

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA A NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE
CINCO AÑOS CON ANEMIA EN EL CENTRO DE SALUD
PACCAYPATA I 3 – MICRO RED LAMBRAMA – RED DE SALUD
ABANCAY 2015 - 2017**

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

RUT GAMARRA ROMAN

CALLAO - 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA PRESIDENTE
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO SECRETARIA
- DR. SANDY DORIAN ISLA ALCOSER VOCAL

ASESORA: DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 328

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 05/09/2018

Resolución Decanato N° 1352-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia profesional titulado **“INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NIÑOS MENORES DE TRES AÑOS CON ANEMIA EN EL CENTRO DE SALUD PACCAYPATA I.3 - M.R. LAMBRAMA RED DE SALUD ABANCAY DE LOS AÑOS 2015- 2017”**, En el Perú, la anemia afecta al 43,6% de los niños menores de tres años constituyendo un problema de salud pública, esta cifra ha permanecido sin mayores cambios en los últimos cinco años a pesar de los esfuerzos del gobierno por reducirla. Como se describe en el primer artículo del simposio publicado en este número, existen varios estudios observacionales, longitudinales y experimentales que demuestran que la anemia en los infantes afecta el desarrollo psicomotor (1) y que este efecto en el desarrollo permanecería, a pesar de corregirse la anemia, observándose, a largo plazo, un menor desempeño en las áreas cognitiva, social y emocional. Existen bases fisiológicas que explican los mecanismos de las consecuencias de la anemia en el desarrollo. Por otro lado, también hay investigaciones que documentan el costo social y económico de la anemia, ya que esta produce una disminución de la capacidad física y de la productividad (1).

El mismo artículo describe que la inadecuada ingesta de hierro y otros nutrientes puede llevar a la deficiencia de hierro y que esta deficiencia en su fase más severa y prolongada ocasiona la anemia. A ello se suman los

altos requerimientos de hierro y nutrientes de los infantes, debido a su elevada velocidad de crecimiento; por ejemplo, en el primer año de vida, el niño triplica su peso al nacer; por otro lado, la alta carga de enfermedades como la diarrea, parasitosis y malaria, contribuye a la alta prevalencia de anemia observada. Dentro de este marco de causalidad, el enfoque de la anemia debe darse de una manera integral, para lograr no solo mejorar la ingesta de hierro y micronutrientes en el niño, sino reducir la carga de parasitosis, diarrea, y malaria (1).

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capitulo IV** : resultados ; **capítulo V** : conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática.

La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas (IC95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC95%: 446,2 a 490,6 millones) (3).

Afecta a todas las regiones: Especialmente sierra (Puno 76%, Apurímac 56.8%, Pasco 56.1%) y selva (Loreto, Madre de Dios 58.2%, rural (51%), Quintil más pobre (52%) (4).

Es necesario considerar una capacitación adecuada al personal de salud y, el empleo de equipos calibrados en la medición de la anemia, tanto en los establecimientos de salud, como a nivel poblacional. Sería muy útil contar con métodos validados que empleen tecnologías no invasivas para medir la hemoglobina.

El empleo de puntos de corte de anemia en condiciones fisiológicas de salud y de enfermedad, las causas de la alta prevalencia de anemia en los primeros seis meses de edad y los mecanismos de adaptación de la hemoglobina a la altura son todavía asuntos por investigar. Resulta interesante sobre la necesidad de definir los puntos de corte en poblaciones residentes a distintos niveles de altitud y medir la efectividad de las intervenciones contra la anemia en dichas poblaciones.(GONZALES Elena-2015).

También es importante el poder contar, a la brevedad, con más revisiones sistemáticas sobre las consecuencias de la anemia en la salud de la gestante, del niño, escolar y adolescente, ya que esta información permitirá hacer incidencia a nivel de las autoridades, líderes de opinión y población en general sobre la importancia de la prevención de la anemia. Es necesario que los programas cuenten con un adecuado monitoreo y medición del impacto de las intervenciones,(SILVA Alban-2013).

La implementación de la estrategia de fortificación de alimentos de consumo masivo, como el arroz y alimentos complementarios dirigidos a los niños menores de dos años, son también acciones que han demostrado su efectividad por lo tanto se requiere evaluar su implementación en los establecimientos del primer nivel de atención.

La promoción de una alimentación saludable, que incluya el consumo de alimentos ricos en hierro disponibles en la zona, es una estrategia importante a nivel poblacional, por lo que se hace necesario la divulgación de la Guías Alimentarias para la comunidad.

En este enfoque integral de la anemia hay que considerar la incorporación de acciones para favorecer el consumo de agua segura y la adecuada eliminación de excretas, como medidas de salud pública de alto impacto en la salud de la población y que contribuyen a reducir la anemia,(BOCANEGRA Vargas-2011).

El Centro de Salud Paccaypata del Distrito de Mariscal Gamarra-Grau, existe una prevalencia de anemia de 29%, en niños menores de 36 meses, que por muchos esfuerzos que se hizo perdura una brecha, las madres de familia tienen una percepción cuando reciben el tratamiento para la anemia de que el estado envía productos para dañar a los niños volverlos retrasaditos, en los hábitos alimentarios las madres de familia privilegian preparaciones líquidas y muchas de las madres de familia cuando reciben el suplemento lo preparan en preparaciones líquidas, o en todo el plato no perciben la anemia como problema importante, tienen otras ocupaciones y poco tiempo para dar el suplemento lo que ocasiona el olvido.

1.2. Objetivo.

Describir la intervención de enfermería en niños menores de tres años con anemia en el Centro de Salud Paccaypata – M.R. Lambrama Red de Salud Abancay de los años 2015- 2017”

1.3. Justificación.

El presente informe tiene por finalidad evaluar las actividades que desarrolla la enfermera en el servicio de enfermería para realizar la detección de niños con anemia y en cuanto a la protección de niños menores de cinco años ya que la labor muchas veces es multifuncional enfrentándose a diversas limitaciones pese a ello en los años se ha logrado disminuir la prevalencia de la anemia de acuerdo a las evaluaciones trimestrales que se lleva a cabo en la micro Red Lambrama.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio servirá para profundizar los conocimientos en cuanto a la intervención de enfermería porque la atención adecuada al niño con anemia es muy importantes por que cumplen un rol fundamental en la vida de los niños, para prevenir y disminuir las enfermedades. A medida que las madres adquieren más información sanitaria a través de la intervención de enfermería que se realiza, se convierten en mejores guardianes de la salud de sus hijos ,

contribuyendo a incrementar la cobertura y disminuir el riesgo de morbimortalidad en los niños menores de cinco años. Este informe tiene importancia práctica y beneficia a la población infantil, pues los resultados sirvieron para proponer un plan de acción para seguir disminuyendo la prevalencia de la anemia al 0%.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al establecer mejoras en el servicio de enfermería al momento de realizar la intervención a la familia del niños con anemia en el servicio lo cual beneficiara directamente al niño y a la familia.

Nivel Social: A nivel social el informe beneficiará a los enfermeros que atienden a niños menores de cinco años en el servicio de enfermería. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de enfermería y brindar una excelente atención a niños menores de cinco años.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los enfermeros, familia o cuidador para que puedan

ser estandarizados y se un personal de salud competente y detectar los casos de anemia.

Nivel Económico: Los menores de cinco años que son tratados oportunamente de la anemia adquieren mejor protección y disminuye la morbimortalidad por enfermedades por lo tanto la economía de la familia y comunidad no es afectada ya que en la sociedad crecen niños sanos y fuertes.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

GONZALES Elena , HUAMÁN-ESPINO Lucio ,GUTIÉRREZ Cesar -2015 **caracterización de la anemia en niños menores de inco años de zonas urbanas de huancavelica, ucayali en el Perú,cuyo Objetivo es** Caracterizar la anemia en niños entre 12 a 59 meses pertenecientes a de zonas urbanas de las provincias de Huancavelica y Coronel Portillo en el Perú. **Materiales y métodos.** Estudio transversal desarrollado en dos etapas: a) estudio de base poblacional para la identificación de niños con anemia mediante un muestreo probabilístico multietápico, y b) caracterización de los niveles séricos de ferritina, vitamina B12, ácido fólico intraeritrocitario y presencia de parasitosis en los niños con anemia. Para el análisis estadístico se aplicaron los factores de expansión calculados a partir del plan de muestreo. **Resultados.** La prevalencia de anemia en Huancavelica fue 55,9% y en Coronel Portillo 36,2%. En Huancavelica la coexistencia de anemia con deficiencia de hierro fue del 22,8% y de anemia con deficiencia de vitamina B12 del 11%, en Coronel Portillo la coexistencia de anemia con deficiencia de hierro y déficit de vitamina B12 fueron del 15,2 y 29,7% respectivamente. Los tipos de anemia más frecuentes en Huancavelica fueron anemia concurrente con parasitosis (50,9%); anemia ferropénica y parasitosis (12,3%), y solo

ferropénica (6,4%); en Coronel Portillo fue anemia y parasitosis (54,4%); deficiencia de vitamina B12 y parasitosis (18,4%) y anemia ferropénica y parasitosis (6,3%). **Conclusiones.** La prevalencia de anemia es superior al promedio nacional, siendo la anemia concurrente con parasitosis y la anemia concurrente con dos o más causas el tipo más frecuente. Se debe considerar etiologías diferentes a la deficiencia de hierro en los programas de control de la anemia en niños peruanos. En conclusión, el tipo de anemia más frecuente, en zonas urbanas de la provincia de Huancavelica y la provincia de Coronel Portillo, es la anemia concurrente con parasitosis y la anemia concurrente con dos o más causas. Los enteroparásitos se constituyen en un factor preponderante, y su prevención y control deben integrarse en las estrategias de disminución de la prevalencia de anemia (2).

MUNAYCO, Cesar V.2013 **evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú,cuyo objetivo** es de determinar el impacto de la administración con multimicronutrientes (MMN) en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú, se estableció un sistema de vigilancia centinela en 29 establecimientos de Andahuaylas, Ayacucho y Huancavelica, en niños de 6 a 35 meses de edad, a quienes se les indicó MMN por un periodo de 12 meses, entre el 2009 y 2011. Además de los datos sociodemográficos de los menores y las madres, se determinó los niveles de hemoglobina al inicio y al final del estudio. Entre

los menores que culminaron la suplementación, la prevalencia de anemia se redujo de 70,2 a 36,6% ($p < 0,01$), y se evidenció que el 55,0% y el 69,1% de niños con anemia leve y moderada al inicio del estudio, la habían superado al término del mismo. Se concluye que la suplementación con MMN en polvo puede ser una estrategia efectiva en la lucha contra la anemia.

RESULTADOS: Se registraron un total de 1330 niños, de los cuales 1325 cumplieron con todos los criterios de inclusión para la intervención con MMN. De ellos, 272 (20,5%) abandonaron la suplementación y 294 (22,2%) fueron considerados pérdidas. Finalmente solo 759 (57,3%) menores llegaron al término del estudio. Se resumen las características generales de los menores y de sus madres en las tres regiones donde se llevó a cabo la int La prevalencia de anemia global antes de la suplementación fue de 66,2%, siendo la región Andahuaylas la que tuvo la prevalencia más alta con 74,6%. El 33% de los niños presentó anemia leve y el 35,4% anemia moderada. Muestra que la reducción global de la prevalencia de anemia, entre quienes terminaron la suplementación fue de 51,7%. En Ayacucho se observó la mayor reducción de anemia entre quienes terminaron la suplementación (63,3%); en tanto que en Andahuaylas se registró la menor reducción con 36,9%). De igual forma, entre los niños que culminaron la suplementación, la media de Hb se incrementó en 0,8 g/dL de manera global, observándose el mayor incremento de esta en Ayacucho (0,8 g/dL), y el menor en Andahuaylas

(0,7 g/dL). Tanto la reducción de la prevalencia de anemia como las diferencias de las medias de Hb, fueron significativas en las tres regiones. Finalmente, la adherencia a la suplementación con MMN fue muy alta en los menores que permanecieron durante toda la intervención (3).

SONCCO-SUCAPUCA M, BROUSETT-MINAYA MA, PUMACAHUA-RAMOS A.-2018, **Impacto de un programa educativo incluyendo un pan fortificado para reducir los niveles de anemia en niños escolares de Yocará, Puno –Perú**, cuyo **Materiales métodos y diseño del estudio**. Se efectuó un estudio cuasi experimental con pre y post prueba durante los meses de junio a diciembre de 2016 en la comunidad de Yocará, provincia de Juliaca, departamento de Puno, Perú. La población de estudio estuvo compuesta por niños de 6 a 12 años de edad que asistieron a la Institución Educativa N° 70703. Esta población fue elegida por su razonable porcentaje de anemia; como también, por las condiciones de pobreza y analfabetismo que presenta. El muestreo fue no probabilístico, donde la población de estudiantes conformó la muestra de 44 niños matriculados con asistencia regular en la institución mencionada, no se excluyeron niños con enfermedades crónicas, congénitas o severas que impidieran un crecimiento o metabolismo normal, tampoco niños con medicación por alguna enfermedad o los que presentaron deficiencia de peso.

Resultados. Los participantes del programa fueron 44 estudiantes de nivel primario, al término de la intervención sólo un estudiante se retiró debido a traslado, así mismo fueron 25 padres de familia quienes asistieron regularmente a las actividades del programa. Las edades de las madres fluctuaron entre 21 y 45 años, el 64% de ellas tienen entre 20 y 34 años y un 36% de 35 a más años. En relación al grado de instrucción, el 12% refiere tener técnico incompleto, el 32% secundaria completa, el 48% secundaria incompleta y el 8% primaria incompleta. Sobre su ocupación el 92% se dedican exclusivamente a su hogar y sólo el 8% refieren ser comerciantes. El 60% tienen 2 hijos, el 28% 3 hijos y el 12% refieren tener un solo hijo.

Conclusiones

El programa NFSA, consiguió reducir la anemia leve de un 25,5% a 2,3%; asimismo se redujo la anemia moderada de un 18,6% a 7%. El pan rico en hierro (8,01 mg/100 g) elaborado con harina de quinua y habas, alimentos producidos en la zona de estudio, tuvo una alta adherencia y aceptabilidad durante su consumo. Asimismo, se consiguió incrementar los conocimientos de los padres con respecto a la anemia ferropénica.

Por tanto, el programa NFSA fue efectivo para mejorar los niveles de hemoglobina en niños escolares, por lo que podría tomarse como una alternativa efectiva para prevenir la anemia y/o reducir la prevalencia de

esta, al incluir alimentos ricos en nutrientes y hierro, cultivados por los mismos pobladores (4).

GÓMEZ-GUIZADO G, MUNARES-GARCÍA O. 2012 **Anemia y estado nutricional en lactantes de dos a cinco meses atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú.** cuyo *objetivo* es determinar las características de los niveles de anemia en lactantes de dos a cinco meses de edad atendidos en los establecimientos del Ministerio de Salud del Perú durante el año 2012. **Materiales y métodos.** Estudio transversal utilizando la base de datos del Sistema de Información del Estado Nutricional del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Instituto Nacional de Salud del Perú del año 2012. Se analizaron los registros de 7513 lactantes de dos a cinco meses de edad atendidos en puestos, centros y hospitales del Ministerio de Salud de las 25 regiones del Perú. Se utilizaron estadísticas descriptivas y de regresión logística. **Resultados.** El 10,2% (IC 95%: 9,5-10,9) de los lactantes presentaron anemia, con diferencias en las frecuencias según los meses de edad ($p < 0,001$), altitud a nivel del mar ($p < 0,001$), regiones ($p < 0,001$) y tipo de establecimiento ($p < 0,001$). En el análisis multivariable se encontraron como factores asociados con tener anemia la edad de 4 meses (OR 1,2; IC 95%: 1,0-1,5) y 5 meses (OR 1,4; IC 95%: 1,2-1,6), presentar obesidad (OR 0,7; IC 95%: 0,5-1,0) y desnutrición crónica (OR 1,3; IC 95%: 1,0-1,6). **Conclusiones.** Se evidenció la presencia de anemia y desnutrición crónica antes de los 6 meses de edad y que la

probabilidad de tener anemia se incrementa conforme aumenta la edad y está asociada a algunos componentes del estado nutricional (5).

2.2 Marco Conceptual

2.2.1.-ANEMIA FERROPENICA

Según la OMS más de dos mil millones de personas son anémicas, es más frecuente en el Sur de Asia y en África, con la más alta prevalencia en África Occidental , estas dos regiones representan más del 40% de todos los casos. La prevalencia de anemia es mayor en mujeres embarazadas y niños de 1- 5 años de edad comúnmente 50- 60.% son anémicos en los países en desarrollo y 10- 20% en los industrializados.“La OPS-OMS indica que en el continente americano aproximadamente 94 millones de personas sufren de anemia ferropénica, en Caribe 60% la prevalencia en embarazadas, Ecuador notificó una prevalencia de 70% en niños de 6- 12 meses y 45 % en niños de 12- 24 meses, Cuba 64% en niños de 1-3 años, Argentina 55% en niños de 9- 24 meses, México de 50.7% en niños de 6- 36 meses. Todos los estudios indican que la población más afectada es R. N. de bajo peso, menores de 2 años y mujeres embarazadas (6)”.

En nuestro país según ENDES -2,000, 1 de cada 2 niños presentó anemia. Según EL ENDES 2005 pese a la reducción de 49.6 a 46.2 en menores de 5 años la prevalencia de anemia se mantiene alta “En

especial aquellos niños que viven en los departamentos con extrema pobreza, los que viven en áreas rurales son los que presentan mayor índice de deficiencia nutricional en todo el país, las carencias de satisfacción a las necesidades básicas y escasa educación de los padres hacen que sus condiciones de vida sean adversas para el normal desarrollo” (6).

Etiología y Factores de Riesgo: Deficiencia de hierro: es la principal causa de anemia infantil, el aporte dietario inadecuado por una dieta con bajo contenido de hierro y/o de pobre biodisponibilidad (predominante en inhibidores de la absorción de hierro y con un bajo contenido de hierro hem), Ingesta insuficiente de hierro durante el embarazo. Aumento de requerimientos debido al crecimiento, sobre todo en el menor de dos años. Niños prematuros y/o de bajo peso al nacer, ya que nacen con menor depósitos de hierro. Niños de 6 meses a 24 meses debido al crecimiento rápido y al déficit de hierro en la dieta. Niños de estratos socioeconómicos bajos. Parasitosis Intestinal: uncinarias, amebas, giardias son una de las causas que ocasionan pérdidas de hierro. La biodisponibilidad de la leche o fórmula utilizada es importante ya que el porcentaje absorbido es pobre si ella no está enriquecida, la absorción será mínima (7).

Signos y síntomas: Las manifestaciones son las propias de la anemia. Dado que en la deficiencia de hierro de origen nutricional la anemia es habitualmente de carácter leve, los síntomas son poco evidentes existe palidez de piel y mucosas, disminución de la capacidad del trabajo físico y manifestaciones no hematológicas debidas al mal funcionamiento de enzimas dependientes del hierro, irritable, poco interesado en el medio e inapetente, en especial frente a los alimentos sólidos. En los lactantes anémicos se han observado una reducción de los coeficientes de desarrollo motor y mental, que no es recuperable con la terapia con hierro, aún más en estos niños existe una disminución leve del coeficiente intelectual a los 5 a 6 años, de edad a pesar de la recuperación de la anemia, persistiendo incluso algún grado de déficit en la edad escolar (8).

Diagnostico: Realizar primeramente una exhaustiva Historia Clínica, la cual nos permite conocer la existencia o no de antecedentes importantes como factores de riesgo de anemia, asimismo obtenemos información acerca de los hábitos alimenticios del niño y de la familia, realizar el examen físico que nos revelar los síntomas clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño. Solicitar los exámenes de laboratorio hemoglobina y hematocrito, la medición de concentración de hemoglobina en sangre es el método más conveniente para identificar a la población anémica .

Esta medición, sin embargo, tiene limitada especificación, ya que no distingue entre la anemia ferropénica y la anemia debido a infecciones crónicas por ejemplo. Su sensibilidad es también dada la clara superposición de valores normales en poblaciones hierro deficientes. La distribución normal de la concentración de hemoglobina, en la sangre varía con la edad, sexo, embarazo y especialmente con la altitud residencia del sujeto. Entre mediciones suelen ser suficientes ya que su dopaje costo. Se puede medir ya sea en un hemoglobinómetro o en un espectrofotómetro (9). Se recomienda la técnica de cianometahemoglobina, debe tomarse en cuenta la corrección por altitud cuando se determine la concentración de hemoglobina en poblaciones de altura. 17 Para niños menor de 5 años niveles de hemoglobina y hematocrito por debajo de los cuales se considera que existe anemia, la hemoglobina es menor de 11gr/dl, hematocrito menos que 33% . Hematocrito es más simple de ejecutar por el personal de salud, pero su sensibilidad para detectar anemia es menor que con hemoglobina. Obtener información acerca de los hábitos alimentarios del niño y de la familia. Realizar el Examen Físico, que nos revelará los síntomas y signos clínicos, así como las manifestaciones conductuales que pueda presentar el pequeño. Examen de heces, examen de orina, así como prueba más específicas como hierro sérico, ferritina sérica e índice de saturación de transferinas (13)

Tratamiento de la Anemia Ferropenia.-Recomendaciones nutricionales para garantizar el aporte adecuado de hierro, vitaminas y oligoelementos.

f Administración oral de preparados de hierro (sulfato ferroso, gluconato de hierro). *f* Una dosis de 3 mg / Kg de peso corporal de hierro elemental, fraccionando esta dosis en 2 o 3 tomas. *f* No darse junto con leche, pues disminuye su absorción (4). La hemoglobina y el hematocrito deberán controlarse a los 15 y 30 días, de iniciado el tratamiento la respuesta se evalúa cuando hay un aumento de la hemoglobina de 1g/dl ó 3% de hematocrito por mes. El tratamiento se prolongará tres meses después de la normalización de la hemoglobina, para reponer las reservas corporales. Los niños anémicos deben ser re – evaluados mensualmente, motivar a la madre continuamente. *f* Los niños que a los 30 días no respondan favorablemente a la terapia oral con hierro deberán ser derivados a un especialista de referencia (10). Es importante aconsejar y orientar adecuadamente a la madre sobre los posibles efectos colaterales, los cuales son benignos y pasajeros, como: dolor de estómago, náuseas, estreñimiento o diarrea, sabor metálico en la boca, coloración oscura de las deposiciones y raramente vómito. Para prevenir estos efectos secundarios se recomendaría que se tome las tabletas o las gotas con posterioridad a una de las comidas del día o fraccionar la dosis en dos tomas al día. Si persisten las molestias, disminuir la dosis a la mitad y luego aumentada a los 15 días. También el hierro se puede administrar por inyección intramuscular o endovenosa en casos de estar

comprometida la vía oral. Se monitorea bien y se pasa al esquema de suplementación con hierro. En los casos de anemia severa y sobre todo acompañada de problemas respiratorios se emplea la transfusión sanguínea, bien sea con sangre completa o con concentrado de glóbulos rojos (11)

Consecuencias de la anemia ferropenia en el niño: Los efectos son no solo en la salud presente sino también en la futura, afecta principalmente a la inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual, metabolismo de las catecolaminas y termogénesis. Inmunidad, la ribonucleotidilreductasa requiere hierro al igual que la hidrógeno- peroxidasa del fagocito, estudios invitro y invivo demuestran la disminución en la capacidad bactericida de los neutrofilos .

A nivel del tracto gastrointestinal se reportan alteraciones de la mucosa oral y esofágica, anorexia, aclorhidria y mala absorción por disminución enzimática y enteropatía exudativa acompañada de sangrado microscópico. El déficit de hierro reduce el aporte de oxígeno a los tejidos, entre ellos el músculo esquelético, observándose debilidad muscular, fisiológicamente la adaptación es el descenso de la afinidad por el oxígeno y el aumento del rendimiento cardiaco, pero no podrá funcionar adecuadamente si se demanda mayor esfuerzo físico (11).

A nivel del sistema nervioso, se observa irritabilidad, apatía, “Trabajos de Thomas Walter demuestran que el hierro es necesario para que se den las conexiones neuronales, así como para el funcionamiento de los neurotransmisores” (6). “La maduración de las estructuras cerebrales que se desarrolla en los primeros años, donde la disminución del hierro en el cerebro provoca la disfunción del sistema dopaminérgico e hipomielinización, observándose alteraciones del lenguaje, disminución de la atención concentración , significativo compromiso del desarrollo psicomotor y coeficiente intelectual” (8) El tratamiento con hierro corrige el déficit de hemoglobina, pero la disminución del coeficiente intelectual persiste en la edad escolar. La temperatura corporal causa al organismo capacidad de adaptarse a ambientes fríos, parece relacionarse con la disminución de la secreción de la hormona estimulante del tiroides y de la hormona tiroidea (11) .

Prevención de Anemia Ferropenia .- Promoción de la lactancia materna exclusiva los primeros 6 meses de vida, ablactancia adecuada la que debe empezar a partir de los 6 meses de edad, la leche materna sola no es suficiente y es necesario complementarla con otros alimentos, siendo recomendable introducir alimentos semisólidos en la dieta del niño.

Además de los nutrientes que esos alimentos pueden proporcionar, esta práctica enseñará al niño a comer alimentos con diferentes texturas, consistencias y sabores. Se debe evitar la administración prematura de alimentos a niños amamantados, para evitar que sustituyan la leche materna, además, es importante insistir en que los alimentos semisólidos se deben considerar como complementarios a la leche humana, y que su introducción en la dieta no implica que se deba discontinuar la lactancia materna. Esta puede continuar hasta los 12 o más meses de edad, dependiendo del entorno cultural y familiar del niño. Las preparaciones apropiadas son mazamorra espesas o purés que contiene una densidad energética mínima de 0.8 a 1.0 Kcal/gr con este tipo de preparación el niño puede cubrir sus requerimientos energéticos comiendo de 4 a 5 veces al día, además de la leche materna. La combinación de alimentos que se usa es importante, los alimentos de fuente animal contienen proteínas de mayor calidad en cuanto a su composición de amino-ácidos y a la digestibilidad de la misma, además aportan micronutrientes. Las deficiencias de aminoácidos de alimentos vegetales se pueden mejorar con la combinación adecuada, como por ejemplo combinando un cereal con una leguminosa. Sin embargo para los niños es importante incluir producto animal a fin de asegurar un adecuado crecimiento (12).

2.2.2.-INTERVENCION DE LA ENFERMERA.- Intervención de la Enfermera en el Tratamiento de la Anemia Ferropénica en el primer nivel de atención. La enfermera como servicio profesional juega un rol muy importante en la prevención y tratamiento, brindando un tratamiento holístico. En la operativización de actividades en la Estrategia Sanitaria Nacional de Crecimiento y Desarrollo del Niño (ESNCRED) se desarrollan estrategias en forma conjunta con el equipo de salud (médico pediatra, enfermero, nutricionista, tecnólogos médicos). La anemia ferropénica se maneja en todos los niveles de complejidad. La enfermera realiza en el consultorio CRED: Interrogatorio a las madres sobre sus niños, examen físico del niño, solicita a todo niño mayor de seis meses exámenes de hemoglobina y hematocrito. Previo diagnóstico médico de ser necesario inicia el tratamiento de la anemia con suplementos de hierro quien personalmente entrega en suplemento a la madre, aconseja y orienta adecuadamente sobre el consumo del suplemento, previene sobre los efectos colaterales, por medio de la visita domiciliaria se debe supervisar si se toman o no los suplementos, motivando a la madre permanentemente y en cada oportunidad. En caso de que se haya suspendido la suplementación, averiguar los motivos y reportarlos. Se debe motivar nuevamente a la madre. Registro de lo entregado en la historia clínica Si hay casos que no responden al tratamiento se deriva al especialista (6).

2.3 Definición de terminos

- a) **Intervención de enfermería.**-Son toda las actividades que la enfermera realiza en beneficio del niño, Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas (17).
- b) **Anemia.**- La anemia se define, como una cantidad disminuida de glóbulos rojos, como una concentración disminuida de hemoglobina en la sangre, o bien como un valor de hematocrito más bajo que lo normal. (18)
- c) **Niños menores de 3 años con anemia.**-Grupo de niños con hemoglobina menores de 11g/dl.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL.

3.1 Recolección de datos

La recolección de datos se realizara del registro de datos Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN), consolidado de tamizaje laboratorial, cuaderno de registro de niños con anemia, registro intramural , registro extramural, cuaderno de apuntes, informe anual de informe CRED.

3.2 Experiencia Profesional

- Recuento de la Experiencia Profesional.

Inicié mi SERUMS (Servicio Rural Urbano Marginal de Salud), en el año 2004-2005, en el Centro de Salud de Pueblo Joven Provincia de Abancay, siendo responsable del Programa Articulado Nutricional, luego continúe laborando en el mismo lugar por un periodo de tres años hasta el 2009, luego labore en la Institución Educativa Particular Juan Pablo Segundo hasta el 2010, a partir del año 2012 inicie en el Centro de Salud de Paccaypata, y el 2013 y 2014 labore en el Centro de Salud de Lambrama de Nivel I.4, centro de Salud referencial para 17 Establecimientos de Salud, retornando en el año 2015 al Centro de Salud de Paccaypata que es mi establecimiento de origen al Centro de Salud de Paccaypata hasta la actualidad que es el 2018, desempeñándome como coordinadora del Programa Articulado Nutricional y otros programas

y estrategias, asumiendo responsabilidades de la Coordinación de la etapa vida niño, y desempeñándome como jefa del centro de salud.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad.

a). Área Administrativa. - Dentro de las funciones administrativas se desarrolla actividades de promoción y prevención de la salud en el ámbito de nuestra competencia.

-Elaboración y consolidado de información del programa Articulado Nutricional mensual.

-Dirigir la evaluación del programa ampliado de inmunizaciones del Centro de Salud de Paccaypata.

-Programar, controlar y evaluar las actividades que se desarrollaran durante el año tomando en cuenta las estrategias a aplicar durante los procesos de campañas de vacunación.

-Organizar y supervisar la ejecución de las actividades de inmunizaciones en el C.S.Paccaypata.

b). Área Docencia. - -Dirigir y coordinar la asistencia técnica para la implementación de la normatividad técnica y estrategias de la salud pública, con la continua capacitación al personal de salud y capacitación a agentes comunitarios de salud y organizaciones sociales.

c). -Área Investigación. -Dirigir el desarrollo de estudios de investigación para medir y evaluar los efectos de las intervenciones de Promoción de la salud y difundir resultados.

3.3 procesos realizados en el tema del informe.

. El Centro de Salud de Paccaypata, que atiende un población de 8500 habitantes y entre ellos 31 niños menores de 36 meses de los cuales a la fecha existe una prevalencia de anemia de 24%, perdura la anemia y los esfuerzos por mejorar esta problemática han sido varios, con mis años de experiencia y conociendo las características de la población es que veo que el problema está en que las madres de familia no saben utilizar los alimentos que tienen en su zona a su alcance, las madres de familia tienen una percepción cuando reciben el tratamiento para la anemia de que el estado envía productos para dañar a los niños volverlos retrasaditos, en los hábitos alimentarios las madres de familia privilegian preparaciones líquidas y muchas de las madres de familia cuando reciben el suplemento lo preparan en preparaciones líquidas, o en todo el plato no perciben la anemia como problema importante, tienen otras ocupaciones y poco tiempo para dar el suplemento lo que ocasiona el olvido, por todo lo mencionado es que realizo las visitas de seguimiento casa por casa, y se les enseña mediante las sesiones demostrativas de preparación de alimentos con el uso de productos de la zona, se les enseña mediante las sesiones educativas y las sesiones de consejería de como alimentar a sus

niños adecuadamente con alimentos infantiles fortificados, en las reuniones con autoridades y organizaciones sociales se les hace conocer las consecuencias que trae la anemia y la importancia de articular acciones para lograr una comunidad saludable libre de anemias, siendo los procesos realizados:

- Proceso de Tamizaje oportuno para la detección de niños con anemia.
- Proceso de enseñanza a través de sesiones demostrativa, educativas, consejerías para la reducción de la anemia.
- Proceso de capacitación a agentes comunitarios y líderes de la zona para realizar un trabajo articulado para el bienestar de la comunidad y la niñez.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE
EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PACCAYPATA
DURANTE LOS AÑOS DEL 2015 AL 2017**

AÑOS	2015			2016			2017		
	TOTAL NIÑOS	ANEMIA	%	TOTAL NIÑOS	ANEMIA	%	TOTAL NIÑOS	ANEMIA	%
ANEMIA	31	09	29%	27	8	29.6%	25	6	24%

FUENTE: SIEN OFICINA DE ESTADISTICA DE LA RED DE SALUD ABANCAY.

ANALISIS: El presente cuadro muestra los altos porcentajes de anemia, así mismo también la tendencia a la disminución de 29% a 24% para el año 2017, esto gracias al gran trabajo del sector salud en la atención preventivo promocional, en mutua coordinación con otros actores sociales , JUNTOS, CUNA MAS, y otros, todos con un solo objetivo de disminuir la anemia.

CUADRO 4.2.

PREVALENCIA DE LA ANEMIA SEGÚN SU CLASIFICACION EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PACCAYPATA DURANTE LOS AÑOS DEL 2015 AL 2017.

CLASIFICACION DE LA ANEMIA	2015		2016		2017	
	N°	%	N°	%	N°	%
ANEMIA LEVE	05	16%	05	18.5%	06	24%
ANEMIA MODEERADA	04	12%	03	11.1%	0	0%
ANEMIA SEVERA	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	09	28%	08	29.6%	6	24%

FUENTE: SIEN OFICINA DE ESTADISTICA DE LA RED DE SALUD ABANCAY.

ANALISIS: En el presente cuadro no se evidencia anemia severa en ninguno de los años, pero la anemia leve tiene mayores porcentajes de 28% al igual que un incremento de 1.6% en el año 2016 esto debido al que % y 55%, esto debido a las grandes desventajas que no se cuenta con un mercado donde podamos comprar los alimentos de primera necesidad como carnes rojas, sangrecitas, pescado u otros productos para la olla familiar diaria, se coordinó anteriormente con el Alcalde para sacar ordenanzas que todas las tiendas tienen que vender productos ricos en hierro.

CUADRO 4.3.

PREVALENCIA DE ANEMIA SEGÚN EL GRUPO ETAREO EN LOS NIÑOS MENORES 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PACCAYPATA DURANTE LOS AÑOS DEL 2015 AL 2017.

ANEMIA GRUPO ETAREO	2015				2016				2017			
	LEVE	%	MOD	%	LEVE	%	MOD	%	LEVE	%	MOD	%
< 1 AÑO	1	20%	0	0%	1	20%	0	0%	1	16%	0	0%
1 AÑO	2	40%	2	50%	2	40%	2	66%	3	50%	0	0%
2 AÑOS	2	40%	2	50%	2	40%	1	33%	2	33%	0	0%
TOTAL	5	100%	4	100%	5	100%	3	100%	6	100%	0	0%

FUENTE: SIEN OFICINA DE ESTADISTICA DE LA RED DE SALUD ABANCAY.

ANALISIS: En el presente cuadro se observa que en los tres años se presentó casos de niños con anemia en menor de un año ,dos años que se mantuvo los casos y se puede observar para el año 2017 no se presentó casos de niños con anemia severa , pero si se incrementó los casos de anemia leve según grupo atareo.

Esto se da porque las madres de los niños no le brindaban los multimicronutrientes en forma diaria o oportuna, durante las visitas domiciliarias chispitas en su domicilio que no fueron administradas.

A causa de los casos que fue presentándose para el año 2017 se observa que no se cuenta con casos de anemia severa esto se debe a la intervención del profesional de salud en los seguimientos, las visitas domiciliarias con el apoyo de las organizaciones sociales.

CUADRO 4.4.

PREVALENCIA DE ANEMIA SEGÚN SEXO EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PACCAYPAA DURANTE LOS AÑOS DEL 2015 AL 2017

ANEMIA	2015		2016		2017	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
FEMENINO	4	44	3	37	4	66
MASCULINO	5	55	5	62	2	33
TOTAL	9	100	8	100	6	100

FUENTE: SIEN OFICINA DE ESTADISTICA DE LA RED DE SALUD ABANCAY.

ANALISIS: En este cuadro podemos evidenciar que el sexo femenino tiene mayores porcentajes de casos de prevalencia que el masculino, debido a que las mujercitas comen poco, no hay hígado, sangrecita para comprar y muchos no cumplen con dar el tratamiento, para este año se buscó otras estrategias de delegar a cada personal de salud a que se encargue de su recuperación donde ellos van a dar el tratamiento, les compran el baso, hígado y otros para su alimentación y recuperación.

CUADRO 4.5.

**PREVALENCIA DE ANEMIA DE 6 A 36 MESES DE EDAD POR
ALTITUD QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD DE PACCAYPATA
DEL AÑO 2015 AL 2017.**

ALTITUD MSNM	2015		2016		2017	
	N	%	N	%	N	%
2 800	3	14	4	19	5	17
2 900	5	23	4	19	5	18
3 111	14	63	13	62	19	65
TOTAL	22	100	21	100	29	100

FUENTE: SIEN OFICINA DE ESTADISTICA DE LA RED DE SALUD ABANCAY.

ANALISIS: La comunidad de paccaypata está a 2 800 msnm donde se ve pocos porcentajes de anemia y por ende también cuenta con pocos niños, pero sí, siempre nacieron niños con buen peso y buena talla, donde sus padres también de la mayoría tienen instrucción de primaria o secundaria completa y algunos incompleta.

Ccahuanaty está a 2900 msnm es una de las comunidades más grandes, donde las mamás tienen sus animales mejorados de ganado, hay leche, queso, las familias cuentan con mayores ingresos económicos, trabajan la agricultura, tiene otras fuentes de ingreso los hijos de estas personas

están muy bien, pero existe un grupo pequeño donde los padres no tienen otros ingresos ni las madres y ven la forma de trabajar en lo que haya y es obvio que no se cubre muchas necesidades.

La comunidad de Ollabamba , Mollebamba. Para el 2016 hubo más niños en adolescentes o jóvenes primerizas donde la alimentación no es la adecuada, se evidencio muchas veces que los niños cuando reciben sus micronutrientes por 6 o 12 entregas se recuperan de su anemia, pero pasa 2 o 3 meses cae otra vez a tener anemia, quiere decir que no hay sostenibilidad, porque el consumo de hierro es muy escaso, porque no hay tiendas que vendan estos productos y este es el mayor problema.

Lucanas, están a 3 111 msnm, es una comunidad pobre, altura donde hace frio, no hay agricultura y la mayoría de los habitantes , consumen sus propios productos que producen y animales menores que crían esta distante de Paccaypata para comprar algo para comer como carne, pollo, pescado tienen que esperar sus cobros juntos para poder adquirir sus productos.

V. CONCLUSIONES

- a) La anemia en Paccaypata del Distrito de Mariscal Gamarra de la Provincia de Grau –Departamento de Apurímac, es un gran problema por contar con 59%, donde la anemia leve es de 55%, lo cual con un tratamiento oportuno, supervisado por el personal de salud y del cambio de actitud de los padres se puede reducir cada vez esta enfermedad silenciosa.
- b) El grupo atareó más afectado es de un año de edad, el sexo femenino, es en esta, donde se tiene que realizar mayor énfasis en los seguimiento, soporte a las madres orientación, consejería y sesiones demostrativas en domicilio, priorizando también las comunidades alejadas que están a mayor altura y de pobreza como la comunidad de Lucanas
- c) Realizar los mayores esfuerzos para que la Municipalidad de Palpacachi, del distrito de Mariscal Gamarra Grau de la ordenanza municipal para la venta de alimentos ricos en hierro como de productos de origen animal en todas las tiendas o bodegas.

VI. RECOMENDACIONES

- a) A la institución a realizar más visitas domiciliarias de seguimiento del consumo y adherencia del hierro en todas las familias que tienen hijos menores de 36 meses para poder dar soporte a la familia sabiendo que en una enfermedad silenciosa y sin signos y síntomas evidentes.
- b) A los padres de familia, que si queremos que los hijos tengan mejores oportunidades en la vida hacer que el niño se recupere de la anemia ya que esta tiene repercusiones posteriores, criar animales menores como cuy, gallinas y otros para su alimentación y generar sus fuentes de ingreso económico para poder comprar productos ricos en hierro, cumplir con la adherencia al tratamiento de la anemia que es gratuito.
- c) Al Alcalde de Palpacachi del Distrito de Mariscal Gamarra Grau agradecer por el compromiso con su pueblo, por la iniciativa de comprar la sangrecita para todos los niños con anemia de su distrito, y por participar en las sesiones demostrativas y por el trabajo articulado que se viene realizando, con el objetivo todos con un solo objetivo de erradicar la anemia, y que las ordenanzas, acuerdos tomados en las reuniones y actividades se cumplan, no desmayar en el camino porque no es un problema que se soluciona en días o meses, es un trabajo a largo plazo y que sus resultados se verán posteriormente.

VII. REFERENCIALES.

1. Informática INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 Nacional y Regional (ENDES 2016) [Internet]. [Online].; 2017 [cited 2018 08 05. Available from: <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/resultados.asp>.
2. Elena Gonzales , Lucio Huamán-Espino , César Gutiérrez. Caracterización de la anemia en niños menores de cinco años de zonas urbanas de Huancavelica y Ucayali en el Perú. Revista peruana de Medicina experimental. 2015 jul/set.; vol:32(Nro 3).
3. César V. Munayco1 aMEURJMOCRLRVTTCCSJMVCDBLA. Evaluación del impacto de los multimicronutrientes en polvo sobre la anemia infantil en tres regiones andinas del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 2013 abril; vol 30 (nro2).
4. Soncco-Sucapuca M, Brousett-Minaya MA, Pumacahua-Ramos A. Impacto de un programa educativo incluyendo un pan fortificado para reducir los niveles de anemia en niños escolares de Yocará, Puno – Perú. Revista de investigaciones alto andinas. 2018 ene./mar; 20(1).
5. Gómez-Guizado G, Munares-García O. Anemia y estado nutricional en lactantes de dos a cinco meses atendidos en establecimientos del Ministerio de Salud del Perú, 2012. Revista Peruana de medicina Eperimental. 2012 jul./set; 31(3).
6. (CENAN) CNDAYN. WWW.ing.gob.pe>jer>evidencias>AN. [Online].; 2015 [cited 2015 Mayo.
7. PAREDES HUAMAN G, PEÑA LÓPEZ Á. "PRÁCTICA DE

- ADMINISTRACIÓN DE. Tesis. Huancavelica: UNH, Huancavelica; 2013.
8. PARANCCO RODRIGUEZ C. "EFECTO DE LAS PRACTICAS DE LA SUPLEMENTACIÓN DEL SULFATO FERROSO Y CONSUMO DE HIERRO DIETÉTICO EN LOS NIVELES DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS CON ANEMIA DE 6 A 36 MESES DEL PUESTO DE SALUD VILLA SOCCA – ACORA, DICIEMBRE 2014 – MAYO 2015". TESIS. PUNO: UNA, PUNO; 2015.
 9. ALBÁN SILVA SE, CAICEDO ROMERO JC. PREVALENCIA DE ANEMIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN EMBARAZADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DEL ÁREA DE SALUD N° 1 PUMAPUNGO. CUENCA 2012-2013. TESIS. ECUADOR: UC, CUENCA; 2013.
 10. PAREDES HUAMAN JG, PEÑA LOPEZ A. "PRACTICA DE ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTES EN MADRES Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL AREA NIÑO DEL CENTRO DE SALUD SAN CRISTOBAL-HUANCAVELICA-2013". TESIS. HUANCAVELICA: UNH, HUANCAVELICA; 2014.
 11. BOCANEGRA VARGAS S. "FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN LACTANTES DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME DURANTE EL AÑO 2011". TESIS. LIMA: UNMSM, LIMA; 2014.
 12. BOCANEGRA VARGAS S. "FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN LACTANTES DE 6 A 35 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME DURANTE EL AÑO 2011". TESIS. LIMA: UNMSM, LIMA; 2014.

13. BOCANEGRA VARGAS S. "FACTORES ASOCIADOS A LA ANEMIA EN LACTANTES DE 6 A 3 MESES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO SAN BARTOLOME DURANTE EL AÑO 2011". TESIS. LIMA: UNMSM, LIMA; 2014.
14. "CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION" (. NOTA TECNICA. [Online].; 2015 [cited 2015 MAYO.
15. PAREDES HUAMAN, JG, PEÑA LÓPEZ, A. "PRACTICAS DE ADMINISTRACION DE MULTIMICRONUTRIENTES EN MADRES Y ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 11 MESES DE EDAD QUE ASISTEN AL AREA NIÑO DEL CENTRO DE SALUD DE SAN CRISTOBAL-HUANCAVELICA -2013". TESIS. HUANCAVELICA: UNH, HUANCAVELICA; 2014.
16. Bocanegra Vargas S. Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño. TRABAJO DE INVESTIGACION. LIMA: UNMSM, LIMA; San Bartolome durante el año 2011.
17. Bocanegra Vargas S. Factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35. trabajo de investigacion. Lima: UNMSM, Lima; 2014.
18. "RESOLUCION MINISTERIAL" M. "GUIA TECNICA: GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN NIÑAS Y NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EE.SS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION". [Online].; 2015 [cited 2014 ENERO 16.
19. RESOLUCION MINISTERIAL". "GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO EN NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES EN EE.SS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION". [Online].; 2015 [cited 2014 ENERO 16.

ANEXOS

**TRABAJO ARTICULADO CON TAMBOS CON LA FINALIDAD DE
DISMINUIR LA PREVALENCIA DE LA ANEMIA.**



**SESIONES DEMOSTRATIVAS EN PREPARACION DE ALIMENTOS
CON PRODUCTOS DE LA ZONA**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

PRAPARACION DE MULTIMICRONUTRIENTE Y PREPARACION DE ALIMENTOS CON SANGRECITA- CHARKI DE SANGRE REALIZADO POR LA MADRES DE FAMILIA DE LA COMUNIDAD DE PACCAYPATA-GRAU.



FUENTE: Elaboración Propia, 2017