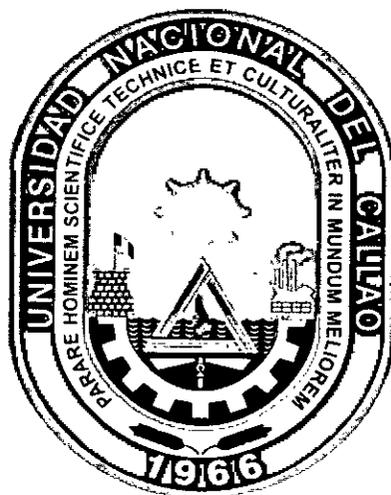


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**EVALUACION DE LA PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS
MENORES DE UN AÑO EN LA DIRECCION REGIONAL DE
APURIMAC, 2015-2017**

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

MARIA SOLEDAD MENDOZA MACEDO

**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: 340

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.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	6
II. MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.2 Marco Conceptual	12
2.3 Definición de Términos	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	21
3.1 Recolección de Datos	21
3.2 Experiencia Profesional	22
3.3 Procesos Realizados del Informe	25
IV. RESULTADOS	29
V. CONCLUSIONES	34
VI. RECOMENDACIONES	36
VII. REFERENCIALES	37
ANEXOS	40

INTRODUCCIÓN

La anemia es uno de los problemas de salud más severos a nivel nacional. La causa principal de la anemia es la deficiencia de hierro, aunque generalmente coexiste con otras causas como la malaria, infecciones parasitarias o desnutrición. Tiene un gran impacto en el desarrollo social debido a su alta prevalencia en los niños y niñas menores de 3 años, los mismos que se encuentran en el periodo más importante de su desarrollo.

Esta enfermedad tiene consecuencias en el desarrollo cognitivo, principalmente cuando se presenta en un periodo crítico del crecimiento y desarrollo cerebral; conociéndose que más de la mitad de la formación del cerebro se produce durante la gestación y la etapa de máximo desarrollo ocurre en los primeros años de vida de los niños. Por ello en este periodo el daño puede ser irreversible, de esta manera la presencia de anemia infantil constituye uno de los problemas principales de salud pública, pues afecta el desarrollo infantil temprano y con ello el desarrollo humano y las posibilidades de un real desarrollo sostenible del país.

Como profesional Nutricionista de la Dirección Regional de Salud de Apurímac, se busca estrategias que contribuyan a la prevención y recuperación del niño menor de 3 años, y desde el embarazo reduciendo la anemia por deficiencia de hierro. En este contexto, presento el informe

titulado: **“Intervención de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años en la Dirección regional de Salud Apurímac, entre los años 2015 al 2017”**, que tiene por objetivo describir la intervención de la Estrategia de Sanitaria Regional de Alimentación y Nutrición Saludable en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años, enmarcado en el Programa Presupuestal del Articulado Nutricional; se describen las actividades que ejecuta la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable para alcanzar contribuir en la reducción de la anemia en la población de niñas y niños menores de 3 años.

El presente informe de experiencia laboral comprende siete capítulos: El Capítulo I describe del planteamiento del problema, el Capítulo II incluye el marco teórico conceptual, en el Capítulo III detallaremos nuestra experiencia profesional propiamente, en el Capítulo IV presentamos los resultados, en el Capítulo V las conclusiones y el Capítulo VI las recomendaciones. Incluimos las Referencias bibliográficas en el capítulo VII y un apartado de Anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

A nivel mundial, se estima que la deficiencia de hierro es la causa más frecuente de anemia; que afecta un porcentaje considerable de la población mundial, se presenta en todas las edades, razas, religiones y condición socio-económica. Siendo los más vulnerables los niños, las gestantes, mujeres en edad fértil y adolescentes. La situación de la anemia en niños y niñas en el Perú es un problema de Salud Pública, la cual afecta en los ámbitos urbanos y rurales de diferentes regiones del país.

Según la ENDES – 2017 La prevalencia de la anemia en niños menores de 3 años a nivel país estamos con 43.6%, mientras que la Región Apurímac se encuentra con 54.2% por encima del promedio nacional. Los más afectados con este problema son los niños menores de 3 años y las gestantes, debido a que en esta etapa la demanda de hierro es mucho mayor por la misma velocidad de crecimiento y desarrollo que se da desde el vientre materno y los 3 primeros años de vida. (1)

La anemia en niños menores de tres años se da porque el recién nacido a término viene con un depósito de hierro, que fue transferido

por la madre a través de la placenta. Esos depósitos comienzan a disminuir a medida que va creciendo el niño. (2). La anemia por deficiencia de hierro en niños menores de 3 años ocupa uno de los primeros lugares, ya que la anemia es considerada un problema de salud pública cuando es mayor a 40%. (3)

En América Latina, en el año 2015, según reportes del Banco Mundial, la prevalencia de anemia fue del 30%, estimando que actualmente más del 22,5 millón de niños se encuentran anémicos en este continente. (4).

Al respecto, un informe de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizado en el año 2013, basado en estudios locales, señaló al Perú como el país con la mayor prevalencia de anemia en toda América Latina y el Caribe (57%) seguido de Brasil donde el 35% de los niños de 1 a 4 años sufrían de anemia (5). En Perú, la anemia es un grave problema de salud pública que afecta al 54.3% de niños menores de 3 años (6),7.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años en la Dirección Regional de Salud Apurímac, 2015 – 2017.

1.3. Justificación

El Plan Nacional para la Reducción de la Desnutrición Crónica Infantil y Prevención de anemia en el país (2017-2021), conforme a políticas y estrategias implementadas con este fin; en la región Apurímac, promovemos el consumo de los alimentos fuentes de hierro de alto valor biológico como la sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas; y aseguramos la Suplementación con Jarabe de hierro en gotas, Micronutrientes y con Tabletas de hierro en gestantes, buscando disminuir la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro.

La Dirección Regional de Salud Apurímac en cumplimiento del reglamento de Organización y Funciones delega el monitoreo y seguimiento de cumplimiento de las actividades a las diferentes unidades ejecutoras para prevenir y reducir la anemia la población priorizada.

El monitoreo, seguimiento, evaluación y supervisión de las actividades programadas tales como las Campañas de Suplementación con Hierro y Micronutrientes; involucrando a los gobiernos locales, instituciones públicas y privadas, organizaciones cooperantes y sociedad civil en su ámbito regional.

Es importante que se trabaje en medidas preventivas para lograr educar a la población ya que varios de los factores que producen anemia están relacionados por la falta de conociendo de las madres.

El presente informe permite conocer la situación actual de la anemia en niños menores de 3 años a nivel de la Región Apurímac. Así las estrategias de intervención y políticas públicas para prevención de la anemia que se ejecutan. Está dirigido a, dirigido a estudiantes especialistas en salud pública; como ente motivador para que en un futuro se desarrollen en la labor preventivo promocional.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

HUALLCA, M. (2016), en Cayambe, se realizó el estudio: **“Estrategias Preventivas de Factores de Riesgo de Anemia Ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa se Cuzubamba de Cayambe”**; tuvo como objetivo implementar estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños de 6 a 24 meses de edad que acuden a la unidad de salud. El método de estudio fue cuali-cuantitativa, descriptivo; la población estuvo por 85 madres de niños entre 6 y dos años. Los resultados fueron: los factores de riesgo que manifiestan son la falta de instrucción de la madre 21%, el 65% no brindan fuente que favorezcan la absorción de Hierro (vitamina C); el 60% de las madres no incluye en la dieta alimentos fuentes de hierro, por lo que los niños no cuentan con fuentes de hierro en su alimentación diaria. Conclusión. Se debe diseñar e implementar estrategias preventivas en base a la educación de padres y madres de los niños para disminuir los factores de riesgo que presenta dicha población, obteniendo buenos resultados debido a que se mejoró el nivel de conocimientos sobre la patología, beneficios de la lactancia materna exclusiva y alimentación complementaria adecuada (8)

SELVA, L. y OCHOA, A. (2013) realizaron una investigación sobre: **“Acciones para la prevención de la anemia por deficiencia de hierro en niños de 5 años”**. Con el objetivo de exponer la implementación de forma secuencial de proyectos enfocados a la prevención de la anemia basada en la alimentación. Se aplicó métodos cuantitativos, cualitativos y triangulación de los resultados, la muestra estuvo constituida por 134 familias de 14 municipios de la provincia. Todos los proyectos incluían la capacitación a actores claves temas de alimentación saludable, nutrición y prevención de la anemia y un amplio trabajo educativo con las familias. En dos de ellos se entregó un alimento fortificado con hierro y en el tercero se distribuyó otro producto tangible: los nutrientes en polvo “chispitas” conclusiones. Una vez terminada la intervención se logró en un 67% mejorar los conocimientos y fortalecer las capacidades respecto a la prevención de la anemia en los actores claves en las familias (9)

HANCCOCCALLO, M. (2015) realizó un estudio sobre: **“Nivel de conocimientos y actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud Miguel Grau”**, Tesis de pregrado con el objetivo: de determinar el nivel de conocimiento, actitudes y practicas sobre prevención de anemia en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud, fue no estudio cuantitativo descriptivo, exploratorio no experimental de corte

transversal; la técnica de la recolección de datos fue la encuesta con su instrumento el cuestionario; la muestra estuvo conformada por 100 madres con hijos menores de cinco años. Resultados: el 56.7% con el nivel alto de conocimiento respecto a la prevención de la anemia en cuanto a las actitudes y prácticas de cada madre obtuvieron valores excelentes y practicas riesgosas en 56% y 62.3% respectivamente, Conclusiones. Las madres del Centro de Salud Miguel Grau tienen un nivel de conocimiento bueno a excelente, sin embargo realizan algunas prácticas riesgosas. (10)

CORNEJO, P. (2015), realizó un estudio sobre “**Conocimientos y Prácticas sobre la Prevención de la Anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud de Lima 2015**”, tuvo como objetivo determinar Determinar los Conocimiento y Prácticas sobre la prevención de la Anemia Ferropénica en madres de niños de 6 a 24 meses en el Centro de Salud Lima 2016. El es de tipo cuantitativo tuvo como objetivo determinar los conocimientos y prácticas sobre prevención de anemia en madres de niños de 6 a 24 meses en un Centro de Salud de Lima 2016. El estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo de corte transversal y una muestra conformada por 84 madres con niños de 6 a 24 meses de edad que acuden al CRED. Los resultados fueron: con respecto al conocimiento de las madres el 54% no conoce y el 48% conoce sobre la prevención de la anemia ferropénica; en

cuanto la prevención de la anemia ferroénica, el 56% de las madres tienen prácticas inadecuadas y solo un 42% realizan prácticas adecuadas. Conclusiones. La mayoría de las madres que acuden al Centro de Salud no conocen el tratamiento y consecuencias de dicha enfermedad, lo que es un indicador negativo en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años. Así mismo la mayoría de madres que acuden al centro de Salud realizan prácticas inadecuadas para la prevención de la anemia que consiste en no brindarles los alimentos con una consistencia, frecuente y cantidad de acuerdo a la edad del niño; por lo tanto no cubren su requerimiento. (11)

En nuestro país en promedio 4 de cada 10 niños tienen anemia por deficiencia de hierro y en nuestra Región Apurímac de cada 10 niños 5 tienen anemia, este es uno de los problemas que más afecta el desarrollo humano en el país. Y en las gestantes de cada 10 gestantes 2 tienen anemia.

Según la **ENDES (2017)**. La prevalencia de la anemia en niños menores de 3 años a nivel país estamos con 43.6%, mientras que la Región Apurímac se encuentra con 54.2% por encima del promedio nacional. Los más afectados con este problema son los niños menores de 3 años y las gestantes, debido a que en esta etapa la demanda de hierro es mucho mayor por la misma velocidad de crecimiento y desarrollo que se da desde el vientre materno y los 3

primeros años de vida (1)

2.2. Marco Conceptual

La Norma Técnico 134-MINSA/2017, para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescente, mujeres gestantes y puérperas, aprobada con resolución Ministerial N°250-2017/MINSA, establece la suplementación con hierro, por vía oral en dosis preventiva y tratamiento con micronutrientes en niños, es una intervención que tiene como objetivo asegurar el consumo de sulfato de hierro en cantidades adecuadas para prevenir la anemia según corresponda.

La anemia es un problema multicausal cuyos efectos permanecen en todo el ciclo de la vida. Las medidas de prevención y de tratamiento contempladas en esta Norma hacen énfasis en un abordaje integral e intersectorial. Las medidas de prevención son las siguientes:

- Los niños prematuros y/o con bajo peso al nacer son los de mayor riesgo, por lo que la suplementación debe iniciarse a los 30 días de nacido.
- Realiza actividades preventivas en alimentación saludable.
- Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescente, y a las mujeres gestantes y puérperas, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de

la anemia; sobre la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; importancia de la prevención o tratamiento de la anemia. Se hará énfasis en los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor, y crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela o estudios superiores, entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con repercusiones incluso en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas).

- El niño, adolescente, mujer gestante y puérpera, con problemas de anemia severa, deberá ser evaluado, en la medida de lo posible, por un profesional médico en los establecimientos de salud, y brindárselas recomendaciones que el caso requiera, según normatividad vigente.

- **Medidas de Prevención de Anemia**

En la gestación	En el parto	Primera infancia, niñez y adolescencia
Educación alimentaria que promueva la importancia de una alimentación variada que incorpore diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y	Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2 – 3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones	Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia que incluya diariamente alimentos de origen animal como sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado, ya que son las mejores fuentes de hierro hemínico

<p>otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.</p>	<p>Suplementación de la gestante y puérpera con hierro y ácido fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post-parto.</p>	<p>Inicio de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento, de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad</p>	<p>Suplementación preventiva con hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término desde el 4to mes hasta los 35 meses. En localidades con prevalencia de anemia infantil mayor al 20% se suplementará a las adolescentes mujeres escolares, en dosis diaria para prevenir la anemia por un periodo de 3 meses por año. En todos los casos de presentarse anemia, deberán ser tratados según lo indica la presente Norma Técnica.</p>
<p>Consejería y monitoreo para asegurar la adherencia a la suplementación preventiva en el establecimiento de salud, a nivel del hogar y otros espacios de su jurisdicción</p>			

FUENTE: Norma técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de la anemia en niños

Prevención y Tratamiento de la Anemia

El manejo preventivo y terapéutico de la anemia, se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos –(PNUME) vigente, de acuerdo a esquema establecido. Se tendrá en cuenta el contenido de hierro elemental según cada producto farmacéutico, como se señal.

**Contenido de Hierro elemental de los productos farmacéuticos
existentes en PNUME**

Presentación	Producto	Contenido de hierro elemental
Jarabe	Sulfato Ferroso	1 ml = 3 mg de hierro elemental.
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 ml= 10 mg de hierro elemental.
Gotas	Sulfato Ferroso	1 gota = 1,25 mg Fe elemental
	Complejo Polimaltosado Férrico	1 gota = 2,5 mg Fe elemental
Tabletas	Sulfato ferroso	60 mg de Hierro Elemental
	Polimaltosado	100 mg de hierro elemental
Polvo	Micronutrientes	Hierro (12,5 mg Fe elemental) Zinc (5 mg) Ácido fólico (160 ug) Vitamina A (300 ug RE) Vitamina C (30 mg)

FUENTE: Norma técnica para el Diagnóstico y Tratamiento de la anemia en niños

Anemia

Es una afección en la cual el cuerpo no tiene suficientes glóbulos rojos sanos. El hierro es un capilar fundamental e importante para los glóbulos rojos. Cuando el cuerpo no tiene suficiente hierro, produce menos glóbulos rojos esto se denomina Anemia Ferropénica (13)

Etiología

La anemia por deficiencia de hierro puede deberse a algunas de las siguientes causas

Desequilibrio entre e requerimiento y el aporte de hierro

Este desajuste se observa en las etapas de crecimiento acelerado, como lactancia y la adolescencia constituye la causa más común de anemia por deficiencia de hierro entre los niños de nueve a 18 meses de edad. Un segundo pico de incidencia de anemia ferropénica se observa en la adolescencia y en especial en las mujeres después de la menarquia, debido a que presentan una pérdida adicional de sangre mensualmente. Otra causa importante en nuestro medio es la alimentación deficiente e inadecuada. Esto, junto a la falta de alimentos en la dieta del lactante conduce al desarrollo de anemia ferropénica.

Falta de absorción

El aporte de hierro en la alimentación puede ser adecuado, pero una deficiencia de absorción puede conducir al desarrollo de anemia. En pediatría, la diarrea crónica es la condición más frecuente que ocasiona la absorción deficiente. (14)

Fisiología

En la fisiopatología de la deficiente de hierro intervienen tres factores fundamentales que regulan el balance de hierro en el organismo. La ruptura de este por alteración de dichos factores puede producir deficiencia de hierro.

Depósito de hierro.

El recién nacido tiene un depósito de hierro directamente proporcional a su peso; es decir a mayor peso mayor cantidad de hierro corporal total. El almacenamiento de hierro es indispensable de su madre de si la madre tiene o no deficiencia de hierro, ya que el transporte del elemento al feto es preferencial. En el recién nacido a término, el almacén corporal de hierro es suficiente para mantener la eritropoyesis cuatro a seis meses; después debe darse un aporte de hierro suficiente para evitar la anemia. En el recién nacido prematuro las reservas de hierro están disminuidas; por lo tanto la anemia se puede presentar con mayor rapidez e intensidad. (14)

Signos y Síntomas

Astenia, inapetencia, anorexia, sueño incrementado, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, vértigos, mareos, cefaleas, alteraciones en el crecimiento.

- Alteraciones digestivas
- Piel y mucosas pálidas, pelo ralo y uñas quebradizas.
- Alteraciones de la conducta alimentarias como la pica: tendencia a comer tierra. (15)

Diagnostico

Clínico: identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico completo. La clínica depende del grado de deficiencia y

rapidez con la que se instaura la anemia. Las situaciones de carencia de hierro y de anemia leve o moderada, pueden cursar con sintomatología escasa o incluso de manera asintomática.

Laboratorio: en diagnóstico de anemia por criterio de laboratorio se establece determinando la concentración en sangre capilar o venosa.

(16)

Intervención de la Estrategia Sanitaria de Nutrición en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años.

En el marco del Plan Nacional para la Reducción de la anemia 2017-2021, la Dirección Regional de Salud a través de la Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable, cada año se programan diferentes actividades según el siguiente detalle:

- El fortalecimiento de competencias del personal de salud del primer nivel de atención en el manejo de la prevención y tratamiento de la anemia en niños, adolescente, gestantes y puérperas; el que se desarrollará de manera descentralizada a nivel de las DISAs, Redes de Salud, Micro redes de Salud con la participación del personal responsable.
- Evaluación nutricional a la ración servida en los comedores de CUNA MÁS.
- Inspección de alimentos y servicios de los programas sociales CUNA MAS.

- Vigilancia del estado Nutricional de la población menor de 5 años.
- Seguimiento y monitoreo de las actividades de la suplementación del sulfato ferroso en gotas, jarabe y multimicronutrientes.

2.3. Definición de términos.

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), la anemia es la disminución de la concentración de hemoglobina menor de dos desviaciones estándar en una población dada, el valor límite es de 11g/dl para niños de 6 meses a 5 años. La anemia es una condición en la cual la sangre carece de suficientes glóbulos rojos, hemoglobina, o es menor en volumen total. La medición de hemoglobina es reconocida como el criterio clave para la prueba de anemia en niños. La hemoglobina, un conglomerado de proteínas que contiene hierro, se produce en los glóbulos rojos de los seres humanos y su deficiencia indica, en principio, que existe una deficiencia de hierro. (17)

Promoción de la salud.

Los factores influyentes en la alimentación del niño(a) es el nivel de escolaridad de la madre, según ENDES 2014 el 27,7 por ciento de ellas tienen secundaria completa y entre las mujeres del quintil inferior la mediana de años aprobados es de solo 5,5 años de estudios (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015) (Curi,

2014). En un estudio de análisis de la información de ENDES relacionado con las características maternas reporta una relación entre el nivel educativo y el estado nutricional, donde a mayor nivel educativo menor peso y viceversa (Curi, 2014).

Las percepciones sobre alimentación fueron diversas, con aspiraciones y retos para tener niños más saludables, hecho que llevó a conocer el rol de la madre en la alimentación del niño y puede ayudar a entender mejor los aspectos culturales para intervenciones nutricionales.

La salud nutricional depende de alimentos (nutrientes), servicios de salud, características exógenas (dotación genética de los niños, género y edad) y otras características del hogar, tales como la educación de los padres o las condiciones de salubridad. Dentro de este último grupo de variables, se encuentra como variable explicativa el conocimiento de las madres sobre nutrición.

III. EXPERIENCIA LABORAL

3.1 Recolección de Datos

Para la elaboración del presente informe de experiencia profesional, se realizó la recopilación de la información desde el año 2015 al 2017 de las fuentes que, maneja el sector salud en la Región Apurímac, entre las fuentes utilizadas para el presente informe se puede mencionar las siguientes:

- Encuesta demográfica y de Salud familiar (ENDES) – 2015 al 2017.
- Sistema de información del estado nutricional de niños menores de 5 años y gestantes atendidos en los establecimientos de salud. SIEN del 2015 al 2017 de la Oficina de Estadística de la DIRESA Apurímac.
- Información paralela (informes de Redes de salud), para las actividades educativo comunicacionales de la estrategia sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable.
- Informes sobre el fortalecimiento de competencias al personal de salud.
- Informes de evaluación y gestión de la Estrategia Sanitaria Alimentación y Nutrición Saludable.
- Una vez que se identificó las fuentes de información para la obtención de la información, se realizó el procesamiento en

tablas y gráficos en el programa Excel, obteniendo así los resultados para realizar la interpretación y análisis con lo cual se llegó a tener resultados y conclusiones.

3.2 Experiencia profesional

Mi experiencia profesional como nutricionista en salud pública tuvo la siguiente cronología.

Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUMS), comenzó en el año 2007 al 2008 en el que realicé el SERUMS, en el Hospital San Camilo de Lelis de Chuquibambilla Provincia Grau, me desempeñé en diferentes áreas, de manera diaria durante un año y a continuación detallo:

- Como coordinadora de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición.
- Nutricionista asistencial en consulta externa.
- Parte del equipo de acciones extramurales.
- Nutricionista de hospitalización.

Año 2009, Hospital de Apoyo de Antabamba, distrito y provincia de Antabamba desarrollando actividades asistenciales y comunitarias, desempeñándome con responsabilidad y aportando con mis habilidades y conocimientos académicos.

Año 2010, hasta la actualidad en la Dirección Regional de Salud Apurímac, personal nombrado bajo el DL 276, cumpliendo las

siguientes funciones:

- Coordinadora Regional de la Estrategia Sanitaria de Prevención y Control de Metales Pesados y otras Sustancias Químicas.
- Coordinadora Regional de la Etapa e Vida Adulto mayor.
- Equipo Técnico de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable que es una de las 10 estrategias del Ministerio de Salud que integra intervenciones y acciones prioritizadas dirigidas a la reducción de la morbimortalidad materno infantil y a la reducción de las deficiencias nutricionales, debiendo generar las sinergias necesarias para conseguir los resultados esperados según Resolución Ministerial N° 701-2004/MINSA, debe coordinar, supervisar y monitorear las diversas actividades relacionadas a la alimentación y nutrición que se ejecutan en los establecimientos de salud.

Somos un equipo multidisciplinario conformado por las áreas de Promoción de la Salud, Salud Ambiental, Laboratorio, comunicación, así mismo se trabaja con el SIS.

- Adicionalmente, conformo comités técnicos permanentes afines a las diferentes áreas en las que me desempeñé en el transcurso de mi labor en esta institución, contribuyendo de esta manera en las acciones de salud pública en el ámbito regional. Así mismo como facilitadora en temas de acuerdo a competencia.

Dirección Regional de Salud Apurímac

La Dirección Regional de Salud Apurímac tiene una población objetivo de 21,439 niños, distribuidos en 7 unidades ejecutoras, para lo cual se cuenta con profesionales distribuidos en las diferentes IPRESS, de acuerdo a cartera de servicios, personal que es capacitado permanentemente y fortalecido con la finalidad de cumplir los objetivos institucionales consignados en el Plan Operativo Institucional de la DIRESA.

Entre las funciones de la Estrategia Sanitaria, podemos resaltar:

- Promover la participación de la municipalidad delegada y de la sociedad civil para la generación de estrategias en la Prevención y Control de la anemia.
- Realizar el seguimiento y monitoreo a la población en riesgo.
- Realizar el fortalecimiento de capacidades para elaboración y promoción de las sesiones demostrativas dirigidas a las madres.
- Fortalecimiento de las capacidades en consejería nutricional.
- Fortalece las capacidades en actividades preventivo promocionales en alimentación saludable, lactancia materna, consumo de agua segura.
- Realizar el acompañamiento al personal de salud para seguimiento monitoreo al consumo de sulfato ferroso.

- Realizar las evaluaciones de cumplimiento de las actividades trimestral, semestral y anual según el cronograma.
- Participación en el diseño, implementación y evaluación de políticas públicas regionales relacionadas a cubrir las necesidades nutricionales de las personas, familias y comunidad por Etapas de vida en el marco de Atención Integral de Salud.
- Implementa y evalúa planes, programas y proyectos de intervenciones en Alimentación y Nutrición, en el ámbito regional.

3.3 Procesos realizados del informe

Mi experiencia profesional como nutricionista en salud pública tuvo muchas situaciones de bonanza así como situaciones críticas, que permanentemente representaron oportunidades de aprendizaje y en este contexto comparto a continuación algunas experiencias que contribuyeron de sobremanera en el desempeño de mi labor y en la satisfacción de los usuarios, así mismo en mi crecimiento profesional, siempre con un enfoque integral y principalmente humano, teniendo como objetivo de mis acciones a la "persona" como individuo que debe gozar plenamente sus derechos en especial el derecho a su salud:

- En el 2008 cuando trabajé en el Hospital San Camilo de Lelis chuquibambilla provincia de Grau de la Región Apurímac. A través de la visita domiciliaria pude identificar dos niños pequeños abandonados uno de 6 meses el otro de un año; padres eran alcohólicos, y dejaban solos a los niños en la casa. Cuando vi esta situación tuve que llevarlos a la cuna en la mañana y después del trabajo la recogida de la cuna y los tenía que llevar a su casa. Se les hacía el seguimiento y acompañamiento para que los padres puedan llevarlos al establecimiento para sus controles.
- A través de las visitas domiciliarias he sabido organizar a las madres para trabajar materiales educativos y juguetes para que funcionen centros de vigilancia para el crecimiento del desarrollo temprano en el que se hacía seguimiento a los niños diagnosticados con anemia. Esto sucedió en la provincia de Antabamba.
- **Experiencias innovadoras.** Acompañamiento al personal de salud en la visita domiciliaria en la cual se tomaba los números de los teléfonos de las madres de niños menores de 3 años y posteriormente se el seguimiento vía telefónica para verificar si el niño sigue consumiendo el suplemento.
- Elaboración de una encuesta que permita medir los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la prevención y tratamiento de anemia.

- Participación en la elaboración del Plan Regional de Seguridad Alimentaria Taller de sectorización en el marco del **Plan Regional** de Seguridad Alimentaria para implementarlo en los distritos con mayor incidencia de anemia y desnutrición crónica esto en coordinación con las autoridades locales.
- **Monitoreo y supervisión**, se realiza de acuerdo a programación anual, y la asistencia técnica a solicitud de las redes de salud, el desplazamiento se realiza de manera integral, evaluando el desempeño de las redes a través de una matriz, identificando las dificultades y de ser necesario brindar la asistencia técnica en el momento de acuerdo a las competencias de los integrantes del equipo visitante.
- **Evaluación**, se hace periódicamente, para medir la ejecución de metas físicas y financieras en las diferentes unidades ejecutoras, a nivel regional las evaluaciones se realizan dos veces al año para determinar el avance de coberturas.

Para lograr los cambios esperados en la población a mi cargo realizo las siguientes intervenciones:

- Tener el padrón nominal de los niños menores de cinco años, gestantes y adolescentes.
- Tener el diagnóstico situacional de la población priorizada en forma sectorizada para tener mejor

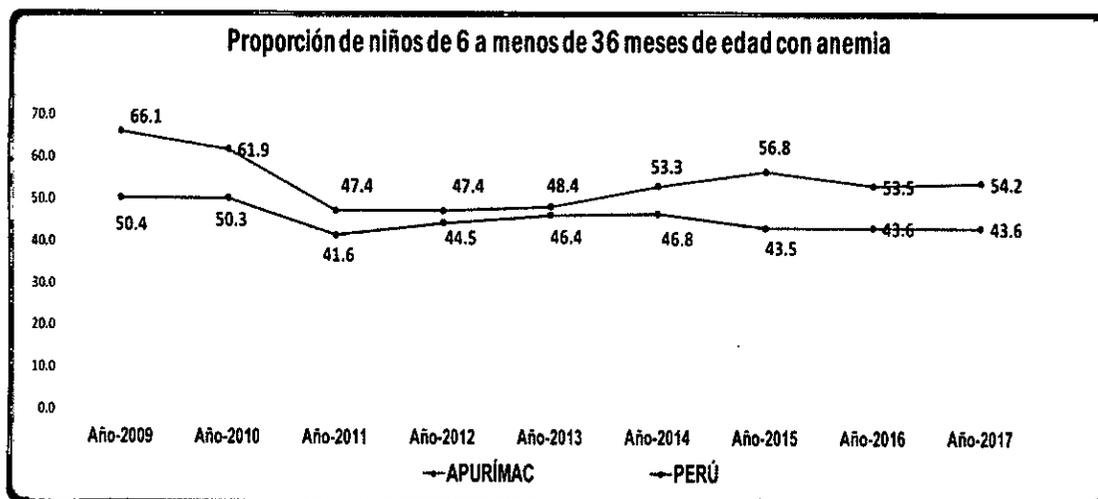
acceso al seguimiento.

- Tener a los profesionales capacitados en el diagnóstico y tratamiento de la anemia.
- Contar con profesionales capacitados para la visita domiciliaria y seguimiento.
- Realizar la evaluación y seguimiento de los indicadores para cumplimiento de las metas físicas
- Realizar el acompañamiento para al personal del primer nivel de atención para verificar el consumo de los multimicronutrientes, sulfato ferroso entre otros (Anexo)

IV. RESULTADOS

GRÁFICO N° 4.1

PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD-2017

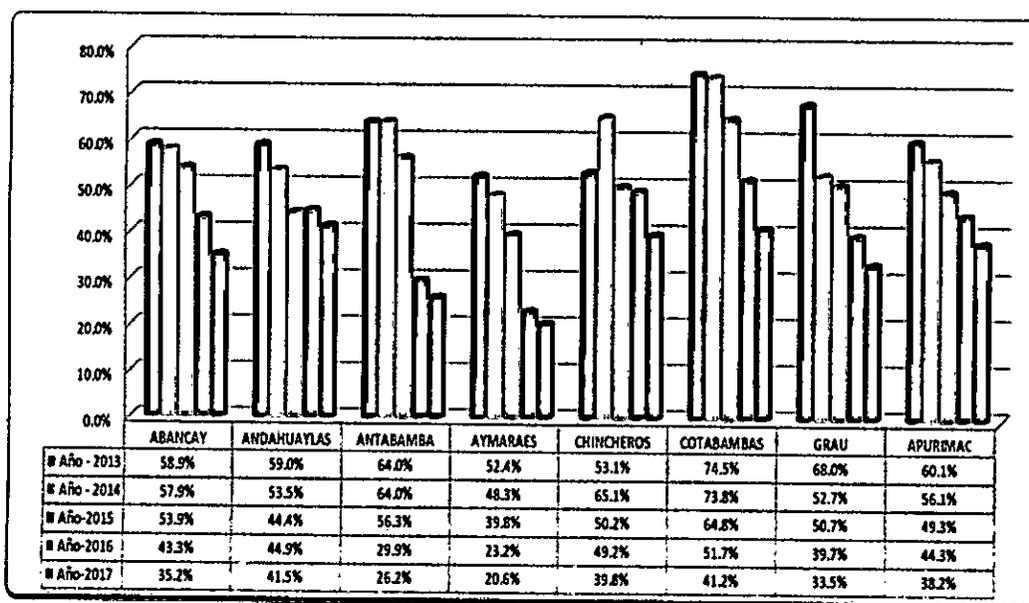


Fuente: ENDES 2017

Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar - ENDES 2009 al 2017, muestra que la Anemia en niños menores de 3 años en el departamento de Apurímac para el año 2017 está por encima del promedio nacional (Perú) con 10.6 puntos porcentuales, con una prevalencia del 54.2% frente al nivel nacional que presenta un 43.6%. A partir del año 2011 se mantuvo y fue incrementando de 47.4% a 56.8% al año 2015, para el año 2016 se tiene una ligera disminución de 3.3 puntos porcentuales. Sin embargo para el año 2017 se incrementa en 0.7 puntos porcentuales.

Este resultado se puede atribuir a muchos factores que condiciona la alta prevalencia de anemia en el país y más aún en la Región Apurímac por alta inseguridad alimentaria y la baja calidad educativa entre otros factores. Se requiere de políticas de gobierno que aseguren el aporte de hierro a la población vulnerable, a través de la fortificación con hierro de alimentos de consumo masivo para niños.

GRAFICO N° 4.2
EVOLUCIÓN DE LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS
ATENDIDOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
POR PROVINCIAS – REGIÓN APURÍMAC 2013 – 2017



Fuente: SIEN 2013 – 2017

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional de niños menores de 5 años atendidos en los establecimientos de salud, nos muestra la proporción de niños menores de 3 años con Anemia a nivel de provincias del año 2013 al 2017, donde se observa una reducción significativa en todas las provincias. El año 2013 se tenía un promedio regional de 60.1% y a nivel siete provincias mostraban más del 50% de anemia en niños menores de 3 años; para el año 2017 muestra un promedio regional de 38% y a nivel provincias están por debajo del 41.5%.

Para el año 2017, las provincias que muestran mayor proporción es Cotabambas con 41.2%, Andahuaylas con 41.5%, Chincheros con 39,8%. Las que muestran menor proporción son: Aymaraes con 20.6%, Antabambas con 26.2%, Grau con 33.5% y Abancay con 35.2%.

CUADRO N° 4.3

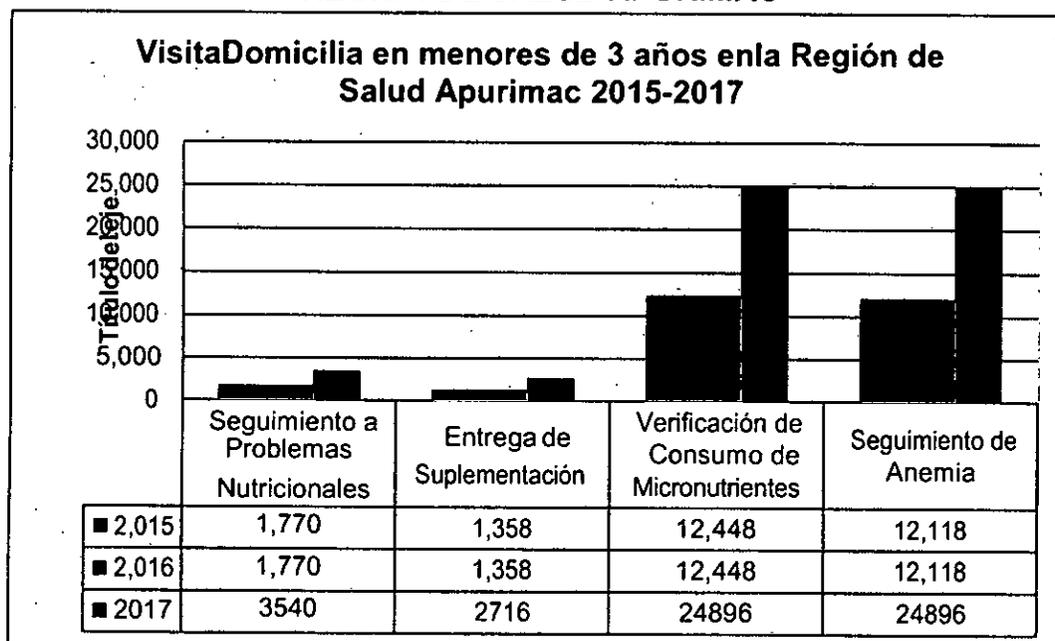
VISITA DOMICILIARIA A NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN LA REGIÓN DE SALUD APURÍMAC

Tipos de visita/edades	2015	2016	2017
Seguimiento a Problemas nutricionales	1,770	1,770	3,540
Entrega de Suplementación	1,358	1,358	2,716
Verificación de Consumo de MMN	12,448	12,448	24,896
Seguimiento de Anemia	12,118	12,118	24,236

Fuente. Sistema del Estado Nutricional SIEN

GRÁFICO N° 4.3

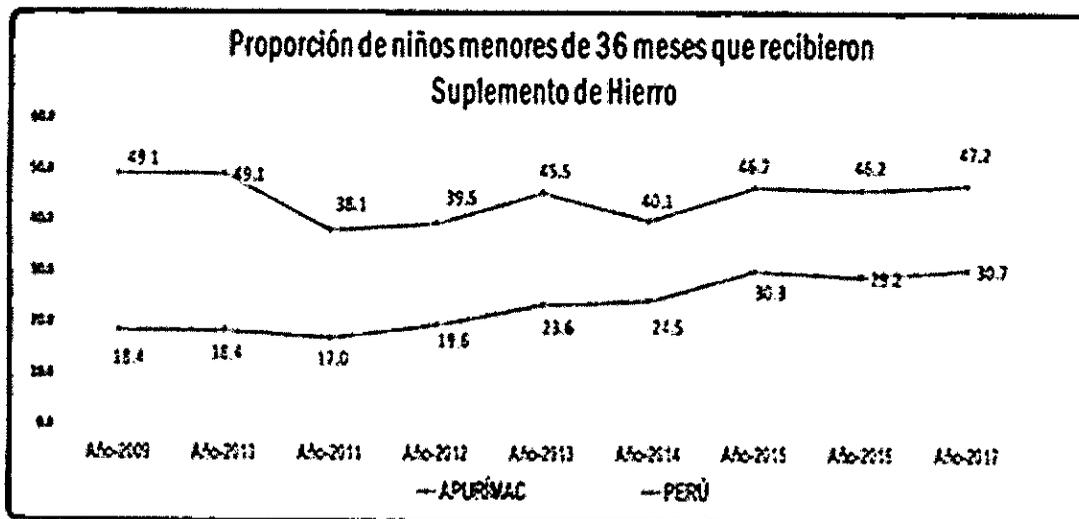
VISITA DOMICILIARIA A NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN LA REGIÓN DE SALUD APURÍMAC



HIS-2015-2017

Se puede apreciar que entre al año 2015 al 2017 se ha duplicado el número de visitas domiciliarias, lo cual se logra gracias al cumplimiento de las acciones plasmadas en el programa presupuestal articulado nutricional y las diferentes acciones nacionales, regionales y locales en el marco de la normativa, que hoy por hoy busca reducir la anemia a nivel nacional.

GRAFICO N° 4.4
PROPORCIÓN DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES QUE
RECIBIERON SUPLEMENTACIÓN DE HIERRO



ENDES-2017

Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar - ENDES 2009 al 2017, muestra que la proporción de niños menores de 36 meses que recibieron **suplemento de hierro** el departamento de Apurímac para el año 2017 está por encima del promedio nacional (Perú) con 16.5 puntos porcentuales, con una cobertura del 47.2% frente al nivel nacional que presenta un 30.7%. En el grafico podemos ver a nivel regional del año 2011 al año 2017 se observa un aumento significativo en las coberturas de 38.1% a 47.2% con algunos altibajo.

A nivel regional se viene fortaleciendo el seguimiento a niños que están en el esquema de suplementación el cual tiene una duración de 12 meses continuos, existiendo en el proceso una alta deserción por el periodo largo que dura esta actividad. Esto se agudiza más a partir del año debido a que el CRED se realiza cada dos meses, muchas de ellas ya no acuden

mensualmente al establecimiento de salud para recoger los Micronutrientes a ello se suma a que el personal de salud muchas veces no realiza la visita a domicilio para la entrega del insumo.

El objetivo regional es que más del 80% de los niños estén suplementados con hierro para evitar la anemia, así mismo se debe asegurar la adherencia. Para ello se viene trabajando estrategias educativo comunicacionales y se viene desarrollando campañas de visita a domicilio.

V. CONCLUSIONES

- a) La Estrategia Sanitaria de Alimentación y nutrición Saludable realiza sus actividades según los documentos técnicos normativos trabajando de manera integral y en coordinación con las diferentes unidades ejecutoras para contribuir a la reducción de la anemia materno infantil a nivel de la región de salud Apurímac.
- b) Según **ENDES** en la Región Apurímac la Anemia en niños menores de 3 años para el año 2017 está por encima del promedio nacional (Perú) con 10.6 puntos porcentuales, con una prevalencia del 54.2% frente al nivel nacional que presenta un 43.6%. A partir del año 2011 se mantuvo y fue incrementando de 47.4% a 56.8% al año 2015, para el año 2016 se tiene una ligera disminución de 3.3 puntos porcentuales. Sin embargo para el año 2017 se incrementa en 0.7 puntos porcentuales.
- c) Según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) Para el año 2013 se tenía un promedio regional de 60.1% y a nivel siete provincias mostraban más del 50% de anemia en niños menores de 3 años; para el año 2017 muestra un promedio regional de 38% y a nivel provincias están por debajo del 41.5%. Para el año 2017, las provincias que muestran mayor proporción es Cotabambas con 41.2%, Andahuaylas con 41.5%, Chincheros con 39,8%. Las que muestran menor proporción son: Aymaraes con

20.6%, Antabambas con 26.2%, Grau con 33.5% y Abancay con 35.2%.

- d) Las visitas domiciliarias a nivel regional en los últimos años han mejorado, constituyen una herramienta fundamental para que las familias mejoren sus comportamientos y conductas y sobre todo para verificar si los niños consumen el suplemento de sulfato ferroso.
- e) Según la Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar - ENDES 2009 al 2017, muestra que la proporción de niños menores de 36 meses que recibieron **suplemento de hierro** en el departamento de Apurímac alcanzo una cobertura del 47.2%, hubo un aumento en los diferentes años sien embargo todavía necesita mejorar la intervención.
- f) La estrategia Sanitaria de Alimentación Saludable a través de sus profesionales tiene un rol predominante en la promoción de la salud en el primer nivel de atención, para disminuir los factores de riesgo relacionados con la anemia

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que la institución (DIRESA) priorice dentro del plan de capacitación anual al personal de salud acerca de la consejería y educación nutricional, con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de atención al paciente, acorde con nuestro desempeño profesional.
- b) Que el equipo multidisciplinario promueva las actividades preventivas promocionales, para realizar una atención con calidad logrando así la satisfacción del usuario, pues el cuidado de la salud es la razón de nuestra profesión.
- c) Los niños menores de 3 años deben tener un seguimiento y monitoreo en forma permanente para que puedan ser efectivas las intervenciones.
- d) Sensibilizar a los profesionales de la salud que desarrollen estudios en promoción de la salud para que fortalezcan la prevención de la anemia y mejoren la calidad de vida de la población priorizada.

VII. REFERENCIALES

1. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2017 Nacional y Regional. Lima, febrero del 2018.
2. Quispe, RA. Anemia ferropénica (Tesis de posgrado). Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín; 2012.
3. Banco Mundial (1993). Unos 22.5 millones de niños sufren anemia en Latinoamérica 1993. Washington DC. Banco Mundial.
4. OPS (2013). Vigilancia Alimentaria Nutricional en las Américas. Ginebra, Organización Panamericana de la salud.
5. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – Primer semestre 2017. Lima, agosto del 2017.
6. Huilca M. Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa de Cayambe. (Tesis de Pregrado). Ecuador, 2016.
7. MINSA. Plan Nacional de Reducción y Control de la Anemia en la Población Materno Infantil en el Perú 2017-2021. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>. Ministerio de Salud. 2017
8. Hancoccallo M. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud "Miguel Grau "(Tesis de

pregrado. Universidad Peruana Unión. Lima, 2014.

9. Selva Suárez, LN, OchoaAlonso, AA. Acciones para la prevención y control de la anemia por deficiencia de hierro en niños hasta cinco años. Revista Cubana de Salud Pública <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21419366003>
10. Hancoccallo M. Nivel de conocimiento, actitudes y prácticas sobre prevención de anemia ferropénica en niños menores de 5 años de las madres que acuden al Centro de Salud "Miguel Grau "(Tesis de pregrado. Universidad Peruana Unión. Lima, 2014.
11. Cornejo C. Conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica en madre de niños de 6 a 24 meses de un Centro de Salud Lima 2015. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de san Marcos..Lima, 2015.
12. Dianderas CF. Relación del estado nutricional y anemia ferropénica en niños menores de dos años evaluados en el Centro de Salud Materno Infantil Miguel Grau. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana Unión. Lima, 2015.
13. Glendy V.F. Influencia de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 24 meses en el Puesto de Salud de San Juan Bautista, (Tesis de pregrado). Universidad católica de santa maría, Facultad de enfermería. Arequipa, 2015.
14. MINSA. Norma Técnica: Manejo terapéutico y Preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y púerperas.

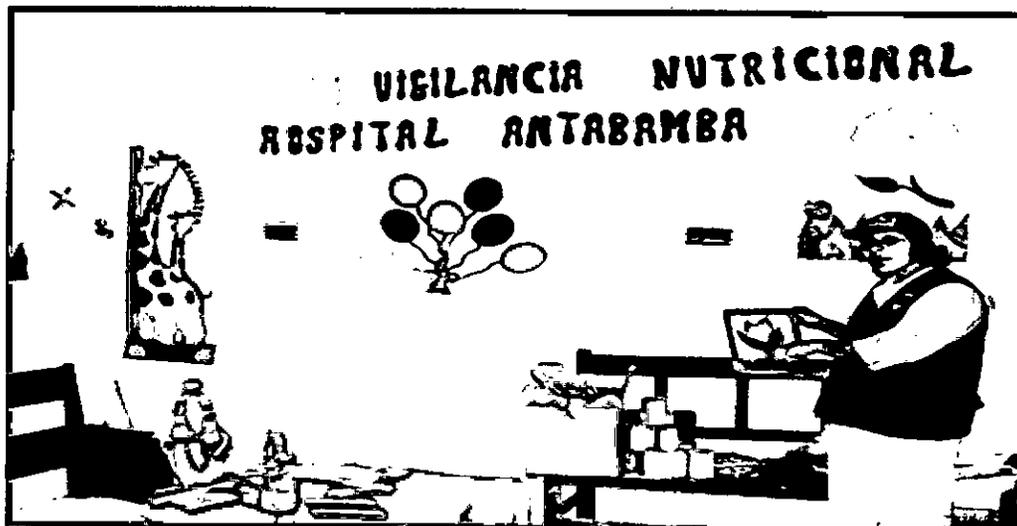
Resolución Ministerial 250-2017/MINSA. (12 de abril 2017).

Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.

15. OMS (2015). Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 2015.
16. INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015 Nacional y Regional. Lima, febrero del 2016.

ANEXOS

**MATERIALES ELABORADOS POR LOS PADRES DE
FAMILIA POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL
ANTABAMBA**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

**VISITA DOMICILIARIA PARA SEGUIMIENTO A NIÑOS
DIAGNOSTICADOS CON ANEMIA.**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

CAMPAÑAS DE DESPARASITACIÓN



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

VIGILANCIA DEL ESTADO NUTRICIONAL DE NIÑOS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

SESIONES DEMOSTRATIVAS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

SESIÓN EDUCATIVA DIRIGIDA A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017