

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCION DE ANEMIA
EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD EN EL PUESTO DE SALUD
SAN ISIDRO. TUMBES 2018**

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

MILUSKIA ELIZABETH CHIROQUE YACILA

Callao - 2019

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DR. FELIX ALFREDO GUERRERO ROLDAN PRESIDENTE
- LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO SECRETARIA
- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA VOCAL

ASESORA: DRA. TOMASA VERONICA CAJAS BRAVO

Nº de Libro: 03

Nº de Acta: 06-2019

Fecha de Aprobación de la tesis: 22 de Junio del 2019

Resolución de Consejo Universitario N° 245-2018-D/FCS, de fecha 30 de Octubre del 2018, de Jurado Evaluador de la Tesis para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

INDICE

INTRODUCCIÓN	02
I.- CAPITULO I: DESCRIPCION DE LA SITUACION PROBLEMÁTICA---	05
II.- CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	08
2.1.- ANTECEDENTES	08
2.1.1.- ANTECEDENTES INTERNACIONALES	08
2.1.2.- ANTECEDENTES NACIONALES	10
2.2.- MARCO CONCEPTUAL	13
III.- CAPITULO III: DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA.	
PLAN DE INTERVENCION	25
3.1.- JUSTIFICACIÓN	25
3.2.- OBJETIVOS	27
3.2.1.- OBJETIVO GENERAL	27
3.2.2.- OBJETIVO ESPECIFICO	28
3.3.- METAS	28
3.4.- PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	29
3.5.- RECURSOS	31
3.6.- EJECUCIÓN	32
3.7.- EVALUACIÓN	33
CONCLUSIONES	35
RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	37
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La anemia es una enfermedad que sufren muchos peruanos y se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a la deficiencia de hierro en el organismo. Los más vulnerables son las gestantes, los niños menores de 3 años y las mujeres en edad fértil.

La anemia es elevada en los niños debido a un bajo consumo de alimentos que contienen este mineral. La cual causa preocupación en todos los ámbitos, ya que sus consecuencias repercuten negativamente en la salud y desarrollo de niñas y niños a nivel cognitivo, motor, emocional y social.

Dicho problema ocurre en la etapa de mayor crecimiento, como son los primeros 36 meses de vida del niño. Esto ocasiona que la anemia constituya un problema de salud pública grave.

El estado nutricional es el resultante final del balance de la ingesta y el requerimiento de nutrientes, cuando se da un desbalance entre estos dos factores se produce la malnutrición y uno de los signos más comunes es la anemia. La cual juega un papel importante en el desarrollo cognitivo, afectando la capacidad para aprender, pensar y desarrollar su percepción la realidad. Teniendo en cuenta que las deficiencias nutricionales que ocurren en los primeros años de la vida de un niño, se verá reflejada en el desempeño en años posteriores afectando su productividad.

La anemia es un problema frecuente de la salud pública tanto nacional como a nivel mundial. La anemia viene a ser uno de los principales problemas de salud que actualmente se observa en la población infantil porque ocasiona limitaciones en el desarrollo psicomotor y la función cognoscitiva en los niños y niñas del Perú.

La deficiencia de hierro en los niños es uno de los problemas más frecuentes debido a que la alimentación diaria no cubre los requerimientos nutricionales de este mineral, la cual causa problemas de salud pública como la anemia ferropénica, los niños menores de 3 años son uno de los grupos atareos con mayores requerimientos de este nutriente y por lo tanto si el aporte es por debajo de las necesidades nutricionales, se padece de esta enfermedad y como una consecuencia fatal en el niño será un desarrollo cognoscitivo inadecuado.

Con el fin de disminuir la variabilidad de las intervenciones de enfermería para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad y por lo tanto unificar los criterios que orienten la práctica para el personal de enfermería hacia objetivos comunes, identificando que es lo que hacemos, cómo y para quien lo hacemos; es que en este sentido se ha tomado como elección el modelo de Virginia Henderson para proporcionar un instrumento de trabajo útil en la práctica diaria. Y se ha realizado el plan de cuidados que se caracteriza por que la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita el paciente en un aspecto integral.

Considerar al niño en el contexto de la familia implica que el personal de enfermería participe no solo en la valoración de crecimiento y desarrollo del niño sino también en fortalecer capacidades a la familia para enfrentar eventos por pérdida de la salud, donde es imprescindible que la familia asuma la función del cuidado durante la enfermedad y más aún cuando el padecimiento es crónico.

El presente trabajo académico contiene el desarrollo de un caso de un niño traído por su madre y que acuden al establecimiento de salud a su control de crecimiento y desarrollo y en base a la atención recibida y el protocolo de diagnóstico clínico se determina que el niño está con anemia por

deficiencia de hierro. El presente trabajo plantea la valoración mínima específica según el modelo de necesidades de Virginia Henderson, expone los principales problemas de enfermería encontrados en etiquetas diagnósticas según la taxonomía de la NANDA (6), selección y desarrollo de los resultados esperados según NOC y de las intervenciones de enfermería necesarias para dar solución a estos problemas utilizando la clasificación NIC y las actividades de enfermería para cada uno de los diagnósticos seleccionados. Ante todo esto se plantea la presentación del plan de cuidados de enfermería en un niño con anemia, como un aspecto importante que puede coadyuvar la mejora del servicio en el primer nivel de atención.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La anemia es uno de los problemas de salud pública en el país. Esta enfermedad causada por la baja ingesta de hierro a través de los alimentos. Sus efectos se evidencian a corto y mediano plazo. Afecta el desarrollo psicomotor y cognitivo en la primera infancia, que luego impactará negativamente en el desempeño escolar de los niños y niñas. Incrementa el riesgo de mortalidad fetal durante el embarazo (1).

La anemia está presente en todas las regiones del país. Si bien tiene mayor incidencia en regiones del interior y con altos niveles de pobreza (Puno, Apurímac o Loreto), también está presente en aquellos departamentos que registran un mayor desarrollo social (1).

La alimentación en las casas del Perú no tiene las cantidades suficientes de hierro. La dieta que reciben los niños del quintil más rico alcanza solo el 30% de hierro necesario. En el caso del más pobre, la cifra baja a 10% (1).

Actualmente en el Perú el 43.6% de los niños de 6 a 35 meses sufren de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1% y la zona urbana el 40.5%. La cual se habla de 620 mil niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional (2,3).

UNICEF apunta a reducir en 30% estos indicadores. Para ello, continuará apoyando la entrega de Multimicronutrientes a niños y niñas. En ese sentido se ha propuesto contribuir a que accedan a ellos, niños y niñas menores de cinco años, especialmente aquellos que residen en sierra, selva y zonas urbano marginales del Perú, quienes presentan mayores problemas nutricionales (4).

La anemia es un problema generalizado, tanto en las áreas rural y urbano, También atraviesa todos los estratos socioeconómicos del país. Afecta a un 53.8% de niños de 6 a 35 meses de hogares de quintiles socioeconómicos más bajos y también un 28.4% del quintil superior (3)

En el departamento de Tumbes la situación de los menores de 36 meses con anemia es de 48.8%, con una población según INEI de 11,856, siendo los afectados 5,786 niños en el año 2016. (3).

También existe una relación inversa entre el nivel de anemia de las niñas y niños y el nivel de educación de la madre, a mayor nivel educativo se observa menor proporción de niñas y niños con anemia (39,3% en niñas y niños de madres con educación superior y 57,1% en madres con nivel Primaria o sin nivel educativo) (6).

De acuerdo a las estadísticas de la Dirección Regional de Salud (Diresa) de Tumbes, durante los primeros seis meses del presente año 2018 se han identificado 2,109 casos de anemia en niños menores de 3 años a nivel de toda la región. los distritos con una alta tasa de incidencia son Pampas de Hospital con un 68,47% , Aguas Verdes que registra un 58,16%, La Cruz que presenta 54,29 %, San Jacinto con 53,80%, Casitas que tiene 52,73%, Papayal 50,69 %, San Juan de la Virgen 50,57 y Zorritos que hasta el momento tiene un 45.21%. (5)

En tanto los sectores con una menor tasa de incidencia se encuentran Matapalo con 37,08%, Tumbes que tiene 15,96% y Canoas de Punta Sal que registra un 9,52% de casos registrados de anemia en niños menores de 36 meses. (5)

Durante el 2017 los distritos que registraron una mayor tasa de incidencia fue Pampas de Hospital con un 55.10%, Zorritos 51,98%, La Cruz con 49,85%, Cancas que registró un 49 %, Casitas que tuvo un total de 48,78%,

Corrales con 46,03%, San Jacinto 44,80%, y Papayal que reportó 39,80%.(5)

Los distritos que presentaron un bajo índice de incidencia fueron San Juan de la Virgen con un 38,18%, Tumbes con 37,98% y Matapalo que tuvo un 37,84% de casos de anemia en menores de 3 años de edad.

los casos registrados durante el 2017 han sido mayor a la del año 2018, debido a que solo se han hecho campañas esporádicas y no contaban con mucho personal para que realice el seguimiento a los niños que padecen de anemia.(5)

“En este año venimos realizando campañas en diferentes sectores de la región Tumbes, para erradicar los altos índices de anemia y desnutrición”, expresó el médico. Rommel Veintimilla, manifestó que en la primera campaña realizada durante el primer semestre fueron captados 1,600 niños de los cuales 36 infantes se identificaron con anemia. Cabe mencionar, que durante la segunda jornada que realizó la Dirección Regional de Salud, se captaron un total de 2,000 menores donde un 19% registró anemia”, manifestó el encargado de la Diresa. (5).

“Estas jornadas se estarán realizando hasta el mes de octubre, cuyo objetivo es fortalecer el acceso y promover la demanda de los niños menores de 3 años, mujeres adolescentes, gestantes a las prestaciones de prevención y control de anemia materno infantil a nivel local, con participación activa de todos los actores de la comunidad, añade Veintimilla. (5).

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.- ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.

- ❖ **Rojas MA, Suqui AG.** En Ecuador durante el 2016 realizaron un trabajo cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de determinar los **CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN LA ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES POR PARTE DE LAS MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS DE EDAD QUE ACUDEN AL SUB-CENTRO DE SALUD DE SININCAY 2016.** Trabajaron con una muestra de 101 madres de niños menores de 3 años, obtenida de un universo de 270 madres. La recolección de información fue a través de una entrevista utilizando un instrumento que consto de 27 preguntas, los datos fueron procesados en el programa SPSS versión 23, se utilizó el formato Word, Excel 2010, tablas de 2 x 2 y gráficos para la publicación. Para garantizar los aspectos éticos se obtuvo el consentimiento informado a las madres. Resultados: El 40% de madres tiene un nivel de conocimiento bueno, el 73% de madres una actitud positiva y el 39% de madres tienen un nivel de prácticas excelente en la administración de micronutrientes. (7)

- ❖ **Hualca M,** en el año 2016, en Cayambe, se realizó un estudio sobre **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 CUZUBAMBA DE CAYAMBE,** tuvo como objetivo implementar estrategias preventivas de factores de riesgo de

anemia ferropénica en niños entre 6 meses a 24 meses de edad que acuden a la unidad de salud. El método de estudio fue cuali – cuantitativa, descriptivo; la población estuvo conformada por 85 madres de niños de 6 meses a 2 años de edad que acuden al Centro de Salud Rural Santa Rosa. Los resultados fueron: los factores de riesgo que manifiestan son la falta de instrucción de la madre en un 21%, el 65% no brindan fuentes que favorecen a la absorción de hierro (Vitamina C), el 60% de las madres no incluye en la dieta alimentos ricos en hierro, por los que los niños no cuentan con fuentes de hierro en su alimentación diaria. Conclusiones: se debe diseñar e implementar estrategias preventivas en base a la educación de los 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 conocimiento sobre la patología, beneficios de lactancia materna exclusiva y la alimentación complementaria adecuada.(8) .

- ❖ **Alejandra Michelle Machado Montalvo**, en el 2017La malnutrición es uno de los problemas que más afecta a los niños menores de cinco años a nivel de Ecuador, en su gran mayoría encontrándose en la Sierra rural, donde la presencia de anemia agrava significativamente su estado nutricional, por ello este estudio tuvo como principal objetivo determinar el **ESTADO NUTRICIONAL Y PREVALENCIA DE ANEMIA FERROPÉNICA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS DEL BARRIO TANGUARÍN – SAN ANTONIO DE IBARRA, - ECUADOR PERÍODO 2017**. La **Metodología** fue un estudio cuanti-cualitativo, descriptivo, observacional y no probabilístico, estuvo conformado por 46 niños 24 mujeres y 22 hombres entre las edades de 6 a 60 meses de edad, para la evaluación nutricional mediante antropometría se utilizó

cuatro indicadores antropométricos Peso/Edad, Talla/Edad, Imc/E, Peso/Talla, para la muestra de hemoglobina se hizo uso de la técnica punción capilar, para la elaboración y análisis de los datos se usó el programa estadístico SPSS versión 22, **los Resultados:** el estado nutrición de los niños demostró que existe un porcentaje significativamente alto, los cuales tienen problemas de mal nutrición (sobrepeso, obesidad, retardo en talla), sin embargo uno de los indicadores con más relevancia que se obtuvo de este estudio fue el de Talla/Edad debido a que este demostró una correlación significativa con los niveles de hemoglobina. **Recomendación** se debe realizar un estudio más profundo en el que se establezcan diferentes parámetros de estudio que permitan valorar de mejor manera la compleja relación entre la talla y los niveles de hemoglobina.(9)

2.1.2.- ANTECEDENTES NACIONALES.

- ❖ **Vargas JZ.** En Lima durante el 2016, realizaron un trabajo cuantitativo, descriptivo y transversal, con el objetivo de 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.** 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 desfavorables 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. (10).

- ❖ **Bach C, Poma E, Bach P, Vallejos E, Yacarly Y.** En el 2015 tuvo como objetivo determinar la **EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA EDUCATIVO EN CONOCIMIENTOS, PRÁCTICAS, ACTITUDES SOBRE ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE MADRES CON NIÑOS 6 - 24 MESES - REQUE - CHICLAYO 2015.** Estudio de tipo cuantitativo – cuasi experimental, La muestra fue constituida por 30 madres del servicio de Crecimiento y desarrollo del Centro de Salud de Reque, los resultados obtenidos mostraron que con un 95% de confianza se estima que el programa de alimentación complementaria, tiene efecto significativo en el conocimiento en las madres de los niños de 6 a 24 meses. Los resultados muestran que el Pos Test 21 96.7% de madres alcanzaron un nivel de conocimientos alto, luego en prácticas se muestra el 76 % de las madres tenían una práctica adecuada, y el 24 % practicas inadecuadas, finalmente 6,7 % de madres tienen actitudes inadecuadas, asimismo el 93,3 % de las madres tienen actitudes adecuadas. (11).

- ❖ **Según Lanicelli.** Realizó un estudio Titulado “Anemia Nutricional: Consecuencias de la deficiencia de hierro”. La anemia es un problema de salud pública que afecta particularmente a los menores de 2 años, con graves consecuencias en el desarrollo psicomotor e intelectual de los niños y en las capacidades productivas en la adultez. Objetivo. Estudiar la prevalencia de anemia, sus variaciones y los posibles factores asociados en niños menores de 6 meses.

Población y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, revisando los registros de controles de salud de 363 niños con edades comprendidas entre 4 y 5 meses de edad completos (12,13).

El resultado fue que el 28,9% (105/363) de los niños presentaron anemia y la prevalencia fue significativamente mayor en los varones (38,3% contra 20,9%; $p= 0,000$). No hubo diferencias significativas según el tipo de alimentación y la forma de terminación del parto. La media de peso al nacer y de puntuación z de peso para edad, talla para edad y peso para talla fue significativamente menor en los anémicos contra los no anémicos. Se encontró una disminución significativa de la anemia (de 37,8% en 2007 a 20,3% en 2010 en el período estudiado, $p= 0,012$) (12,13).

- ❖ **V'IVIANA LISBETB PÉREZ RAMOS**, en el 2015 La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo, de tipo: observacional, prospectivo, transversal, de análisis estadístico univariado. Cuyo objetivo fue: Determinar el **NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE ANEMIA FERROPÉNICA DE LAS MADRES CON NIÑOS DE 6 A 36 MESES. CENTRO DE SALUD DE CHIRIACO. BAGUA-2015**; la muestra estuvo constituida por 108 madres, los datos fueron recolectados a través de una prueba de conocimiento, cuya validez del instrumento fue $VC = 6.7 > VT = 1.6449$ y una confiabilidad por alfa de Cronbach cuyo valor fue de 0.7; el análisis de datos se realizó mediante la estadística descriptiva de frecuencias. Los resultados evidencian que del 100% (108) de madres, el 74% (80) tienen un conocimiento de nivel bajo; el 20.4% (22) de nivel medio y el 5.6% (6) de nivel alto. Con respecto al diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica el 61,1 % tuvieron un conocimiento de nivel bajo. En conclusión la mayoría de las

madres tienen un conocimiento de nivel bajo sobre la anemia ferropénica.(14)

2.2.- MARCO CONCEPTUAL

En los primeros años de la vida se consolida la estructura básica del cerebro puesto que las mayores aceleraciones en su desarrollo se dan en los primeros años. Entre los 0 y 38 meses de general 700 conexiones neuronales por segundo y es a partir de los 5 años que se produce una poda de ellas. Paradójicamente esta etapa es también la de mayor vulnerabilidad frente a los efectos del entorno y la calidad de las experiencias que las niñas y niños acumulan desde la gestación hasta sus primeros años de vida (15).

El contenido de Hierro cerebral va aumentando a lo largo de la infancia hasta alcanzar los niveles del adulto tras la pubertad. Está implicado en múltiples procesos del sistema nervioso: Síntesis de ATP, neurotransmisión y formación de mielina, siendo esencial para la adecuada neurogénesis y la diferenciación de ciertas regiones cerebrales (15).

Los estudios realizados sustentan la hipótesis de que la ferropenia puede causar alteraciones en el desarrollo cognitivos, motor y de la conducta; incluso se ha relacionado también con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, con el síndrome de las piernas inquietas, espasmos del sollozo, pausas de apnea y accidentes cerebro vasculares (15).

Igualmente se tienen evidencias suficientes que la anemia ferropénica en el lactante y niño menor de 2 años se relaciona con alteraciones en el desarrollo madurativo (15).

Una revisión sistemática publicada en 2005 estudió los efectos de la Suplementación con hierro sobre el desarrollo psicomotor en niños. En ella se concluyó que la Suplementación mejoraba ligera pero significadamente las puntuaciones del desarrollo mental en los niños, sobre todo en aquellos con anemia ferropénica previa (15).

En conclusión, distintos estudios indican que la Suplementación con hierro en niños con ferropenia genera un beneficio clínico relevante, fundamentalmente en pacientes con anemia (15).

ANEMIA

La anemia es una enfermedad hemática debida a una alteración de la composición sanguínea y determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina (16).

La anemia en la niñez está causalmente asociada con defectos en el desarrollo y comportamiento (17).

En suma, la deficiencia de hierro es todavía un trastorno común en niños provenientes de estratos socioeconómicos bajos y la prevención apunta a evitar el retardo y pobre crecimiento. (16)

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA

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 (18).

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 (18).

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. Cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7gr/dl a nivel del mar (18).

CAUSAS DE LA ANEMIA

DIETA DEFICITARIA EN HIERRO: La sola deficiencia de hierro en los alimentos no es una causa de anemia ferropénica en los niños y adultos pero si puede producir anemia notablemente en la lactancia, periodo en el que las necesidades diarias del mineral no son

satisfechas por la leche materna, por lo que resulta esencial la complementación alimentaria o Suplementación hierro. En la niñez temprana, en la adolescencia y el embarazo, se aumenta la necesidad diaria y si bien las deficiencias alimentarias pueden ser un factor de influencia, por lo regular no constituye la principal causa de anemia notable. La absorción deficiente de hierro (mala absorción) rara vez causa deficiencia del mineral, excepto en personas a quienes se les ha hecho la gastrectomía parcial o que tienen síndrome de mala absorción. Cerca del 50 % de los pacientes sometidos a esta cirugía, habrá anemia ferropénica incluso varios años después. Sin embargo, los enfermos de esta categoría pueden absorber fácilmente sales de hierro dadas por vía oral. (17)

DISMINUCIÓN DE LA ABSORCIÓN: La aquilea gástrica disminuye la absorción del hierro bajo la forma férrica que es la que proviene de los alimentos de origen vegetal, en cambio no afecta la absorción del hierro hemínico, ni de las sales ferrosas. Las enfermedades celíacas (sensibilidad al gluten, la esteatorrea idiopática), también disminuye la absorción de hierro, en total magnitud, la anemia puede ser el primer signo clínico de la enfermedad. En los niños con deficiencia de hierro puede ocurrir que esta deficiencia este acompañada con mala absorción de este catión. (17)

INFECCIONES A REPETICIÓN: La infección produce fiebre, que disminuye la absorción de hierro y causa anorexia, con lo que se reduce la ingesta de alimentos. Las infecciones de repetición pueden causar alteraciones en la inmunidad celular del niño, con respecto a la respuesta bacteriana por parte de neutrófilos. Aumentando así el riesgo de infecciones, pero se puede corregir de 4 a 7 días tras la administración de hierro. La anemia ferropénica produce

alteraciones en la inmunidad celular del niño así aumentando el riesgo de infecciones. (16)

CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA

FALTA DE ENERGÍA: La incapacidad de un adecuado aporte de oxígeno a la célula, así como la deficiencia de la cadena de transporte electrónico impiden una adecuada obtención de energía que explica entre otros efectos, la sensación de fatiga, apatía, mareos debilidad, irritabilidad, anorexia, mialgia e incluso parestesia de pies y manos. (17)

PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSA: Se debe a la disminución del pigmento hemático y la palidez cutánea a una vasoconstricción local, ya que como mecanismo homeostático circulatorio, se produce una desviación de la sangre desde la piel y riñón a los órganos vitales. (17)

DISNEA: Posiblemente se produce como consecuencia de una acidosis láctica hipoxia, que obliga a aumentar la ventilación, así como por una fatiga precoz de los músculos respiratorios. (16)

ALTERACIONES METABÓLICAS HEPÁTICAS: El hígado es uno de los órganos fundamentales en el metabolismo del hierro, ya que además de almacenar y reciclar las reservas de este elemento, sintetiza diversas enzimas dependientes de hierro. Así en situación de anemia, disminuyen diversas ferroproteínas hepáticas como la citocromo C oxidasa, succinato deshidrogenasa, aconitasa, xantina oxidasa y mioglobina. (16)

HEMOGLOBINA

La hemoglobina es una proteína globular, que está presente en altas concentraciones en glóbulos rojos. Su función es el transporte de O₂ del aparato respiratorio hacia los tejidos periféricos y del transporte de CO₂ y protones (H⁺) de los tejidos periféricos hasta los pulmones para ser excretados. (19).

La hemoglobina es una proteína que contiene hierro y que le otorga el color rojo a la sangre, se encuentra en los glóbulos rojos y está encargado de transportar el oxígeno a través de los vasos capilares a todos los tejidos del cuerpo humano. (20).

El hierro es un componente primordial de la molécula de hemoglobina, ya que cada subunidad posee un grupo prostético, cuyo hierro ferroso enlaza dióxido en forma reversible. La afinidad de la hemoglobina por el hierro determinan la eficiencia del transporte de oxígeno desde la interface de los capilares de los alveolos de los alveolos en los pulmones, hasta la interface eritrocito capilar tejido en los tejidos periféricos. (20)

PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La leche materna constituye no solamente el alimento completo con todos los nutrientes apropiados para la buena nutrición de los niños lactantes y su protección contra las infecciones. Sino también para el desarrollo y formación del vínculo afectivo. La leche humana contiene cantidades bajas de hierro, sin embargo, la biodisponibilidad de este mineral es elevada al orden de 50 %. El recién nacido durante los dos primeros meses de vida, experimentan un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y

alimentado exclusivamente con leche materna, durante los primeros 6 meses de vida, tiene menor riesgo de desarrollar anemia (2).

SULFATO FERROSO

Es una sal ferrosa hidratada que contiene 20% de hierro, cuya absorción es tres veces mejor que la férrica. Es el más económico de los preparados de hierro siendo el más adecuado para tratar la deficiencia de hierro. Viene en la presentación jarabe en una concentración de 15 mg/ 5 ml de hierro elemental (18).

Hay dos formas de prevención de la anemia ferropénica, la prevención primaria en la que se da sulfato ferroso a 1mg/Kg/d o de 7.5 mg a 15 mg/d, La prevención secundaria es el tratamiento de anemia ferropénica dándosele sulfato ferroso de 5 a 6 mg/Kg/d por 6 a 8 semanas. (16)

MULTIMICRONUTRIENTES

Los Multimicronutrientes se distribuyen de manera gratuita en todos los establecimientos de salud. El Ministerio de Salud brinda Multimicronutrientes diariamente durante 12 meses continuos (360 sobres) (21).

El micronutriente contiene: Hierro elemental 12.5 mg, Vitamina A 300 ug, Vitamina C 30 mg, Zinc 5 mg, Ácido Fólico 160 ug. (21).

PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

El desconocimiento de la población en general sobre la anemia y sus consecuencias e importancia para el desarrollo infantil, de su futuro y del país, es crítico. Se deben implementar actividades colectivas

masivas adecuadas a ámbito rural y urbano, para sensibilizar a la población y dar a conocer medidas prácticas y fáciles de aplicar en el hogar para corregir y prevenir la anemia. Temas de alimentación sabrosa y nutritiva para controlar y prevenir la anemia (Sesiones educativas y demostrativas de preparación de alimentos).(2)

HOGARES CON AGUA SEGURA

El agua tiene una estrecha relación con la vida de las personas pues es un agente esencial de salud o enfermedad. Si está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, afectando a los grupos más desprotegidos de la población, entre ellos a niños y niñas. Se entiende como agua tratada, aquella que proviene o no de la red pública y a la cual le dan algún tratamiento en el hogar antes de beberla, hirviéndola, clasificándola, desinfectándola o consumiéndola de manera embotellada (2).

FACTORES DE RIESGO DE LA ANEMIA

Existen algunos grupos de niños que tienen un mayor riesgo de desarrollar anemia. Los factores que pueden causar un alto riesgo incluyen:

- nacimiento prematuro y bajo peso al nacer;
- inmigración reciente de países en desarrollo;
- pobreza;
- obesidad o malos hábitos alimentarios (22).

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO

Identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico completo. La clínica depende del grado de deficiencia y de la 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 forma asintomática (5).

LABORATORIO

El diagnóstico de anemia por criterio de laboratorio se establece determinando la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa (5).

TEORIA DE ENFERMERIA

TEORÍA VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, mediante su teoría plantea que la Enfermería no solo debe valorar las necesidades del paciente sino también las condiciones y los estados patológicos que la alteran (23).

Para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”. La prioridad de la enfermera es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto el enfermero es dueño de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados del personal de enfermería (23).

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas (23)

PLAN DE CUIDADOS DE LA ANEMIA

Según Henderson, el siguiente plan de cuidados de enfermería presenta los principales problemas que aparecen en los/las pacientes incluidos/as en el Proceso Asistencial Integrado Anemias, sin embargo no debemos obviar que se trata de un plan de cuidados estandarizado por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y a su cuidador/a para su correcta aplicación.

Es una herramienta que intenta disminuir la variabilidad de las actuaciones de los/las profesionales para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad.

Este proceso se centra fundamentalmente en las anemias ferropénicas cuya investigación etiológica tiene íntima relación con el desarrollo de procesos ginecológicos y digestivos, y para la que se incluyen específicamente actividades de prevención entre la población sana susceptible de presentar déficit de hierro. Así mismo se ocupa también de las anemias que derivan de carencia de vitamina B12 y ácido fólico.

Dicho plan fue elaborado por enfermeras de distintos niveles asistenciales expertas en cuidados a pacientes con anemias y enfermeras expertas en calidad y procesos (23).

INTERVENCIÓN EN CUIDADO Y PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

- Acuerdo con el/la paciente para la prevención y control del mismo
- Asesoramiento nutricional.
- Enseñanza del proceso de la enfermedad.
- Enseñanza: procedimiento/tratamiento en niños con anemia.
- Modificación de la conducta (23).

ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

Ayudar al/a la paciente a identificar las practicas sobre la salud que desea cambiar

- Determinar las preferencias de comidas del/de la paciente
- Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro
- Asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
- Ajustar la dieta al estilo de vida del /de la paciente, según cada caso
- Determinar la capacidad del/de la paciente para satisfacer las necesidades nutricionales
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronostico
- Ayudar al/a la paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo
- Animar al/a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
- Determinar con el/la paciente los objetivos de los cuidados
- Ayudar al/a la paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos de la prevención de la Anemia.
- Explorar con el/la paciente métodos de evaluación de la consecución de los objetivos

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados
- Reforzar nuevas habilidades
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del/de la paciente
- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del/de la paciente de la dieta prescrita/recomendada
- Informar del tiempo que debe llevar la dieta
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del/de la paciente
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del/de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
- Determinar la motivación al cambio
- Explicar el procedimiento/ tratamiento
- Describir actividades del procedimiento/ tratamiento (23).

CAPITULO III

PLAN DE INTERVENCION

3.1.- JUSTIFICACION:

La nutrición infantil es la piedra angular que afecta y define la salud, siendo la vía para crecer, desarrollar, trabajar y alcanzar todo el potencial como individuo y sociedad.

La alimentación y nutrición condicionan de forma importante el crecimiento y desarrollo de todo ser vivo, por ello la nutrición se constituye en un pilar

fundamental en la salud y el desarrollo del ser humano y sobre todo en los primeros años de vida que son los cimientos de todo ser vivo.

La prevalencia de anemia en el Perú en niños menores de 3 años es un problema importante de salud pública, se ha visto que en los últimos tres años ha habido un incremento sostenido de esta. Sin embargo, no obstante permanece alta, esta prevalencia de anemia infantil estimada para el 2015(43.5%) significa una reducción

Importante desde el año 1996 en que se realizó la primera versión del ENDES y donde resultó ser de 56.8% a nivel nacional, aunque hay una reducción neta de este lapso de tiempo, la disminución de la prevalencia de anemia a nivel nacional no ha sido progresiva sino más bien ondulante; luego de bajar sostenidamente del 1996(56.8%) al 2009(50.4%), para el año 2010 se mantuvo (50.3%) para alcanzar su inferioridad durante el 2011(41.6%). A partir de dicho año se ha evidenciado un sostenido incremento de la prevalencia para el 2012(44.5%), el 2013(46.4%), el 2014(46.8%) y el 2015(43.5%). Este comportamiento epidemiológico de la anemia en la primera etapa de vida de los niños peruanos, ha generado mucha preocupación en diversos ámbitos y niveles de actores con responsabilidad en la salud y bienestar de la población peruana. (3)

Por otro lado el tipo de dieta y los escasos conocimientos y prácticas sobre prevención de la anemia ferropénica son factores determinantes siendo esta una de las causas de la presencia de anemia en nuestra población y la real importancia y justificación de este informe académico. Las necesidades nutricionales de los niños van en aumento a medida que van creciendo y en ocasiones sus requerimientos de hierro se ven insatisfechos, si presenta una dieta deficiente de este micronutriente, por lo tanto la educación de la madre es importante para ayudar a combatir esta deficiencia.

La anemia a edades tan tempranas tienen efectos negativos en la capacidad intelectual, emocional y de salud de los niños y niñas, convirtiéndola en un grave problema de salud pública que es urgente

atender para el desarrollo del país; por lo tanto el presente trabajo académico se justifica en virtud de que como enfermera en el área de crecimiento y desarrollo del niño, es el área que plenamente compete el compromiso del cambio en el que permita identificar el conocimiento real que presentan las madres, y viendo esta realidad reforzar los conocimientos y prácticas sobre la prevención de la anemia ferropénica.(21)

Debemos entonces tener en cuenta que hay una gran brecha entre el conocimiento y la motivación para resolver el problema, ya sea a corto o a largo plazo, se necesita de muchos esfuerzos para mejorar el conocimiento y prácticas dietéticas, en las madres por eso las enfermeras podríamos hacer muchísimo por combatirlo, a través de la comunicación y educación vigorosa para dar un aporte importante para este cambio de estilos de vida saludable.

3.2.- OBJETIVOS.

3.2.1.- OBJETIVO GENERAL

- ❖ Desarrollar actividades preventivo – promocionales que contribuyan a mejorar prevalencia de la anemia en niños de 6 a 36 meses de edad del puesto de salud de Villa San Isidro del departamento de Tumbes.

3.2.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer una relación enfermera-familia, basada en la confianza y el respeto.

- Sensibilizar y educar a la población de la jurisdicción de puesto de salud San Isidro, acerca de la importancia de la ingesta de alimentos de origen animal ricos en hierro.
- Realizar actividades preventivo –promocionales, para la prevención y control de los casos de anemia.
- Promover la disponibilidad de alimentos altamente proteicos y ricos en hierro en los hogares con niños menores de 36 meses.
- Mejorar las prácticas de alimentación incorporando alimentos ricos en hierro, variados, nutritivos, locales y en cantidad adecuada a través de consejerías nutricionales y sesiones demostrativas brindadas en hogar, en la comunidad o en el establecimiento de salud.

3.3.- METAS:

- ✓ Considerar la prevención desde la etapa prenatal, poniendo mayor atención en las gestantes adolescentes, ya que se observa mayor riesgo de anemia en los niños de madres adolescentes.
- ✓ Promocionar una alimentación saludable, que incluya el consumo de alimentos ricos en hierro disponible en la zona.
- ✓ Realizar acciones para favorecer el consumo de agua segura y la adecuada eliminación de excretas.
- ✓ Realizar sesiones educativas y demostrativas de alimentación, con alimentos ricos en hierro que se encuentran en la zona.

3.4.- PROGRAMACION DE ACTIVIDADES:

3.4.1.- CRONOGRAMA:

ACTIVIDADES	MESES 2018				
	AGO	SET	OCT	NOV	DIC

ADMINISTRATIVAS					
Reuniones de coordinación con equipo multidisciplinario.	x				
Actualización de la sala situacional	x		x		x
CAPACITACIÓN					
Capacitación a agentes comunitarios		x			
Sensibilización al personal de salud	x				
PREVENTIVO - PROMOCIONALES					
Campaña integral y despistaje de anemia		x			x
Sesiones educativas(intra - extra murales)	x	x	x	x	x
Sesiones demostrativas(intra-extra murales)	x	x	x	x	x
Tamizaje de despistaje de anemia		x	x	x	

3.4.2.- PROGRAMACION

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Sensibilización a la familia, con empatía para lograr una buena relación personal de salud -familia	Familia identifica las prácticas que desea cambiar sobre la salud de su hijo.	Madres y cuidadoras comprometidas	Madre mejora las conductas de cuidados hacia su hijo	Agosto – diciembre	Personal de salud, familia
Capacitación a los padres y cuidador (a) del niño sobre los cuidados y tipo de alimentación que debe de llevar los niños.	Padres sensibilizados y capacitados en la prevención y tratamiento de la anemia	Lograr que los Niños menores de 36 meses crezcan sin anemia	Disminuir la morbimortalidad de la anemia en el puesto de salud san Isidro	Setiembre - diciembre.	personal de salud
tamizaje de despistaje de anemia	Identificación del diagnostico oportuno de anemia	Toma de la muestra para despistaje de anemia.	Saber qué porcentaje de anemia se identifica en los niños	Setiembre – noviembre.	Personal de salud comprometido y capacitado

Correcto cumplimiento del tratamiento anti anémico en relación con la dosis, así como el horario recomendable	Padres y cuidador(a) del niño comprometido en el cumplimiento adecuado de la dosis y horario recomendado	Niños con tratamiento adecuado y horario establecido	Cumplimiento estricto y adecuado, en los niños con anemia	Los 6 meses de tratamiento	Padres y cuidador(a) comprometidos
Orientación sobre la importancia de la lactancia materna en relación con la anemia, dieta equilibrada y adecuada para combatir la anemia.	Garantizar la disponibilidad de alimento seguro, suficiente, gratuito o de instaurable calidad	niños bien nutridos y sin anemia	Niños con adecuado aporte nutricional, inmunológico y emocional	De octubre a diciembre	Personal de salud.
Sesiones educativas y demostrativas de alimentos para poder prevenir la anemia.	Madres y cuidadoras capacitadas y sensibilizadas en preparación de alimentos.	madres y cuidadoras aprenden la combinación de alimentos ricos en hierro	100% de madres y cuidadoras practican la combinación de alimentos nutritivos y disponibles localmente, en la incorporación de alimentos ricos en hierro	Octubre a diciembre	Madres, cuidadoras y personal de salud

3.5.- RECURSOS:

3.5.1.- MATERIALES

DESCRIPCION	CANTIDAD
Rotafolio	02 unidad
Trípticos Prevención de anemia.	500 unidades
Fólderes	200 unidades
Papel bond	500 unidades
Lapiceros	200 unidades
Plumones	1 caja
Papelografos	20 unidades
Cinta de embalaje	2 unidades
Kit de alimentos para sesión demostrativa	3 kit

3.5.2.- RECURSOS HUMANOS:

NOMBRE Y APELLIDOS	PROFESIONAL
Camila de la Vega Jiménez	medico
Miluskia Chiroque Yacila.	enfermera
Isabel Atoche Sunción	enfermera
Belsi Villegas Cruz	obstetra
Norka Canchero Mayo	odontóloga
Liliana Silva Mena	Técnica en enfermería
Santos Villanueva Gonzales	Técnica en enfermería
Milagros Astudillo Rugel	Técnica en enfermería
Eminlen Dios Guerra	Técnica en enfermería

3.6.- EJECUCION:

Se logra ejecutar todas las actividades programadas en el plan de intervención, que se ha elaborado:

OBJETIVOS	INTERVENCIONES	FUNDAMENTO CIENTIFICO
Establecer una relación enfermera-familia, basada en la confianza y el respeto.	Sensibilización a la familia, con empatía logrando una buena relación entre el personal de salud – familia.	Es fundamental para poder realizar las intervenciones, poder trabajar con la familia y ayudarle en su enfermedad.
Sensibilizar y educar a la población de la jurisdicción de puesto de salud San Isidro, acerca de la importancia de la ingesta de alimentos de origen animal ricos en hierro.	Se realiza sesiones educativas y demostrativas intra y extra murales, sobre la importancia de la ingesta de alimentos ricos en hierro, a la población de la jurisdicción del puesto de salud.	Es el método educativo “aprender haciendo “qué permite el aprendizaje mediante la practica en tres momentos: antes, durante y después de las acciones demostrativas
Realizar actividades preventivo – promocionales, para la prevención y control de los casos de anemia.	Se realiza campaña integral del niño, tamizando a todos los niños asistentes en el despistaje de la anemia.	Permite identificar la situación clínica individual del niño, para lograr un diagnostico oportuno de anemia

Promover la disponibilidad de alimentos altamente proteicos y ricos en hierro en los hogares con niños menores de 36 meses.	Motivar a las madres a consumir alimentos, disponibles de la zona que sean altamente proteicos ricos en hierro y económicos	La disponibilidad de alimentos a nivel local o nacional, tiene en cuenta la producción, el almacenamiento y la ayuda alimentaria
Mejorar las prácticas de alimentación incorporando alimentos ricos en hierro, además de la administración de micronutrientes	Procedimiento en lavado de manos, preparación y administración de los alimentos de acuerdo a la edad del niño en cantidad, frecuencia y consistencia	Las manos parte del cuerpo con mayor importancia para desarrollar la labor de la manipulación de alimentos y una de las principales vías de trasmisión de gérmenes.

3.7.- EVALUACION:

- ✓ Se logro Sensibilizar a la familia, con empatía, carisma y buen trato ,teniendo una buena relación enfermera – familia, efectiva
- ✓ Se realizo con efectividad todas las sesiones educativas y demostrativas intra y extra murales, sobre la importancia de la ingesta de alimentos ricos en hierro, a la población de la jurisdicción del puesto de salud.

- ✓ Logramos la realización de 2 campañas integrales del niño, además de la tamización a todos los niños asistentes en el despistaje de la anemia.
- ✓ Motivamos a todas las madres a consumir alimentos, altamente proteicos que se encuentran disponibles de la zona que sean ricos en hierro y económicos.
- ✓ Madres capacitadas motivadas y comprometidas en el Procedimiento en lavado de manos, preparación y administración de los alimentos de acuerdo a la edad del niño en cantidad, frecuencia y consistencia.

CONCLUSIONES:

- a)** Logramos establecer una relación con empatía, carisma, y buen trato entre enfermera-familia, basada en confianza y respeto.
- b)** Sensibilizamos y educamos a la población de la jurisdicción de puesto de salud San Isidro, acerca de la importancia de la ingesta de alimentos de origen animal ricos en hierro.
- c)** Realizamos actividades preventivo –promocionales, para la prevención y control de los casos de anemia, como campaña integral del niño, tamizando a todos los niños asistentes en el despistaje de la anemia.
- d)** Se logro Promover la disponibilidad de alimentos altamente proteicos y ricos en hierro en los hogares con niños menores de 36 meses.
- e)** Logramos mejorar las prácticas de alimentación incorporando alimentos ricos en hierro, además de la administración de micronutrientes.
- f)** Es importante la participación de la familia y personal de salud capacitado y adiestrado en el cuidado integral del niño permitiendo realizar intervenciones oportunas, fundamentadas científicamente en base a las necesidades encontradas favoreciendo la salud del niño.
- g)** La experiencia profesional, permite que el enfermero(a) desarrolle habilidades, destrezas y capacidades, para brindar una atención con calidad, eficiencia y eficacia a los usuarios.

RECOMENDACIONES:

- a)** Fortalecer las capacidades del personal de salud del establecimiento y agentes comunitarios para poder realizar un seguimiento estricto y adecuado, en las visitas domiciliarias a las familias de los niños con anemia.
- b)** Serían necesarias las sesiones demostrativas de preparación de alimentos en forma mensual, con la finalidad de hacer un seguimiento a los niños en general y aquellos identificados con anemia, para lograr una recuperación apropiada de los niños afectados, contando para ello con un registro en el que se anoten las citas programadas para la toma de muestra de control del examen correspondiente.
- c)** Realizar permanentemente actividades preventivas promocionales, para evitar altos porcentajes de casos de anemia, ya que afecta el normal desarrollo del niño, sin embargo las estrategias y el esfuerzo es limitado en ocasiones por recursos económicos o falta de información.
- d)** Implementar sesiones educativas y demostrativas dirigidas a las madres, para promover el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro, enriqueciendo los conocimientos para mejorar las prácticas alimenticias.
- e)** Se recomienda enfatizar en los cuidados de enfermería orientados hacia una correcta, precisa y completa orientación nutricional que logre incorporar habilidades en torno a la alimentación, en los familiares de los niños menores de 36 meses, asegurar la elaboración de dietas sanas y equilibradas que permitan combatir la anemia

REFERENCIALES

1.- **Falen J.** Anemia infantil: empieza un nuevo plan para erradicar este mal. Disponible en: <http://elcomercio.pe/peru/anemia-infantil-empieza-nuevo-plan-erradicar-mal-158558>.

2.- Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción de la Anemia en el Perú. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/Index.asp?op=1>.

3.- Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil: 2017 – 2019. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF.

4.- UNICEF. Anemia. Hallado en: https://www.unicef.org/peru/spanish/survival-development_24363.html.

5.- <https://diariocorreio.pe/edicion/tumbes/diresa-registra-2109-casos-de-anemia-en-ninos-de-3-anos-834534/>

6.- ENDES. Encuesta Demográfica y de salud familiar. Disponible en: http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4174/1/Bocanegra_Vargas_Spassky_2014.pdf.

7.- **Rojas MA, Suqui AG.** Conocimientos, actitudes y prácticas en la administración de micronutrientes por parte de las madres de niños menores de 3 años de edad que acuden al Sub-Centro de Salud de Sinincay 2016. [Tesis de Licenciatura] Ecuador: Universidad de Cuenca; 2016.

8.- **Hualca 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 2016. [Base de datos en internet]. Ecuador 2016. URL Disponible en: <http://186.3.45.37/bitstream/123456789/3601/1/TUTENF005-2016.pdf>.

9. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/7824/1/06%20NUT%202223%20TRABAJO%20DE%20GRADO.pdf>

10.- Vargas JZ. 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. [Tesis de Licenciatura] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017.

11.- Bach C, Poma E, Bach P, Vallejos E, Yacarly Y. Efectividad del programa educativo en conocimientos, prácticas, actitudes sobre alimentación complementaria de madres con niños 6 - 24 meses - Reque - 2015 Chiclayo. [Tesis de Licenciatura] Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2015

12.- Olivares GM, Tomás W. Consecuencias de la Deficiencia de Hierro. Rev. Chil. Nutr. 30(3): 226-233. Mayo 2003.

13.- Olivares GM. Anemia Nutricional. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717- Consultado el 22 de Julio de 2017.

14.-

<http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/140/NIVELDECONOCIMIENTOSOBREANEMIAFERROPENICADELASMADRESCONNIÑOSDE6A36MESES.CENTRODESALUDDECHIRIACO.BAGUA2015.pdfsequence=1&isAllowed=y>

- 15.-Matthew J, Beard J, Rinat D. Potential Study of Attention and Recognition Memory in Infants With Iron - Deficiency Anemia. Rev Nutril. 15(2): 87 – 93. Agosto 2005.
- 16.- Stanley LR. Patología Estructural y Funcional. Madrid: Editorial Acribia S.A., 2000.
- 17.- Roy CN, Enns CA. Enfermedades de la Infancia. Madrid: Elsevier España S.A., 2000.
- 18.- MINSA. Directiva N° 050 011-2012-GR-APURIMA/11GRDS “Directiva de Gestión que Establece Roles, Procedimientos y Flujos para Procesos Vinculados Directamente con la Vacunación Control de CRED Completo Según edad, Suplementación a niños con Hierro y Vitamina A. Hallado en: www.minsa.gob.pe. Acceso el 14 de Julio de 2017.
- 19.- Martínez HJ, Portillo BM. Fundamentos de Nutrición y Dietética. Bases Metodológicas y Aplicaciones. Pamplona: Editorial Acribia S.A., 2010.
- 20.- Guyton CA. Tratado de Fisiología Medica. Nueva York: Editorial Interamericana S.A., 1999.
- 21.- Ministerio de Salud. Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por deficiencia de Hierro en niños, niñas y adolescentes en establecimientos de salud de primer nivel de atención. Disponible en: www.minsa.gob.pe. Consultado el 10 de Julio de 2017.
- 22.- James A. Anemia Nutricional en el Niño. Disponible en: <http://www.aboutkidshealth.ca/En/HealthAZ/Multilingual/ES/Pages/Anemia.aspx>. Consultado el 25 de Julio de 2017.

23.- Henderson V. Plan de cuidados de la Anemia. Disponible en: www.ephpo.es/Procesos/Planes/Plan%20de%20Cuidados%20Anemias.pdf. Consultado el 20 de Agosto de 2017.

ANEXOS

TABLA N° 01

PLAN EDUCATIVO PARA LA FAMILIA

	TEMAS
1	Sesión educativa y demostrativa de lavado de manos
2	Sesión educativa y demostrativa de alimentación complementaria en niño menor de 1 año.
3	Consejería en el adecuado uso y conservación de suplementos de hierro(sulfato ferroso)
4	visitas de seguimiento estricto a la familia

TABLA N° 02

Valores normales de concentración de hemoglobina y niveles de anemia en Niños, Adolescentes, Mujeres Gestantes y Puérperas (hasta 1,000 msnm)

Población	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dL)			Sin anemia según niveles de Hemoglobina
Niños				
Niños Prematuros				
1° semana de vida		<13.0		>13.0
2° a 4ta. semana de vida		< 10.0		> 10.0
5° a 8va. semana de vida		< 8.0		> 8.0
Niños Nacidos a Termin				
Menor de 2 meses		<13.5		13.5-18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos		<9.5		9.5-13.5
	Severa	Moderada	Leve	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	<7.0	7,0 - 9.9	10.0 - 10.9	>11.0
Niños de 5 a 11 años de edad	<8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.4	>11.5
Adolescentes				
Adolescentes varones y mujeres de 12 - 14 años de edad	<8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	>12.0
Varones de 15 años a mas	<8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 12.9	>13.0
Mujeres NO Gestantes de 15 años a mas	<8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	>12.0
Mujeres Gestantes y Puérperas				
Mujer Gestante de 15 años a mas (*)	<7.0	7.0 - 9.9	10.0 - 10.9	>11.0
Mujer Puérpera	<8.0	8.0 - 10.9	11.0 - 11.9	>12.0

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011

Fuente: OMS. 2001. El uso clínico de la sangre en Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Neonatología, Cirugía y Anestesia, trauma y quemaduras. Ginebra

(*) En el segundo trimestre del embarazo, entre la semana 13 y 28, el diagnostico de anemia es cuando los valores de hemoglobina están por debajo del 10.5 g/dl

TABLA Nª 3

Tratamiento con hierro para niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada

EDAD DE ADMINISTRACION	DOSIS4 (VIA ORAL)	PRODUCTO	DURACION	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3 mg/kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2)	Jarabe de Sulfato Ferroso ○ Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico ○ Gotas de Sulfato Ferroso ○ Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes, a los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3 mg/kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3)	Jarabe de Sulfato Ferroso ○ Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años	3 mg/kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4)	Jarabe de Sulfato Ferroso ○ Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico ○ 1 tableta de Sulfato Ferroso ○ 1 tableta de Polimaltosado		

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día.

(3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día.

(4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día...

Realizando despistaje de anemia



Fuente propia

Entrega de micronutrientes en cuna mas



Fuente propia.

Realizando sesiones educativas








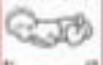


























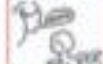







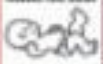

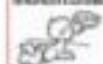









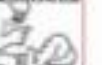

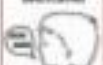





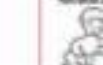








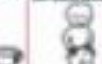











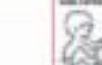
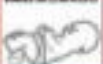

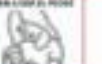



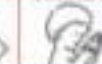



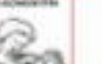




Realizando sesiones demostrativas de alimentos ricos en hierro



Instrumento de evaluación del desarrollo de la niña o niño de 0 a 30 meses

TEST PERUANO DE EVALUACIÓN DEL DESARROLLO DEL NIÑO

FECHA:																		
ACTIVIDAD	1 MES	2 MESES	3 MESES	4 MESES	5 MESES	6 MESES	7 MESES	8 MESES	9 MESES	10 MESES	11 MESES	12 MESES	15 MESES	18 MESES	21 MESES	24 MESES	30 MESES	
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO SENTADO	<small>REPRESENTA LA ABERTURA DE BOCAL Y TRONCO</small> 		<small>ABERTURA DE BOCAL Y TRONCO</small> 		<small>PIERDE EL PISO Y SE LEVANTA CON EL TRONCO EN PISO</small> 	<small>SENTADO CON APOYO</small> 								<small>SENTADO EN EL SUELO SIN APOYO</small> 				
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO ROTACIONES	<small>LEVANTA LA CABEZA POR MOMENTOS</small> 		<small>AVIERTA EL TRONCO Hacia adelante</small> 			<small>BIEN FACILMENTE</small> 												
CONTROL DE CABEZA Y TRONCO EN BARRIA	<small>PROBOS DE PE EXTENDE LAS BARRIAS DEL PISO DE SU CADERA</small> 	<small>PROBOS DE PE EXTENDE LAS BARRIAS DEL PISO DE SU CADERA</small> 			<small>COMIENZA A PARARSE</small> 					<small>PARA EN SU CADERA</small> 		<small>BIEN EQUILIBRADO Hacia adelante</small> 		<small>PARA</small> 				
USO DEL BRAZO Y MANO	<small>APRETO DE LA MANO DERECHA</small> 		<small>APRETO DE LA MANO IZQUIERDA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 
VISION	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 															
AUDICION	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 												
LENGUAJE COMPRENSIVO	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 				<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 				<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	
LENGUAJE EXPRESIVO	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	
COMPORTAMIENTO SOCIAL	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 
ALIMENTACION VESTIDO E HIGIENE	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 				<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 					<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 		<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 
JUEGO			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 				<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	
INTELIGENCIA Y APRENDIZAJE	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 			<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 				<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 	<small>TRONCO EN SU CADERA</small> 

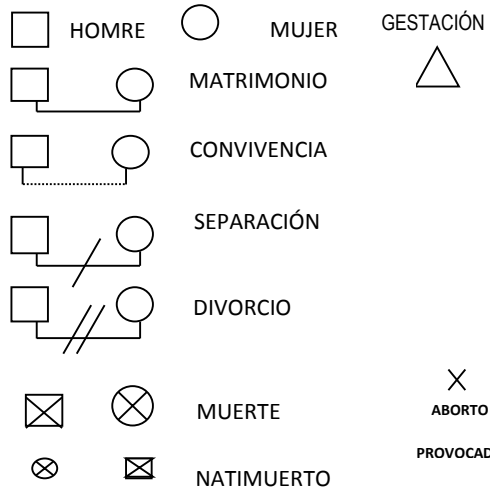
III. CARACTERISTICAS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

N °	NOMBRES	APELLIDOS	EDAD Y SEXO		DNI	FECHA NAC.	PARENTESCO	ESTADO CIVIL	GRADO DE INSTRUCCION	TIPO DE OCUPACION	CONDICION DE LA OCUPACION	SEGURO MEDICO					Estuvo enfermo en los últimos 3 meses (Marcar con X)		Si acudió al servicio de salud (Marcar con X)		Idioma predominante de la familia	Etnia / Raza
			M	F								SIS	ESSALUD /FEAA	Sin Seguro	Privado	SI	NO	SI	NO	SI		
1																						PARENTESCO: Padre (P), Madre (M), Hijo (H), Abuelo/Abuela (A), Tío/Tía (T), Nieto/Nieta (N), Padre adoptivo (PA), Madre adoptiva (MA), Sobrino/Sobrina (S), Primo/Prima (PR), Bis-abuelo/abuela (BA), Amigo (AMG). ESTADO CIVIL: Soltero (S), Conviviente (CN), Casado (C), Separado (SP), Divorciado (D), Viudo (V). GRADO DE INSTRUCCIÓN: Sin Nivel (SN), Inicial (I), Primaria (P), Secundaria (S), Superior Universitaria (SU), Superior No Universitaria (SNU). CONDICION DE LA OCUPACIÓN: Trabajador Estable (S), Eventual (V), Sin ocupación (SO) Jubilado (J), Estudiante (E).
2																						
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						

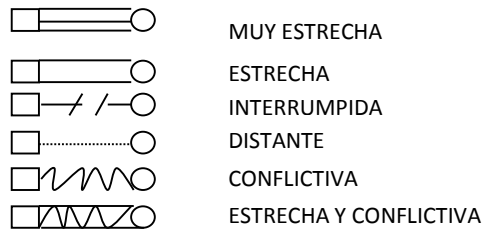
IV. INSTRUMENTOS DE EVALUACION FAMILIAR

SIMBOLOS PARA LA ESTRUCTURA:

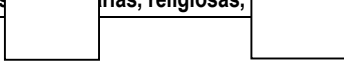

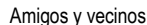
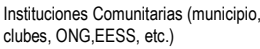



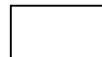
FAMILIOGRAMA (Estructural y de Relaciones Familiares)



SÍMBOLOS PARA LAS RELACIONES FAMILIARES:



FECHA DE ELABORACIÓN: _____

CICLO VITAL FAMILIAR	Marcar con X	TIPO DE FAMILIA	Marcar con X	ECOMAPA (Apoyo que recibe la familia de Instituciones, participación social, organizaciones, iglesias, religiosas, etc. entre otras).
A. FAMILIA EN FORMACIÓN: Pareja que aun no tiene hijos		A. NUCLEAR: Ambos padres e hijos		
B. FAMILIA EN EXPANSIÓN: Pareja con nacimiento del 1er hijo		B. EXTENDIDA: Ambos padres y los hijos, además de parientes en la 3ra generación		
Pareja con hijo en edad pre-escolar		C. AMPLIADA: Ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, etc.		
Pareja con hijo en edad escolar		C. AMPLIADA: Ambos padres y los hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, etc.		
Pareja con hijo adolescente		D. MONOPARENTAL: Un padre o madre y los hijos		
Pareja con hijo en edad adulta		D. MONOPARENTAL: Un padre o madre y los hijos		
C. FAMILIA EN DISPERSIÓN: Desde que se inicia la partida del primer hijo hasta que lo hace el último.		E. RECONSTITUÍDA: Uno de los padres, su nueva pareja y los hijos.		
D. FAMILIA EN CONTRACCIÓN: Han partido los hijos y la pareja queda sola. (o uno de los dos esposos por muerte de uno).		F. EQUIVALENTE FAMILIAR: Grupos de amigos, hermanos, etc.		

UTILIZAR LOS MISMOS SIMBOLOS USADOS PARA LAS RELACIONES FAMILIARES

V. RIESGOS A IDENTIFICAR DE ACUERDO A LA ETAPA DE VIDA Y COMO FAMILIA

ETAPA NIÑO (0 – 11 años) Fecha:		ETAPA ADOLESCENTE (12 a 17 años) Fecha:		ETAPA JOVEN (18 a 29 años) Fecha:		ETAPA ADULTO (30 a 59 años) Fecha:		ETAPA ADULTO MAYOR (> de 60 años) Fecha:	
RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°	RIESGOS	Colocar N°
Recién Nacido (< 28 días)		Sin evaluación nutricional		Sin evaluación nutricional		Sin evaluación nutricional		Sin evaluación nutricional	
Niño sin CRED		Sin evaluación riesgo CV		Sin evaluación riesgo CV		Vacunas incompletas		Sin evaluación mental	
Recién Nacido de parto domiciliario		Sin evaluación Del desarrollo psicosocial		Sin evaluación del desarrollo psicosocial		Sin identificación de factores de riesgo de ENT		Sin identificación de factores de riesgo de ENT	
Niño < 6 meses sin LME adecuada		Sin evaluación de la agudeza visual y auditiva		Sin identificación de factores de riesgo de ENT		Sin identificación de factores de riesgo de ET		Sin identificación de factores de riesgo de ET	
Niño con vacunas incompletas		Sin evaluación del desarrollo sexual		Sin identificación de factores de riesgo de ET		Sin identificación de FR de Enfermedades Ocupac.		Dependencia parcial o total	
Sin evaluación odontológica		Sin evaluación odontológica		Sin evaluación odontológica		Sin evaluación odontológica		Sin evaluación odontológica	
Sin sesiones de estimulación temprana		Sin evaluación física postural		Sin identificación de problemas renales		Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual		Déficit visual y/o auditivo	
Problemas visuales		Vacunas incompletas		Vacunas incompletas		Conducta sexual de riesgo		Vacunas incompletas	
Intento Suicida		Violencia intrafamiliar		Conducta sexual de riesgo		MER/HER sin Planificación Familiar		Violencia intrafamiliar	
Niño < de 3 años sin suplemento de Hierro/ Vit A		Participación em pandillas/delinuencia		Participación en pandillas/delinuencia		Consumo de alcohol o tabaco		Abandono familiar/ social	
Problemas de violencia, abuso sexual, abandono		Consumo de alcohol o tabaco		Consumo de alcohol o tabaco		Consumo de otras sustancias ilícitas		Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual (hasta los 65 años)	
Deserción escolar/bajo rendimiento escolar		Consumo de otras sustancias ilícitas		Consumo de otras sustancias ilícitas		Mujer ≥ 45 /Hombre ≥ 35 sin examen de colesterol		Mujer sin Mamografía bianual (hasta los 74 años)	
Sin exámenes de laboratorio: Parasitos, RPR, Hb, GyF, TSH		Problemas de conducta y/o alimentación		Síndrome de maltrato y violencia basada en género		Mamografía bianual a partir de los 50 años		Mujer/Hombre sin examen de colesterol	
		Deserción escolar/bajo rendimiento escolar		Mujer (MSA) sin Papanicolaou anual		Hombre >50 sin evaluación de Próstata		Mujer/Hombre sin prueba sangre oculta en heces.	
DISCAPACIDAD (Fecha:)				GESTANTE				FAMILIA (Fecha:)	

En sus actividades diarias tiene limitaciones de forma permanente para...	Colocar N°	¿Cuál es el origen de esta(s) limitación(es)?	Colocar N°	(Fecha:)	Colocar N°	RIESGOS	Marcar con un X						
Moverse o caminar, para usar brazos o piernas		Genético / congénito / de nacimiento		Sin vigilancia nutricional		Con malas pautas de crianza o convivencia							
Ver, aún usando anteojos		Enfermedad crónica		Sin / Incompleto CPN		Mala comunicación intrafamiliar							
Hablar, o comunicarse, aún usando el lenguaje de señas u otros		Enfermedad laboral		Sin administración de suplemento (hierro, ácido fólico)		Conflictos Familiares / integrante víctima de Violencia							
Oír, aún usando audífonos		Accidente común en el o fuera del hogar		Sin Psicoprofilaxis		Intento de suicidio de algún miembro de la Familia							
Entender o aprender		Accidente de tránsito		Sin evaluación Dental		Familiar con estrés del cuidador							
Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas		Accidente laboral Violencia familiar		Vacunas incompletas		Otros							
VI. CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA, LA VIVIENDA Y EL ENTORNO													
GRUPO FAMILIAR	Marcar con X	TENENCIA DE LA VIVIENDA	Marcar con X	TIPO DE VIVIENDA	Marcar con X	MATERIAL DE PAREDES	Marcar con X	MATERIAL DEL PISO	Marcar con X	MATERIAL DE TECHO	Marcar con X		
Más de 9 miembros		Alquiler		Vivienda unifamiliar		Madera, estera		Estera		Estera, tejas			
7 a 8 miembros		Plan Social		Vivienda multifamiliar		Adobe		Paja u hojas		Paja u hojas			
5 a 6 miembros		Cuidador/alojado		Vivienda en casa de vecindad		Noble (Ladrillo y cemento)		Madera y barro		Madera y barro			
3 a 4 miembros		Alquiler venta		Chozo o cabaña		Estera y adobe		Calamina		Calamina			
1 a 2 miembros		Propia		Local no destinada para habitación humana		Quincha, piedra con barro		Noble (Ladrillo y cemento)		Noble (Ladrillo y cemento)			
INGRESOS FAMILIARES	Marcar con X	N° DE PERS X DORMITORIO	Marcar con X	TIPO DE ENERGIA	Marcar con X	AGUA DE CONSUMO	Marcar con X	ELIMINACIÓN DE EXCRETAS	Marcar con X	VIVIENDA CON RIESGO PARA CAÍDAS: NO (), SI () DESCRIBIR: _____ PANDILLAJE/DELINCUENCIA CERCA A SU VIVIENDA: SI (), NO ()			
Menos de 750 NS		6 y más miembros		Sin energía		Rio, Acequia		Aire libre					
De 751 a 1000 NS		5 miembros		Electricidad		Cisterna		Acequia, canal					
De 1001 a 1400NS		4 miembros		Generador		Pozo		Letrina					
De 1401 a 18000 NS		3 miembros		Kerosene, petróleo (mechero/lampara)		Red pública		Baño público (red)					
De 1801 a más NS		1 o 2 miembros		Otro		Conexión domiciliaria		Baño propio (red)					
ARTEFACTOS DE LA VIVIENDA	Marcar con X	COMBUSTIBLE PARA COCINAR	Marcar con X	TENENCIA DE ANIMALES			RIESGO DEL ENTORNO	Marcar con X	COMPORTAMIENTOS Y ESTILOS DE VIDA Son adecuados la ...		SI	NO	
				TIPO DE ANIMAL	Marcar con X	VACUNAS							
						SI							NO

Radio		Leña, carbón		Perro				Depósito de agua no tapada / Método de desinfección del agua		Higiene y ambiente		
Cocina y horno eléctrico/ gas		Bosta		Gato				Vectores (mosquitos, zancudo roedores, etc.)		Nutrición y alimentación saludable		
DVD, Blu Ray		Kerosene		Aves de corral				Ruidos, Humos o vapores		Salud sexual y reproductiva		
Refrigeradora		Gas		Cabras				Derrumbes, Inundaciones		Habilidades para la vida		
Televisión		Electricidad		Carneros				Basural junto a la vivienda		Cultura de paz y buen trato		
Automóvil		SERVICIOS		Cerdos				DISPOSICIÓN DE BASURA	Marcar con X	Actividades físicas		
Motocicleta				Vacas						Seguridad vial y cultura de tránsito		
Lavadora				Cuy						Carro recolector		
Horno microondas		Internet		Convive con los animales dentro de la vivienda	SI	NO		A campo abierto		Prevención de enfermedades prevalentes		
Horno artesanal		Cable							En un pozo, al río			
Computadora		Otro							Se entierra, quema			



PERÚ

Ministerio de Salud

Dirección Regional de Salud Tumbes



PLAN DE ATENCION INTEGRAL DE LA FAMILIA (PAIFAM)

EJE DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCION DEL PROBLEMA IDENTIFICADO			ACUERDOS	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	VISITA FAMILIAR INTEGRAL				OBSERVACIONES
	APELLIDOS Y NOMBRES	EDAD	PROBLEMA			
1. PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL POR ETAPA DE VIDA										
2. FOMENTOS DE ESTILO DE VIDA SALUDABLE										

<p>HIGIENE Y AMBIENTE (Utiliza jabón y agua para lavarse las manos, consumo de Agua segura, etc.)</p> <p>NUTRICIÓN Y ALIMENTACIÓN (EI < de 6 meses LME Consume verduras y/o frutas EI > de 6 meses recibe alimentación complementaria Consume leche o derivados, etc.)</p> <p>ACTIVIDAD FISICA (Practica deportes, etc.)</p> <p>SEGURIDAD VIAL Y CULTURA DE TRANSITO (Conocen y practican reglas de seguridad vial, etc.)</p> <p>SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (Maternidad saludable, Prevención del embarazo no deseado, del cáncer cérvico-uterino y mamario, de las ITS/HIV/SIDA)</p>								

EJE DE INTERVENCIÓN	DESCRIPCION DEL PROBLEMA IDENTIFICADO	ACUERDOS	RESPONSABLE DE LA EJECUCION	VISITA FAMILIAR INTEGRAL				OBSERVACIONES
				
3. SANEAMIENTO BASICO DE LA VIVIENDA Vivienda ordenada con separación de espacios (no hacinamiento ni colecho) y en buenas condiciones de higiene y segura, adecuada eliminación de excretas, habitaciones con buena ventilación, buenas condiciones de Infraestructura, adecuado espacio para crianza de animales, adecuada eliminación de basuras etc.								
4. DESARROLLO DE PAUTAS DE CRIANZA EN LA FAMILIA Y CULTURA DE PAZ Y BUEN TRATO (Crían adecuadamente a sus hijos, promueve la unión entre sus miembros, la moralidad y el comportamiento ético, la disciplina y el seguimiento de reglas, la participación en actividades sociales y de recreación, los hijos ayudan en la solución de problemas del hogar, Buena comunicación familiar, etc.) HABILIDADES PARA LA VIDA (Los hijos tienen metas, objetivos claros y saben cómo lograrlos, etc.)								

