útil, incluso en condiciones adversas, de dos años.
- El costo del producto no es excesivo y el embalaje es atractivo y de fácil aceptación.
- Los sobres son fáciles de usar y convenientes. No requieren de ningún utensilio de medición especial y pueden ser administrados en cualquier comida durante el transcurso del día. No se necesita ser alfabetizado para aprender a usarlos correctamente.

- El empleo de las Chis Paz no requiere un cambio en las prácticas de alimentación ya que se lo mezcla con productos preparados en casa. No obstaculiza las prácticas de la lactancia materna y puede ayudar a promover a tiempo (a los seis meses) la transición de lactancia materna exclusiva a complementaria.
- La sobredosis por este medio de suplementación es poco probable, debido a que se deben consumir aproximadamente 20 sobrecitos en un mismo momento para alcanzar niveles de toxicidad.
- Al ser los sobres livianos, son fáciles de almacenar, transportar y distribuir. También tienen una vida útil, incluso en condiciones adversas, de dos años.
- El costo del producto no es excesivo y el embalaje es atractivo y de fácil aceptación.

EFECTOS SECUNDARIOS DE LA ADMINISTRACIÓN DE CHIS PAZ

Se han reportados algunos efectos secundarios con la suplementación de Chis Paz, como el oscurecimiento de las heces, constipación y la presencia de

diarrea. La consistencia de las heces no cambia en la mayoría de los infantes. Algunos infantes muy pequeños, quienes previamente no han sido expuestos a una alimentación complementaria que contenga micronutrientes (como es el caso de los que están en el periodo de lactancia exclusiva) pueden desarrollar heces líquidas o diarrea leve. La diarrea no da lugar a una deshidratación y dura aproximadamente una semana y no regresa; es auto limitada.

Fuente: (Ministerio de Salud Publica del Ecuador, 2011)

Metodología

Taller teórico-práctico.

Horario: 1 hora por semana

Duración: 4 horas por mes

Materiales de capacitación:

- Trípticos informativos

Talleres para madres de familia

Taller 2: Crecimiento del niño de 3 meses a 6 años

Objetivo:

Sensibilizar a las madres sobre las fases del crecimiento y desarrollo de los niños de 3 meses a 6 años.

Contenidos:

Características del niño de 0 a 3 años

Desarrollo físico

Medidas antropométricas

Metodología

Taller teórico-práctico.

Horario: Cada 15 días

Duración: 1 hora

Materiales de capacitación:

- Trípticos informativos
- Folletos
- Diapositivas
- Gráfica de crecimiento del niño

2. Estrategia de control y seguimiento a los niños de 6 a 3 años de edad

Objetivo:

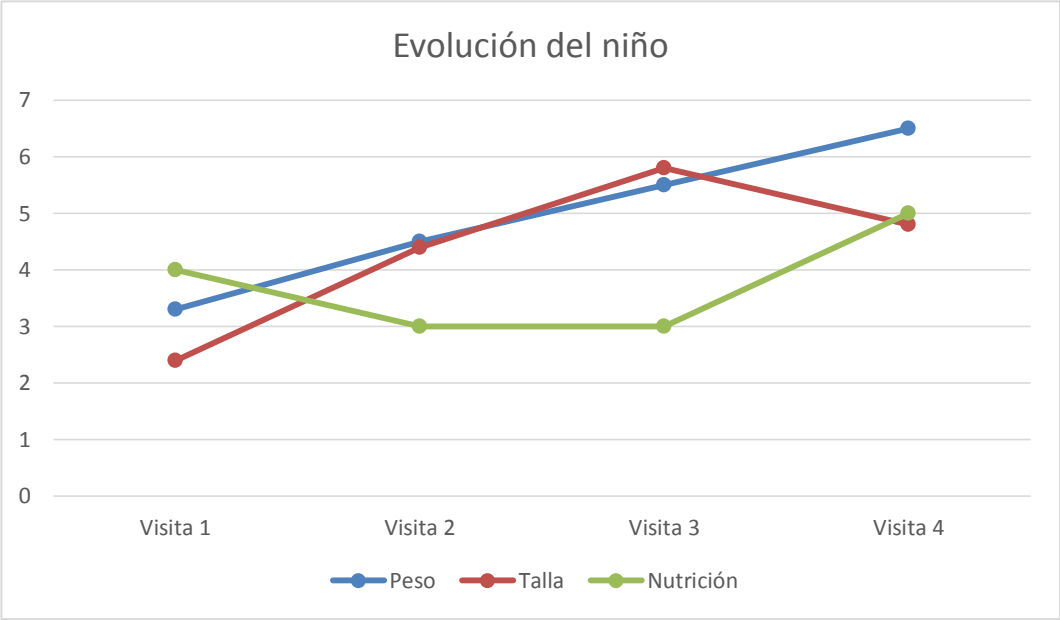
Mejorar el control y seguimiento de los niños de 6 a 3 años de edad con herramientas que ayuden a conocer si es adecuado a su estatura, talla y peso.

Actividades

1. Visitas domiciliarias del personal de enfermería al niño de manera trimestral.

2. Control estadístico del peso y talla por las visitas al centro de salud para establecer si la evolución del niño es la deseada a través de gráficas de análisis.

Gráfico N° 3: Ejemplo



Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

CONTEXTUALIZACIÓN

CARACTERÍSTICAS DE LAS/OS NIÑAS/OS DE 0-3 AÑOS.

DESARROLLO FÍSICO.

El periodo neonatal (las cuatro primeras semanas de vida) son un momento de transición de la vida intrauterina a una existencia independiente.

El bebé al nacer tiene la cabeza grande, ojos grandes adormilados, nariz pequeña y mentón hendido (favorece la lactancia) y mejillas gordas.
La cabeza del neonato es un cuarto de la longitud del cuerpo, y sus huesos no se fusionarán por completo hasta los 18 meses.

De 0 a 1 año.

- Los primeros días de vida: Los recién nacidos presentan una pérdida fisiológica del peso de hasta un 10% aproximadamente del que tenía al nacer. Esto es normal y no debemos alarmarnos ya que este peso que se ha perdido se recupera e incluso se supera a los 12-14 días de vida.
- Hasta los 2 meses: El peso del bebé aumenta en (más o menos) unos 30g diarios los tres primeros meses, lo que al acabar el mes puede suponer unos 900g y un total de 3kg al terminar pasar los 3 meses desde su nacimiento. El crecimiento físico del niño es más rápido durante los 3 primeros años que durante el resto de su vida, y a medida que los niños crecen su cuerpo cambia.
- De 3 a 6 meses: Crece rápidamente, la velocidad de crecimiento es elevada pero va disminuyendo de forma progresiva. En cuanto a longitud, el bebé crece 3,5cm al mes. Estos datos varían entre el 4º y 6º mes, ya que en cuanto a peso aumenta a 50g diarios (medio kilo más al mes), y en cuanto a crecimiento de longitud son 2cm.
- De 7meses a 1 año: El bebé incrementa su peso en 12g más por día y crece sobre 1,2cm al mes. Los primeros dientes que aparecen son los incisivos inferiores alrededor de los 6 o 7 meses (aunque se puedan retrasar hasta los 12).

De 1 a 2 años.

Durante el primer año los bebés crecen sobre 25cm y triplica su peso de neonato. A lo largo de este segundo año el crecimiento es de unos 12-14cm y engordará sobre 4kg.
En este tiempo el cuerpo del bebé comienza a estilizarse poco a poco, la mayoría pasan de ser rechonchos a más delgados y estirados.

- Brazos y piernas se alargan, desarrollan sus músculos.
- El tronco pierde un poco de grasa.
- La cabeza crece más despacio, aunque sigue siendo bastante grande.
- Deja de tener esa redondez de mejillas que le hacen cara de bebé, crece la nariz y tiene más dientes. Sobre los 15m aparecen los primeros molares y hacia los 2 años algunos niños ya presentan la dentadura temporal completa.
- Aprende a andar y se mueve todo el tiempo, por ello desarrollan los músculos y queman grasa.

De 2 a 3 años.

Ahora el niño crecerá sobre 5cm y aumentará entorno a los 3 o 4kg de peso.

- El bebé termina de transformarse a niño.
- El cambio más visible es la pérdida de volumen del cuerpo, ya que al estar activo (caminar, saltar, correr....) van quemando grasa y desrrollando la musculatura.
- Se endereza la columna, camina más derecho.
- Se alarga el cuello y pierde barriga, tiene ya un aspecto más proporcionado.
- Se afina la cara, pierde esa característica cara de bebé (mofletes, boca) La dentadura termina de completarse.
- Los pies también cambian, crecen y se hacen fuertes. Pierden esa almohadilla de grasa bajo el arco de la planta del pie.

Los niños se estilizan durante los 3 primeros años.

DESARROLLO DEL ÁREA ADAPTATIVA.

Esto hace referencia a la capacidad que tienen los niños de usar información y las habilidades logradas en el terreno motor, cognitivo y comunicativo. . Todo esto hace que el niño pueda ser más independiente.

- De 0 a 5 meses: Los recién nacidos cuando agarran algo (los dedos de los adultos, por ejemplo) lo hacen como acto reflejo como respuesta a un estímulo. A los 3 meses, el niño empieza a adquirir el hábito de agarrar objetos o utensilios. En el cerebro se producen conexiones para poder realizar movimientos con las manos, y las manos del bebé se desarrollan durante los 2 primeros años de vida. Los niños perciben los objetos cercanos pero no siempre los alcanzan. Cuando lo logra se da cuenta de que sus esfuerzos valieron para algo por lo que repite continuamente la acción.
- La percepción de la profundidad se aprende muy temprano, pero esta no indica temor a las alturas. El sentido del peligro se desarrollará más tarde y está relacionado con la capacidad de moverse por sí mismos.

- Las acciones con la boca y las manos son las que primero desarrollan (y las que primero se desarrollan en el cerebro).
- Con 2 años ya tienen la habilidad para abrir y cerrar puertas y sin embargo aún les puede resultar difícil vestirse-desvestirse, lavarse los dientes...

- Los bebés de entre 10 y 12 meses lloran cuando ven llorar a otro niño, sobre los 14 meses acarician o abrazan a un bebé que llora y a los 18m pueden prestarle algún tipo de ayuda, como ofrecer un juguete para reconfortarle.

- En cuanto a la conversación, los niños son egocéntricos, hablan sin saber y sin importarles si la persona a la que hablan está interesada o si escucha.

Hacia los 18m experimentan una explosión de nombres, de pronto adquieren muchas palabras nuevas para nombrar objetos o personas.

DESARROLLO DEL ÁREA SOCIAL.

El desarrollo emocional de los niños depende de muchos factores, algunos innatos y otro solo son visibles después de un tiempo.

- Poco después de nacer los bebés muestran interés, angustia y disgusto.

- Al nacer, los llantos y gritos indican incomodidad física, pero más adelante esto se puede convertir en la exteriorización de la angustia psicológica.
- Sus primeras sonrisas suelen ser espontáneas como reflejo de bienestar interno. Al cabo de unos meses, las sonrisas son señales sociales con las que muestra su agrado por otras personas.
- Hacia los 8 meses los bebés (en su mayoría) desarrollan miedo a los adultos extraños, sin embargo no desarrollan miedo hacia los niños extraños.

Capacidades y características en el área personal-social de los niños, que le permiten establecer interacciones sociales.

- De 0 a 5 meses: Muestra conocimiento de sus manos. Muestra deseos de ser cogido en brazos por una persona conocida.
- De 6 a 11 meses: Participa en juegos como "cucú" y responde a su nombre.

- De 12 a 17 meses: Inicia contacto social con compañeros e imita a otros niños.
- De 18 a 23 meses: Sigue normas de vida cotidiana, juega solo junto a otros compañeros (lo que se llama juego en paralelo, juegan todos en el mismo sitio pero no juntos a un único juego).
- 2 años: Conoce su nombre e incluso el apellido (no siempre). Utiliza pronombres o su nombre para referirse a sí mismo (hablar en tercera persona).
- 3 años: Reconoce las diferencias entre hombre y mujer, responde al contacto social de adultos conocidos

Medidas antropométricas

PESO

El peso mide la masa corporal total de un individuo (tejido magro, tejido graso y fluidos intra y extracelulares) y es de suma importancia para monitorear el crecimiento de los niños y niñas porque reflejan el balance energético.

Las niñas y niños sanos y bien alimentados deben ganar suficiente peso cada mes. El aumento de peso es mayor durante los dos primeros años de vida y después disminuye progresiva- mente. Una guía fácil para saber si los niños y niñas están creciendo de manera adecuada es que al año de edad prácticamente se triplica el peso que tenía al nacer y a los dos años casi se cuadruplica.

Talla (longitud o talla)

La talla o longitud son medidas utilizadas para evaluar el crecimiento longitudinal en niños y niñas menores de cinco años, ya que un alto porcentaje de la talla adulta se alcanza en este período de vida.

Es muy importante establecer la diferencia entre la toma de los datos de la talla y de la longitud, ya que, de esto depende la calidad de la información que sobre el tamaño del niño y niña se obtenga.

Longitud

Mide el tamaño de niños y niñas desde la coronilla de la cabeza hasta los pies (talones) y se mide acostado, boca arriba (en cúbito supino). Esta medida se toma en niños y niñas de cero a veinticuatro meses.

A continuación se encuentran dos tablas con las diferentes medidas de longitud en centímetros, esperados desde el nacimiento hasta los dos años, de acuerdo con la edad y el sexo de niños y niñas. En ellas se pueden observar las diferencias mes a mes.

Perímetro cefálico

El perímetro cefálico representa la máxima circunferencia del cráneo en un plano horizontal que pasa por encima de las cejas y la prominencia occipital. Aporta información valiosa en relación con el crecimiento del cerebro, especialmente durante los primeros tres años de vida, cuando alcanza el 80% de su tamaño definitivo; a los seis años llega al 93%; de siete a dieciocho años aumenta solo

cuatro centímetros y después de los dieciocho años casi no crece.

La medición del incremento del perímetro cefálico es útil para detectar anormalidades del sistema nervioso central. En cuanto a la relación con el estado nutricional hay controversias: hay quienes consideran que durante los primeros tres años de vida es un buen indicador del crecimiento y del estado nutricional, ya que, en lactantes sanos y desnutridos, el incremento en el perímetro cefálico se relaciona estrechamente con el incremento en la longitud.

Talleres para el personal de enfermería

Taller 2: Apoyar a las madres en la administración de micronutrientes

Objetivo:

Mejorar la intervención del personal de enfermería con herramientas que mejoren la educación de las madres.

Contenidos:

- Condiciones para una buena consejería
- Utilizar una comunicación no verbal
- Principios de la consejería
- Pasos de la consejería para la suplementación terapeutica de vitmanina a

Paso 1: explicación de la situación encontrada

Paso 2: análisis de factores causales

Paso 3: búsqueda de alternativas de solución

Paso 4: registro de datos y acuerdos tomados

Paso 5: seguimiento

Metodología

Taller teórico-práctico.

Horario: 2 horas por mes

Duración: 1 hora cada quince días

Materiales de capacitación:

- Trípticos informativos
- Folletos

CONTEXTUALIZACIÓN

CONSEJERÍA

Hacer consejería no significa aconsejar. Es una técnica comunicacional cuyos propósitos fundamentales son:

- Desarrollar la autonomía de las personas, mediante el establecimiento de un vínculo entre el Consejero y su destinatario.
- La exploración de la realidad del entrevistado, a través de un diálogo confiable y una escucha atenta y abierta por parte del Consejero;
- La resolución de situaciones problemáticas en forma conjunta entre ambos, mediante la identificación de recursos y de conductas positivas que existen o pueden ser incorporadas; y
- La síntesis de un plan de acción, elaborada por el Consejero como un resumen de lo conversado y de las soluciones posibles detectadas entre ambos.

El objetivo de la consejería

En nutrición es acompañar a la madre, la familia o quien se ocupa del cuidado del niño o niña, para facilitar la adopción de prácticas y conductas beneficiosas en relación con la alimentación. La consejería comprende la evaluación de la alimentación y la orientación que se debe brindar en cada control del niño sano, así como también cuando está enfermo. Asegurar el cumplimiento de estos aspectos es parte fundamental del compromiso para mejorar la salud y la nutrición de los niños.

Una vez identificados los problemas de la alimentación de la niña o niño, el equipo de salud debe ofrecer sugerencias precisas a fin de alentar las prácticas adecuadas, modificar aquellas que lo requieran, así como para afianzar los cambios logrados. Además de brindar información concreta y apropiada, hay que establecer una relación confiable mostrando interés, respeto y comprensión, y aceptando los dichos y sentimientos de las personas y reforzar la confianza de padres o cuidadores en la tarea que les compete.

¿Cuándo ofrecer consejería en alimentación?

Es importante reconocer las diversas oportunidades de contacto para brindar Consejería que existen entre el personal de salud y las madres o responsables de los niños. Entre ellas, encontramos:

- El control de salud del niño, especialmente si es un menor de 2 años.
- El momento de administrarle las vacunas obligatorias.
- Cuando el niño está enfermo con las patologías comunes de la infancia (momentos en que la madre suele estar preocupada y motivada para poner en práctica las sugerencias que se le hacen).

- Cuando se realizan visitas domiciliarias.
- Aprovechando reuniones de madres, padres o cuidadores, ya sea en la sala de espera de la consulta, en reuniones escolares, grupos de capacitación, o bien encuentros especialmente convocados a través de instituciones sociales en articulación con el Centro de Salud.

¿Qué pasos hay que seguir para hacer una buena Consejería?

La Consejera debe concentrarse fundamentalmente en:

- Dedicar el tiempo necesario para escuchar y conocer cuál es la realidad del niño y su ambiente.
- Aconsejar detenidamente, utilizando lenguaje sencillo y comprensible.
- Ofrecer sugerencias apropiadas a partir de las "Guías Alimentarias para la Población Infantil" -
- Es importante evaluar previamente si el crecimiento y el desarrollo del niño o niña son o no los adecuados.
- El monitoreo del crecimiento es esencial para ayudar a las madres o cuidadores a comprender cómo la alimentación y las medidas preventivas de salud pueden asegurar la salud integral del niño.

  Comience por preguntar al adulto, de manera abierta, cómo alimenta al
- Escuche detenidamente los relatos y las respuestas recibidas, y detecte los problemas y dificultades a fin de brindar una información pertinente.
- Elogie y aliente a la mamá cuando haya seguido alguna práctica apropiada.
- Sugiera y oriente respecto de las prácticas de alimentación que necesitan ser corregidas.

- Pregunte nuevamente, para asegurarse de que el adulto que cuida al niño ha comprendido los mensajes y la posibilidad de ponerlos en práctica en su casa.
- Busque con la madre distintas posibilidades de aplicación.

Escuche primero y pregunte después

Pregunte sobre la alimentación del niño. Para dejarla registrada, puede resultarle útil el formulario de "Historia Alimentaria". Puede comenzar preguntando por el apetito que manifiesta o como está comiendo el niño. Si el niño o niña son menores de 6 meses, es necesario prestar atención a las preguntas sobre lactancia.

Es muy importante dejar hablar a la mamá, hacer preguntas abiertas, no interrumpirla, y no opinar ni hacer comentarios. Escuche atentamente sus respuestas, a fin de identificar cuáles son las prácticas de alimentación correctas y alentarlas, así como aquellas que deberían ser corregidas o mejoradas.
Escuche atentamente y vaya anotando las respuestas para trabajarlas posteriormente.

Identifique el contexto social y cultural de la familia, respetando sus valores y patrones culturales. Trate de respetar la cultura alimentaria de la familia y su lugar de origen, de promover el uso de alimentos y cultivos locales y solo instar a modificar aquellos aspectos que puedan afectar la salud y nutrición del niño.

Evalúe la alimentación

La evaluación de la alimentación debe hacerse siempre: tanto si el niño está sano como si está enfermo.

Utilice la Curva de Crecimiento para orientar a la madre o cuidador sobre el crecimiento del niño y ofrecerle su orientación para que continúe alimentándolo y que siga creciendo bien.

Advierta a la madre que notará que su hijo está comiendo lo suficiente si está aumentando de peso en sus controles. Si el niño no ha ganado peso últimamente o tiene un bajo peso para su edad, es importante dedicar más tiempo a preguntar sobre el apetito, y como y cuanto come el niño. Registre las respuestas de la madre y luego compárelas con las prácticas o respuestas "ideales" esperadas teniendo en cuenta la edad del niño.

Si el niño está enfermo y la mamá no ha recibido indicaciones para su tratamiento, es mejor postergar esta evaluación de la alimentación para no abrumarla con mucha información. En una visita posterior se realizará la evaluación y se le ofrecerán los consejos pertinentes.

Es indispensable aconsejar a la madre que no debe suspender la comida de un niño enfermo sino que debe tratar, incluso, de darle una comida más al día.

Elogie y aliente

Elogie y aliente a la madre para que siga las prácticas apropiadas. Mencione las ventajas y logros alcanzados en la nutrición y salud del niño, para que siga en ese camino. Recuerde que esta es una oportunidad de aprendizaje para la madre o para

quien cuida del niño, y que el estímulo y el refuerzo positivo son estrategias pedagógicas.

Sugiera

Una vez identificados los puntos críticos de la alimentación del niño según su edad y evaluado su crecimiento, ofrezca orientación clara y precisa

Si la madre está dando de mamar, será más fácil aconsejarla al observar el modo en que lo hace. Recomendar algunos pequeños cambios en la práctica solo si es necesario puede darle más confianza a la mamá y mejorar el proceso de amamantamiento. ¡Felicítela si lo hace bien!

Si se trata de un niño mayor de 6 meses, utilice un plato mediano para mostrarle la cantidad que se debe servir. Cuando detecte prácticas no adecuadas, utilice palabras de aliento para explicar por qué se deben mejorar dichas prácticas. Es indispensable que tenga paciencia y brinde las explicaciones tantas veces como haga falta, hasta asegurarse de que fueron comprendidas. No es conveniente hacer todas las sugerencias juntas, de una vez.

La información debe ser concreta y estar orientada a resolver una situación puntual; la recomendación debería ponerse en práctica hasta la próxima consulta.
Si se advierte que la madre no ha estado practicando la información transmitida, explíquele nuevamente. Si la madre está practicando los consejos y no hay problemas en la alimentación del niño, elogie esa actitud y anímela a seguir adelante. Sea cual fuere la situación, trate de buscar “algo” que la madre o la familia estén haciendo bien y reconózcalo. Esto refuerza la confianza, antes de hablar de los posibles aspectos a modificar.

Cuando el niño está próximo a pasar a otro grupo de edad donde aparecerán nuevas pautas para su alimentación, explique cómo debe darle los alimentos, cuántas veces y en qué cantidad.

Verifique que la madre haya entendido

Haga preguntas para comprobar si la mamá comprendió los mensajes y si es necesario re
Forzar algunos aspectos. Utilice preguntas abiertas, no aquellas que sugieran la respuesta o que puedan contestarse por “si” o “no”.
Ejemplos:
¿Cuántas veces al día le da de comer? (Correcto).
Para verificar la comprensión haga alguna de estas preguntas:
¿Qué alimentos le dará a su hijo?
¿Cada cuánto tiempo se los dará?
¿Cómo piensa prepararlos?
¿Cuándo piensa comenzar a dárselos?
Si recibe una respuesta ambigua, haga otras preguntas de verificación.

FELICITE A LA MADRE O REITERE LOS MENSAJES SI ES NECESARIO

1. Desarrollo de una guía sobre la adecuada nutrición del niño con datos básicos sobre el tema.
2. Presentación mensual de videos educativos de salud sobre el control del niño sano, la nutrición y el crecimiento integral del niño

Recursos y presupuesto

✓ **Recursos**

a) Capacitación

Material en diapositiva
Cd de datos
Cd con un video explicativo

b) Materiales de Oficina

A. Material Bibliográfico
B. Impresiones
C. Copias
D. Esferográficos
E. Agenda de Trabajo
F. CD - ROM

c) Equipos

- ✓ Equipo de cómputo
- ✓ Computador
- ✓ Proyector
- ✓ Grabadora
- ✓ Cámara digital fotográfica

Tabla N° 3: Recursos y presupuestos

Recursos		
a) Capacitación	Costo Unitario	Costo Total
Material en diapositiva (6 diapositivas)	$ 5,00	$ 20,00
Cd de datos	$ 0,60	$ 6,00
Cd con un video explicativo	$ 0,70	$ 2,80
b) Materiales de Oficina		
A. Material Bibliográfico	$ 10,00	$ 10,00
B. Impresiones	$ 0,10	$ 20,00
C. Copias	$ 0,02	$ 20,00
D. Material de oficina (esferos/marcadores)	$ 0,50	$ 5,00

E. Agenda de Trabajo	$ 8,00	$ 8,00
c) Equipos		
Equipo de cómputo	$ 0,00	$ 0,00
Computador	$ 0,00	$ 0,00
Proyector	$ 0,00	$ 0,00
Grabadora	$ 0,00	$ 0,00
Cámara digital fotográfica	$ 0,00	$ 0,00
Actividades		
Estrategia		
1 Estrategia de capacitación y formación a madres/padres de los niños de 6 a 3 años de edad	$ 85,00	$ 85,00
2 Estrategia de control y seguimiento a los niños de 6 a 3 años de edad	$ 30,00	$ 30,00
3 Estrategia de formación para personal de enfermería	$ 30,00	$ 30,00
4 Estrategia de educación y comunicación para la salud dirigida a madres de familia	$ 110,00	$ 110,00
Total	$ 279,92	$ 346,80

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

- **Plan operativo**

Tabla N° 4: Plan operativo

Estrategia	Actividad	Responsable	Costo
Estrategia de capacitación y formación a madres/padres de los niños de 6 a 3 años de edad	Desarrollo de 2 talleres sobre el programa integrado micronutrientes	**Investigadora**	**$50,00**
	Desarrollo de un foro con profesionales en salud de 2 horas dirigido a madres de familia.	**Investigadora**	**$25,00**
	1 mesa redonda con las madres padre que realicen un debate acerca de la información que reciben con respecto al crecimiento de niños de 6 a 3 años de edad y el programa integrado micronutrientes	**Investigadora**	**$10,00**
Estrategia de control y seguimiento a los niños de 6 a 3 años de edad	Visitas domiciliarias del personal de enfermería al niño de manera trimestral	**Investigadora**	**$10,00**
	Integración de herramientas tecnológicas al seguimiento de los niños con el ingreso de los datos con un registro completo de visitas y datos en Excel	**Investigadora**	**$10,00**
	Control estadístico del peso y talla por las visitas al centro de salud	**Investigadora**	**$10,00**
Estrategia de formación para personal de enfermería	2 talleres para el personal de enfermería sobre el programa integrado micronutrientes y sus beneficios	**Investigadora**	**$10,00**

	1 Charla sobre como la enfermera debe intervenir en la formación de las madres que acuden al Suncentro de salud	**Investigadora**	**$10,00**
	1 foro con profesionales de salud sobre las herramientas para la intevencion de enfermería en el crecimiento de niños de 6 a 3 años y el programa integrado micronutrientes.	**Investigadora**	**$10,00**
Estrategia de educación y comunicación para la salud dirigida a madres de familia	Diseño de in tríptico informativo sobre el programa integrado micronutrientes	**Investigadora**	**$50,00**
	Desarrollo de una guía sobre la adecuada nutrición del niño	**Investigadora**	**$50,00**
	Presentación mensual de videos educativos de salud sobre el control del niño sano	**Investigadora**	**$10,00**

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

6.7. Administración de la propuesta

Tabla N° 5: Administración

Preguntas	**Fin**
¿A quién va dirigido?	• Madres de familia • Personal de enfermería
¿Cómo?	• **Talleres** • **Actividades** • **Control y seguimiento**
¿Qué?	• Sensibilización
¿Cuánto alcance?	6 meses

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

6.8. Previsión de la evaluación

Tabla N° 6: Evaluación

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACIÓN
¿Quiénes solicitan evaluar?	Personal de enfermería Madres de familia Directivos de la Institución Comunidad en general
¿Por qué evaluar la propuesta?	Para establecer si se han logrado cumplir con las actividades planteadas en el plan operativo
¿Para qué evaluar?	Para establecer el éxito de la actividades ejecutadas
¿Qué evaluar?	Se evaluará las actividades del plan operativo • Estrategia de capacitación y formación a madres/padres de los niños de 6 a 3 años de edad • Estrategia de control y seguimiento a los niños de 6 a 3 años de edad • Estrategia de formación para personal de enfermería • Estrategia de educación y comunicación para la salud dirigida a madres de familia
¿Quién evalúa?	Personal de enfermería Madres de familia Directivos de la Institución Comunidad en general
¿Cuándo evaluar?	La evaluación será permanentemente,
¿Cómo evaluar?	Mediante estas técnicas ✓ Encuestas ✓ Entrevistas. ✓ Grupos focales.
¿Con qué evaluar?	✓ Con los instrumentos para la investigación: una grabadora, cuestionario de preguntas, guías de observación.

Elaborado por: María Marcela Niza Bungacho

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BIBLIOGRAFÍA

1. Acero, M., Cols. (2007). Prevalencia de anemia en escolares de 6 a 8 años en centro educativo Sergio Domingo Dueñas de la Cuidad de Manta, Manta, Ecuador.

2. Adou, P., Cols. (2007). Assessing the Iron Status of Populations: report of a joint World Health Organization/ Center of Disease Control and Prevention technical consultation on the assessment the iron status at population's level, 2nd ed., World Health Organization, Geneva, Switzerland.

3. Alonso, A., Cols. (2007). Manual Práctico de nutrición en Pediatría. Valoración del Estado Nutricional (pp. 31 – 39); Alimentación de Niño Escolar (pp. 91 – 106); Suplementos Nutricionales (pp. 221 – 232) ISBN: 978-84-8473594-6 Madrid,España. Ergon.

4. Alvani, M., Cols. (2010).Incidencia de anemia en escolares de localidades urbanas y rurales de la zona norte del Estado Anzoátegui,Sociedad Científica de Estudiantes de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, Acta Científica Estudiantil 8(3):67-71, Barcelona, Venezuela.

5. Aranceta, J., Cols. (2013). Libro Blanco de la Nutrición en España, Medio Escolar (pp. 379 – 387); Fundación Española de Nutrición. ISBN: 978-84-938865-2-3, Madrid,España.

6. Banco Mundial, (2007). Insuficiencia Nutricional en el Ecuador, Banco Internacional de Reconstrucción y desarrollo, Quito, Ecuador.

7. Carreño, V. (2007). Prevalencia de anemia, asociada a coeficiente intelectual en escolares de Cuenca, Tesis para la Obtención de Maestría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador.

8. CTO Medicina. (2006). Manual de Hematología, Sexta Edición, ISBN 8496361152, 9788496361157, Madrid, España,Editorial Mcgraw Hill

9. Cucalón, M. (2011). Estudio comparativo de Impacto de dos Alimentos Complementarios Fortificados en el Estado Nutricional en niños de 12 a 36 meses en el Distrito Metropolitano de Quito. Tesis de grado presentada como requisito para la obtención del título de Licenciatura en Nutrición Humana, Universidad San Francisco de Quito, Quito, Ecuador.

10. Ecuador, (2010). Ley orgánica del régimen de la soberanía alimentaria (LORSA). Reformada y expedida en el registro oficial en el Distrito Metropolitano de Quito, Ecuador.

11. FAO. (2008). Guidelines for measuring household and individual dietary diversity, Version 4, Nutrition and Consumer Protection Division with support from the EC/FAO Food Security Information for Action Programme and the Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA) Project, Roma, Italia.

12. Gilda, G. (2007). Funcionamiento intelectual y rendimiento escolar en niños con anemia y deficiencia de hierro, Revista Colombia Médica Vol. 38 Nº 1 (Supl 1), Colombia, Corporación Editora Médica del Valle.

LINKOGRAFÍA

1. Aballí, Á. (2008). Crecimiento y desarrollo. (C. N. Infomed, Ed.) Cuadernos de Historia de Salud Pública, 1. Recuperado el 12 de julio de 2014 Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/his/his93/his0993.htm
2. Aniorte Hernández, N. (2000). EL PROCESO DE ENSEÑANZA. Definición, objetivos y contenido, niveles de la educación para la salud, práctica de la Educación para la Salud, métodos (didácticos, socráticos), medios y ayuda, planificación. . Recuperado el 12 de julio de 2014. Obtenido de http://www.aniorte-nic.net/apunt_metod_educat4_4.htm
3. Asociación Española de Pediatría. (15 de Mayo de 2014). El crecimiento de los niños en los primeros años de vida. En Familia , 1. Recuperado el 12 de julio de 2014. Obtenido de http://enfamilia.aeped.es/edades-etapas/crecimiento-ninos-en-primeros-anos-vida
4. El Telégrafo . (Diciembre de 2011). Proyecto Desnutrición Cero entregará bono a las madres y lactantes . Recuperado el 18 de julio de 2014. Obtenido de http://www.telegrafo.com.ec/noticias/guayaquil/item/proyecto-desnutricion-cero-entregara-bono-a-las-madres-y-lactantes.html
5. Flores–Huerta, S. (Marzo - abril de 2006). Antropometría, estado nutricio y salud de los niños. Importancia de las mediciones comparables. Antropometría, estado nutricio y salud de los niños. Importancia de las mediciones comparables, 63(2), 1. Recuperado el 20 de julio de 2014 Obtenido de http://scielo.unam.mx/scielo.php?pid=S1665-11462006000200001&script=sci_arttext
6. Guzmán, M., Salazar, R., & Ruiz, A. (2010). Evaluación del programa de nutrición en su componente de micronutrientes en niños de 4 meses 3 años en las comunidades de Chazojuan, Camarón y el Recinto Monterrey de Sabanetillas pertenecientes al Cantón Echeandia Noviembre del 2009 hasta Marzo del 2010. Recuperado el 12 de julio de 2014. Obtenido de http://www.biblioteca.ueb.edu.ec/bitstream/15001/728/1/054.S.pdf
7. Heredia, M. d., & Enfermería, D. d. (2009). Manual de organización y funciones del servicio de enfermería en consulta. Aprobado POR: R.D.Nº 312-

2009-SA-DS-HNCH-DG-2009. Recuperado el 24 de julio de 2014 Obtenido de http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/pdfs/Organo_Linea/Enfermeria/enf_cons_exte_030114.pdf

8. Instituto de la UNESCO para la Educación. (1997). Educación para la salud. Alemania: Impreso por Druckerei Seemann, Hamburg. Recuperado el 28 de julio de 2014 Obtenido de http://www.unesco.org/education/uie/confintea/pdf/6b_span.pdf
9. Instituto Médico Láser, S.L. (2013). Clasificación de los Nutrientes. Obtenido de Madrid - España: Recuperado el 28 de julio de 2014http://www.infonutricion.com/clasificacion-de-los-nutrientes.html
10. Mcgraw-hill. (2009). El crecimiento y el desarrollo físico infantil. Obtenido de Unidad 1: Recuperado el 12 de agosto de 2014. http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/CAPÍTULO/844816993X.pdf
11. Méndez, G. (2011). Consulta externa. Obtenido de http://es.scribd.com/doc/56933880/Consulta-externa
12. Ministerio de Salud Publica del Ecuador. (2011). Normas y protocolos de consejeria para la suplementacion micronutrientes. (C. N. Nutrición, Ed.) Quito. Obtenido de http://www.paho.org/nutricionydesarrollo/wp-content/uploads/2012/12/Normas-Protocolos-y-Consejeria-para-la-Suplementacion-con-Micronutrientes-Ecuador.pdf

CITAS BIBLIOGRÁFICAS – BASE DE DATOS UTA

1. E-LIBRO: Ecuador. Ministerio de Salud Pública. (1996). Programa integrado micronutrientes, Comité Nacional de Micronutrientes. Ecuador. Disponible en: https://www.google.com.ec/search?output=search&sclient=psy-ab&q=E-libro&btnG=#q=programa+integrado+de+micronutrientes+springer

2. PROQUEST:Kahn, J. y cols. (2002). Persistence and emergence of anemia in children during partipipation in the special supplemental nutrition program for women, infants, and children. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 156(10), 1028-32. Disponible en: http://search.proquest.com/docview/198442220?accountid=36765
3. PROQUEST:Cardoso, M. y cols. (2012). Underlying factors associated with anemia in amazonian children: A population-based, cross-sectional study. PLoS One, 7(5) disponible en: http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0036341
4. PROQUEST:Menon, P. y cols. (2007). Micronutrient sprinkles reduce anemia among 9- to 24-mo-old children when delivered through an integrated health and . nutrition program in rural Haiti1. The Journal of Nutrition, 137(4), 1023-30. Disponible en: http://search.proquest.com/docview/197435846?accountid=36765
5. EBRARY: Selva, L. y col. (2011). Acciones para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en niños hasta cinco años. La Habana, Cuba. Disponible en: :http://0-site.ebrary.com.fama.us.es/lib/unisev/Doc?id=10317117

ANEXOS

ANEXO 1: GUÍA DE ENCUESTA A LAS MADRES

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

ENCUESTA DIRIGIDA A LAS MADRES DE LOS NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS.

Objetivo:

Recopilar información sobre el conocimiento que tiene las madres sobre el programa integrado micronutrientes y la atención que recibe por parte del personal profesional de enfermería en el Subcentro de salud de la Parroquia Alobamba

Instrucciones:

- **Sírvase llenar uno de los casilleros de las preguntas que a continuación se detalla.**

Encuestador…….

Fecha…….

Cuestionario.

1.- ¿Conoce usted sobre el Programa Integrado Micronutrientes?

SI. ☐ NO ☐

2 ¿En el subcentro de salud le proporcionan los sobres de chis paz y vitamina A su hijo? ☐

Siempre

A veces ☐

Nunca ☐

3 ¿Conoce los beneficios de Programa Integrado Micronutrientes?

SI. ☐ NO ☐

4. ¿El personal profesional de enfermería le ha educado sobre la administración de los sobres de chis paz?

SI. ☐ NO ☐

5. ¿Conoce cuáles son las complicaciones al administrar los sobres de chis paz?

SI. ☐ NO ☐

6. ¿Cuántas veces al día administra usted el sobres de chis paz a su hijo?

Una vez al día ☐

En cada comida ☐

Cada vez que el niño desee ☐

7. ¿Conoce cuáles son las complicaciones al administrar los sobres de chis paz?

SI. ☐ NO ☐

Cuales……..

8.- ¿Cuándo usted acude al Subcentro de salud le educan sobre la nutrición que requiere su hijo? ☐

SI. ☐ NO

9.- ¿Conoce con qué frecuencia usted debe acudir al control del niño sano?

SI. ☐ NO ☐ A VECES ☐

10. ¿estaría usted de acuerdo en que se realice visitas domiciliarias para comprobar el estado nutricional de su hijo?

SI. ☐ NO ☐ A VECES ☐

ALIMENTARSE BIEN ES CRECER BIEN

MICRONUTRIENTES EN POLVO

Son sobres individuales con una combinación de micronutrientes (hierro encapsulado, zinc, vitamina A y C) que se añaden al alimento para prevenir las anemias por deficiencia de hierro.

Características de las Chis Paz

- ✓ No tienen sabor.
- ✓ No manchan los dientes.
- ✓ Producto liviano,
- ✓ Fácil de transportar.
- ✓ El hierro encapsulado evita molestias gastrointestinales.
- ✓ Otras vitaminas y minerales pueden ser añadidos a la formulación.

FORMA DE ADMINISTRAR LAS CHIS PAZ

- ✓ Preparar el alimento que el menor va a comer bajo normas estrictas de higiene y colocarlo en el plato de él o ella.

- ✓ Tomar una pequeña porción (2 o 3 cucharadas) del alimento que el menor comerá y colocarla en un plato aparte
- ✓ Poner todo el contenido del sobre en la porción del alimento que el niño o niña consumirá.

- ✓ Mezclar bien el alimento que el niño o niña de seguro comerá en su totalidad, con todo el contenido del sobre.

- ✓ Una vez preparado el alimento con el sobre, no compartirlo con otros miembros de la familia. El alimento con el contenido del sobre es solo para el niño o niña.

- ✓

El alimento mezclado con el contenido del sobre debe consumirse máximo en los próximos treinta minutos. Si se espera más tiempo el alimento puede cambiar de color.

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE ENFERMERÍA

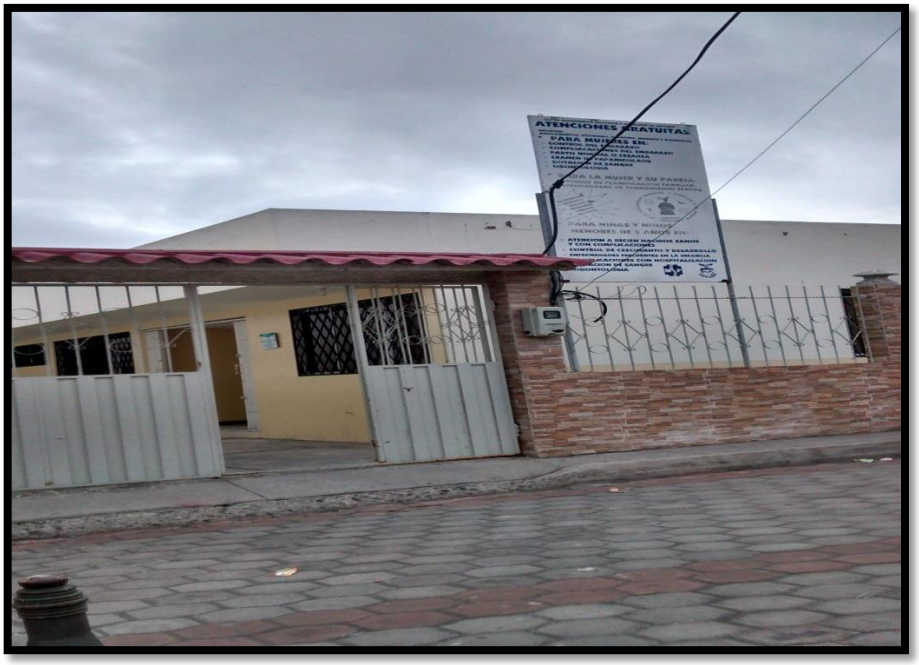
CAPACITACIÓN Y ORIENTACIÓN SOBRE LA ADMINISTRACIÓN DE SOBRES DE CHIS PAZ

ANEXO 3: FOTOGRAFÍAS

Taller sobre los beneficios del programa integrado micronutrientes

Madres de familia de niños menores de tres años

Taller sobre pasos para preparar los sobres de chis paz

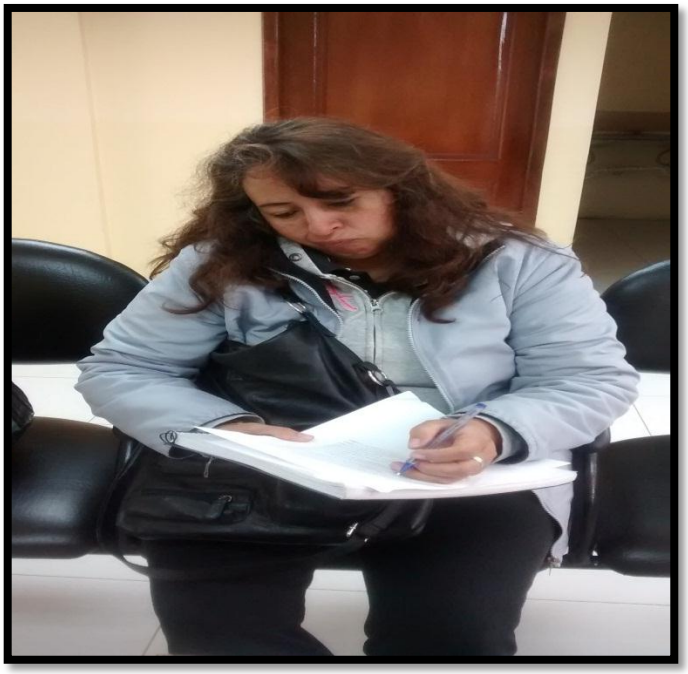


Subcentro de salud de la Parroquia Alobamba

Revisión de la Propuesta

Iglesia de la Parroquia Alobamba

Entrega de la Propuesta



Encuestas Dirigidas a Madres