

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ESTRATEGIAS EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA EN NIÑOS
MENORES DE 3 AÑOS PUESTO DE SALUD QUIÑOTA
2014-2016**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y
COMUNITARIA**

CONSTANTINA CUSIHUAMAN RIMACHE *Quar & Lolo de Linares*

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

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

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 294

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 24/05/2018

Resolución Decanato N° 1237-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	6
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	16
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	18
3.1 Recolección de Datos	18
3.2 Experiencia Profesional	18
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	24
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIALES	34
ANEXOS	36

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional tiene el objetivo de evaluar las estrategias para la prevención de la anemia en niños menores de 3 años en el Puesto de Salud de Quiñota 2014 -2016.

Debido a que en este distrito se tenía 70.2% de niños con anemia según Sistema de Información y Evaluación Nutricional (SIEN) 2014 y 65% de niños con anemia Según Tecnología de decisiones informadas (TDI), donde se tuvo muchas limitaciones con respecto al presupuesto económico, personal de salud insuficiente, falta de combustible y movilidad para las visitas domiciliarias y monitoreo de centro de promoción y vigilancia nutricional (CPVC), poca participación de la autoridad local, la pobreza extrema de las familias, el alcoholismo, la parasitosis por el consumo de agua no apta para el consumo humano, el hacinamiento, el machismo de los varones que no permitían la participación de las madres a las reuniones y a la asistencia a centro de promoción y vigilancia comunal. Por lo que era muy necesario el trabajo multisectorial y articulado con el gobierno local para la asignación de mayor presupuesto en la intervención durante la primera infancia.

La metodología es descriptivo analítico, por que describe la experiencia profesional y analiza las causas de la anemia y los factores determinantes para luego elaborar un plan de intervención multisectorial para la disminución de la anemia con el apoyo de la municipalidad distrital de Quiñota, Puesto de Salud de Quiñota, minera ANABI SAC, junta directiva comunal y promotores de salud.

Llegando a las siguientes conclusiones:

1.-La anemia por déficit de hierro constituye un problema de salud, no solo en el Cusco sino en todo el país y a nivel mundial es de primordial importancia el papel del personal de salud en la profilaxis de esta enfermedad en los diferentes grupos poblacionales orientándolos sobre

una adecuada consejería nutricional sobre todo en la primera infancia, es así que la orientación y consejería sobre todo a las madres juega un rol primordial.

2.- Se ha logrado disminuir la anemia de niños menores de 3 años de un 80% en 2014 a un 59.25% para el año 2016, aún continúan un gran porcentaje de niños con déficit de hierro por falta de consumo de alimentos ricos en hierro, por la persistencia de factores de riesgo y determinantes sociales .

3.-La promoción y prevención de la salud permite evitar problemas a futuro y mejorar los estilos de vida y disminuye las enfermedades no transmisibles como la diabetes, hipertensión, infartos. Durante el año 2016 se realizó el seguimiento a más del 83% de los niños con problemas de anemia, desnutrición, obesidad y sobrepeso.

4.- Es muy importante priorizar el trabajo en el primer nivel de atención, las actividades preventivo promocionales: en los diferentes escenarios municipalidad, comunidad, vivienda y familias para disminuir problemas potenciales a futuro, y sensibilizar a las licenciadas de Enfermería para que se empoderen en esta actividad para lo cual se tiene que mejorar las competencias realizando la segunda especialidad como enfermeras salubristas.

Esperando que este trabajo sirva de referencia y motive a los profesionales de Enfermería a desarrollarse en el área de salud pública.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática.

La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población. La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar de 45,7% a 49,1% y la mínima en los varones 8,6% a 16,9%¹.

Según Encuesta Nacional De Estadística(ENDES) 2016, en nuestro país, la anemia constituye un problema de salud pública severo, debido a que aun cuando las cifras nacionales han disminuido en los últimos años de 61,0% en el 2007 a 43,6 % en el año 2016; es así que cuatro de cada diez niños y niñas de entre 06 a 35 meses padecen de anemia, y la situación en la población menor de dos años, es más grave dado que más de la mitad de niños de este grupo de edad se encuentran con anemia 56,3 %.

La anemia es un problema generalizado tanto en el área urbana como en el área rural, el 39,9% de los niños y niñas menores de entre 06 a 35 meses de la zona urbana tienen anemia, mientras que en la zona rural este problema afecta al 53,4%, en el año 2016.

Desde el año 2007, la reducción de la prevalencia de anemia en la zona urbana ha sido de 13,4%, mientras que en la zona rural solo se ha logrado una reducción del 7.6%, para el año 2016.

A nivel de Región de Cusco para el año 2014 se tiene 64.2%, para el año 2015 descendió a 59.2% para el año 2016 ha descendido a 54.2% (ENDES 2016)

En la provincia de Chumbivilcas en el año 2014 se tiene un porcentaje de 65.3% para 2015 aumento a 66,4% y para 2016 disminuyo a 60.9%. (ENDES 2016)

A nivel local en el distrito de Quiñota en el año 2014 se tuvo un 70.2%, para el año 2015 se disminuyó a 67.4% y para 2016 se mantiene en un 67,2% según SIEN.

La anemia representa una expresión de la pobreza e inequidad social, por ello la madre por desconocimiento, falta de acceso económico, por sus creencias y hábitos nutricionales, no provee una dieta rica en hierro a su niño, exponiéndolo a serias consecuencias a nivel: inmunológico, físico, intestinal, conducta, termogénesis, metabolismo y en el sistema nervioso donde el daño es irreversible.

El rol del profesional de enfermería es prevenir la anemia nutricional mediante la adecuada información a la familia, la cual se brinda a través de consejería nutricional durante la consulta como en las visitas domiciliarias, sesiones educativas y sesiones demostrativas. El objetivo es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia del crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres a adultos responsables del cuidado del niño; para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición. Dentro del equipo de salud la enfermera desempeña un rol indispensable para satisfacer las necesidades derivadas del proceso salud – enfermedad de la población, ese rol es el área de acción enfocado en la investigación, con esa función de obtiene información sobre la efectividad de las intervenciones, para así mejorarlas con el propósito de reducir la desnutrición crónica infantil y la anemia en niños menores de 3 años.

1.2 Objetivo

Evaluar las estrategias para la prevención de la anemia en niños menores de 3 años en el Puesto de Salud de Quiñota 2014 -2016.

1.3 Justificación:

El presente trabajo académico sobre estrategias para la prevención de la anemia en niños y niñas menores de 3 años, da a conocer las estrategias que utilizó el profesional de Enfermería para contribuir en la disminución de anemia, que permitió mejorar los hábitos de alimentación ricos en hierro y los estilos de vida en las madres de niños menores de 3 años, en consecuencia prevenir las secuelas irreversibles como son: limitación de las capacidades físicas, emocionales o intelectuales, entre otras. A largo plazo, la anemia reducirá la productividad de la persona y perjudicará directamente el crecimiento económico de la familia.

Combatir la anemia implica proteger el capital humano del país y prever este recurso para su participación en la economía y el desarrollo del país, detectando oportunamente los riesgos y realizando la intervención en los determinantes sociales y culturales en forma oportuna.

Esperando que el presente informe sirva de referencia y como ente motivador para que en un futuro desarrollen actividades de promoción y prevención en los grupos de mayor riesgo que es la población materno infantil.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

A Nivel Internacional

LUISA MARÍA GAVIRIA, DUBERNEY SOSCUE, LAURA FRANCISCA CAMPO POLANCO, JAIBERTH CARDONA ARIAS, ANA LUZ GALVÁN DÍAZ, "Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena nasa, cauca-Colombia, 2015" siendo el **Objetivo**: Determinar la prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa de Caldono, en el Departamento del Cauca, y su distribución según variables clínicas, socio demográficas y de infraestructura sanitaria. **Métodos**: Estudio transversal con fuente de información primaria. La muestra de estudio estuvo formada por 62 niños a quienes se les hicieron evaluación parasitología en materia fecal, mediciones antropométricas para evaluar el estado nutricional y determinar la prevalencia de diferentes tipos de desnutrición, medición de hemoglobina para establecer la anemia. La descripción del grupo se realizó con medidas de resumen para la edad y frecuencias para las demás variables, se calculó la prevalencia de los tres eventos (parasitosis, desnutrición, anemia) y se exploró su asociación con variables independientes mediante pruebas de hipótesis. Se usó el programa SPSS 22.0

Resultados: Se encontró una prevalencia de parasitosis intestinal de 95,2%, anemia de 21,0% y desnutrición crónica de 35,5%. A pesar de no hallar asociación estadística con las condiciones socio demográficas y sanitarias, se encontró elevada frecuencia de factores de riesgo para los tres eventos como la baja escolaridad de los padres, baja disponibilidad de acueducto y alcantarillado, así como una elevada morbilidad sentida.

Conclusión: La comunidad indígena evaluada presentó altas prevalencias de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición, lo que representa implicaciones prácticas para la orientación de los programas de salud indígena; la exploración de asociaciones requiere estudios con mayor tamaño de muestra que garantice una mayor potencia estadística⁵

Estudio longitudinal en Costa Rica concluye que la anemia en la infancia temprana ocasiona reducción de la capacidad cognitiva (menos 9 puntos de CI) según Lozoff B, Jiménez E, Smith J. Double Burden of Iron. Deficiency in Infancy and Low Socioeconomic Status. Arch Pediatr Adolesc Med vol 160. 2006¹²

A Nivel Nacional

GARRO VERA, HELLEN ISABEL “Efectividad del programa educativo prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses” en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un centro de salud de Lima - Metropolitana 2015. Cuyo Objetivo es determinar la efectividad del programa educativo en la prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten al Centro Materno Infantil Tablada de Lurín. Diseño metodológico: El enfoque es cuantitativo debido a que los datos obtenidos son susceptibles de cuantificación, de nivel aplicativo y de corte transversal, ya que se ha permitido presentar la variable de estudio, en un tiempo y espacio determinado. La población estuvo conformada por 15 madres primerizas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, el instrumento que se utilizó fue el cuestionario. Resultados: del total de la población 100% (15) madres encuestadas se observa que antes de la aplicación del programa educativo el 53.3% (8) conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica y la desnutrición crónica, mientras que después de la

aplicación del programa educativo el 100% (15) conoce. Conclusiones: El programa educativo es efectivo ya que las madres incrementaron el nivel cognitivo y sus prácticas en un 100% en la prevención de la anemia ferropénica y la desnutrición crónica.⁶

CALDERÓN RAMIREZ, ROCIO DEL PILAR "ANEMIA EN EL MENOR DE TRES AÑOS Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE LA FAMILIA. - C.S. SANOS DEL INCA- 2014" este estudio es descriptivo, analítico, correlacional y prospectivo, con una muestra conformada por 171 historias clínicas del menor de tres años. El objetivo general fue determinar y analizar la relación entre el grado de anemia en el menor de tres años y factores socio demográfico de la familia. C.S. Baños del Inca - 2014; se utilizó un formato pre-estructurado previa validación por expertos, para obtener datos socio demográficos y clínicos. Los resultados reflejaron que del total de las historias clínicas revisadas más de la mitad presentan algún grado de anemia, y el porcentaje más elevado corresponde a anemia leve con un 54.4%. De los factores socio demográficos, las madres de los niños menores de tres años mayormente se encuentran en el grupo etario de 20 a 29 años de edad, son convivientes, profesan la religión católica, con primaria incompleta, gran porcentaje reside en la zona rural, casi la totalidad es ama de casa, su ingreso económico es menor del salario mínimo vital, y más de la mitad cuentan con más de 4 miembros en la familia. Haciendo uso del análisis de correlación de Pearson, los resultados mostraron que existe relación altamente significativa estadísticamente entre la anemia del menor de tres años con el grado de instrucción, residencia y ocupación; así como también una relación significativa estadísticamente entre la edad de la madre y el ingreso económico familiar, al igual que con el sexo, edad del niño y el nivel de hemoglobina. Se utilizó el chisquadrado, como prueba de independencia de criterios de clasificación para contrastar las hipótesis formuladas.²

LUCIO HUAMÁN-ESPINO Y COLABORADORES, "Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac". Perú -2012.

El objetivo es evaluar la implementación del programa de suplementación universal con multimicronutrientes "Chispitas" en la región Apurímac a través de la cantidad y calidad de sobres consumidos y su relación con la anemia, en niño y niñas de 6 meses a 35 meses, en su estudio transversal usó un muestreo multietápico en el 2010. El consumo de multimicronutrientes se categorizó en: menor de 30; de 30 a 59, y 60 o más sobres. La calidad del consumo fue adecuada. Cuando la madre refería que el niño consumía toda la comida con el suplemento. Se calculó las razones de prevalencia (RPa) ajustadas por regresión de Poisson. Resultados. Se incluyó 714 participantes, 25,3% vivía en hogares pobres 59,2% en extrema pobreza; 52,6% residía a más de 3000 m de altitud. Se concluyó que se dio en forma adecuada el multimicronutrientes a solo el 29% de la población, grupo en el que demostró menores prevalencias de anemia independientemente de la presencia de otros factores socio demográfico.⁴

A Nivel Local

CCANA VALDIVIA NICOLE CAMILA BR. CAVILA SUMIRI ANA MARIA
"CAUSAS RELACIONADAS AL SUMINISTRO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 a 35 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DE PAUCARTAMBO 2013", Estudio- de tipo descriptivo, correlacional, transversal, constituido por una población de 72 madres de niños de 6 - 35 meses de edad suplementados con multimicronutrientes, siendo la unidad de análisis los niños de 6 a 35 meses de edad. La recolección de la información se hizo mediante una entrevista estructurada sobre

suministro de multimicronutrientes, efectos secundarios, monitoreo de la suplementación y una guía de observación se aplicó a la enfermera sobre-la consejería, que fue ya validado por juicio de expertos y la confiabilidad fue por Alfa de Crombach. Se comprobó la hipótesis planteada a través del Chi Cuadrado. Los resultados fueron: El 81,9% suministran de forma inadecuada y solo el 18,1% suministraron el multimicronutrientes de forma adecuada., en relación a los efectos secundarios el 33,3% de los niños suplementados presentaron efectos secundarios por consumo de multimicronutrientes de los cuales el 20,8% de ellos presentaron episodios de diarrea y solo el 4,3% presentó cambio de coloración en las heces, del total de niños que han presentado efectos secundarios ninguno de ellos ha recibido adecuadamente el suministro de multimicronutrientes. El 84,7% de los niños suplementados no son monitoreados de las cuales el 73,6% reciben su multimicronutrientes en forma inadecuada con relación a la consejería el 45,8o/o de las madres reciben la consejería del profesional de enfermería de las cuales el total de estas madres suministran el multimicronutrientes de forma inadecuada. Así mismo que el 67% de las Enfermeras realizan la consejería sobre el suministro de multimicronutrientes inadecuadamente frente a un 33,3% que está en proceso de ser realizado adecuadamente. Conclusión: El presente trabajo de investigación responde a la Hipótesis planteada con una significancia de ($p < 0.005$) entre el suministro de multimicronutrientes y la consejería, el monitoreo y los efectos secundarios.³

2.2.- Marco Conceptual

Anemia

La anemia se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre a valores que están por debajo del valor de límite determinado por la OMS según edad y sexo, para niños de 6 meses a 59 meses por debajo de 11.0 g/dl es anemia.

La deficiencia de hierro tiene un aspecto que va desde la reducción y agotamiento de las reservas de hierro, hasta la reducción de las células rojas y de la concentración de hemoglobina. En consecuencia, hay deficiencias de hierro sin anemia. Los niños son uno de los grupos más vulnerables a esta deficiencia, debido al rápido período de crecimiento cerebral, en especial durante los dos primeros años de vida.

El hierro es uno de los principales sustratos que soportan y permiten el desarrollo y la actividad metabólica de múltiples procesos a nivel cerebral, entre los cuales se encuentra el proceso de mielinización. Una insuficiente disponibilidad de hierro en un período de alta incorporación de éste en el tejido cerebral, que coincide con el período de mielinización del tejido nervioso, puede proveer una base fisiológica para explicar los efectos conductuales observados cuando hay deficiencias del micronutriente. De la misma manera, la deficiencia de hierro afecta la regulación y la conducción de neurotransmisor es como la serotonina, la dopamina y GABA. La alteración de los receptores y transportadores de dopamina compromete en los infantes las respuestas afectivas y el funcionamiento cognoscitivo, y los de los receptores GABA, la coordinación de patrones de movimiento y memoria. La importancia consiste que cuando ocurre un déficit de hierro cerebral en etapas tempranas, los daños ocurridos persisten en la etapa adulta, más allá de la recuperación de la anemia durante los primeros meses de vida. Estas alteraciones cerebrales se reflejan a largo plazo en un retraso del desarrollo mental y físico de los niños que han tenido anemia, y como consecuencia un menor desempeño escolar, con altos niveles de repetición de grados y deserción de la escuela primaria en comunidades económicamente pobres. Sin embargo, los resultados de las diversas investigaciones en este campo no arrojan resultados concluyentes acerca de una relación causal, y es probable que los efectos sobre la conducta y el desarrollo en los niños anémicos se vean aumentados por la presencia de factores ambientales desfavorables para un normal desarrollo. Por ello

resulta improbable que las diferencias en los resultados en el desarrollo mental y motor observadas en los niños anémicos obedezcan a un factor de riesgo único, sino que más bien son la consecuencia de una combinación de factores asociados.

Los siguientes son factores de riesgo para padecer anemia son: las condiciones socioeconómicas bajas, consumo de leche de vaca antes de los 6 meses, consumo de fórmulas no enriquecidas con hierro, bajo peso al nacer. (Stanco, 2013)

Una anemia no tratada provocará cambios no hematológicos como fatiga, apatía, falla en el crecimiento y desarrollo y disminución a la resistencia a infecciones

Anemia por deficiencia de hierro

La anemia por déficit de hierro es un problema nutricional en nuestro país, que afecta primordialmente a neonatos, niños, mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil.

Este mineral es importante en el organismo debido a que forma parte de moléculas como la hemoglobina, mioglobina y actúa en una gran cantidad de reacciones en el organismo (tipo Redox) como cofactor.

La ingesta inadecuada de hierro, la baja biodisponibilidad de hierro consumido y la existencia de ciertos tipos de parasitismo intestinal son factores que predisponen al déficit de este micronutriente.

La solución a esta situación consiste en educar a la población sobre el consumo de una dieta balanceada que incluya buenas fuentes de hierro, la suplementación de individuos de alto riesgo con compuestos de hierro en forma medicinal y la fortificación de alimentos con hierro, ya sea de un alimento básico en programas nacionales, o de alimentos industrializados.

Causas de la anemia por deficiencia de hierro en niños

- La anemia materna: Bajos depósitos de hierro
- La Prematuridad y el Bajo Peso al Nacer
- El pinzamiento temprano del cordón umbilical
- Lactancia materna inadecuada y destete precoz.
- Alimentación complementaria deficiente en hierro hemínico: carnes rojas, hígado, sangrecita, pescado, etc. (explica el 50 y 80% de los casos de anemia).
- Introducción de leche entera de vaca en el primer año de vida
- Diarreas frecuentes limitan la capacidad de absorción y utilización de los nutrientes.
- Parasitosis intestinal.

Consecuencias de la anemia por deficiencia de hierro.

- Afecta en el normal desarrollo psicomotor del lactante.
- Trastornos en el comportamiento del niño y niña
- Disminuye la capacidad física e intelectual de las personas por ende menor rendimiento escolar.
- Menor respuesta inmune y mayor incidencia de infecciones en poblaciones con deficiencia nutricional.

Signos y síntomas de anemia

- Debilidad, dolor de huesos, irritabilidad , falta de concentración, cansancio ,pérdida de apetito.
- Los bebés que no reciben suficiente hierro pueden ser menos activos y desarrollarse más lentamente. También pueden presentar los síntomas siguientes: Aumento de peso más lento, Piel pálida, Falta de apetito, Irritabilidad (huraño, difícil)

Hemoglobina

La hemoglobina es una molécula que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos de la sangre y sirve para transportar el oxígeno hasta los tejidos. Por ello cuando existe anemia severa, los tejidos y órganos del organismo no reciben suficiente oxígeno, la persona se siente cansada, su pulso está acelerado, tolera mal el esfuerzo y tiene sensación de falta de aire. La hemoglobina es una proteína muy importante para nuestro organismo, pues es la encargada de transportar el oxígeno necesario para el buen funcionamiento de todos los tejidos y órganos de nuestro cuerpo. La hemoglobina también juega un papel importante en el mantenimiento de la forma de las células rojas de la sangre. En su forma natural, los glóbulos rojos son redondos con centros estrechos semejantes a una rosquilla sin agujero en el centro. Una estructura anormal, por lo tanto, puede afectar a la forma de las células rojas de la sangre e impiden su función y el flujo a través de los vasos sanguíneos desarrollados y por supuesto mucho más evidentes en los subdesarrollados.

Valores normales de hemoglobina

Los valores normales de hemoglobina en el niño y niña de 6 a 36 meses de edad son de $>$ a 11.0 g/dl, considerando el factor de corrección que para el nivel del mar en que se encuentra. Cuando la cifra o el contenido de la hemoglobina se presentan más bajo de lo esperado en un análisis de sangre, significa que el niño tiene anemia.

La hemoglobina debe medirse en niños nacidos a término en menores de un año a los 4, 6, 9 meses de edad, al niño de un año a los 12 y 18 meses, de 2 a 4 años una vez al año.

Fuentes de hierro.

La forma ideal de recibir el hierro es a través de la alimentación, es decir lo que comemos día a día, aunque también podemos obtener hierro adicional en los suplementos o en los alimentos fortificados.

El hierro de los alimentos de origen animal se absorbe mejor que el de los vegetales. Además, la presencia de hierro de origen animal en las comidas ayuda a absorber el hierro de los vegetales. Es importante por esto incluir fuentes de origen animal tan frecuentemente como sea posible. Otro factor que ayuda a la absorción del hierro de los vegetales es la presencia de vitamina C, vitamina A y carotenoides.

Los alimentos de origen animal que contienen más hierro son las vísceras, especialmente el hígado, las carnes rojas, pescados (sardina, jurel, bonito) y mariscos.

2.3.-Definición de términos

- **SIEN.-** sistema de información y evaluación nutricional en niños menores de 5 años, se registra a todos los niños atendidos en el mes en el establecimiento de salud.
- **Anemia.-** Se define como la disminución de la concentración de hemoglobina en sangre a valores que están por debajo del valor de límite determinado por la OMS según edad y sexo.
- **Sesión**
Demostrativa. Es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, de la gestante y en la mujer que da de lactar, a través de una participación activa y un trabajo grupal. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada "aprender haciendo".

- **CPVC.**- El centro de promoción y vigilancia comunal es un espacio dotado por la misma comunidad para realizar las actividades de capacitación, monitoreo, análisis de información y toma de decisiones.
- **Promotor de salud y madre guía.**-Son personas elegidas por la comunidad para realizar actividades de monitoreo y seguimiento domiciliario a todos los niños intervenidos.
- **Crecimiento.**-Aumento en el número y tamaño de las células, aumento de masa o volumen
- **Desarrollo.**-Adquisición de funciones con aumento en la complejidad. Comprende la maduración y adaptación.
- **Intervención de enfermería.** Es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. Identificando las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad y establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios , así resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.
- **Promoción de Salud.**- .Es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla y que se dedica a estudiar las formas de favorecer una mejor salud en la población.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Las fuentes de recolección de datos para el presente informe de experiencia profesional han sido:

- Historias Clínicas Del Niño
- Registro de seguimiento de niños
- Registro y reporte de sistema de información y evaluación nutricional de niños menores de 5 años (SIEN).
- Observación y análisis de datos estadísticos generados por el establecimiento de salud.
- Observación y análisis de los datos obtenidos de TDI (tecnología de decisiones informadas)

3.2 Experiencia Profesional

Inicie como Enfermera asistencial en el mes de octubre del año de 1997 con SERUMS en el Centro de Salud de Ccatcca, de la provincia de Quispicanchis y del departamento de Cusco, siendo responsable de atención integral de niños y adolescentes, promoción de salud, Tuberculosis, donde realice las siguientes actividades:

Atención integral de salud de niños y adolescentes; control crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, consejería nutricional.

Nutrición: registro, digitación de sistema de evaluación nutricional de niños menores de 5 años y gestantes (SIEN), análisis de reporte de SIEN, Entrega de canastas de alimentos a madres de niños menores de 3 años y gestantes y a las familias en riesgo (PANFAR).

En promoción de salud realice visitas de seguimiento a niños con infecciones respiratorias agudas y por enfermedades diarreicas agudas, niños con anemia y niños desnutridos, también realice capacitación a promotores de salud, docentes de las instituciones educativas, participación en asambleas y reuniones comunales, participe en las reuniones multisectoriales y mesas de concertación en la municipalidad distrital. Sesiones educativas a madres de niños menores de 5 años en prácticas saludables de cuidado materno infantil, sesiones demostrativas de preparación de alimentos.

En 1998 labore en el Centro de Salud de Layo de la provincia de Canas distrito de Layo en calidad de contratada, donde estaba a cargo de la estrategia sanitaria de control de crecimiento y desarrollo, nutrición saludable, vigilancia epidemiológica activa, promoción de salud.

En los años 1999 a 2005 Labore en Puesto de Salud de Ayre y Puesto de Salud de Mollamarca de la provincia de Paucartambo del departamento de Cusco, en calidad de contratada con un personal técnico y un profesional de Obstetricia, teniendo la responsabilidad de jefatura de establecimiento de salud, atención de morbilidad en general debido a que no había médico, también estaba a cargo de todas las etapas de vida, responsable de los programas control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, vigilancia epidemiológica activa, nutrición, Tuberculosis, enfermedades Metaxénicas, enfermedades no transmisibles, promoción de salud y responsable de patrimonio.

En el año 2006 a 2007 labore en el Puesto de Salud Occopata del distrito de Santiago de la provincia y departamento de Cusco, estaba a cargo de la Jefatura del establecimiento de salud, responsable de la atención de todas las etapas de vida, niño sano y atención de morbilidad en general y todos los programas estratégicos, promoción de salud, atención de tópico, farmacia y limpieza del establecimiento.

Desde 2008 a 2010 labore como contratada en el Puesto de Salud de Pantipata del distrito de Chinchaypugio de la Provincia de Anta del departamento de Cusco, estaba a cargo de la Jefatura del establecimiento de salud, responsable de la atención de todas las etapas de vida, niño sano y atención de morbilidad en general y todos los programas estratégicos, promoción de salud, atención de tópico, farmacia, limpieza y guardianía del establecimiento. Donde se logró disminuir los partos domiciliarios que era de 80% a 2% en un periodo de 2 años, con la intensificación de trabajo de promoción de salud, a través de la estrategia de abogacía, la participación comunitaria (autoridades y líderes comunales promotores de salud), visitas domiciliarias, seguimiento y monitoreo estricto a las gestantes, referencia a las gestantes a partir de 36 semanas de gestación a casa materna de Centro de Salud de Anta, Centro de Salud de Chinchaypugio y Centro de Salud de Belenpampa, también se logró disminuir la desnutrición crónica y anemia para lo cual se hizo las sesiones demostrativas de preparación de alimentos y lavado de manos con la participación del 100% de las madres de niños menores de 3 años y gestantes, con la participación de autoridades locales, promotores de salud, programa JUNTOS y Vaso de leche.

En jefatura de establecimiento de salud: Elaboración de plan operativo institucional, elaboración de plan anual de trabajo, organización de servicios, gestión ante los niveles superiores y gobiernos locales para la dotación de materiales logísticos, insumos medicamentos, combustibles, personal de salud y otros. Participar a las reuniones multisectoriales en representación del establecimiento de salud.

En la atención integral de salud del niño, realice el control de crecimiento y desarrollo del niño, aplicación de vacunas de acuerdo al calendario de vacunación, entrega de micronutrientes, dosaje de hemoglobina, diagnóstico y tratamiento de anemia, consejería nutricional.

En la estrategia de tuberculosis realice: captación y registro de sintomáticos respiratorios, recolección y envío de muestras de esputo a laboratorio, administración de tratamiento a pacientes afectados con tuberculosis, visitas domiciliarias y censo de contactos.

En Inmunizaciones: realice manejo y control de cadena de frío, informe mensual de movimiento de insumos y biológicos, elaboración de requerimiento mensual, inmunización a niños y grupos de riesgo según el esquema nacional de vacunación, elaboración y entrega de informe estadístico a nivel de la Microred.

Cada fin de mes se realizaba la elaboración y entrega de informe estadístico a la micro red de todas las estrategias sanitarias.

También se realizaba la elaboración y participación en las evaluaciones trimestrales, semestrales y anuales organizadas por las unidades ejecutoras y la Microred.

Luego desde 19 de setiembre de 2010 a 31 de agosto de 2016 labore en el Puesto de salud de Quiñota de la provincia de Chumbivilcas del departamento de Cusco en calidad de **nombrada**, siendo responsable de la atención de etapa vida niño, salud escolar y adolescente, promoción de salud, programa estratégicos articulado nutricional y tuberculosis, responsable de PIM (Plan de incentivos municipales), para lo cual elabore un proyecto de implementación de centro de vigilancia comunal de niños menores de 3 años y gestante, el cual ha sido y aprobado por la municipalidad implementándose un Centro de promoción y vigilancia comunal en la comunidad de Atta Pallpa Pallpa. En este establecimiento se contribuye en la disminución de la desnutrición crónica y anemia, del cual se presentará el informe detalladamente.

Desde 01 de setiembre de 2016 al 29 de febrero de 2017 labore en la Red de Servicios de Salud Cusco Sur como coordinadora de dos estrategias Sanitarias; Estrategia Sanitaria de Nutrición Saludable y salud

Familiar, donde se realizaba las siguientes actividades: Programación de metas y actividades de los programas estratégicos, programación de presupuesto anual por cada unidad prestadora de servicios de salud, Elaboración de plan táctico anual y multianual, análisis de reporte mensual de actividades de nutrición y salud familiar de todos los establecimientos de Salud, análisis del reporte de sistema de evaluación y nutrición de niños menores de 5 años y gestantes, envío de la información a Dirección Regional de Salud Cusco, Monitoreo y seguimiento de actividades a los establecimientos de salud, elaboración de términos de referencia para capacitación al personal de salud, capacitación al personal de salud por Microred por establecimiento, Capacitación, monitoreo y asistencia técnica en la elaboración de Tecnología de decisiones informadas(TDI) a los gobiernos locales.

Desde 01 de marzo de 2017 hasta la fecha vengo laborando en el Centro de Salud de Belenpampa como enfermera Asistencia, donde ocupe el cargo de Jefatura de Enfermería en el año 2017, responsable de atención integral de niños, promoción de salud, responsable de calidad, responsable de padrón nominal.

En jefatura de Enfermería realice: elaboración de plan táctico del servicio de enfermería 2017, Programación de metas personalizadas, elaboración de Rol de personal de enfermería; Licenciadas de Enfermería, personal técnico de Enfermería, personal administrativo, conductores, limpieza guardianía y digitadores, estudiantes de Enfermería, técnicos de Enfermería.

Participación activa en las reuniones de gestión del establecimiento de salud, en las evaluaciones trimestrales, semestrales anuales.

Análisis y monitoreo de articulado nutricional, utilizando el reporte proporcionado por SIS, y el padrón nominal.

En promoción de salud se realiza: elaboración de plan táctico de promoción de salud 2017 y 2018, seguimiento y monitoreo de actividades a través del His realizado por todo el personal de salud, elaboración de sectorización y padrón nominal de menores de 5 años por sectores para seguimiento y visitas domiciliarias por todo el personal de salud,

Visitas domiciliarias de seguimiento a niños y gestantes en riesgo, visitas a niños por grupo etéreo para articulado nutricional, aplicación de fichas familiares a familias en riesgo.

Participación en reuniones multisectoriales distritales.

Elaboración de plan de hojas de ruta y plan de trabajo multisectorial, plan de trabajo con juntas vecinales, plan de trabajo con promotores de salud.

Capacitación a gobierno local, comité multisectorial, juntas vecinales, personal de salud, docentes de las instituciones educativas y promotores de salud.

Sesiones demostrativas de preparación de alimentos y lavado de manos con madres de niños menores de 3 años y gestantes.

En atención integral del niño se realiza control de peso y talla, valoración nutricional, valoración del desarrollo, entrega de resultados de exámenes auxiliares(hemoglobina, examen seriado de Heces tes de Graham), consejería nutricional y desarrollo infantil temprano, aplicación de biológicos según esquema nacional de vacunación, administración de micronutrientes, administración de antiparasitario a partir de 2 años, llenado de Ficha Única de Atención de salud(FUA), registro en historia clínica, HIS MINSA y SIEN, tarjeta de crecimiento y desarrollo, Registro de cita para el próximo control.

3.3 Procesos realizados en el Informe del Tema:

Disminución de la anemia.

El Puesto de salud de Quiñota se encuentra ubicado en la capital del distrito de Quiñota siendo uno de los ocho distritos de la Provincia de Chumbivilcas, ubicada en el Departamento de Cusco, bajo la administración el Gobierno regional del Cusco, se encuentra a una altitud media de 3593 m.s.n.m .**Cuya visión** es mejorar el bienestar de las personas, manteniéndolas saludables y resolviendo sus necesidades oportunamente con equipos comprometidos, integrando a la comunidad en su auto cuidado y utilizando los recursos responsablemente y su misión es brindar servicios de salud con enfoque de atención integral basado en familia y comunidad, integrando a la sociedad civil en el cuidado de la salud.

Durante los 6 años de mi experiencia profesional en la evaluación integral del niño y en promoción de salud se realizó diversas actividades.

En el establecimiento de salud:

- Se sensibiliza al personal de salud y se involucrar en las actividades programadas, dando a conocer las líneas de acción, sus componentes, sus beneficios del plan de intervención para la disminución de anemia y desnutrición crónica.
- Se elaboró el plan de intervención para disminución de anemia y desnutrición con la participación de la empresa minera ANABI – SAC, las autoridades locales y personal de salud.

En el Municipio:

- Se coordinó con el consejo municipal presentando el plan de intervención para la disminución de anemia año 2014 a 2016, asimismo se presente el proyecto para la implementación del centro de promoción y vigilancia comunal de niños menores de

La sobre carga laboral del personal de enfermería dificultaba el monitoreo y seguimiento de los niños y gestantes en centros de vigilancia comunal.

Motivos por los cuales se ha tenido que realizar alianza estratégica y firmar convenio con la empresa minera ANABI SAC. Municipalidad- Puesto de salud- comunidad. La empresa Minera se encargaba de todo el presupuesto económico para el contrato de personal (01 nutricionista y 01 técnico de enfermería), provisión de materiales educativos, alimentos para sesiones educativas en los centros de promoción y vigilancia comunal, incentivos para promotores de salud, así como para la implementación de biohuerto familiar, cocinas mejoradas.

El personal del establecimiento de salud se encargaba de:

Capacitar al agente comunitario de salud, madres guías, juntas vecinales comunales y comités multisectoriales.

Brindar atención integral de salud a niños, seguimiento y tratamiento de niños con anemia, realizar sesiones educativas y sesiones demostrativas de alimentos, lavado de manos entre otras actividades preventivo promocionales, en los diferentes escenarios municipalidad, comunidad, familias y viviendas saludables e instituciones educativas.

La intervención clave para la disminución de anemia en niños menores de 3 años fue, el trabajo con las madres participantes del centro de promoción y vigilancia comunal, en donde participaron promotores de salud, madres guías, en cada una de las comunidades y sectores logrando constituirse más de 15 centros de vigilancia comunal con la participación de un promedio de 25 madres de niños menores de 3 años.

En este centro de vigilancia comunal, las madres se reunían en forma interdiaria para recibir talleres de sesiones demostrativas de alimentos y lavado de manos, los niños recibían raciones de alimentación saludable ricos en hierro preparadas por las propias mamás en forma rotativa.

Los promotores de salud y madres guías realizaban visitas de seguimiento y monitoreo al 100% de los niños intervenidos una vez por semana, en donde se vigilaba el consumo de hierro condición de vivienda y entornos, practica de hábitos saludables utilizando una ficha de observación y encuesta los cuales fueron entregados semanalmente a la responsable de monitoreo para luego recibir el incentivo económico por esta labor.

Se elabora el registro de seguimiento de niños menores de 3 años intervenidos, en donde se realiza el seguimiento estricto de niños con desnutrición, anemia y parasitosis. Realizando la antropometría y dosajes de hemoglobina, al primer mes del inicio de tratamiento, a los 3 meses y los 6 meses.

Los insumos y los alimentos, así como el incentivo económico, fueron dotados por la empresa Minera.

IV. RESULTADOS

Cuadro N° 4.1

**NIÑOS TAMIZADOS CON HEMOGLOBINA EN EL PUESTO DE SALUD
DE QUIÑOTA AÑO 2014- 2016**

COMUNIDAD	TAMIZADOS		NORMAL				ANEMIA LEVE				ANEMIA MODERADA			
	2014	2016	2014		2016		2014		2016		2014		2016	
	N	N	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CCOLLANA	110	112	22	20	45	40	70	64	64	57	18	16	3	3
PUMALLACTA	98	104	18	18	38	37	59	60	57	55	21	22	8	8
QUIÑOTA	85	90	19	22	41	45	58	68	48	53	8	10	1	2
ATTA PALLPA PALLPA	69	67	12	18	27	40	46	67	38	56	11	15	4	4
Total	362	373	71	19.6	151	48	233	64	207	55	58	16	16	4.2

FUENTE: Registro de atención de niños <3 años en P.S de Quiñota 2014-2016.

En el cuadro N° 4.1 podemos observar que en el año 2014 un 64% de la población menor de 3 años tiene anemia leve, 16 % anemia moderada y para el año 2016 ha disminuido a 55% anemia leve y anemia moderada ha disminuido a 4.2%, aún continúan un gran porcentaje de niños con déficit de hierro por falta de consumo de alimentos ricos en hierro, por la persistencia de pobreza extrema, por la presencia de parasitosis y consumo de agua no apta para consumo humano cloro residual por debajo 0.5ppm

CUADRO N° 4.2.

EVALUACIÓN NUTRICIONAL DE LOS NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD DE QUIÑOTA AÑO 2014 – 2016.

AÑO	NIÑOS EVAL	NORMAL		DESNUTRICIÓN CRÓNICA		OBESIDAD		SOBREPESO	
		N	%	N	%	N	%	N	%
2014	362	91	25	261	72	0	0	10	03
2016	373	141	38	220	59	4	1	8	2

Fuente: Registro de atención de niños < 3 años del P.S. Quiñota 2014 y 2016.

En el cuadro N° 4.2 podemos observar un alto porcentaje de desnutrición crónica en el año 2011 y sobrepeso con un 3%. Para el año 2016 se observa un 59% de desnutrición crónica, lo que disminuye por lo que aún falta más educación a los padres sobre las practicas saludables para la prevención de la desnutrición crónica.

Cuadro N° 4.3.

**ASISTENCIA DE MADRES A SESIONES DEMOSTRATIVAS DE
PREPARACIÓN DE ALIMENTOS Y LAVADO DE MANOS EN EL
PUESTO DE SALUD DE QUIÑOTA 2014- 2016.**

AÑO	TOTAL DE MADRES	LAVADO DE MANOS		PREPARACION DE ALIMENTOS	
		N	%	N	%
2014	390	292	75	289	74.0
2015	410	360	88	328	80.0
2016	480	390	81,25	420	87.5

Fuente: Registro de participantes del CPVC años 2014 a 2106.

En el cuadro N°4.3. Se observa que en el lavado de manos y en la preparación de alimentos se incrementaron el porcentaje de asistencia de madres en comparación con los años anteriores.

CUADRO N° 4.4
SEGUIMIENTO DE NIÑOS EVALUADOS CON ANEMIA EN P.S. DE
QUIÑOTA 2014-2016.

Población evaluada	Anemia leve moderada		
	niños con anemia	Recibieron tratamiento completo	controles Hg 6 meses
373	265	203	180

Fuente: Registro de seguimiento de niños con anemia 2014-2016

En el presente cuadro podemos analizar que solo recibieron tratamiento completo por 6 meses 203 niños, los demás abandonaron el tratamiento por reacciones adversas y por migración de sus padres a la cabaña u otras provincias en busca de trabajo.

V. CONCLUSIONES

- a) La anemia por déficit de hierro constituye un problema de salud, no solo en el Cusco sino en todo el país y a nivel mundial es de primordial importancia el papel del personal de salud en la profilaxis de esta enfermedad en los diferentes grupos poblacionales orientándolos sobre una adecuada consejería nutricional sobre todo en la primera infancia, es así que la orientación y consejería sobre todo a las madres juega un rol primordial.
- b) Se ha logrado disminuir la anemia de niños menores de 3 años en el Puesto de Salud de Quiñota de un 80% en 2014 a un 59.25%, aún continúan un gran porcentaje de niños con déficit de hierro por falta de consumo de alimentos ricos en hierro, por la persistencia de factores de riesgo y determinantes sociales.
- c) La promoción y prevención de la salud permite evitar problemas a futuro y mejorar los estilos de vida, disminuyendo las enfermedades como la diabetes, hipertensión, infartos. Durante el año 2016 se realizó el seguimiento a más del 83% de los niños con problemas de anemia, desnutrición, obesidad y sobrepeso.
- d) Es muy importante priorizar el trabajo en el primer nivel de atención, las actividades preventivo promocionales: en los diferentes escenarios municipalidad, comunidad, vivienda y familias para disminuir problemas potenciales a futuro, y sensibilizar a las licenciadas de Enfermería para que se empoderen en esta actividad para lo cual se tiene que mejorar las competencias realizando la segunda especialidad como enfermeras salubristas.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Para el personal de salud, realizar el seguimiento estricto de niños diagnosticados con anemia tanto para la administración de tratamiento en el establecimiento de salud, como las visitas domiciliarias, para verificar la adherencia al tratamiento, la dosis y almacenamiento, así como para verificar las prácticas saludables para prevenir la anemia.
- b) La anemia si se puede prevenir detectando en forma precoz, durante el control de crecimiento y desarrollo y brindando una consejería nutricional adecuada, también realizando visitas de seguimiento en el hogar y capacitando a las madres en la preparación de alimentos y lavados de manos.
- c) Para el gobierno local priorizar la inversión pública en la primera infancia para contribuir en la mejora de las condiciones de vida de la población especialmente en los lugares de extrema pobreza y las comunidades aisladas.
- d) Para las unidades Ejecutoras realizar programación y ejecución de presupuesto en forma adecuada para el desarrollo de actividades y dotación de personal de salud priorizando los establecimientos de salud que se encuentra en lugares de extrema pobreza y según los indicadores de salud.

VII. REFERENCIALES

1. BENOIST B et al., eds. Worldwide prevalence of anaemia 1993-2005. Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008.
2. CALDERÓN RAMIREZ, ROCIO DEL PILAR "Anemia En El Menor De Tres Años Y Factores Sociodemográficos De La Familia. - C.S. Sanos Del Inca- 2014".
3. CCANA VALDIVIA NICOLE CAMILA BR. CAVILA SUMIRI ANA MARIA "CAUSAS RELACIONADAS AL SUMINISTRO DE MULTIMICRONUTRIENTES EN NIÑOS DE 6 a 35 MESES DE EDAD DEL CENTRO DE SALUD DE PAUCARTAMBO 2013", HELLEN ISABEL GARRO VERA Efectividad del programa educativo "prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses" en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un centro de salud de Lima - Metropolitana 2015.
4. HUAMÁN-ESPINO LUCIO Y COLABORADORES, "Consumo de suplementos con multimicronutrientes chispitas anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en el contexto de una intervención poblacional en Apurímac". Perú -2012.
5. GAVIRIA LM, SOSCUE D, Campo-Polanco LF, Cardona-Arias J, Galván Díaz AL. Prevalencia de parasitosis intestinal, anemia y desnutrición en niños de un resguardo indígena Nasa, Cauca-Colombia, 2015. Rev. Fac. Nac. Salud Pública, 2017; 35(3): pp-pp.
6. GARRO VERA, HELLEN ISABEL "Efectividad del programa educativo prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses" en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un centro de salud de Lima - Metropolitana 2015

7. Instituto nacional de salud anemia en la población infantil del Perú aspectos claves para su afronte Mayo 2015.
8. Resolución Ministerial N° 258-2014/MINSA, que aprueba el Plan Nacional para la reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el país 2014- 2016.
9. Resolución Ministerial 828-2013/MINSA, que aprueba la NTS 106-MINSA/DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Neonatal”.
10. Resolución Ministerial 464-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Modelo de atención integral de Salud Basado en Familia y Comunidad”.
11. Resolución Ministerial 528-2011/MINSA, que aprueba el Documento Técnico “Promoción de Prácticas y Entornos Saludables para el Cuidado Infantil”.
12. Lozoff B, Jiménez E, Smith J. Double Burden of Iron. Deficiency in Infancy and Low Socioeconomic Status. Arch Pediatr Adolesc Med vol 160. 2006
13. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud – Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, 2004.
14. Lineamientos de Nutrición Materno Infantil, Decreto Supremo N° 007-2005-SA, 14 de Enero del 2005. Resolución Ministerial N° 126-2004/MINSA.16
<http://www.wikicardio.org.ar/wiki/Anemia> revisado 12/10/17

PERSONAL DE SALUD DEL PUESTO DE SALUD QUIÑOTA



REUNIÓN DE EQUIPO DE SALUD CONMEMORANDO EL ANIVERSARIO DEL PUESTO DE SALUD



Fuente: Elaboración propia, 2016

ENTREGA DE RECONOCIMIENTO A MADRE GUÍA



MADRES PARTICIPANDO EN EL CONCURSO DE PLATOS NUTRITIVOS



Fuente: Elaboración propia, 2016

CALIFICACIÓN DE PLATOS NUTRITIVOS EN EL DISTRITO DE QUIÑOTA ORGANIZADO POR LA MUNICIPALIDAD Y PUESTO DE SALUD.



Fuente: Elaboración propia, 2016

SESION DEMOSTRATIVA DE PREPARACION DE ALIMENTOS CON MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS



Fuente: Elaboración propia, 2016



Fuente: Elaboración propia, 2016



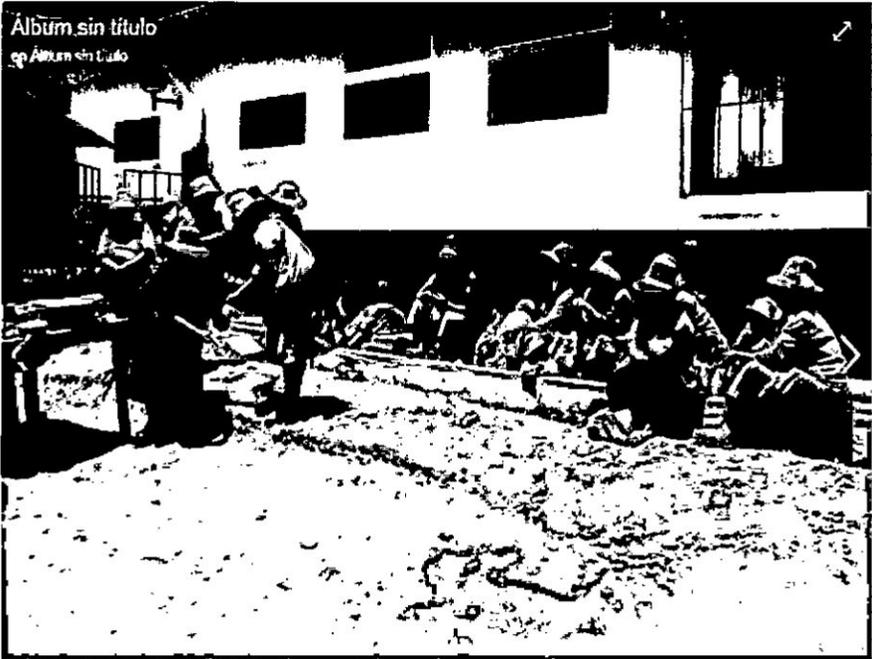
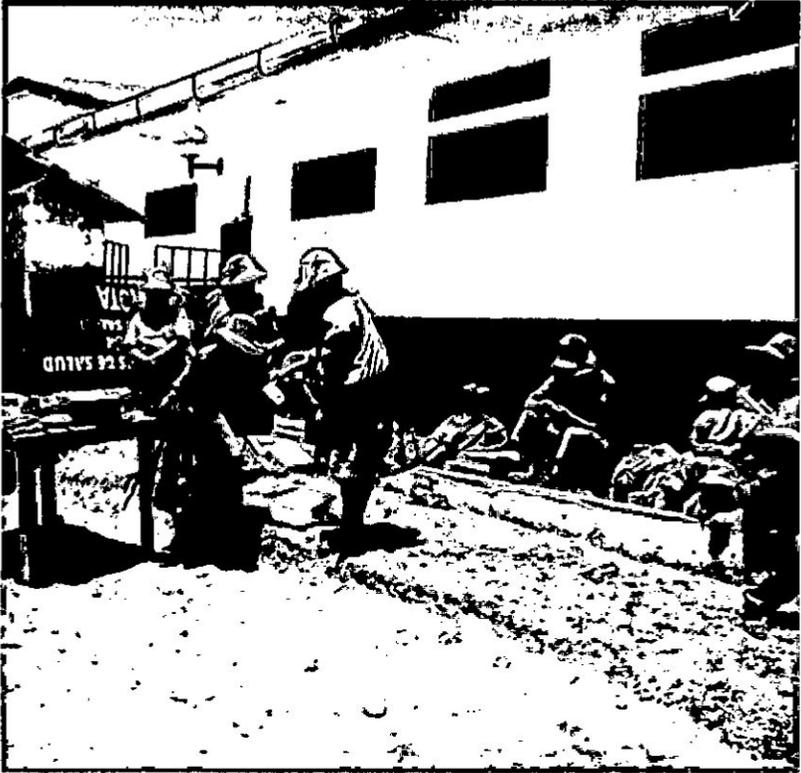
Fuente: Elaboración propia, 2016

MARCHA DE SENSIBILIZACIÓN PARA PREVENIR LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA INFANTIL Y ANEMIA



Fuente: Elaboración propia, 2016

SESION DEMOSTRATIVA DE LAVADO DE MANOS CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS.



Fuente: Elaboración propia, 2016

**APLICACIÓN DE ENCUESTA SOBRE PRACTICAS SALUDABLES
PARA EL CUIDADO DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS.**



VISITAS DE SEGUIMIENTO A NIÑOS DESNUTRIDOS Y CON ANEMIA



Fuente: Elaboración propia, 2016