

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA  
DE NIÑOS DE 6 MESES A 36 MESES EN EL CENTRO DE SALUD  
PUEBLO JOVEN 2017**

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

**DINA TERESA TERRAZAS CERVANTES**

**CALLAO - 2018  
PERÚ**

## **HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO**

### **MIEMBROS DEL JURADO:**

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ      PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE              SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ              VOCAL

### **ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA**

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 369

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-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. |
|--|------|
| <b>INTRODUCCIÓN</b>                          | 2    |
| <b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>         | 4    |
| 1.1 Descripción de la Situación Problemática | 4    |
| 1.2 Objetivo                                 | 6    |
| 1.3 Justificación                            | 6    |
| <b>II. MARCO TEÓRICO</b>                     | 8    |
| 2.1 Antecedentes                             | 8    |
| 2.2 Marco Conceptual                         | 12   |
| 2.3 Definición de Términos                   | 21   |
| <b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>          | 23   |
| 3.1 Recolección de Datos                     | 23   |
| 3.2 Experiencia Profesional                  | 23   |
| 3.3 Procesos Realizados del Informe          | 26   |
| <b>IV. RESULTADOS</b>                        | 29   |
| <b>V. CONCLUSIONES</b>                       | 33   |
| <b>VI. RECOMENDACIONES</b>                   | 34   |
| <b>VII. REFERENCIALES</b>                    | 36   |
| <b>ANEXOS</b>                                | 38   |

## INTRODUCCIÓN

La anemia por deficiencia de hierro viene a ser uno de los principales problemas de salud Pública que actualmente se observa en la población infantil del Perú se produce por la deficiencia de hierro, el cual es necesario para la formación de los hematíes, componente importante de la hemoglobina la cual se encarga de transportar, almacenar y dar oxígeno a los tejidos. La población de mayor riesgo son los niños de 6 a 36 meses de edad ya que la madre transmite el hierro al niño a través de la placenta en el último trimestre y este nace con suficiente reserva, lo mantiene hasta alrededor de los cuatro meses.

El presente informe de experiencia profesional titulado "Cuidados de enfermería en la prevención de la anemia de niños de 6 a 36 meses del Centro de Salud Pueblo Joven de enero a diciembre del 2017" tiene por finalidad describir los cuidados de enfermería que debemos tener en la prevención de la anemia. Uno de los procedimientos que contribuirá a disminuir la anemia es el dosaje de hemoglobina tomada por personal estandarizado, con la técnica correcta, con el equipo correcto y el paciente correcto, es importante la oportunidad en el Dosaje de Hemoglobina, la Consejería en el consultorio CRED, reforzando las prácticas saludables en el cuidado del niño en la visita domiciliaria, haciendo seguimiento a los acuerdos que se llegó en el control CRED, realizando las sesiones educativas, sesiones demostrativas entre otros para concientizar a la madre en la prevención de la anemia, y el tratamiento inmediato del mismo modo determinar los factores de riesgo que aumentan la incidencia de la misma y coadyuvar a la recuperación de los niños mejorando así su desarrollo cognoscitivo.

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, **capítulo IV** : resultados ; **capítulo V** : conclusiones, **capítulo VI** las recomendaciones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y anexos.

## I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

### 1.1. Descripción de la situación problemática

La anemia es uno de los problemas de salud pública más difundidos, especialmente en los países en desarrollo. La anemia tiene consecuencias importantes en lo social, económico, así como en la salud y la seguridad social. Éstas incluyen retraso en el desarrollo cognoscitivo, disminución de la capacidad física de trabajo, y en casos graves aumenta el riesgo de mortalidad, especialmente durante el periodo perinatal. También hay evidencia que la anemia puede causar disminución del crecimiento e incremento de morbilidad. Teniendo en cuenta la magnitud del problema, se necesita aplicar más refuerzo para desarrollar e implementar programas, tanto para prevenir como para controlar la anemia. En el desarrollo de los programas, es esencial entender cuáles son las diferencias existentes entre la anemia, deficiencia de hierro y anemia ferropriva y reconocer que la anemia puede ser resultado tanto de causas relacionadas con la nutrición como las enfermedades inflamatorias/ infecciosas, así como también las pérdidas de sangre. (1)

La organización Mundial de la Salud (OMS) el 2008, estimó que en el mundo hay 2000 millones de personas con algún grado de anemia, y cerca del 50% de los casos pueden atribuirse a la carencia de hierro que pueden ser prevenibles o tratados a bajo costo. A nivel mundial la prevalencia de la anemia sobre todo la severa es mayor en América del Sur (Perú, Brazil, Bolivia, y parte de Venezuela) en África en un 50% de países, en Asia (Iraq, india, Indonesia) con prevalencias mayores al 40%. Anemia moderada Ecuador, Colombia, México, Libia, Egipto, China, Rusia, Canadá. Anemia Leve Chile, Groenlandia, Noruega, Suecia, Australia, no presenta prevalencia de Anemia Estados Unidos. (2)

Según ENDES 2016 La anemia por déficit de hierro es estimada a partir

del nivel de hemoglobina en la sangre. Es una carencia que a nivel nacional afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (43,5%), es más frecuente en el área rural (52,3%) que en el área urbana (40,2%), en el primer semestre 2016. (3)

Entre el año 2015 y el primer semestre 2016, la prevalencia de anemia en niñas y niños menores de tres años de edad fue similar (43,5%). Por área de residencia, no se aprecian diferencias significativas. Según región natural, en el primer semestre 2016 se muestra que la prevalencia de la anemia es mayor en las regiones de la Sierra (51,8%) y la Selva (48,8%), que contrastan con la Costa, donde la prevalencia de esta carencia afecta al 37,5% de las niñas y niños menores de tres años de edad

Entre el año 2015 y el primer semestre 2016, el nivel promedio de la prevalencia de la anemia pasó de 53,2% a 51,8% en la Sierra, en la Selva, de 47,9% a 48,8% y en la Costa, de 36,9% a 37,5. (4)

A nivel Nacional los porcentajes de anemia fueron de la siguiente manera 2015 49.8%, en el 2016 45.3%, en el 2017 41.4%.

En Apurímac en el 2015 la anemia fue (51.9%), en el 2016 (45.4%), en el 2017 (39.2%).

A nivel de la Provincia de Abancay la anemia fue en el 2015 (53.1%), en el 2016 (43.3%), en el 2017 (35.2%).

A nivel del Distrito de Abancay la anemia fue en el 2015 (51.9%), en el 2016 (45.1%), en el 2017 (35.5%).

En la jurisdicción del Centro de Salud Pueblo Joven, del Distrito de Abancay, que cuenta con una población de 1,316 niños de 6 meses a 36 meses, en la cual 05 de cada 10 niños tienen anemia ferropénica, los índices de anemia en el 2015 (56%) , 2016 ( 42.2%), 2017 (28%). (5)

El problema es que los padres de familia principalmente las madres no entienden la gravedad de esta terrible enfermedad y descuidan la adecuada alimentación y suplementación de sus niño de acuerdo a sus edades y piensan que los suplementos que da el minsa es de donación,

y por ello no le dan la debida importancia y no cumplen con el suministro de estos multimicronutrientes.

## **1.2. Objetivo**

Describir los cuidados de Enfermería en la prevención de anemia en niños de 6 meses a 36 meses en el Centro de Salud Pueblo Joven de Enero a Diciembre del 2017.

## **1.3. Justificación**

Las madres de familia que acuden al Consultorio de Crecimiento y Desarrollo desconocen la preparación adecuada de los alimentos, y la suplementación con los multimicronutrientes, es una situación que preocupa que de cada 10 niños 05 tienen anemia en la actualidad.

La enfermera, y el equipo multidisciplinario, que trabaja en el primer nivel de atención dentro de las actividades de promoción y prevención que desarrolla debe enfatizar en la consejería integral, previa identificación de los factores de riesgo actividades orientadas a promover la adopción de una cultura de prevención a través de las visitas domiciliarias de seguimiento y desarrollando programas de educación para la salud que romuevan la adopción de conductas saludables en la prevención y control de la anemia infantil.

**Nivel teórico:** El presente informe permitirá profundizar en cuanto a los cuidados de enfermería que debemos tener en la prevención de la anemia, tratamiento y recuperación de los niños que presenten anemia ferropénica.

**Nivel Metodológico:** El presente informe es importante a nivel metodológico porque permitirá precisar algunas prácticas saludables que se tienen que tener en cuenta por los profesionales de enfermería y de la salud en la identificación temprana de la anemia ferropénica mediante el dosaje de hemoglobina y oportuna intervención con un tratamiento adecuado durante tres a seis meses y consejería a los padres para la pronta recuperación del niño.

**Nivel Social:** A nivel social el presente informe beneficiará a todos los profesionales de enfermería que atienden en los consultorios de Crecimiento y Desarrollo del Niño de los establecimientos de salud. Por consiguiente los resultados que se obtengan serán de mucha importancia para desempeñar con éxito el trabajo que se desempeña en el servicio de Crecimiento y Desarrollo del Niño para brindar una atención oportuna y con calidad a todos los niños que presentan este problema.

**Nivel Práctico:** A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los profesionales de enfermería y a la familia sobre el dosaje de hemoglobina para diagnosticar la anemia y la importancia que tiene la administración de micronutrientes como es el sulfato ferroso en un horario determinado y con técnicas adecuadas, este tratamiento a su vez tiene que estar acompañado de una dieta balanceada rica en hierro también se debe realizar la visita domiciliaria para 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 y luego de 01 mes de haber recibido el tratamiento se realizará el primer dosaje de hemoglobina, luego a los 3 meses y 6 meses de recibir el tratamiento para ver la adherencia al hierro a través de los resultados.

**Nivel Económico:** A nivel económico la anemia es uno de los problemas de salud pública más difundidos que generan gastos económicos al país. Se caracteriza por una capacidad deficiente en el aprendizaje y productividad disminuida está asociado con el retardo en el crecimiento y en desarrollo cognoscitivo, esto durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento. Estos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando tenga edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes

**CALA Chambi Edgar, 2012,** " Percepción de madres de niños de 6 a 23 meses de edad respecto al consumo de micronutrientes "chispitas nutricionales "en el municipio de Puerto Carabuco - La Paz, el cual tuvo como objetivo determinar la percepción de las madres de familia acerca del consumo de las chispitas nutricionales distribuidas a los niños(as) menores de dos años. La investigación es de tipo cualitativo, método descriptivo, .Entre las conclusiones se tiene que: "La responsabilidad final del cuidado de los niños y niñas está en los padres o cuidadores, lo cual implica buscar o movilizar nuevos esfuerzos y recursos para atender las necesidades de sus hijos o hijas. Esta es una buena razón para incentivar la importancia del uso de las chispitas en prevención de la deficiencia de hierro, sus consecuencias sobre la salud, así como de los posibles efectos adversos y su manejo (6)

**VARGAS Córdova Julei Zenia , Lima 2016.** "Actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en un Establecimiento de Salud de Lima.

Objetivo: Determinar las actitudes de las madres de niños de 6 a 36 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en el Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui, Lima, 2016.

Material y Método: Es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 243 madres que acudían al Centro Materno Infantil José Carlos Mariátegui. La muestra fue de 53 madres obtenida mediante un muestreo probabilístico de proporción para población finita aleatorio simple .La técnica fue la encuesta y el instrumento una Escala tipo Likert

modificada.

Resultados: Fueron procesados y presentados en gráficos estadísticos obteniéndose que del 100%, 74% presentan actitudes desfavorable hacia la suplementación con multimicronutrientes. En lo que respecta a las dimensiones según Ítem, el 72% tienen actitudes desfavorables hacia la preparación y el 68% hacia la administración.

Conclusiones: La mayoría de las madres de niños de 6 a 36 meses presentan actitudes desfavorables hacia la suplementación con los multimicronutrientes ;respecto a la dimensión preparación según ítem, la mayoría presentan actitudes favorables hacia que es importante lavarse las manos antes de preparar las chispitas, a no utilizar los sobres de las chispitas que han sido abiertos anteriormente y al agregar las chispitas en comidas de consistencia espesa; respecto a la dimensión administración según Ítem, la mayoría tienen actitudes desfavorables hacia que no es necesario suspender el consumo de las chispitas al niño cuando se encuentre tomando antibióticos y a que la porción de comida donde se agregó las chispitas se le puede dar al final. (7)

### **HUAYANEY Palma Maygge**

Trabajo de Investigación en Chasquitambo en el 2013. "Conocimiento de las Madres sobre la prevención de la Anemia Ferropénica en la Estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo"

El Objetivo fue determinar los conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo 2013. Material y Método. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 80 madres. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario aplicado previo consentimiento informado. Resultados. Del 100 % (80), 60% (48) conoce y 40% (32) no conoce. Los ítems que conocen 80% (64) refieren que el problema que presenta el niño durante el tratamiento es náuseas y

vómito, 81% (65) la frecuencia con que se le da el medicamento para tratar la anemia de su niño es interdiario, y 79% (63) los signos y síntomas de un niño con anemia está dado por piel pálida, no quiere comer y tiene mucho sueño; mientras que los ítems que no conocen 41% (33) cuando le da el medicamento para tratar la anemia de su niño lo acompaña con jugo de fruta, naranja, limonada, 40% (32) la frecuencia en que da al niño hígado, sangrecita, bofe, bazo, pescado, carnes rojas es 3 a más veces por semana. Conclusiones. El mayor porcentaje de las madres conocen que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina de la sangre, en la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras y carnes rojas, y los alimentos de origen vegetal son las habas, lentejas y frijoles; seguido de un porcentaje considerable de madres que no conocen que durante el día el niño debe recibir 3 comidas al día, que los alimentos de origen animal son la sangrecita, bazo, bofe e hígado, la frecuencia en que le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frejoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana. (8).

#### **JUNCO Guillermo Jorge Eduardo- 2015.**

Identificación de los factores que contribuyen y limitan la efectividad del programa de suplementación con multimicronutrientes en la reducción de la anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de vinchos de Ayacucho 2015.

El objetivo general es identificar los factores que estarían limitando o contribuyendo en la efectividad del “Plan de Implementación con multimicronutrientes, dirigido a niñas y niños menores de tres años de la zona rural de Vinchos - Ayacucho” durante los años 2012-2013,.

La investigación realizada es un estudio de tipo cualitativo que es desarrollada a través de un estudio de caso y tiene como unidad de análisis a las madres de las niñas o niños menores de tres años

beneficiarios del programa. El interés es conocer aquellos aspectos de la implementación del programa con multimicronutrientes que no están siendo bien efectivizados para contrarrestar el problema de la anemia nutricional de los niños menores de 3 años en un ámbito rural.

### **Conclusiones y recomendaciones**

A partir del segundo trimestre del año 2014 el Ministerio de Salud ha desarrollado una expansión del programa de suplementación con multimicronutrientes en polvo en casi todos los departamentos del país, donde se han distribuido 131 millones de sobres de micronutrientes en los establecimientos de salud de primer nivel de atención.

Luego de concluir la investigación se puede inferir que los factores determinantes que estarían limitando la efectividad del plan de implementación de los micronutrientes estarían contemplados por (i) la debilidad de una intervención educativa y comunicacional desde el establecimiento de salud, (ii) las barreras culturales y lingüísticas de las madres que afectan el consumo adecuado y sostenido de los multimicronutrientes por los niños, (iii) la débil participación de los promotores de salud de la comunidad en el acompañamiento a las madres sobre la suplementación y (iv) débil capacidad del personal de salud sobre un procedimiento estandarizado del análisis de hemoglobina que permita asegurar un diagnóstico confiable de la anemia. Estos factores son claves para alcanzar el impacto significativo y demostrado en la reducción de la anemia en el ámbito rural.

La evidencia recogida a través de la presente investigación contribuirá a mejorar las estrategias de intervención en el ámbito rural del distrito de Vinchos. Se presentan recomendaciones y conclusiones que en base a esta investigación, contiene elementos muy importantes que pretenden fortalecer e incidir sobre programas similares a nivel del ámbito rural y en consecuencia sobre la política pública nacional. (9)

## 2.2. Marco Conceptual

### 2.2.1 ANEMIA FERROPENICA:

#### a) DEFINICION :

La anemia ferropenia resulta de una insuficiente cantidad de hierro para la síntesis de hemoglobina. Es la enfermedad hematológica más frecuente en el niño. El tiempo que pasa para tener deficiencia de hierro es largo. Infantes a término nacidos con suficientes depósitos de hierro lo mantienen alrededor de los 4 meses de edad, después de ello se debe mantener una adecuada dieta absorbible de fierro para evitar su deficiencia.

Tres estados de deficiencia de hierro han sido identificados:

- 1) Los depósitos de hierro de la médula ósea se depletan.
- 2) La eritropoyesis es afectada por lo que los glóbulos rojos se empequeñecen y la concentración de la hemoglobina en las células disminuyen.
- 3) el nivel de hemoglobina comienza a caer. (10)

#### b) CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA FERROPÉNICA.

- **ANEMIA LEVE:** Los individuos con anemia leve suelen estar asintomáticos. Pueden quejarse de fatiga sueño, disnea y palpitaciones sobre todo después del ejercicio. Una característica muy importante es la disminución del apetito que influye de manera negativa en la nutrición del niño. Se considera anemia leve cuando se tiene un valor de hemoglobina de 10-10.9gr/dl a nivel del mar. (11)
- **ANEMIA MODERADA:** A menudo están sintomáticos en reposo y son incapaces de tolerar esfuerzos importantes. El paciente puede ser consciente del estado hiperdinámico y quejarse de palpitaciones, la disminución del apetito es mayor, la palidez es el signo físico que más se presenta en este tipo

de anemia. La hemoglobina es entre 7-9.9gr/dl a nivel del mar.  
(11)

- **ANEMIA SEVERA:** Los síntomas de este tipo de anemia se extienden a otros sistemas orgánicos, pueden presentar mareos, cefaleas y sufrir de síncope, tinnitus o vértigo, muchos pacientes se muestran irritables y tienden dificultades para el sueño y la concentración. Debido a la disminución del flujo sanguíneo cutáneo, los pacientes pueden mostrar hipersensibilidad al frío. Los síntomas digestivos tales como: Anorexia e indigestión e incluso náuseas o irregularidades intestinales que son atribuibles a la derivación de la sangre fuera del lecho esplácnico. Cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7 gr a nivel del mar. (11)

### c) ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO

#### PRINCIPALES CAUSAS DE LA ANEMIA

##### 1. Incremento de Necesidades y/o bajos depósitos de hierro.

- Prematuros (considerado como el grupo de mayor riesgo por lo que su atención es prioritaria) y/o Niños con bajo peso al nacer y/o gemelares.
- Niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer.
- Niños menores de dos años.
- Niños con infecciones frecuentes.
- Gestantes (sobre todo en el tercer trimestre).
- Parto: Clampaje precoz del cordón umbilical, antes de 1 minuto.
- Adolescentes, principalmente mujeres.
- Mujeres en edad fértil. (12)

##### 2. Bajo Aporte De Hierro.

- Ingesta dietética insuficiente o inadecuada.
  - Alimentación complementaria deficiente en hierro emínico a partir de los 6 meses de edad con o sin lactancia materna.

- Alimentación complementaria tardía (inicio después de los 6 meses de edad).
- Falta de acceso a los alimentos ricos en hierro de origen animal. (hierro hemínico).
- Falta de ingesta de los alimentos ricos en hierro hemínico.
- Dieta basada principalmente en leche (leche de vaca y otros >= 24 onzas / día) y carbohidratos.

- Dieta vegetariana sobre todo con alto contenido de fitatos y taninos. (12)

### **3. Disminución de la absorción**

- Factores dietéticos que inhiben la absorción del hierro: taninos que están en el té, café, mates, gaseosas; fitatos que están en la fibra y calcio en los productos lácteos.
- Patologías del tracto digestivo como diarreas, síndrome de mala absorción gastritis crónica, ausencia del duodeno pos quirúrgica.
- Medicamentos que reducen la absorción del hierro: omeprazol, ranitidina, carbonato de calcio, etc.

### **4. Pérdidas sanguíneas. (12)**

- Hemorragias intrauterinas, perinatales, digestivas, etc.
- Menorragia (adolescentes)
- Introducción de la leche de vaca en el primer año de vida puede producir microsangrado.
- Infestaciones parasitarias: uncinarias, Giardia, Plasmodium.
- Infecciones por bacterias como el helicobacter Pylori.
- Patologías: Algunas anemias hemolíticas intravasculares,

por ejemplo en el caso de malaria y otras patologías que producen hemólisis, u operaciones quirúrgicas, entre otros.

- Epistaxis reiteradas, hematuria, hemoptisis, hemorroides sangrantes, pérdida de sangre por heces, etc.
- Uso crónico de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y aspirina que condicione pérdidas patológicas de hierro a nivel digestivo. (12).

En el caso del hierro, se considera que la leche materna, aún de madres anémicas, cubre las necesidades de los niños sanos, nacidos a término, hasta los 4 meses de edad. De hecho varios estudios han indicado que los niños amamantados en forma exclusiva entran en un balance negativo de hierro entre el cuarto y sexto mes de edad y que sus reservas de hierro están exhaustas a los nueve meses.

(13)

#### **d) TRATAMIENTO**

##### **MANEJO PREVENTIVO DE ANEMIA EN NIÑOS**

El tamizaje o despistaje de hemoglobina o hematocrito para descartar la anemia en los niños se realiza a los 4 meses de edad, en caso que no se haya realizado el despistaje a esta edad, se hará en el siguiente control.

La prevención de la anemia se realizará de la siguiente manera:

- a. Suplementación preventiva se iniciará con gotas a los 4 meses de vida (Sulfato ferroso o complejo polimaltosado Férrico en gotas), hasta cumplir los 6 meses de edad.
- b. Se administrará suplementación preventiva con hierro en dosis de 2 mg/kg/día hasta que cumplan los 6 meses de edad.
- c. Luego se continuará con la entrega de Micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar los 360 sobres (1

sobre por día).

- d. El niño que no recibió Micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido (6 a 35 meses inclusive o 3 años de edad cumplidos).
- e. En el caso de niños mayores de 6 meses, y cuando el Establecimiento de Salud no cuente con Micronutrientes, éstos podrán recibir hierro en otra presentación, como gotas o jarabe de sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico.
- f. En el caso de suspender el consumo de Micronutrientes, se deberá continuar con el esquema hasta completar los 360 sobres; se procurará evitar tiempos prolongados de deserción. (12)

### **MANEJO TERAPEUTICO DE ANEMIA EN NIÑOS**

Los niños que tienen diagnóstico de anemia deberán recibir hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo peso al nacer o de adecuado peso al nacer. (12)

### **TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 6 MESES DE EDAD.**

- a) Niños Prematuros y/o con Bajo Peso al Nacer.
  - El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al Nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral.
  - Se administrará tratamiento con hierro en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
  - Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

b) Niños Nacidos a Término y/o con Buen Peso al Nacer menores de 6 meses.

- El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia.
- Se administrará el tratamiento con suplementos de hierro, en dosis de 3 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos.
- Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses, y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro. (12)

#### **TRATAMIENTO DE LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESE A 11 AÑOS DE EDAD.**

- a) El tratamiento con hierro en los niños, que tan sido diagnosticados con anemia, se realiza con una dosis/kg/día.
- b) Se administrará el suplemento de hierro durante 6 meses continuos
- c) Se realizará el control de hemoglobina al mes, a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro. (12).

#### **e) CONSECUENCIAS**

Los efectos son irreversibles y las consecuencias se ven en lo posterior también afecta principalmente a la inmunidad celular, función intestinal, crecimiento y rendimiento físico, conducta, rendimiento intelectual.

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 cardíaco, pero no podrá funcionar adecuadamente si se demanda mayor esfuerzo físico.(14)

#### **f) PREVENCIÓN**

La anemia es un problema multifactorial, cuyos efectos permanecen en todo el ciclo de la vida. Las medidas de prevención y de tratamiento contempladas en esta norma ponen énfasis en un abordaje integral e intersectorial.

Las medidas de prevención son las siguientes:

- El equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el despistaje de anemia, a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.
- Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescente, y las mujeres gestantes y puerperas, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia; la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia.
- Se pondrá énfasis en informar a los padres de niños y adolescentes, a mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en las escuelas o estudios,

entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con repercusiones incluso en la vida adulta (riesgo de padecer de enfermedades crónicas). (12)

### **EN LA GESTACION**

Educación Alimentaria: Promover la importancia de una alimentación variada incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, bazo, y otras vísceras de color oscuro, carnes rojas, pescado.

Suplementación de la Gestante y Puérpera con hierro y ácido fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta 30 días post parto. (12)

### **EN EL PARTO**

Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2-3 minutos después del nacimiento en el recién nacido a término y sin complicaciones.

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. (12)

### **PRIMERA INFANCIA, NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

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.

Suplementación preventiva con hierro a niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y a niños nacidos a término a 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 semanal para prevenir la anemia por un periodo de 3 meses por año. (12)

- 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.
- 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.(13)
- 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.(15)
- A medida que el niño crece y empieza a desarrollar la habilidad de masticar y deglutir alimentos mas consistentes se le debe dar alimentos mas sólidos al principio deben ser blandos, cortados en trocitos de tamaño adecuado y a medida que se desarrolla la dentición se puede aumentar la firmeza y el tamaño de los

trozos.(13)

- Promover buen saneamiento básico.
- Promover la participación comunitaria.

### 2.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS

- **CUIDADOS**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados como el enfoque que mejora la calidad de vida de pacientes y familias que se enfrentan a los problemas asociados con enfermedades amenazantes para la vida, a través de la prevención y alivio del sufrimiento, por medio de la identificación. (16).

- **ENFERMERIA**

La **enfermería** abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas **de** todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias.(17)

- **CUIDADOS DE ENFERMERÍA.**

La noción de **cuidado** está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser viva. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar). **Enfermería**, por otra parte, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo.(17).

- **PREVENCIÓN.**

Significa acción y efecto de prevenir. Se refiere a la preparación con la que se busca evitar, de manera anticipada, un riesgo, un evento desfavorable o un acontecimiento dañoso. Pueden prevenirse enfermedades, accidentes, delitos, etc. La palabra proviene del latín *praeventio, praeventiōnis*. (17)

- **NIÑO**

Probablemente la teoría más citada y conocida sobre desarrollo cognitivo en **niños** es la de Jean **Piaget** (1896-1980). Según esta teoría los **niños** pasan a través de etapas específicas conforme va madurando su intelecto y su capacidad **para** percibir las relaciones de todo tipo.(18)

- **ANEMIA FERROPENICA :**

Es un trastorno en el cual el número de glóbulos rojos o eritrocitos circulantes en la sangre se ha reducido y es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. En términos de Salud Pública, la Anemia se define como una concentración de hemoglobina por debajo de dos desviaciones estándar del promedio según género, edad, y altura al nivel del mar. (12).

La anemia Ferropénica es la disminución de los niveles de hemoglobina y del número de glóbulos rojos por debajo de los niveles considerados como normales para una persona, a causa de la carencia de hierro. (12)

### **III. EXPERIENCIA PROFESIONAL**

#### **3.1. Recolección de datos**

Los datos se han recolectado de la unidad de estadística del Centro de Salud Pueblo Joven, de los registros de reporte de las actividades preventivas del Establecimiento.

Así mismo se ha solicitado las estadísticas del 2015, 2016, y 2017 a la Red de Salud Abancay, a la Unidad de Estadística e informática los reportes de las sesiones educativas, sesiones demostrativas, y visitas domiciliarias, reporte de anemia.

De igual manera se obtuvo datos del registro del SIEN en la página web del Instituto Nacional de Salud (CENAN) para obtener datos estadísticos de la Anemia por Departamentos, Provincias, Distritos y Establecimientos de Salud de Apurímac.

#### **3.2. Experiencia Profesional**

##### **Junio del 1996 a Junio de 1997**

Realice el SERUMS en el Puesto de Salud Ongoy, en la Provincia de Chincheros, sub Región de Salud CHANKA Andahuaylas, teniendo a mi cargo los siguientes Programas de salud: Crecimiento y Desarrollo del Niño, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Adolescente, Tuberculosis. En este Establecimiento realice control prenatal, atención de parto, planificación familiar entre otros.

##### **Julio de 1997 a Setiembre de 1998**

Laboré en el Centro de Salud de Huaccana, Provincia de Chincheros, Sub Región de Salud Chanka Andahuaylas, contratada por 12 horas por el Programa de Salud Básica Para Todos asumiendo las responsabilidad de los programas Crecimiento y Desarrollo del Niño, Programa Ampliado

de Inmunizaciones, Adolescente, Tuberculosis.

#### **Octubre de 1998 a Diciembre del 2001**

Laboré en el Hospital San Camilo de Lellis en Chuquibambilla –Grau – DIRESA Apurímac.

Contratada por el Programa de Salud Básica Para Todos por 12 horas asumiendo las responsabilidades de los programas Crecimiento y Desarrollo del Niño, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Adolescente, Tuberculosis, PAN TBC, PANFAR, la Jefatura de Enfermería, asumí también las responsabilidades de Personal, Recursos Propios, las atenciones integrales en salud en las diferentes comunidades estuvieron a mi cargo, así como las evaluaciones de los diferentes Programas de Salud, las capacitaciones al personal, en la parte asistencial, a la atención inmediata al Recién

#### **Julio del 2001 a julio del 2004**

Pasé a laborar en condición de contratada de 8 horas al CLAS CENTENARIO en el Puesto de Salud de Auquibamba, en este Establecimiento, asumí la responsabilidad de la Jefatura del Puesto de Salud, la responsabilidad de todos los programas de salud, Crecimiento y Desarrollo del Niño, PAI, Adolescente, TBC, Plan de Salud Local.

En este Establecimiento tuve la oportunidad de trabajar con las Autoridades, líderes, Organizaciones Sociales de Base, Promotores de Salud para la vigilancia de los niños menores de 05 años, en quienes se logró revertir la Desnutrición Crónica, el traslado de las Gestantes de las comunidades al Establecimiento.

#### **Agosto del 2004 a Enero del 2007**

Laboré en condición de contratada por el CLAS CENTENARIO en el Puesto de Salud Lucuchanga me trasladaron para levantar indicadores

del Programa de Salud Local, al hacerme cargo del Establecimiento encontré 12 Gestantes, 60 niños menores de 05 años que no acudían al control del embarazo y el control CRED, lo primero que hice es convocar a las Autoridades, líderes, Organizaciones Sociales de Base, Promotores de salud, para organizar el cuidado de la salud en la Comunidad, se conformó un comité de Salud conformado por las Autoridades principales de la Comunidad, Promotores de Salud, para que puedan ayudar en el acercamiento de este grupo vulnerable al Puesto de Salud, es así que se trabajó bastante fuerte Promoción de la Salud con las Familias y viviendas, Comunidad saludable, con las Instituciones Educativas , obteniendo resultados favorables, la asistencia a los controles CRED era a menudo, las Gestantes vinieron a sus controles Prenatales sin obstáculos, los partos los atendía en el Establecimiento con apoyo de la Promotora de Salud Lilia Donayres Ochoa que vivía en el mismo Lucuchanga.

Al siguiente año me contrataron a un Técnico en Enfermería, nos dieron una motocicleta por el PAR SALUD, era más fácil porque ya más rápido llegábamos a las 05 comunidades del ámbito para visitar a las familias con niños y Gestantes.

Al 2007 logré revertir la desnutrición crónica infantil y la anemia en niños y Gestantes.

#### **Febrero del 2007 a Julio del 2010.**

Me rotaron por necesidad de servicio al Centro de Salud Pueblo Joven, asumí la Jefatura del Enfermería, la Coordinación de ESNI, y responsable del área de capacitación, y roté en el Servicio de Hospitalización para la Atención Inmediata de Recién Nacido.

#### **Agosto del 2010 a Octubre del 2012**

Retorné al Puesto de Salud de Lucuchanga en calidad de Nombrada.

### **Noviembre del 2012 a la actualidad**

Laboro actualmente en el Centro de Salud Pueblo Joven, asumo desde entonces la Coordinación de Promoción de la Salud, Plan de Salud Escolar realizando las actividades de capacitación, y acompañamiento al personal de salud, supervisión a los 26 Establecimientos de Salud, asumí también la Jefatura de Enfermería del Centro de Salud, La Jefatura del Centro de Salud Pueblo Joven.

### **3.3. Procesos realizados en el tema del informe**

Vista la problemática de la Anemia en niños de 6 a 36 meses por falta del no cumplimiento de las madres, a dar una buena alimentación a sus hijos, la inadecuada práctica de la suplementación con los Multimicronutrientes por las madres, respondiendo no saber .

Mi persona ha implementado las actividades educativas con las madres que acceden al Control de Crecimiento y desarrollo, educando a las madres mediante:

Las Sesiones Demostrativas en preparación de alimentos, como es la preparación de la papilla de plátano con el Multimicronutrientes, preparación que ha mejorado la tolerancia de estos multimicronutrientes en los niños y también les facilita a las madres por que rápidamente pueden ofrecer a sus niños.

En cuanto a la promoción de alimentos de origen animal ricos en hierro se enseña a las madres a través de las degustaciones, para ello preparo en casa, para mostrarles y que degusten los niños y las madres como: mazamorra de avena, camote o quinua, con frutas como el plátano, manzana, papaya, con la sangresita, las madres han mejorado de ésta manera el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro en sus niños.

Estas actividades se realizan los días lunes y viernes.

Para prevenir la anemia de tipo ferropénica se tiene que realizar los siguientes cuidados:

### **3.3.1. DOSAJE DE HEMOGLOBINA**

El dosaje de Hemoglobina tiene que ser realizado por el personal estandarizado de laboratorio en las siguientes edades 4 meses, 6 meses, 9 meses; al año, al año y 6 meses, y a partir de los 2 años 1 por cada año; en el consultorio CRED la enfermera realiza el descuento por nivel de altura.

### **3.3.2. SESIONES EDUCATIVAS**

Las sesiones educativas se realiza de manera grupal, realiza con la finalidad de dar soporte a la familia en las prácticas saludables como la lactancia materna, alimentación complementaria, dando énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, la suplementación con hierro, lavado de manos , higiene bucal.

### **3.3.3. LAS SESIONES DEMOSTRATIVAS**

Es una actividad educativa, en la cual las madres principalmente aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales del niño menor de 3 años, a través de la participación activa y un trabajo grupal, con la metodología "aprender haciendo"

Esta sesión demostrativa se realiza a familias con niños de 6 a 11 meses (01 sesión), y a partir de los 12 meses (01 sesión).

### **3.3.4. CONSEJERIAS A TRAVES DE VISITAS DOMICILIARIAS**

Se realiza con las familias de 6 a 9 meses (1 consejería), de 12 a 23 meses (1 consejería). Ésta consejería se realiza con la finalidad de dar soporte a la familia en las prácticas saludables como la lactancia materna, alimentación complementaria, dando énfasis en el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, la suplementación con hierro, lavado de manos , higiene bucal.

### **3.3.5. CONSEJERÍAS EN EL CONSULTORIO CRED**

En el Consultorio CRED se aplica la ficha de evaluación de la alimentación del niño menor de 05 años, llamada Historia alimentaria, con ésta ficha se realiza el diagnóstico de la alimentación, una vez detectado el problema se brinda la consejería a la madre, se negocia con la madre a mejorar el problema identificado y se programa la visita para hacer el seguimiento a los acuerdos.

#### IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

**NIÑOS DE 6 36 MESES CON ANEMIA EN EL CENTRO DE SALUD  
PUEBLO JOVEN 2015, 2016, 2017**

| AÑO  | NIÑOS SIN ANEMIA |     | NIÑOS CON ANEMIA |     | TOTAL DE TAMIZADOS-Hgb |      |
|------|------------------|-----|------------------|-----|------------------------|------|
|      | N°               | %   | N°               | %   | N°                     | %    |
| 2015 | 155              | 44% | 194              | 56% | 349                    | 100% |
| 2016 | 289              | 62% | 179              | 38% | 468                    | 100% |
| 2017 | 610              | 72% | 236              | 28% | 846                    | 100% |

Fuente: Oficina de Estadística e Informática

En el cuadro 4.1 haciendo un comparativo observamos que la anemia en niños tiene un ligero descenso en el año 2016, haciendo un total de 38% y al año 2017 observamos que ha incrementado la la cantidad de niños con anemia, en porcentaje observamos un 28 %. Este incremento se debe a que la población de niños de este grupo de edad ha incrementado.

## CUADRO 4.2

### CLASIFICACION DE LAS ANEMIAS POR NIVELES DE HEMOBLOBINA EN EL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN; 2015, 2016,2017

| ANEMIA POR NIVELES DE HGB | 2015 |       | 2016 |      | 2017 |      |
|---------------------------|------|-------|------|------|------|------|
|                           | N°   | %     | N°   | %    | N°   | %    |
| LEVE                      | 98   | 50.5% | 111  | 62%  | 146  | 62%  |
| MODERADA                  | 94   | 48.4% | 66   | 37%  | 89   | 38%  |
| SEVERA                    | 02   | 1%    | 02   | 1%   | 01   | 0.4% |
| TOTAL                     | 194  | 100%  | 179  | 100% | 236  | 100% |

Fuente: Oficina de estadística 2017

En el cuadro 4.2 vemos que en los 3 años la anemia leve tiene casi un mismo comportamiento, pero el año 2016 y el 2017 se mantiene en el mismo porcentaje observamos que entre la anemia leve y moderada hay una gran diferencia y en los tres años comparativos existe casos de anemia severa.

### CUADRO 4.3

#### ACTIVIDADES PREVENTIVAS REALIZADAS CON LAS FAMILIAS CON NIÑOS DE 6 A 36 MESES EN EL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN 2015, 2016, 2017

| ACTIVIDADES PREVENTIVAS | 2015 |     | 2016 |      | 2017 |      |
|-------------------------|------|-----|------|------|------|------|
|                         | N°   | %   | N°   | %    | N°   | %    |
| CONSEJERIAS             | 75   | 20% | 27   | 4%   | 81   | 13%  |
| SESIONES EDUCATIVAS     | 53   | 14% | 203  | 31%  | 343  | 54%  |
| SESIONES DEMOSTRATIVAS  | 252  | 66% | 425  | 65%  | 212  | 33%  |
| TOTAL                   | 380  | 180 | 655  | 100% | 636  | 100% |

Fuente: Oficina de Estadística 2017.

En el siguiente cuadro se observa que en las sesiones demostrativas se realizan en mayor proporción a la sesión Educativa, mientras que las visitas domiciliarias aún son deficientes

#### CUADRO 4.4

### NIÑOS RECUPERADOS DE 6 MESES A 36 MESES DE LA ANEMIA EN EL CENTRO DE SALUD PUEBLO JOVEN 2015, 2016,2017

| AÑOS  | N° NIÑOS<br>CON ANEMIA | N° NIÑOS<br>RECUPERADOS | PORCENTAJE<br>ALACANZADO |
|-------|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 2015  | 194                    | 58                      | 30%                      |
| 2016  | 179                    | 64                      | 36%                      |
| 2017  | 236                    | 96                      | 41%                      |
| TOTAL | 609                    | 218                     | 36%                      |

Fuente: Oficina de Estadística e informática 2015, 2016,2017

En el cuadro siguiente se observa que menos del 50% de niños con anemia se recuperan en los tres años consecutivos y más de 60% de niños no se recuperan por falta de conocimiento en las madres, por rechazo e intolerancia al tratamiento, y la falta de seguimiento por parte del personal de salud.

## V. CONCLUSIONES

- a) Las actividades preventivas promocionales se están desarrollando con mayor responsabilidad por parte del personal de salud.
- b) A pesar de no contar con presupuestos nos organizamos para garantizar la ejecución de las actividades
- c) El Personal de Salud es responsable de las diferentes intervenciones preventivo promocionales en salud para reducir la anemia, que es un problema serio de salud Pública en éstos momentos.
- d) La capacitación permanente no es constante en el personal de Salud en temas de prevención.
- e) Los datos analizados demuestran que las distintas anemias en niños de 6 a 36 meses fueron diagnosticados mediante el tamizaje de hemoglobina,
- f) El personal que labora en el Servicio de laboratorio no está estandarizado en el Dosaje de hemoglobina, además existe brecha de recursos humanos en este servicio para cobertura con la atención a la población de niños de 6 a 36 meses.

## **VI. RECOMENDACIONES**

- a)** Se debe mejorar aún más el desarrollo de las actividades preventivo promocionales para seguir educando a las madres, la familia, en la alimentación del niño, en la suplementación y en otras prácticas saludables que van a permitir prevenir la anemia en los niños.
  
- b)** Realizar la consejería nutricional en el Consultorios de CRED, en el problema identificado ( lactancia materna, alimentación complementaria, suplementación, lavado de manos, consumo de agua segura).
  
- c)** las visitas Domiciliarias se deben de realizar al inicio con la suplementación con los Multimicronutrientes, luego a la mitad de la suplementación y al finalizar. En estas visitas Domiciliarias se deben verificar y reforzar las prácticas saludables, enfatizar la consejería en los alimentos que ayudan a absorber y bloquear el hierro.
  
- d)** Capacitar a las Autoridades, líderes, organizaciones sociales, Agentes Comunitarios de Salud para trabajar multisectorialmente en la magnitud de la anemia y la prevención.
  
- e)** La Red de Salud Abancay debe utilizar los presupuestos en las actividades que ya están programadas, a la fecha no se escucha difusión en los medios masivos de comunicación con respecto a la anemia, la alimentación, la suplementación.
  
- f)** La red de Salud Abancay debe cumplir con todo lo que está programado en el Presupuesto por Resultado, para la compra

de insumos, alimentos, entre otros para desarrollar las sesiones demostrativas en preparación de los alimentos con la metodología "Aprender Haciendo).

## VII. REFERENCIALES.

1. DAVIDSON Lena revisado por el Comité Directivo de la INAGG.
2. Worldwide prevalence of Anemia 1993 – 2005 .Base de datos mundial sobre la anemia de la OMS, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008, página 1,4,8 (citado 3 de enero 2013). Disponible <http://www.who.int>
3. PERU Indicadores de Resultados de los Programas Presupuestales, Primer Semestre 2016.Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Resultados Preliminares).
4. MINISTERIO DE SALUD, INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, CENTRO NACIONAL DE ALIMENTACION Y NUTRICION (CENAN) 2015,2016,2017.
5. CALA Chambi Edgar “Percepción de madres de niños de 6 -36 meses de edad respecto al consumo de micronutrientes” en la Paz Bolivia en el 2012.
6. VARGAS Córdova Julei Zenia Tesis “Actitudes de las madres de niños de 6 a35 meses hacia la suplementación con multimicronutrientes en un Establecimiento de Salud de Lima, 2016.
7. HUAYANEY Palma Dave Maygge “Conocimientos de las madres sobre la prevención de la anemia ferropenica en la Estrategia.
8. JUNCO Guillermo Jorge Eduardo.
9. Identificación de los Factores que contribuyen y limitan la efectividad

- del Programa de Suplementación con Multimicronutrientes en la reducción de la Anemia de niños menores de tres años del ámbito rural de Vinchos de Ayacucho. 2015
- 10.050.011-2012-GR-APURIMAC/11GRDS MDN. Directiva de gestión que establece roles, procedimientos y flujos para procesos vinculados directamente con la vacunación, control Cred, suplementación a niños con hierro y Vitamina A, suplementación de hierro y ácido fólico en gestantes. 2012..
  11. J. V. Nivel de consumo, aceptabilidad y practicas en la suplementación con multimicronutrientes, sobre los niveles de hemoglobina en niños de 6- 36 meses. Abancay: PRONAA, Apurimac; 2012.
  12. NORMA TECNICA 134- manejo terapeutico y preventivo de la anemia en niños, mujeres gestantes y puerperas (MINISTERIO DE SALUD-2017).
  13. PICASSO R. Nutrición humana y dietética. Segunda ed. Carabobo-Venezuela: Facultad de Medicina; 2001.
  14. STANLEY.L.BOBINS. Patología estructural y funcional. sexta ed Madrid-España; 2000.
  15. FOMON.S.J.ZLOTKIN. Anemias nutricionales Toronto-Canadá; 2001.
  16. OMS. Guia Salud. Guia Práctica Clínica sobre Cuidados Paliativos.
  17. OMS. Enfermería- World Health Organization
  18. PIAGET. Etapas de Desarrollo cognitivo. Aprendiendo

# **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**

**VISITA DOMICILIARIA A UNA FAMILIA CON NIÑO DE 6 MESES  
QUE EMPIEZA LA SUPLEMENTACION CON  
MULTIMICRONUTRIENTE PREPARANDO LA PAPILLA DE  
PLATANO**



**FUENTE:** Elaboración Propia, 2017

**ANEXO N° 02**

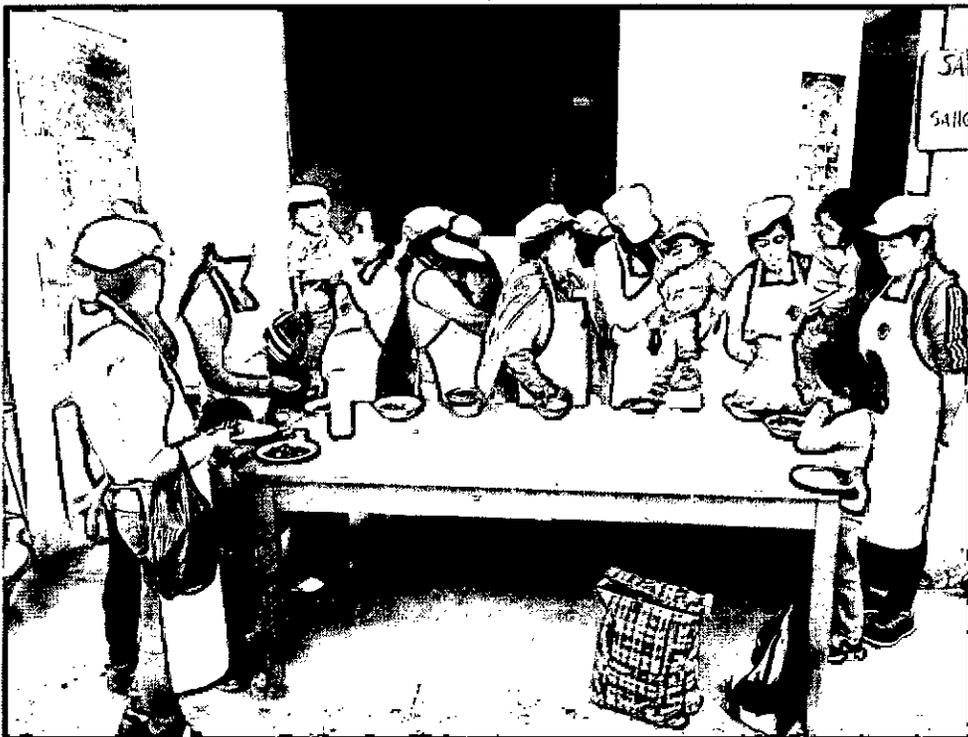
**REALIZANDO LA SESION DEMOSTRATIVA EN PREPARACION DE  
LOS MULTIMICRONUTRIENTES CON LAS MAMAS EN EL CENTRO  
DE SALUD**



**FUENTE:** Elaboración Propia, 2017

**ANEXO N° 03**

**REALIZANDO LAS SESIONES DEMOSTRATIVAS EN  
PREPARACION DE ALIMENTOS CON LAS MADRES DEL CUNA  
MAS**



**FUENTE:** Elaboración Propia, 2017

ANEXO N° 04

ENTREGANDO LOS RECETARIOS A LAS MADRES CON NIÑOS DE 06 MESES



FUENTE: Elaboración Propia, 2017