

PREVENCIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO 12D01 DE LOS RÍOS

Autores: MsC. Dr. Carlos Paz Sánchez¹, Dr. Herman Romero Ramírez², Rosario Chuquimarca Ch³.

Institución: *Universidad Técnica de Babahoyo*

Correos Electrónicos: cpaz@utb.edu.ec, h.romero1@hotmail.com,
chuquimarcarosario@yahoo.es

Prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años en el Distrito 12D01 de Los Ríos

RESUMEN

La deficiencia de micronutrientes especialmente de hierro es el desorden nutricional más común y extendido en el mundo. La anemia por deficiencia de hierro es considerado un problema de Salud Pública, en la mayoría de países en desarrollo su prevalencia es alta

Lo que se denomina Anemia Ferropénica que es producto de una deficiencia de micronutrientes y se caracteriza por: 1. La anemia por deficiencia de hierro o anemia ferropénica es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud en el mundo. 2. 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.

INTRODUCCIÓN

A Escala Nacional, el 25,7% de preescolares sufren de anemia. La prevalencia de anemia es mayor en hombres que en mujeres (26.8% vs 24.6%), y es más alta en niños menores de 1 año (62%). La prevalencia de Anemia es mayor en el quintil económico más pobre (Q1), respecto a los quintiles de mayores ingresos económicos. Las principales causas de deficiencia de micronutrientes en muchos países en desarrollo son: inadecuada ingesta alimentaria, baja biodisponibilidad por la forma de preparación de los alimentos debido a la presencia de inhibidores o por interacción de micronutrientes, presencia de infecciones asociadas. La deficiencia de vitamina A se encuentra principalmente en lactantes y niños preescolares y es una de las causas de muerte en los países en desarrollo.

Se asocia a enfermedades respiratorias, diarreicas y aumenta la frecuencia, gravedad y mortalidad en casi todas las enfermedades infecciosas. La deficiencia primaria se acompaña de queratinización en membranas mucosas, piel y epitelio ocular, disminuyendo el mecanismo de barrera contra infecciones; a largo plazo produce ceguera nocturna y ulceraciones de la córnea, inhibición del apetito, pérdida del sentido del gusto e inhibición del crecimiento. La anemia por deficiencia de hierro (ferropenia) se desarrolla en tres estadios. En el primero se agotan las formas de depósito de hierro (ferritina y hemosiderina); el segundo se manifiesta por una disminución en los niveles de saturación de transferrina hasta menos de 15%, siendo inadecuado el abastecimiento del hierro para producir eritrocitos en la médula ósea; asimismo, hay disminución de la hemoglobina que origina microcitosis e hipocromía (Chamorro J, Torres L, 2010).

Otros autores manifiestan que en estudios realizados la anemia en niñas y niños está asociada al retardo en el crecimiento, desarrollo psicomotor y a una menor resistencia a las infecciones. Los efectos durante los primeros años de vida son irreversibles, aún después del tratamiento. Al cumplir el primer año de vida, 10% de los infantes en los países desarrollados, y alrededor de 50% en los países en desarrollo, tienen anemia; estas niñas y niños 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 (MSP, 2011).

DESARROLLO

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.

La anemia por deficiencia de hierro en menores de 5 años tiene efecto en el retardo de crecimiento y desarrollo psicomotor. Los efectos durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después del tratamiento cuando tenga la edad para ir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente. (Freire 1998).

La prevención de Anemia por deficiencia de hierro según la Sociedad Europea para gastroenterología pediátrica y nutrición se basa en tres aspectos fundamentales: Alimentación con leche materna, la adición de hierro a los alimentos para lactantes incluyendo formular y suplementos de hierro. La Academia de Pediatría Suplementar con hierro elemental (1 mg/kg de peso) a los lactantes nacidos a término a partir del sexto mes de vida, si son alimentados con fórmula láctea, y a partir del cuarto mes de vida si son alimentados al seno materno. Si la prevalencia de anemia es alta por deficiencia de hierro en niños, se recomienda iniciar el suplemento tan rápidamente como sea posible (1 a 3 meses de edad) mientras que en lactantes prematuros se recomiendan 2 mg/kg de peso a partir del 1er mes de vida.

Entre las estrategias de nutrición del Ministerio de Salud Pública – Ecuador para resolver los graves problemas nutricionales que afectan de manera especial, a un gran número de niñas y niños menores de cinco años demandan fortalecer las actividades y respuestas implementadas. El 26% de los niños y las niñas menores de cinco años padecen desnutrición crónica y un grupo aún mayor sufre de anemia por falta de hierro. El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, asumiendo la responsabilidad de garantizar la salud y la nutrición en salud como un derecho fundamental de toda personal implementó una serie de estrategias destinadas entre otras cosas, a reducir la desnutrición de las niñas y los niños menores de cinco años, y eliminar de manera progresiva la desnutrición de los recién nacidos hasta el primer año de vida.

Las estrategias que implementó el Ministerio de Salud propone componentes como: la captación temprana de mujer gestante (en el primer trimestre); la vigilancia del incremento del peso de la madre durante el embarazo; consejería nutricional, consejería para promover la lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada; la implementación de las prácticas integrales del parto (pinzamiento oportuno) del cordón umbilical, el apego precoz piel con piel y el inicio de la lactancia materna, en la primera hora después del parto, la evolución y vigilancia del crecimiento desde que nacen; la suplementación con micronutrientes a las niñas y los niños; la promoción de la lactancia materna y la alimentación complementaria.

En Ecuador La suplementación con micronutrientes se da a través del productos llamado Chis-paz que son sobres de micronutrientes que contiene hierro encapsulado; zinc, vitaminas A, vitamina C y ácido fólico (Anexo 1). El fumarato ferroso del 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).

Se administra 60 sobres de chis-paz en sesenta días un sobre por día, los beneficios hematológicos se mantienen por un periodo de seis meses. Por lo tanto los chispaz pueden no ser necesarios en un periodo largo de tiempo.

EL principal efecto de la suplementación con micronutrientes (Chispaz) que la madre de familia debe conocer es el oscurecimiento de las heces, constipación y la presencia de diarrea. Algunos infantes muy pequeños quienes no han sido expuestos a una alimentación complementaria que contenga micronutrientes (como es el caso de los que están en el período de lactancia materna 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.

CONCLUSIONES

La Suplementación con micronutrientes tuvo efecto sobre los niveles de anemia (anemia leve de 57% al 21%; anemia moderada de 42%al 8%) de los niños de 6 a 59 meses de edad

BIBLIOGRAFÍA

Cuellar G. y Col. (2006). Efecto de la alimentación complementaria y micronutrientes en el estado nutricional del niño. Bolivia.

Fuentes c. (2012) Estado nutricional de los niños y niñas de 6 a 23 meses de padres y/o madres beneficiarias del Proyecto Los Andes y su relación con la ingesta de

alimentos, septiembre – noviembre 2012. (Tesis de Maestría). Universidad San Andrés. Bolivia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/123456789/4215>.

Galván M, Amigo H. (2007). Programas destinados a disminuir la desnutrición crónica. Una revisión en América Latina, Vol. 57.

Huamán Aparco J, Núñez E, González E, Pillaca J, Tristán P. (2012). Consumo de Suplementos con multimicronutrientes chispitas y anemia en niños de 6 a 35 meses. Perú.

Ministerio de Salud Pública. (2015). Producción Estadística 2006-2014. Quito. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública, INCEC. (2013). Resumen Ejecutivo. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Tomo (I), Quito. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2011). Normas, Protocolos y Consejería para la Suplementación con micronutrientes. Quito. Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (2011). Nutrición en Salud Propuesta para el fortalecimiento en el área de nutrición en salud. Quito-Ecuador.

Ministerio de Salud Pública. (1995). Programa Integrado para el Control de las principales deficiencias de Micronutrientes en el Ecuador. Quito.

Ministerio de Salud Pública. (2011). Protocolo de atención y manual de consejería para el crecimiento del niño y la niña. Ecuador.

Ministerio Coordinador de Desarrollo Social. (2016). Acción Nutrición Manual de la Red Cuadernillo 04. Quito - Ecuador.

República del Ecuador, Consejo Nacional de Planificación. (2013) Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017. Primera edición, Quito, Ecuador. 2013.

Ruiz p. (2010). Evaluación de la Fase uno del programa de Suplementación con hierro chis-paz en los niveles de hemoglobina en menores de cinco años, provincia de Chimborazo. Ecuador. (Título de Nutricionista). Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Ecuador. Recuperado de <http://hdl.handle.net/123456789/1077>.

Ramakrishnan U, Nguyen P, Martorell R. (2009). Efecto de los micronutrientes en el crecimiento de los niños menores de 5 años de edad: meta análisis de intervenciones individuales y múltiples de nutrientes.

Vidal R. (2013). Factores relacionados con el cumplimiento del esquema de suplementación con Zinc para talla baja en niños y niñas de 6 a 23 meses. Potosí-Bolivia. (Tesis Maestría). Bolivia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/123456789/4243>.