

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



**PLAN DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PREVENCION DE ANEMIA
EN MADRES DE NIÑOS DE 6 A 36 MESES EN EL CENTRO DE SALUD DE
BELLAVISTA, ABANCAY, 2022**

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

EDITH SANTA HUAMAN NAVARRO

Callao, 2022
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO Y APROBACIÓN

MIEMBROS DEL JURADO EVALUADOR:

- MG. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO PRESIDENTA
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO VOCAL

ASESORA: MG. MIRIAN CORINA CRIBILLERO ROCA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta: 274 – 2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico:

13 de diciembre del 2022

Resolución de Sustentación:

Nº 099-2021-CU de fecha 30 de junio de 2021

DEDICATORIA

*A Dios y mi familia que siempre me
brindaron su apoyo incondicional
para poder lograr mis objetivos en
cuanto a mi desarrollo profesional*

*A mi esposo e hijas por su
comprensión y por ser el motor y
motivo de mi vida.*

AGRADECIMIENTO

Al personal del centro de salud de bellavista y a las madres de familia por su colaboración con el presente trabajo.

A la universidad Nacional del callao la cual acoge a los profesionales para poder alcanzar las metas académicas ansiadas y así formar profesionales competentes en el país.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I . DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
CAPITULO II . MARCO TEÓRICO	7
2.1 ANTECEDENTES.....	7
2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	7
2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES.....	8
2.2 BASES TEÓRICAS.....	11
2.2.1 Teorías de Enfermería: Nola Pender – Modelo de Promoción de la Salud	11
2.3 BASES CONCEPTUALES.....	12
CAPITULO III PLAN DE INTERVENCIÓN GENERALIDADES	23
3.1 JUSTIFICACIÓN.....	23
3.2 OBJETIVOS	24
3.2.1 Objetivo General	24
3.2.2 Objetivos Específicos	24
3.3 METAS.....	25
3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES.....	26
3.4.1 RECURSOS	28
3.4.2 Recursos materiales.....	28
3.4.3 Recursos humanos	28
3.5 EJECUCIÓN	29
3.6 EVALUACIÓN	31

CONCLUSIONES.....	32
RECOMENDACIONES	33
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	34
ANEXOS.....	38

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), la anemia es un trastorno producido por la imposibilidad de satisfacer las necesidades del organismo a causa del escaso número de eritrocitos, que limitan el transporte del oxígeno en sangre. Cuando el organismo no recibe el aporte nutricional de minerales y vitaminas que requiere para cumplir sus funciones vitales pueden provocarse diversas alteraciones, como la anemia ferropénica, insuficiencia que se debe principalmente a la baja biodisponibilidad de hierro en la dieta, aunque también se suscita por la pérdida o mayor necesidad de sangre.

La anemia tiene múltiples factores etiológicos, que juntos o por si solos pueden dar lugar al trastorno; causas donde destacan la nula o limitada ingesta de alimentos fuentes de hierro, así como la adición en la dieta de inhibidores de absorción como el café o ausencia de factores que potencian su absorción como la vitamina C, también puede presentarse la pérdida del micronutriente debido a infecciones parasitarias. Más del 50% de pacientes con anemia son el resultado de la falta de hierro en la dieta; es así que el análisis del nivel de hemoglobina se considera como un indicador del estado nutricional, especialmente durante la infancia o durante la gestación.

Este trabajo académico titulado “Plan de intervención en prevención de la anemia en madres de niños de 6 a 36 meses en el centro de salud de Bellavista, Abancay 2021”, se desarrolló con el propósito de ofrecer información certera con orientación intercultural y guía para que las madres mejoren sus habilidades y conocimientos para brindar una alimentación de calidad con una adecuada suplementación de hierro; siendo estas las estrategias que permitirán bajar el porcentaje de casos de anemia ferropénica, optimizar el control CRED y mejorar la calidad de vida de niños menores de 3 años como de sus madres. De esta manera, se disminuirá además el desarrollo de afecciones que repercutan a largo plazo en el estado de salud de quienes hayan sido diagnosticados con anemia.

Se trata de un estudio que se realizó como parte del desempeño profesional como enfermera en el C.S. Bellavista Abancay, este centro de salud actualmente brinda atención a pacientes con anemia mayormente niños de hasta cinco años, lo cual ha permitido la ejecución del trabajo, en un esfuerzo conjunto con las madres de los pacientes y un equipo multidisciplinario de salud.

En el presente trabajo académico se ha realizado un Plan de Intervención de enfermería para la prevención de la anemia en madres de niños de hasta 36 meses, intervención de enfermería que guía su desarrollo en la teoría de Nola Pender, la cual se fundamenta en la necesidad de fomentar una vida saludable antes que la promoción de cuidados, ya que de esta manera podría lograrse que menos personas se enfermen, por ende tendrán mayor independencia y gastaran menos recursos en el propósito de restablecer su salud, dando lugar a un futuro mejor.

Es preciso señalar que, la elaboración completa del plan corresponde a la autora y fue ejecutado durante lo que va del año 2022, además será presentado y socializado con la Jefatura del servicio en referencia, para que su implementación formal sea una realidad, representado además un punto referencial para los otros servicios en el centro de salud.

La estructuración del trabajo consta de los siguientes apartados: en primer lugar, el Capítulo I donde se realiza una concisa y breve descripción de la problemática que motiva la ejecución del plan, seguidamente en el Capítulo II se aborda el marco teórico, el plan de intervención se detalla en el Capítulo III, por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones, así como las referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I . DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Entre los problemas sanitarios más generalizados y de mayor magnitud, destacan la anemia ferropénica que de no ser tratada oportunamente provoca consecuencias graves para la salud, sobre todo de infantes menores de 3 años, pues se han demostrado que puede llegar a perjudicar seriamente el desarrollo cognitivo, psicomotor, afectivo y psicológico; durante la infancia temprana los requerimientos nutricionales son mayores ya que se debe satisfacer el crecimiento rápido que se presenta durante esta etapa, de manera que es particularmente especial el consumo elevado de hierro, el cual se obtiene directamente de los alimentos; lamentablemente este requerimiento no siempre es satisfecho por la dieta o por medio de suplementos, debido a factores como la pobreza o el desconocimiento. A fin de asegurar la adecuada ingesta de hierro, se requiere de la promoción de estrategias de alimentación con fuentes de hierro, prácticas saludables, suplementación, fortificación con micronutrientes y orientación nutricional a las madres ⁽¹⁾.

La anemia tiene una prevalencia mundial en la población preescolar es del 47,4% y escolar del 25,4% en el 2021 . Se reporta que la prevalencia máxima se presenta en África con un 67,6%, Asia Sudoriental con un 65,5%. Así mismo, una prevalencia del 46% se registra en el Mediterráneo Oriental y 20% de prevalencia promedio en las otras regiones de la OMS como Europa y América ⁽²⁾.

A nivel de América latina, aunque se estima una menor prevalencia de déficit de hierro y anemia comparado con las otras regiones calificadas como en vías de desarrollo, existen determinadas zonas donde el problema es significativamente mayor, como el Caribe donde se registra en 60% de prevalencia de anemia. Además, se trata de una región con limitadas investigaciones sobre prevalencia nacional de dichos trastornos ⁽³⁾.

En el Perú, se estima que un total de 43.6% de infantes menores de 36 meses padecen de anemia, principalmente el grupo de lactantes, vale decir

aquellos cuyas edades oscilan entre 6 a 18 meses, ya que se ha revelado que 6 de cada que 10 niños de este grupo etario, tienen anemia. La anemia ferropénica, se origina por insuficiencia de hierro, quiere decir que la persona ingiera una cantidad insuficiente de alimentos ricos en ese mineral; este tipo de anemia es la más prevalente en nuestro país, lo cual se ha corroborado luego de varios encuestas regionales y nacionales, como la realizada por el Centro Nacional de Alimentación y Nutrición del Perú, así como los resultados que cada año presenta la ENAHO ⁽⁴⁾.

Actualmente, se reporta que el 40.1% de niños de hasta 3 años son diagnosticados con anemia; lo que en cifras representaría más de 700 mil infantes con anemia de del total de 1.6 millones de niños peruanos. Revelando una situación verdaderamente alarmante, que ha motivado a las autoridades de la salud a ejecutar el Plan Nacional de lucha contra la anemia, con el objetivo de reducir la prevalencia de anemia a nivel nacional ⁽⁵⁾.

En Apurímac, la ENDES 2021 estimó que la anemia infantil en menores de 3 años presentaba una prevalencia que había reducido notablemente a un 38.8%, dado que en el año 2018 la cifra bordada el 53.2%, representando una disminución de 5.3 puntos porcentuales. Aunque, no se trataba de un decrecimiento suficiente pues todavía la región permanecía sobre el promedio nacional, que para ese entonces era 40.1%. Entonces, se evidencia la necesidad de realizar un análisis de las características de la anemia a nivel regional ⁽⁶⁾.

Ante lo mencionado en las líneas precedentes, han motivado la curiosidad científica de realizar este estudio, en el que se documenta la experiencia y los hechos observados en torno al problema, que merece ser reproducido. Esta investigación surgió para contribuir a mejorar la salud del niño por medio de la instrucción de la madre del niño de 6 a 36 meses teniendo una población al 2022 de 680 niños con anemia , a través de un plan de intervención ejecutado en el C.S. Bellavista, ubicado en Abancay.

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Pazos S ⁽⁷⁾. En el 2017 en su estudio “Anemia en niños y su relación con conocimientos de alimentación saludable de los cuidadores” realizado en Ecuador, donde se planteó el objetivo de conocer la prevalencia de anemia infantil y como se relacionaba con el conocimiento de los encargados del cuidado. Se utilizó una metodología de tipo observacional transversal, de nivel relacional, participaron 102 niños/as con sus cuidadores, los primeros se sometieron a pruebas de hemoglobina y los segundos respondieron una encuesta. Los resultados evidenciaron que los niños tenían una prevalencia de anemia del 26%, siendo el grupo de 5 a 9 años del sexo masculino quienes presentaban mayor tendencia a la anemia. Se identificó que menos del 6% de los cuidadores mostraban tener conocimientos sobre alimentación de calidad. La conclusión del estudio fue que, la anemia infantil se relacionaba de forma significativa con el conocimiento de alimentación saludable

Coronel L y Trujillo M ⁽⁸⁾ en el 2016 en su estudio “Prevalencia de anemia con factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses y capacitación a los padres” realizado en Ecuador, donde el objetivo fue establecer la prevalencia de anemia y la determinar la necesidad de capacitación a los padres. La metodología desarrollada fue de nivel descriptivo, participaron 90 niños a quienes se les efectuaron pruebas de hemoglobina, además los padres respondieron un cuestionario sobre factores de riesgo, actitudes, grado de conocimiento y prácticas alimentarias. Los resultados revelaron que la anemia tenía una prevalencia total de 43,3%, en cuanto a la anemia leve se registró en el 30% de niños/as y moderada en el 13,3%. Se identificó además una asociación entre la anemia y el género, la edad, nivel socioeconómico, zona de residencia, estado nutricional y factores perinatales. Respecto a los conocimientos sobre alimentación, esta mejoró significativamente de un 31,4% a un 89,9% gracias a las capacitaciones. La conclusión del estudio, evidenció que la anemia tenía una relación importante

con los indicadores de riesgo; siendo significativa la promoción periódica de talleres dirigidos a los padres para prevenir complicaciones y mejorar sus conocimientos.

Huallica M ⁽⁹⁾ en el 2016 presentó el estudio “Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños entre 6 y 24 meses de edad en el C.S. Santa Rosa, Cayambe” donde se tuvo el objetivo de ejecutar estrategias para prevenir factores de riesgo asociados a la anemia ferropénica infantil. Se desarrollo una metodología con enfoque mixto y alcance descriptivo; en el estudio participaron 85 madres de niños pertenecientes al grupo etario mencionado. Los resultados determinaron que los factores de riesgo principales fueron en el 21% de madres la falta de instrucción, el 65% señalo no incluir fuentes para la absorción de hierro en la dieta, el 60% manifestó que la alimentación del niño carecía de fuentes de hierro. El autor concluyó que, existe la necesidad de implementar estrategias como la educación a las madres para prevenir y disminuir los factores de riesgo, pues se observó una mejora los conocimientos sobre la anemia y dieta adecuada luego de aplicar las estrategias preventivas.

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Flores M ⁽¹⁰⁾ en el 2019 en su tesis titulada “Conocimientos sobre anemia ferropénica en madres de niños de 1- 11 meses en el consultorio CRED, C.S. Magdalena” donde se planteó el objetivo de identificar los conocimientos sobre anemia que tenían las madres. Se utilizó una metodología con enfoque cuantitativo, tipo aplicativo con alcance descriptivo; se contó con la participación de 77 madres quienes respondieron un cuestionario. Al determinar los resultados, se evidencio que el 37.66% de participantes tenían conocimiento sobre el tipo de anemia evaluado, mientras que el 62.34% desconocían el tema. El 64,94% de madres señaló que conocían que el agente causal de este tipo de anemia era la deficiencia de hierro, seguido por el 63.64% para quienes un signo de anemia era la coloración de la piel del niño, el 85.71% reconocía la importante de que sus hijos mantengan normales niveles y el 68.83% de madres señalo conocer los alimentos favorecedores de absorción de hierro. El autor concluyó que, aunque

una cantidad considerable de madres conocía lo que era la anemia ferropénica, eran mayor el número de madres que desconocían la afección, situación preocupante para el futuro desarrollo del infante.

Sandoval C ⁽¹²⁾ en el 2019 presento una investigación titulada “El plan de intervención sectorial y su impacto en la modificación de conocimiento de las madres y en la reducción de anemia” realizado en Trujillo. La metodología implicó un diseño cuasi experimental, participaron 30 niños con anemia que tenían menos de 5 años, con sus madres. Se obtuvieron resultados que demostraron que previamente a ejecutar la intervención, las madres presentaban un conocimiento bajo (53.3%), medio el 40% y alto el 70%, así mismo la anemia fue leve en el 30% de niños y en el 70% fue moderada; luego de la intervención el 60% se ubicó en nivel normal y fue leve en el 40% de niños; así mismo se determinó que la intervención logró una mejora del conocimiento exhibido por las madres dado que ninguna madre se ubicó en el nivel bajo y además el 70% presentó un conocimiento alto al finalizar. La conclusión fue que, la intervención sectorial logró reducir la anemia, pues el 60% de niños se ubicó en la categoría normal después de dicha intervención, considerando una diferencia importante.

Bernuy V et al. ⁽¹³⁾ en el 2017 llevó a cabo una investigación denominada “Efectividad de una intervención educativa en el conocimiento de las madres sobre anemia ferropénica” realizado en Lima. El objetivo planteado fue conocer cuán efectivo era la intervención para mejorar el conocimiento de las madres. Se utilizó una metodología de tipo cuantitativo transversal y con diseño cuasi experimental; en el estudio participaron 45 madres de niños de 6 a 23 meses. Los resultados revelaron que previo a realizar la intervención, en las madres predominaba un bajo nivel de conocimiento (75%), tras culminar la intervención el 100% de las madres presentaron un nivel alto. El estudio concluyó afirmando que, es efectiva la intervención educativa dado que favorece la adquisición de conocimientos sobre anemia ferropénica en las madres.

Ramos K ⁽¹⁴⁾ en el 2017 presento el estudio “Medidas Preventivas de las madres sobre anemia ferropénica en niños de 6 meses a 2 años en un centro de salud de

Comas” donde se planteó el objetivo de identificar las medidas aplicadas por las madres para prevenir la anemia en sus hijos. La metodología tuvo nivel descriptivo y enfoque cuantitativo, se utilizó un cuestionario que fue aplicado a 58 madres. Se obtuvieron resultados que evidenciaron que las medidas preventivas realizadas por el 52% de las madres eran inadecuadas, medidas que si fueron adecuadas en el 48% de participantes; el 53% no incluía alimentos ricos en hierro en la dieta de sus hijos y el 57% no alimentaba a sus hijos con alimentos con Vitamina C ni eran suplementados con micronutrientes (55%). El autor concluyó que, las madres aplican inadecuadas medidas para lograr la prevención de la anemia en los niños.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Teorías de Enfermería: Nola Pender – Modelo de Promoción de la Salud

Este modelo fue propuesto para fomentar un estado de salud óptimo, antepuesto a la difusión de acciones preventivas, para lo cual en un principio se debe identificar los factores que de alguna manera tienen influencia en las acciones y decisiones tomadas para prevenir la ocurrencia de enfermedades. Es un modelo que se utiliza para reconocer los conceptos más importantes relacionados a la conducta de promoción de la salud, tomando como base la educación sobre vida saludable y cuidarse; al principio de la vida las principales responsables de la salud son las madres, de manera que es fundamental que conozcan las medidas que deben practicar para mantener a un niño saludable y libre de cualquier enfermedad ⁽¹⁵⁾ .

De acuerdo al modelo, los seres humanos cuentan con factores perceptuales y cognitivos que tienen un rol determinante para promover una vida saludable, los cuales vienen a ser las creencias e ideas personales respecto a la salud que inducen a comportamientos o conductas determinadas, que pueden o no ser favorecedoras de la salud. La motivación puede modificar factores que originan las conductas negativas, permitiendo a las personas a adquirir un estado muy positivo que se conoce como salud ⁽¹⁶⁾.

Metaparadigma

- Salud: Importante estado que es positivo para las personas y la sociedad, dado que les permite llevar una vida de calidad.
- Persona: Ser integral y único por su patrón perceptual y cognitivo.
- Entorno: Compuesto por los factores que interviene en la conducta de promoción de la salud, pueden ser de tipo perceptual, cognitivo y modificantes.
- Enfermería: Agente principal que está a cargo de motivar a las personas para que puedan mantener su salud.

El modelo de Nola Pender es muy beneficioso para la enfermería, pues conduce a integrar los cuidados enfermeros en la conducta de salud presentada por la madre; representando una guía para promover conductas enfocadas a la salud y a la calidad de vida, de manera que se protege a los niños a través de la educación en hábitos saludables y autocuidado ⁽¹⁷⁾.

2.3 BASES CONCEPTUALES

Definición de anemia

La definición teórica de la anemia señala que es una disminución del número de glóbulos rojos que impide la adecuada satisfacción de los requerimientos fisiológicos, que en los seres humanos varían de acuerdo a múltiples factores como el sexo, la edad, tipo de alimentación, presencia de vicios como fumar, altitud del lugar de residencia, edad fértil, estado de embarazo, entre otros ⁽¹⁸⁾. Un rápido diagnóstico de anemia se puede realizar con una prueba de hematocrito o hemoglobina embargo, considerando los rangos normales definidos según edad y sexo del individuo ⁽¹⁹⁾. Es importante señalar que no existe un único punto de corte ya que se debe tomar en cuenta la presencia de distintos factores que pueden influir para diagnosticar si un paciente es anémico o no, entonces se debe considerar más bien una curva de valores, las cuales no están disponibles para algunas poblaciones como la población peruana, que todavía no cuenta con una curva diseñada en bases a sus características ⁽²⁰⁾.

Etiología de la anemia

Las causas que dan lugar a la anemia son múltiples, e incluso tienen participación algunos sucesos secundarios; para la identificación etiológico se cuenta con un variado y diverso diagnóstico diferencial. La causa más habitual de anemia es la carencia de hierro, pero también puede ser provocada por otros tipos de deficiencias nutricionales como la vitamina A, vitamina B12, folato y otros, además la anemia puede originarse por parasitosis, hemorragias agudas, trastornos adquiridos o hereditarios que impiden la producción y sobrevivencia de glóbulos rojos, la síntesis de hemoglobina, etc. Es así que, no es suficiente determinar la hemoglobina para diagnosticar el origen de la anemia, pero si para proporcionar

un diagnóstico definitivo de presencia de anemia, así como para predecir su severidad.

En los recién nacidos diagnosticados con anemia, es esencial entender el desarrollo del sistema hematopoyético para identificar la etiología. Normalmente, a las 2 semanas de gestación en el saco vitelino comienza la eritropoyesis, formando las células que indicaran la hemoglobina embrionaria; a las 6 semanas el hígado del feto será el principal productor de glóbulos rojos, así mismo la hemoglobina fetal estará expresada por las células producidas; a los 6 meses de gestación, el sitio principal de la hematopoyesis será la médula ósea. Durante la gestación, disminuye el tamaño de los eritrocitos y su número aumenta de un 30% en el segundo trimestre hasta el 63% al finalizar el embarazo. Después del nacimiento y en casos de gestación tardía, ocurre un cambio gradual hacia la hemoglobina adulta ⁽²¹⁾.

Diagnóstico de la anemia

Para diagnosticar la anemia, es riesgoso realizar únicamente un conteo de glóbulos rojos para conocer si han disminuido debajo del límite. La medición del hematocrito y de la hemoglobina se va vuelto un método habitual, debido a su masiva disponibilidad en los centros de salud, pero se debe recordar que se trata de un diagnóstico indirecto. La prueba de hemoglobina es la prueba diagnóstica que más se utiliza en la práctica médica pues permite un diagnóstico rápido, aunque en ciertos casos la prueba hematocrito muchas veces resulta una alternativa más conveniente y fácil ⁽²²⁾.

El hematocrito consiste en cuantificar la razón entre el volumen glóbulos rojos y el volumen total de sangre, expresado un porcentaje. Se le conoce también como empaquetado del volumen celular, de forma directa se calcula por medio de una centrifugación de microhematocrito, mientras que de forma indirecta se mide haciendo uso de contadores automatizados de células, los cuales miden el hematocrito multiplicando la cantidad de glóbulos rojos por su tamaño VCM, aunque existe el riesgo de que esta medición arroje un falso negativo o positivo a

causa de sesgos originados durante la extracción de la muestra, el procedimiento o por otros factores que perjudican su validez y confiabilidad, como la eritrocitosis, deshidratación, hemacromatosis, policitemia vera y muchos otros ⁽²²⁾.

La hemoglobina, es la proteína que contienen los glóbulos rojos para suministrar oxígeno al organismo, está conformada por un átomo de hierro, un grupo hem y una globina; su cuantificación se realiza en sangre completa, por cada 100ml (dL) de sangre se determina el total de gramos de hemoglobina. Para medir la hemoglobina se utiliza un contador de células desde el cual se cuantifica la proteína cianometamoglobina con un colorímetro. Es posible obtener lecturas falsas si se trabaja con una muestra que presenta anticoagulación inadecuada o volumen insuficiente ⁽²²⁾.

La OMS ha proporcionado puntos de corte para diagnosticar la presencia y severidad de anemia, cuyo uso ha sido recomendado en consenso por un expertos y organismos especializados. En 1986, la OMS publico la primera tabla para diagnosticar anemia, pero no fue hasta 198^o que se establecieron los puntos de corte para identificar la severidad de dicha enfermedad ⁽²³⁾. En el año 2000 se actualizaron estos niveles, especificando además los puntos de corte para niños, mujeres en edad fértil y embarazadas. En el 2001, se ofreció la última modificación a estos puntos de corte, planteando cortes específicos para infantes mayores de 5 y menores de 11 años, incluyendo de esta manera los descubrimientos del estudio NHANES, además se plantearon cortes específicos para latinos y afro-americanos, que comparados con pacientes caucásicos eran puntos ligeramente menores ⁽²⁴⁾.

Estos puntos de corte establecen que para diagnosticar la anemia se debe obtener un percentil menor a 5 en los valores de hemoglobina o hematocrito, considerando el género, edad y raza del paciente. Así mismo, según la OMS es casi un reto diagnosticar anemia en recién nacidos (0-2 meses) ya que la hemoglobina presenta niveles bajo una continua curva descendente, además que el percentil 5 varía según los factores antes mencionados, incluyendo en este caso el peso del infante en su nacimiento. Entonces, existe una dificultad para proporcionar un

diagnóstico irrefutable en los recién nacidos, dado que no se cuentan con puntos de corte claros; por lo que se recomienda que someter al recién nacido a una evaluación por un especialista en neonatología, sin considerar a dichos factores como concluyentes ⁽²²⁾.

Causas de la anemia

Se presenta cuando el niño no es alimentado con la cantidad adecuada de hierro, sobre todo con alimentos como el pescado, hígado, sangre y baso. Según se menciona en una resolución ministerial emitida por el MINSA en 2017, la anemia se origina principalmente por ⁽²⁵⁾:

- Bajas reservas de hierro y alto requerimiento del mineral, que es bastante habitual en infantes prematuros, que nacieron con bajo peso o menores de dos años.
- Recurrencia de procesos infecciosos.
- Dieta complementaria con bajo aporte de hierro.
- Inicio tardío de alimentación complementaria.
- Dieta vegetariana o que está basada en leche de vaca, cabra, etc. La inclusión de leche no materna antes de los 12 meses puede provocar sangrado en el infante.
- Consumo de bebidas o alimentos que dificultan la absorción de hierro.
- Enfermedades de digestión como la diarrea recurrente, carencia duodenal, síndrome de absorción mala, etc.
- Administración de fármacos que limitan la absorción de nutrientes.
- Uso constante de antiinflamatorios
- Hemorragias
- Parasitosis

A) Población en riesgo

Infantes menores de un año, en especial quienes nacieron con bajo peso o fueron prematuros. Así mismo, están en alto riesgo la población menor de 5 años, en especial si presentan parasitosis.

B) Signos y síntomas

Sujetos con anemia ferropénica con frecuencia muestran disminución del apetito, fatiga, mareos, debilidad, vértigo, taquicardia, piel pálida, uñas quebradizas y dificultad para respirar.

C) Diagnóstico

Generalmente el diagnóstico de anemia ocurre una vez que la deficiencia de hierro se encuentra en fase avanzada. Ante una baja ingesta de hierro, para mantener los niveles funcionales inicialmente el organismo reducirá los depósitos de hemosiderina y ferritina, también se incrementará la producción de células precursoras de eritrocitos en la médula ósea; una vez que se agoten las reservas disminuirá la producción de hemoglobina, dando lugar a la anemia ⁽²⁵⁾.

Requerimientos nutricionales en el niño menor de 36 meses

Los requerimientos se definen en base a la cantidad que se necesita para asegurar el normal funcionamiento orgánico y bioquímico que se requiere para la maduración y crecimiento óptimo de los niños. Un niño menor de 3 años requiere que su dieta incluya los siguientes grupos de alimentos:

a. Carbohidratos

Representan la fuente primordial de energía de la dieta, dado que proporcionan casi el 70% de energía. Determinan la textura, viscosidad y sabor del alimento. Hasta los 12 meses, el carbohidrato principal de la dieta del infante es la lactosa, aunque al introducir la alimentación complementaria los niños también obtendrán energía de los almidones.

b. Fibra

Proporciona volumen a la dieta, aunque disminuye la cantidad de energía proporcionada por los alimentos, además su contenido de ácido fítico dificulta la absorción de hierro. Por lo que se recomienda que, los infantes de hasta 3 años no excedan el consumo de fibra en una proporción de 1g/100g de alimento.

c. Proteínas

Hasta los 6 meses, la lactancia exclusiva proporciona al niño el requerimiento de proteínas, que como mínimo debería ser 1.8g/100kcal. Las proteínas aportan los requerimientos que se necesitan para que el niño pueda crecer de forma adecuada. Entre las proteínas con alto valor biológico de origen animal destacan la leche, el huevo y las carnes, mientras que en las proteínas de origen vegetal se puede mencionar a la quinua y a las lentejas, que al ser combinados con otros alimentos mejoran su contenido proteico de la dieta.

d. Lípidos

Macronutriente que proporcionan a los niños energía y ácidos grasos, además actúan como transportador de vitaminas liposolubles. Además, permiten un incremento de la palatabilidad de la dieta y de la densidad energética, sin provocar un aumento de la viscosidad. Es importante incluir una óptima cantidad de grasa en la alimentación de los infantes, sobre todo en los dos primeros años ya que tienen un importante rol en la densidad energética. El docosahexaenoico y el ácido araquidónico son sustancias que contribuyen al desarrollo cerebral, los cuales se obtienen de la leche materna, hígado, yema de huevo, carnes y otros alimentos. Las grasas saturadas como el aceite vegetal les otorgan una adecuada viscosidad a los alimentos, fortalecen la vaina de mielina y consecuentemente, la capacidad cognitiva del infante ⁽²⁸⁾.

e. Vitaminas

Se incluye en la dieta de los niños a partir del segundo semestre de vida, las vitaminas se encuentran en las frutas que el niño puede ingerir como zumo o papilla, las frutas rojas o amarillas proporcionan vitamina A, B y C, mientras que en las verduras se puede encontrar principalmente vitamina A. En la medida de lo posible, el niño no debe consumir verduras como las acelgas, nabos o remolacha ya que tienen un elevado contenido de nitritos, las verduras muy aromáticas como los espárragos. La ingesta de vitaminas que se recomienda a los lactantes menores de 6 meses es de 40mg/día y hasta los 12 meses de 50 mg/día (27).

f. Minerales

Para evitar un estado nutricional deficiente, se debe promover la ingesta de fuentes de hierro, de facilitadores de absorción y el uso de suplementos acorde a los requerimientos fisiológicos de cada etapa (28).

Generalidades sobre prevención de la anemia

Para lograr que el ser humano adquiera y practique conocimientos, es fundamental que previamente pase por un experimento, es decir que tenga un contacto directo mediante la conducta psicomotriz y los sentidos. Es poco certero esperar determinados conocimientos o prácticas, sin antes haber tenido la experiencia. La práctica consiste en la ejecución de destrezas adquiridas gracias a la experiencia, se evalúa de forma objetiva a través de la observación de la conducta que evidencia el individuo. La experiencia es esencial para la adquisición de conocimientos, de acuerdo a Bunge el conocimiento científico, permite determinar si los hechos son o no adecuados, siendo la experiencia la vía para que la humanidad conozca y entienda sucesos convencionales (28).

La madre debe alimentar a su hijo, siendo una de las muchas responsabilidades que tienen, en especial durante los primeros años de edad. La madre toma decisiones sobre la alimentación considerando también la intervención de las pautas recomendadas por el personal de salud para llevar a cabo prácticas beneficiosas, aunque también se presenta la influencia de los consejos familiares

que pueden basarse en una serie de creencias. Es importante que las madres tomen conciencia de que la alimentación no solo proporciona nutrientes a los niños, ya que también se transmite un comportamiento alimenticio. Cuando el niño come también aprende, experimenta, se comunica y juega, por lo que se deben elegir los alimentos más convenientes según su composición nutritiva ⁽²⁹⁾.

A) Lactancia materna exclusiva (LME)

Es vital al menos durante los primeros 6 meses, el niño que recibe LME, para recibir los nutrientes que necesita para crecer y desarrollarse de forma adecuada, por lo que se debe dar mayor énfasis en la promoción de dicha práctica. La leche materna proporciona al niño la lactoferrina, nutriente que fomenta el desarrollo cognitivo y sensorial, evita la ocurrencia de enfermedades infecciosas y previene la anemia. Desde los 6 meses, además de la leche materna se deberá incluir alimentos apropiados e inocuos, recomendablemente hasta que el niño cumpla 2 años. Para generar responsabilidad sanitaria y alimenticia, se articular el trabajo enfermero fomentando la adopción de buenas prácticas y ofreciendo asesoría sobre alimentación de calidad ⁽³⁰⁾.

El nutriente principal de los recién nacidos es la leche materna, la cual proporciona los nutrientes y energía necesaria para que el niño tenga un desarrollo normal, además es un importante protector de enfermedades e infecciones. Para garantizar una lactancia óptima, las madres requieren apoyo y en ese sentido, el UNICEF y la OMS sugieren que en los centros de salud se ejecuten acciones amigables para promocionar la LME ⁽³⁰⁾.

B) Alimentación del infante con enfoque preventivo

Los pures, papillas o mazamoras se incluye desde los seis meses, los cuales deben ser preparados con alimentos de origen animal con la sangrecita, el bazo, hígado, carne, entre otros; vegetales como la zanahoria, espinaca y zapallo; cereales como la sémola; frutas como la papaya, durazno o plátano; y grasas como el aceite de sacha inchi; se podría incluir menestras sin cascara. Para garantizar el cumplimiento del requerimiento nutricional, la alimentación

complementaria se debe ofrecer dos o tres veces al día, en una cantidad recomendada de 1/4 de plato mediano o hasta 5 cucharaditas ⁽³¹⁾.

Alrededor de los nueve meses, los alimentos deben presentarse con una consistencia diferente, pudiendo ser desmenuzado o picado. Además de ellos alimentos ya mencionados, se debe incorporar la yema de huevo; la porción recomendada es de $\frac{3}{4}$ de plato que sería el equivalente a una taza, la frecuencia de alimentación es de 4 comidas por día. Posterior a los 12 meses, se debería finalizar la continuidad de la leche materna ⁽³¹⁾.

Al cumplir el primer año de edad, se debe priorizar una alimentación con segundos, es decir, ya se puede compartir al niño de la olla familiar; para un adecuado desarrollo la frecuencia de alimentación debería ser de 5 veces al día, en una porción equivalente a $\frac{3}{4}$ del plato, quiere decir que el niño ya recibe las tres comidas principales y 2 refrigerios, uno a media tarde y otro a media mañana. Esta etapa, sus funciones metabólicas y digestivas han madurado lo suficiente como para tolerar una alimentación variada ⁽³¹⁾.

C) Suministro preventivo de hierro y micronutrientes

De acuerdo a la directiva sanitaria, se debe administrar a los infantes de hasta 3 con suplemento de hierro, de forma preventiva ⁽³²⁾. La suplementación oral con Sulfato o hierro polimaltoso por medio de gotas (2mg/día) inicia desde los 4 meses hasta un día antes de que el niño cumpla los 6 meses. Aunque se absorbe mejor entre comidas, incrementa los efectos secundarios como la diarrea o las náuseas, por lo que se sugiere administrarlo al menos una hora después de las comidas. El sulfato ferroso no debe ser combinado con agua o leche ⁽³³⁾.

Los micronutrientes se componen por pequeñas cantidades de hierro, zinc, ácido fólico y vitaminas A y C, que previenen enfermedades como la anemia. Lo cual ha motivado al MINSA para la integración continua y entrega gratuito de micronutrientes a la población menor de 36 meses a nivel nacional, la suplementación inicia a los 6 meses con un sobre diario de 1gr, el niño debería consumirlo hasta completar los 360 sobres ⁽³³⁾.

Rol de la enfermería en la prevención de la anemia

La enfermería cumple un rol fundamental en la minimización de los índices de anemia infantil. Aunque se trata de un trabajo multidisciplinario, la enfermería actúa como puente para la identificación y ejecución de acciones oportunas para la prevención y tratamiento, además las habilidades científicas del enfermero permiten la organización, segregación y evaluación de las características de riesgo para concretar seguimientos y consejería nutricional para la madre y todo su entorno familiar ⁽³⁴⁾.

Para prevenir la anemia, la intervención inicia con priorizar la LME, posteriormente al incorporar la alimentación complementaria se debe ofrecer a la madre una vigilancia específica, donde el enfermero además de su aporte profesional debe educar a la madre sobre el momento, tipo y características de los alimentos que se ofrecen al niño, ya que se trata de un proceso cronológico que deberían seguirse con seguridad y cuidado para seleccionar los mejores alimentos acorde a la edad del niño, cumplimiento los requerimientos de salubridad en todo momento ⁽³⁴⁾.

Así mismo, el profesional de enfermería tiene una participación crucial en la detección de la anemia, realizando las derivaciones pertinentes para resolver las sospechas a fin de dar inicio al control y seguimiento del niño anémico. Es fundamental, que desde los 6 meses el niño sea sometido a la prueba de hematocrito y hemoglobina, así como a un diagnóstico parasitario ya que podría agravar los daños y empeorar el cuadro de anemia. En caso de que se obtengan valores por debajo de 11gr/dl en la prueba de hemoglobina, la enfermera deberá derivar al paciente al área de medicina.

Cabe mencionar que, el profesional a cargo de la entrega de micronutrientes y suplementación preventiva con hierro es la enfermera, acción que debe acompañarse con asesoría sobre la importancia de su consumo, cumplir con el esquema de suplementación y pruebas posteriores para evitar la anemia; además dado que estos suplementos se consumen combinados con otros alimentos, es posible que ocasionen efectos secundarios. La entrega de micronutrientes

implementada por el estado en el primer nivel de atención, forma parte de la Estrategia Nacional contra la Anemia; evidenciando que, en la lucha contra la anemia, la enfermera debe trabajar bajo un enfoque promocional, preventivo e intervencionista ⁽³⁵⁾.

Es importante también que la enfermera proporcione consejería y orientación en base al principio de concientización con el propósito de generar cambios inmediatos, además deberá llevar a cabo visitas domiciliarias a los niños que no cumplan con su esquema de control, e implementar en su labor profesional cotidiana el concepto de prevención de la anemia.

CAPITULO III PLAN DE INTERVENCIÓN

3.1 JUSTIFICACIÓN.

Considerando que la anemia actualmente es un problema de salud pública debido a su gran incidencia, asimismo que los primeros 1000 días de vida son los esenciales para un futuro prometedor del infante, la anemia en edad temprana tiene consecuencias graves para vida, salud y el desarrollo del niño/a, sabiendo que los afecta particularmente el desarrollo cognitivo, la capacidad del aprendizaje y por tanto el rendimiento escolar y así como el potencial de desarrollo y capacidad productiva en la vida adulta. El presente trabajo se realiza por la necesidad de intervención en prevención de la anemia en madres de niños de 6 a 36 meses en el centro de salud de bellavista, abancay 2022. Porque se estima que el personal de enfermería cumple un papel importante en la atención a este grupo de edad (infantes) y que la fortaleza de la visita domiciliaria radica en lograr la relación estrecha con la familia para aconsejar a las madres que sigan las referidas indicaciones, así como asegurar que lleven a sus hijos a los controles de crecimiento y desarrollo, reciban sus vacunas y demás intervenciones en la lucha contra la anemia ⁽²⁸⁾. Por lo cual este trabajo permitirá revalorar la visita domiciliaria como herramienta de apoyo para el personal de salud de Enfermería y de esta manera se buscará detectar y recuperar a los menores que cuenten con síntomas de carencia de hierro, permitiendo completar la orientación realizada en la vigilancia de crecimiento y contribuyendo de esta manera a disminuir los temas de anemia presentados en el Centro de salud bellavista.

La importancia del hierro en el control y disminución, radica en que es un mineral que permite el adecuado funcionamiento del organismo y contribuye al óptimo desarrollo; diversos especialistas señalan que la anemia ferropénica tiene una relación estrecha con la depresión mental y motora que dificulta el desarrollo infantil, dado que se trata de una situación irreversible es fundamental realizar un diagnóstico oportuno.

La ejecución de este plan es importante porque permita conocer con cifras reales y actualizadas la magnitud del problema y los factores asociados, para aplicar las

medidas que permitan disminuir las complicaciones a futuro y la incidencia esta enfermedad que tanto afecta a los niños, población que representa el capital humano fundamental para el futuro desarrollo socioeconómico del país. En ese sentido, es esencial promover acciones que permitan a los niños llevar una vida de calidad bajo óptimas condiciones de nutrición y salud, ya que enfermedades suscitadas por deficiencia nutricional como la anemia, llegan a afectar seriamente su proceso de desarrollo y acarrear complicaciones funcionales como la disminución de la capacidad de aprendizaje, rendimiento físico y productividad.

3.2 OBJETIVOS

3.2.1 *Objetivo General*

Promover el presente plan de intervención la prevención de la anemia en madres de niños de 6 a 36 meses en el C.S. Bellavista, Abancay 2021.

3.2.2 *Objetivos Específicos*

- Establecer un padrón de niños de entre 6-36 meses con y sin anemia para su registro y buen seguimiento en el C.S. Bellavista.
- Identificar el patrón de las madres de los niños de 6 a 36 meses que se atendieron en el C.S. Bellavista.
- Concientizar a todo el personal de salud del C.S. Bellavista para la lucha contra la anemia.
- Educar a las madres las buenas prácticas de alimentación infantil, utilizando alimentos fuentes hierro en cantidades adecuadas, variados y nutritivos, que se encuentran disponibles en los mercados locales. Por medio de educación demostrativa y consejería nutricional brindada en el centro de salud, en los hogares y en la comunidad.

- Impulsar el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro en madres las que asisten al C.S. Bellavista.
- Instruir a las madres acerca del tratamiento oportuno contra la anemia.
- Implantar un mecanismo de seguimiento y medición de las intervenciones prioritarias para reducir y controlar la anemia infantil.
- Integrar y sensibilizar a la familia y sociedad en la importancia del cumplimiento del tratamiento de la anemia
- Sensibilizar a la madre en el adecuado cuidado y alimentación del infante con y sin anemia y como este beneficia.
- Socializar con el personal de salud el manejo terapéutico del infante con anemia para su seguimiento oportuno mediante las visitas familiares.
- Reforzar la intervención de enfermería en la prevención y seguimiento de la anemia en los infantes de 6 a 36 meses de edad.

3.3 METAS

En el presente plan de intervención se tiene primordial educar al 90 % de las madres de niños de 6-36 meses de edad para disminuir la anemia, madres que asisten al C.S. Bellavista.

3.4 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Tabla 1 programación de actividades

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLES
Se Instauro un padrón de niños de entre 6-36 meses con y sin anemia para su registro y buen seguimiento en el C.S. Bellavista.	Niños de 6-36 meses de edad	Padrón	100% de los niños(as) ubicadas del centro de salud Bellavista	Marzo del 2022	Lic. ENF.EDITH HUAMAN
Realizo un mapeo de forma sectorizada para la elaboración de un padrón nominal actual.					
Concientizo a las madres de los niños de 6-36 meses a la ubicación de su domicilio					
Se dispuso (stock) en el área de farmacia gotas y /o jarabes de sulfato ferroso, micronutrientes e insumos necesarios para el tamizaje de hemoglobina.					
Caracterizo a las madres de niños de 6 a 36 meses atendidos en el C.S. Bellavista.	Madres de niños de 6-36 meses de edad	Actas de reunión	100% de las madres de niños con anemia del centro de salud	Abril del 2022	Lic. ENF.EDITH HUAMAN
Conformaron reuniones de forma conjunta para la identificación de las madres de niños de 6-36 meses que acuden al C.S. Bellavista.					
Realizaron en conjunto el seguimiento en las actividades de tipo extramural					
Coordino con áreas de medicina para una cita adicional niños comprendidos en este grupo etario y fortalecer más sus conocimientos.					
Se Preparo y empodero a todo el personal de salud del C.S. Bellavista para la lucha contra la anemia.	Madres de niños de 6-36 meses de edad	Padrón de participantes	100% de las madres de niños con anemia del centro de salud	Abril 2022	Lic. ENF.EDITH HUAMAN
Capacito a todo el personal sobre la importancia de anemia para la prevención, Detección y Manejo de La					

Anemia en niños/as.					
Capacito a los promotores de salud, brigadas extramurales					
Enseño a las madres las buenas prácticas de alimentación infantil, utilizando alimentos fuentes hierro en cantidades adecuadas, variados y nutritivos, que se encuentran disponibles en los mercados locales. Por medio de educación demostrativa y consejería nutricional brindada en el centro de salud, en los hogares y en la comunidad.	Madres de niños de 6-36 meses de edad	Informes, capacitación, fotografías	100% de las madres de niños con anemia del centro de salud	Mayo del 2022	Lic. ENF.EDITH HUAMAN
Concientizo a las madres acerca de la importancia de la toma lactancia materna.					
Promovió de forma efectiva la alimentación a partir de los 6 meses de vida con alimentos fuentes de hierro.					
Impulso el consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro en madres las que asisten al C.S. Bellavista.	Informes de gestión	Padrón de participantes	Personajes con la eliminación de anemia	Junio 2022	Lic. ENF.EDITH HUAMAN
Concientizo a otras instituciones del distrito sobre la importancia de fomentar el consumo de alimentos caseros fuentes de hierro.					
Difundió de forma efectiva las instituciones involucradas acerca del consumo de alimentos ricos en hierro y el consumo de suplementos nutricionales que se otorga en el establecimiento de salud.					
Instruio a las madres acerca del tratamiento oportuno contra la anemia.					
Dispuso de un mecanismo de seguimiento y medición de las intervenciones prioritarias para reducir y controlar la anemia infantil.	Lista de participantes	Informes, capacitación, fotografías	Personal al 100% del centro de salud		

3.4.1 RECURSOS

3.4.2 Recursos materiales

- Proyector multimedia.
- Equipo de sonido
- 01 equipo de cómputo (laptop).
- Globos de color blanco y rojo.
- Plumones gruesos.
- Hojas bond.
- Cartulina de colores variados.
- Tijeras.
- Cinta masking.
- Papelotes.

3.4.3 Recursos humanos

- Jefe (a) del centro de salud
- Coordinadora de Enfermería
- Jefe Médico
- Profesionales de Enfermería responsables del área
- Técnicos de Enfermería
- Personal de laboratorio
- Químico Farmacéutico
- Personal de farmacia
- Digitador

3.5 EJECUCIÓN

Ante la problemática identificada en el C.S. Bellavista donde se reportan elevados índices de anemia, en especial en los infantes menores de 36 meses, condición que ha sido propiciada por una dieta pobre en alimentos fuentes de rico debido al desconocimiento o desinterés de los responsables del cuidado del niño por brindar alimentos de origen animal como el bazo o la sangrecita, la falta de administración de micronutrientes y principalmente por la falta de Recursos Humanos en el sector salud, para llevar a cabo un monitoreo y supervisión para el buen crecimiento y desarrollo infantil. Como profesional de la salud, la autora del presente plan ha realizado un diagnóstico situacional del problema para restaurar el bienestar de la población de 6-36 meses, en ese sentido formó un grupo de trabajo e integro a promotores de salud para llevar a cabo un seguimiento estricto de la adherencia a micronutrientes.

Esta intervención se realiza de forma mensual, donde participa todo el personal que labora en el centro de salud bellavista , donde cada uno interviene en sus familias , verificando adherencia al sulfato ferroso seguimiento de la anemia en infantes menores de 36 meses, también se les realiza la entrega del sulfato ferroso en casa a aquellos que por algún motivo no pudieron acudir al puesto de salud y en el caso del control de hemoglobina si tocara también se realiza en casa o se les cita para su atención en el puesto de salud.

Se realiza las actividades de actualización del padrón del infante con anemia para el mejor seguimiento oportuno de los niños menores de tres años. La intervención con autoridades y actores sociales se realiza de forma periódica previa coordinación y programación con ellos.

Se inicio con la capacitación del personal de salud, madres de familia y promotores para optimizar y fortalecer sus conocimientos y competencias. Los contenidos temáticos tratados fueron: la importancia de la evaluación CRED para una oportuna identificación de alteraciones o riesgos en el desarrollo y

crecimiento; así mismo se trató la Consejería Nutricional, para ayudar y guiar la toma de decisiones respecto al estado nutricional, de manera que se logre fortalecer las buenas prácticas y corregir las erradas.

Entre las principales acciones ejecutadas, destacan las siguientes:

TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA: Se realizó para identificar el diagnóstico y tipo de anemia, para proporcionar un tratamiento adecuado. El personal de salud a cargo de este tamizaje fue debidamente capacitado, por lo que se redujo al mínimo el margen de error. Es importante mencionar que, unos pocos centímetros o gramos pueden alterar el diagnóstico y obstaculizar la interpretación del progreso del infante.

LAVADO DE MANOS: Las madres fueron capacitadas en higiene básica enfocada al correcto lavado de manos que se realiza en un par de minutos, este método es eficaz para prevenir la presencia de bacterias, virus, transmisión de enfermedades e infecciones, que en ocasiones podrían conducir a la anemia.

PROFILAXIS ANTIPARASITARIA: Es fundamental dado que tiene influencia directa en el estado nutricional del infante, pues aumenta la pérdida de nutrientes como la vitamina A y el hierro.

LACTANCIA MATERNA: Dado que es la fuente principal de nutrientes, como de un aporte inmunológico y emocional, se debe promover su realización hasta los 6 meses de forma exclusiva.

SESIONES DEMOSTRATIVAS: Dirigido a las madres, se desarrollaron los contenidos educativos para enviar el mensaje de adopción de prácticas saludables en nutrición y alimentación. Así mismo, se promovió la participación en pequeñas ferias de alimentos orgánicos y locales que mejoran el estado nutricional del infante. Se realizaron también campañas de tamizaje de hemoglobina y para verificar el consumo de hierro y la suplementación con micronutrientes se contó con el apoyo con promotoras.

3.6 EVALUACIÓN

Para efectos del plan de intervención, las madres recibieron capacitaciones y visitas en sus hogares para realizar un seguimiento exhaustivo de la adhesión al tratamiento del niño diagnosticado con anemia. El rol de las madres en el estado de salud de los niños es relevante, dado que muchas veces la anemia surge por la falta de involucramiento y desconocimiento de las madres, lo cual se detectó por medio de opiniones y charlas, además el problema también se evidenció durante los tamizajes de hemoglobina.

Las actividades programadas se llevaron a cabo sin mayor dificultad, ya que la actualización del padrón de anemia y padrón nominal se realiza de manera mensual, las visitas domiciliarias mediante la sectorización y mapeo cada personal de salud en su sector también se lleva a cabo todos los meses donde cada uno interviene en el seguimiento del consumo de sulfato ferroso y la adherencia al hierro, brinda las consejerías nutricionales, brinda las sesiones educativas entre otras con la familia objetivo. Respecto al involucramiento de las autoridades y actores sociales, es un trabajo que se ha iniciado y se continúa realizando con activa participación de los mismos.

Al analizar los resultados del tamizaje, se obtuvieron valores bajos de hemoglobina, revelando que el desconocimiento sobre anemia evidenciado por las madres se relaciona con su nivel de instrucción y una necesidad de empoderamiento. Ante ese escenario, se planificaron las acciones y se intervino con la participación de profesionales en medicina, enfermería y psicología, para instruir por medio de tres módulos: Anemia, Alimentación rica en hierro y Buen trato. Las sesiones se realizaron durante tres sábados de 09:00 a 12:00 horas en el C.S. Bellavista, contando con la participación de madres de niños con y sin anemia.

En cuanto a las visitas domiciliarias, estas se realizaron por medio de un seguimiento constante y dotación de alimentos fuentes de hierro como el hígado, la sangrecita y el bofe.

CONCLUSIONES

- La intervención de enfermería dirigida a madres de niños de 6 a 36 meses, ha permitido resaltar la importancia de la prevención y del cuidado, por medio de actividades educativas que facilitaron la identificación de las necesidades e intervención de las condiciones que están perjudicando a la población infantil.
- A través de la intervención oportuna y el apoyo educativo, se pudieron identificar las atenciones y cuidados brindados por las madres que debían ser modificadas para contribuir al buen desarrollo de los infantes. La concientización de las madres fue posible gracias a las sesiones demostrativas, visitas domiciliarias y pequeñas ferias, que permitieron resaltar el beneficio y la importancia de los Micronutrientes y del consumo de alimentos origen animal con alto contenido de hierro.
- La intervención de enfermería dirigida a las madres de los niños de hasta 36 meses, logro obtener buenos resultados dado que se revirtió el porcentaje de anemia. Dejando en evidencia que la unión de esfuerzos y la disponibilidad de recursos humanos, contribuye a la buena salud de los infantes.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a las autoridades locales, continuar fomentando acciones que beneficien a la población infantil en estado de vulnerabilidad, en participación conjunta con empresas privadas para que sigan apoyando técnica y económicamente; pues para vencer a la anemia se requiere de la labor conjunta y planificada de los distintos sectores a nivel multidisciplinario.
- Al personal de salud encargado del monitoreo y de dar seguimiento a la anemia, se recomienda ofrecer consejería a las madres, priorizando temas como practicas preventivas, importancia del hierro en la dieta y de una alimentación de calidad, causas de anemia y sus consecuencias, cumplimiento del esquema de control y suplementación; para contribuir al optimo desarrollo del niño en sus primeros 36 meses de vida.
- Se recomienda a las madres de familia, mantener firme su compromiso con la salud y el bienestar de sus hijos, recordando la importancia de ofrecerles una dieta adecuada, incorporando alimentos fuente de hierro.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPITULO IV

1. UNICEF. La anemia como centro de atención. Organización mundial de la salud. 2005; (https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/La_anemia_como_centro_de_atencion_1.pdf): p. 3.
2. OMS. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. VMNIS. 2016; (http://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_status_summ).
3. Mendez K. Anemia ferropénica en embarazadas y su relación con recién nacidos a término de bajo peso en el Hospital Provincial General Latacunga. Tesis. Ambato: Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato; 2012. Report No.: <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/98>.
4. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017-2021. Minsa, Lima; 2021. Report No.: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>.
5. MINSA. Ministerio de Salud. [Online].; 2020 [cited 2022 Junio 27. Available from: <https://anemia.ins.gob.pe/situacion-actual-de-la-anemia-c1>.
6. INEI. Encuesta demográfica y salud familiar ENDES 2020 Lima; 2020.
7. Pazos S. Relación entre la anemia en niños y los conocimientos de alimentación saludable de los cuidadores. Consultorio24. Pascuales Junio 2015-Junio 2016. Tesis. Guayaquil: Universidad Católica de San tiago, Guayaquil; 2017. Report No.: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/7411/1/T-UCSG-POS-EGM-MFC-23.pdf>.
8. Coronel L, Trujillo M. Prevalencia de anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el Centro de Desarrollo Infantil de la Universidad de Cuenca. Cuenca, diciembre 2015 - mayo 2016. Tesis de titulación. Ecuador: Universidad de Cuenca, Facultad de ciencias médicas; 2016.
9. 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 Cuzubamba de Cayambe. Tesis. Universidad Regional Autónoma de los Andes "UNIANDÉS", Tulcan; 2016. Report No.: <https://dspace.uniandes.edu.ec/bitstream/123456789/3601/1/TUTENF005-2016.pdf>.
10. Coronel L, Trujillo M. Prevalencia de Anemia con sus factores asociados en niños/as de 12 a 59 meses de edad y capacitación a los padres de familia en el centro de desarrollo infantil de la Universidad De cuenca. Tesis. Cuenca:

Universidad De Cuenca, Cuenca; 2016. Report No.:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25042/1/TESIS.pdf>.

11. Flores M. Conocimiento sobre Anemia Ferropenica en madres de niños de 1-11 meses que acuden al consultorio CRED, Centro de Salud Magdalena,. Tesis. Lima: Universidad Federico Villareal, Lima; 2018. Report No.:
http://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/UNFV/3085/UNFV_FLORES_RAMOS_MONICA_YANET_TITULO_PROFESIONAL_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
12. Sandoval C. Impacto del plan de intervenciones sectoriales en la modificación de conocimiento en madres y reducción de anemia en niños menores de 5 años. Trujillo: Universidad Cesar Vallejo; 2019.
13. Bernuy J, Cifuentes Y, Rojas A. Efectividad de una intervencion educativa en el nivel de conocimientos de las madres de niños de 6 a 23 meses sobre anemia ferropenica. Lima: Cayatenao Heredia; 2017.
14. Ramos K. Medidas Preventivas que realizan las madres sobre anemia ferropenica en niños de 6 meses a 2 años de edad centro de salud "San tiago Apostol". Tesis. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Lima; 2017. Report No.:
<http://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/upsjb/1263/T-TPLE-Katherine%20Geraldine%20Ramos%20Torrejon.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
15. Pender N. El cuidado. [Online].; 2012 [cited 2022 Junio Lunes. Available from: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/nola-pender.html>.
16. Teorias de enfermeria. Teoría de enfermería Nola Pender. [Online].; 2014 [cited 2022 Junio Lunes. Available from: <http://teoriasenfermeras.blogspot.com/2013/06/teoria-de-la-enfermeria-modelo-de.html>.
17. Pender N. Aplicación del modelo de Nola Pender a un adolescente con Sedentarismo. [Online].; 2010 [cited 2022 Junio Lunes. Available from: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/94>.
18. Jill E. The definition of anemia: what is the lower limit of normal of the blood hemoglobin concentration? Blood. 2015 Julio; 5(<https://ashpublications.org/blood/article/107/5/1747/133380/The-definition-of-anemia-what-is-the-lower-limit>).
19. Janus J, Moerschel S. Evaluation of Anemia in Children. American Family Physician. 2010 Junio; 81(12):1462-1471(<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2010/0615/p1462.html>).
20. Davila C, Paucar R, Quispe A. Anemia Infantil. Revista Peruana de Investigacion Materno Perinatal. 2018 Agosto; 1,2(DOI <https://doi.org/10.33421/inmp.2018118>).

21. Mamta U. Etiology of severe anemia amongst adolescent children. *Indian J Pediatr.* 2012 Marzo; 79(3):401(doi: 10.1007/s12098-011-0662-z.).
22. Nassin M, Lapping G, Jong J. Anemia in the Neonate: The Differential Diagnosis and Treatment. *Pediatr Ann..* 2015 Julio; doi: 10.3928/00904481-20150710-08(44(7): e159–e163.).
23. Maeyer E. Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care : a guide for health administrators and programme managers. World Health Organization. 1989;(https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39849/9241542497_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
24. Fulgoni V, Agarwal S, Kellogg M, Lieberman H. Establishing Pediatric and Adult RBC Reference Intervals With NHANES Data Using Piecewise Regression. *Am J Clin Pathol..* 2019 Enero; 151(2): 128–142(doi: 10.1093/ajcp/aqy116).
25. Cari Y, Quispe Y. Conocimientos y prácticas sobre la anemia ferropénica en madres con niños de 6 a 24 meses de edad del Puesto de Salud Escuri, Juliaca – 2017. Juliaca: Universidad Peruana Union, Juliaca; 2017. Report No.:
https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UEPU_b56ab3b7b3054ac33a282f9628329a1c.
26. Matthew W DJ. Iron deficiency anemia: evaluation and management. *American Family Physician.* American Family Physician. 2013; 2013;87(2):98-104(https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/0115/p98.html).
27. Hernandez A. “Bases para una alimentación complementaria adecuada de los lactantes y los niños de corta edad”. *Revista anales de pediatría.* 2006; DOI: 10.1157/13094263(https://www.analesdepediatría.org/es-bases-una-alimentacion-complementaria-adecuada-articulo-13094263).
28. Reynaud A. Requerimientos nutricionales en el niño: micronutrientes. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2001;(http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322014000200010).
29. Cespedes M. Conocimientos sobre la anemia y las prácticas alimenticias que tienen las madres para la prevención de la anemiaferropénica en niños de 6 a 24 meses Centro de Salud Materno Infantiltablada de Lurin. Tesis. Lima: Universidad Nacional de san Marcos, Lima; 2010. Report No.:
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1050/Cespedes_sm.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
30. Minsa. Reglamento de Alimentación Infantil.. *Somos lecheros.* 2010;(http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4922.pdf).

31. Tolonen M. "Vitamins and minerals in health and nutrition. 1990;(https://www.sciencedirect.com/book/9781855732773/vitamins-and-minerals-in-health-and-nutrition).
32. Marquez J. Nivel de conocimientos sobre la Anemia Ferropénica que tienen las madres de niños de 1 a 12 meses que acuden al Centro de Salud Micaela Bastidas, 2007. Tesis. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima; 2008. Report No.: https://core.ac.uk/reader/323341370.
33. MINSA. Programa Mundial de alimentos felicita al Peru por incorporar arroz fortificado en lucha contra la anemia. [Online].; 2018 [cited 2022 Junio Lunes. Available from: <https://web.ins.gob.pe/index.php/es/prensa/noticia/programa-mundial-de-alimentos-felicita-al-peru-por-incorporar-arroz-fortificado-en>.
34. Código de Ética y deontología. Colegio Médico del Perú; 2014. Report No.: https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf.
35. Minsa. [Online].

ANEXOS

Anexo 1 tablas auxiliares

Tabla 2 Establecimientos de Primer nivel

DISTRITOS	I-4	I-3	I-2	I-1	TOTAL	POBLACION
Carlos Ayestas la Torres	1				1	28,477
Bellavista		1			1	12,358
Circa			1		1	440
Lucuchanga			1		1	406
Pichirhua				1	1	572

Fuente: centro de salud Bellavista

Tabla 3:Establecimiento de primer nivel

ANEXOS	I-4	I-3	I-2	I-1	TOTAL	POBLACION
Accopampa				1	1	472
Allpachaca				1	1	199
Anchicha				1	1	142
Auqui bamba				1	1	487
Chacoche				1	1	190
Chalhuani				1	1	768
Cotarma				1	1	339
Huayllabamba				1	1	1043
Huirahuacho				1	1	153
Karcatera				1	1	496
Ocobamba				1	1	560
Ocrabamba				1	1	256
Piscaya				1	1	174
Quisapata						506
Tamburqui						808
Taquebamba						651

Fuente: centro de salud Bellavista

Tabla 4: Equipo de Salud

Profesionales	Cantidad	Características
Médicos	04	02 nombrados
		02 contratados
Licenciados en enfermería	09	09 nombrados
Obstetras	04	03 nombrados
		01 contratados
Odontólogos	02	02 nombrados
Laboratorio	02	02 contratados
Técnicos	10	10 nombrados
Farmacia	01	01 contratado
Personal digitador SIS	03	03 contratados
Personal HISS	01	01 contratado
Limpieza	01	01 contratado
Guardianía	02	01 contratado
		01 nombrado

Tabla 5 programa de capacitación para el tratamiento de la anemia
(causas y consecuencias)

SESION DEMOSTRATIVA-I	
TEMA	ANEMIA- CAUSAS Y CONSECUENCIAS
OBJETIVO	Proporcionar una definición clara y comprensible al nivel socio cultural de la población participante.
TIEMPO	Entre 45 a 60 min.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyector multimedia. ▪ Equipo de sonido ▪ 01 laptop. ▪ Hojas bond. ▪ Globos de color blanco y rojo. ▪ Cartulina de colores ▪ Tijeras ▪ Plumones gruesos ▪ Cinta masking ▪ Otros
CAPACITADOR:	LICENCIADA EN ENFERMERIA

Tabla 6 : programa de capacitación para el tratamiento de la anemia
(nutrición)

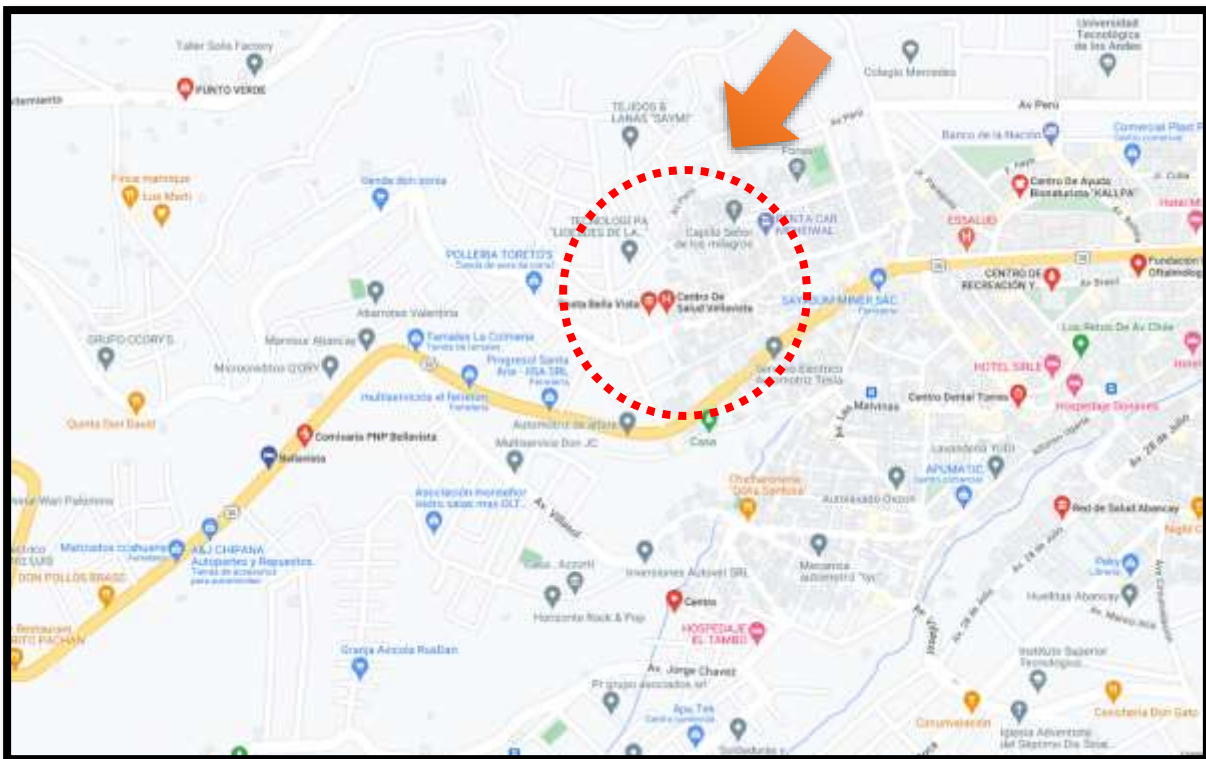
SESION DEMOSTRATIVA-II	
TEMA	MEJORA DE LA ALIMENTACIÓN (NUTRICIÓN) DE MI HIJO
OBJETIVO	Brindar instrucción a la madre sobre cómo alimentar de forma adecuada a hijos, para lograr prevenir o recuperar de la anemia.
TIEMPO	60 a 90 min.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyector multimedia. ▪ Equipo de sonido ▪ 01 laptop. ▪ Hojas bond. ▪ Globos de color blanco y rojo. ▪ Cartulina de colores ▪ Tijeras ▪ Plumones gruesos ▪ Cinta masking ▪ Otros
CAPACITADOR:	LICENCIADA EN ENFERMERIA

Tabla 7 : programa de capacitación para el tratamiento de la anemia
(cuidados y atención)

SESION DEMOSTRATIVA-III	
TEMA	MADRES MOTIVADAS PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE LOS NIÑOS MENORES A 3 AÑOS.
OBJETIVO	Lograr la sensibilización y el compromiso de las madres para que participen activamente en la atención y el cuidado de los niños.
TIEMPO	90 a 120 min.
MATERIALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyector multimedia. ▪ Equipo de sonido ▪ 01 laptop. ▪ Hojas bond. ▪ Globos de color blanco y rojo. ▪ Cartulina de colores ▪ Tijeras ▪ Plumones gruesos ▪ Cinta masking ▪ Otros
CAPACITADOR:	LICENCIADA EN ENFERMERIA

Anexo 2: panel fotográfico

Gráfico 1: Ubicación del Centro de Salud.



Sesión demostrativa





