

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADHERENCIA DE LA  
ADMINISTRACION DE SULFATO FERROSO EN LA PREVENCION DE  
LA ANEMIA A MADRES DE NIÑOS MENORES DE 1 AÑO EN EL  
PUESTO DE SALUD VILCACOTO, HUANCAYO - 2019**

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

**ELIZABETH LUZ BARRERA GUTIERREZ**

**Callao - 2020**

**PERÚ**



## HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

### MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO                      PRESIDENTA
- DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA                              SECRETARIA
- MG. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO                      VOCAL

**ASESORA:** DRA. ANA ELVIRA YAMUNAQUE MORALES

Nº de Libro: 04

Nº de Acta: 62-2020

**Fecha de Aprobación de la tesis:** 14 de Marzo del 2020

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

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN .....	2
I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	5
II. MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO.....	7
<b>2.2. BASES TEÓRICAS .....</b>	<b>16</b>
III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA .	29
<b>3.1. JUSTIFICACIÓN.....</b>	<b>29</b>
<b>3.3. METAS.....</b>	<b>30</b>
<b>3.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES .....</b>	<b>31</b>
<b>3.5. RECURSOS.....</b>	<b>36</b>
IV. CONCLUSIONES.....	39
Se logra mejorar la adherencia de la administración de sulfato ferroso en la prevención de la anemia en niños menores de un año, en el Puesto de Salud Vilcacoto.....	39
V. RECOMENDACIONES .....	40
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	41
VII. ANEXOS .....	43

## INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo académico titulado Intervención de Enfermería en la adherencia de la administración de sulfato ferroso en la prevención de la anemia a madres de niños menores de un año en el Puesto de Salud de Vilcacoto – Huancayo 2019.

Tiene como objetivo garantizar la adherencia de la administración de sulfato ferroso en la prevención de la anemia, con la finalidad de disminuir casos de anemias en niños menores de un año, motivo por el cual nos reunimos todo el personal de salud para realiza el trabajo en equipo y lograr disminuir los casos de anemia, e implementar un plan de intervención de enfermería para mejorar la adherencia del sulfato ferroso en los niños menores de un año ya que la anemia constituye un problema en salud publica en el Perú.

Durante mi labor profesional en los diferentes establecimientos de salud pertenecientes a la Red de Salud Valle del Mantaro-Junín, el puesto de salud de Vilcacoto cuenta con el equipo completo de profesionales del nivel I-2 como son 1 medico, 1 enfermera, 1 obstetra, 1 odontólogo, y un técnico de enfermería como Lic. en Enfermera asistencial, tengo a mi cargo la jefatura del establecimiento ,en la que se realiza trámites administrativos y otros y la responsabilidad de llevar todas las estrategias ligados a la enfermería como son. El articulado nutricional que integra todo el paquete niño como son Cred, nutrición, inmunizaciones, y otros. Teniendo mucha carga laboral.

Nuestra población cuenta con 3450 habitantes, de todo ello distribuidos por grupo etareo teniendo niños menores de 1 año 36 de las cuales todos en su mayoría asisten para sus controles de crecimiento y desarrollo y otras atenciones y actividades que lo necesitan. De todo lo expuesto en lo referente de los casos de anemia en el 2019 tuvimos 8 casos de anemia entre leve y moderada haciendo un 22.2% de niños captados al termino del

año salieron de alta 5 niños recuperados, quedando 3 niños en seguimiento, para ello se trabajó con el equipo multidisciplinario del anexo donde están incluido cuna mas, vaso de leche, promotoras de salud y las facilitadoras de la meta 4 con el trabajo conjunto de la municipalidad de Huancayo.

La anemia es un trastorno en el cual se produce una disminución en el número de glóbulos rojos lo cual se reflejara con un descenso en la cifra de hemoglobina. y es uno de los problemas nutricionales de mayor magnitud, a pesar de conocer tanto sobre sus causas es un problema de salud con falta de control, trayendo serias consecuencias en la salud presente y futura del niño en diferentes áreas: Inmunológico, intestinal, conductual, física, metabólica y a nivel del sistema nervioso donde el daño es permanente.

(Marquéz, 2008) La anemia se clasifica en: Leve entre 10.0 a 10.9 g/dl, moderada entre 7.0 a 9.9 g/dl y severa cuando los valores son inferiores a 7.0 g/dl.

(MINSA, 2017). La organización mundial de salud en sus últimos datos estadístico refiere que 800 millones (41,7%) de niños menores de 5 años en el mundo tiene anemia (OMS,2016) En el Perú, la Encuesta Nacional Demográfica de Salud, nos dice que la anemia afecta a cuatro de cada diez niñas y niños menores de tres años de edad (46,6%), es mayor en el área rural (51,9%) que en el área urbana (44,7%), en Junin en un 57% al 2019

(Cuellar, 2019) Según la Organización Mundial de la Salud, citado por ENDES, nos dice que la anemia por deficiencia de hierro genera alteraciones del desarrollo cognitivo en los niños, por ello es vital emplear la suplementación con hierro para prevenirla, siendo esta una intervención de comprobada eficacia para reducir la prevalencia de anemia.

(ENDES, 2018). La norma técnica para el manejo preventivo de la anemia en niños establecido por el Ministerio de Salud, nos refiere que el tratamiento preventivo con gotas de sulfato ferroso inicia oportunamente entre los 3 meses y 20 días y 4 meses 10 días de vida hasta cumplir los 6 meses de edad en niños nacidos a término, para los prematuros, la terapia

preventiva iniciara a partir de los 30 días de vida, finalizando con un dosaje de hemoglobina para verificar la eficacia del tratamiento, siendo considerado normal los valores mayor o igual a 11.0 g/dl (MINSA, 2017).

## **I. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) es necesario salvaguardar a los niños de la anemia, ya que esta les genera cansancio, decaimiento, inapetencia, deficiencia de concentración, entre otros.

La región Puno presenta la mayor prevalencia de anemia con 67.7 %, que afecta a la mayor parte de los menores entre 6 y 36 meses, lo que equivale a que siete de diez niños padecen de esta enfermedad, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2018; por otro lado tenemos a Junín que el índice de anemia se incrementa de 53.3% a 57% específicamente en Huancayo que afecta a menores de 6 y 36 meses, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 11 de Febrero del 2019. Este problema es de suma importancia para disminuir la anemia en los niños mediante un control que se ejecuta haciendo visitas domiciliarias, consejerías nutricionales, sesiones educativas y demostrativas.

El Perú al igual que otros países de Latinoamérica ha implementado varias políticas y programas de salud con el objetivo de reducir la incidencia de anemia, entre ellos la suplementación de sulfato ferroso en jarabe, multimicronutrientes (chispitas), aun así, se muestran índices altos de anemia, podríamos atribuir que existen problemas en la adherencia al sulfato ferroso en jarabe y al suplemento con multimicronutrientes.

En otro estudio realizado para determinar el nivel de adherencia a los multimicronutrientes en 12 departamentos del Perú concluyen que el 24.4% de niños(as) entre los 6 a 35 meses atendidos en establecimientos de salud que recibieron suplementos con multimicronutrientes, fueron adherentes.



En vista de que solo el 24.4% de los niños salieron del cuadro de anemia, se hace necesario tomar medidas más rigurosas para que el indicador en porcentaje pueda incrementarse y la asimilación del sulfato ferroso en sus distintas presentaciones sea efectiva.

El MINSA plantea como estrategia el plan nacional de lucha contra la anemia y desnutrición crónica infantil del año 2017 al año 2021 con 15 intervenciones específica para reducir los índices de anemia, las cuales son: actividades educativas y demostrativas, tratamiento y prevención de la anemia, control de crecimiento y desarrollo infantil, visita domiciliaria, administración preventiva de vitamina A, cumplimiento del calendario de vacunación, administración de Hierro y Ácido Fólico en el embarazo y adolescentes, desparasitación a escolares y familia, promoción de la ingesta de agua tratada y medidas de higiene, consumo de yodo en sal y alimentación saludable.

Por lo siguiente la problemática nos permite enfocar la necesidad de la intervención de enfermería para el cumplimiento efectivo en la asimilación del sulfato ferroso en los niños menores de 3 años.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

#### 2.1.1. A NIVEL INTERNACIONAL:

**Laura G. 2017** “Adherencia a la suplementación con Sulfato Ferroso en gotas de madres con lactantes de 4 meses, Centro de Salud I-3”. Tuvo como objetivo principal determinar la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en gotas de madres con lactantes de 4 meses, Centro de Salud I-3 Coata, concluyendo que más de la mitad de las madres con lactantes de 4 meses tienen adherencia al suplemento con sulfato ferroso en gotas, también que en la pre evaluación, la mayoría de lactantes tenían un nivel de hemoglobina por debajo de los parámetros normales, asimismo, en la pos evaluación, cerca de la mitad de lactantes incrementaron su nivel de hemoglobina llegando a parámetros normales y después de 2 meses de suplementación con sulfato ferrosos en gotas, más de la mitad de lactantes presentaron una variación de hemoglobina  $\geq 1.4$  g/dl, que significa un ascenso positivo, lo que determina la adherencia. Del mismo modo recomienda realizar sesiones demostrativas dirigidas a madres sobre la adecuada práctica de la suplementación del sulfato ferroso en gotas.

**Pita Rodríguez Gisela y col 2016** Estudió el progreso de la reducción de anemia en niños(as) de un año durante dos periodos de tiempo 2005 y 2007, en la Ciudad de La Habana, evaluando el estado nutricional del Fe mediante indicadores

bioquímicos y hematológicos, para ellos realizó las determinaciones de Hemoglobina, índice de distribución de eritrocitos, volumen corpuscular medio, ferritina, proteína C reactiva, receptores de Trans-ferrina y zinc protoporfirina. Concluyen que en el año 2005 presentó una prevalencia de anemia de 44.8%, mientras que en el año 2007 fue de 29.1%, siendo este último estudio mayor en Hemoglobina y volumen corpuscular medio. No se encuentran diferencias significativas en cuanto a la deficiencia del hierro, en las dos etapas se encontró elevación de las mismas. Asimismo se observó una disminución significativa de la prevalencia llegando a un 15.7% comprendidos entre 10 a 14 meses, también hubo una disminución de los indicadores hematológicos, a pesar de ello las reservas de hierro continuaron deficientes (2).

**Lanicelli.2015.** Realizó un estudio en niños menores de 6 meses sobre la prevalencia de anemia, sus variaciones y los posibles factores asociados durante los años 2010-2015. Teniendo como muestra a 363 niños con edades comprendidas entre 4 y 5 meses de edad. Analizó la asociación entre anemia y tipo de alimentación (exclusiva o complementaria), asimismo consideró el tipo de parto el sexo, también se compararon las medidas del peso al nacer y la puntuación x de peso para la edad, talla para la edad y peso para la talla, en relación a los niños anémicos contra los no anémicos. De toda la muestra de estudio fue el 28.9% de los niños presentaron anemia y la prevalencia fue significativamente mayor en los varones (38.3%) en comparación al de las mujeres. Concluyó que no hubo diferencias significativas según el tipo de parto ni de

alimentación, asimismo, en relación al peso al nacer fue significativamente menor en los anémicos en comparación con los no anémicos. Se concluye que la prevalencia de anemia durante el año 2010 fue el 37.8% y en el 2015 fue el 20.3% encontrándose un descenso significativo. Siendo mayor en varones y en niños nacidos con bajo peso y bajo índices antropométricos.

**Baqui A. 2015** realizó el estudio titulado: “Efecto del programa de intervención nutricional en la India”. El objetivo fue determinar el efecto del programa de intervención nutricional basada en visitas domiciliarias sobre un sector, a diferencia de un grupo control. La metodología utilizada fue de tipo explicativo, cuasi-experimental, porque se manipuló la variable independiente, sobre la variable dependiente. Los resultados mostraron que en la comunidad donde se incrementó el número de visitas domiciliarias de 16% a 56% en el periodo prenatal y de 3% a 39% en el periodo posnatal, también se incrementó la frecuencia de prácticas de atención materna y neonatal. Por lo que se concluyó que las visitas domiciliarias potencian el efecto de la disminución de muertes neonatales indicando la efectividad de la estrategia mencionada.

**Farfán A. 2013**, realizó la investigación titulada: “Adherencia de las madres a la suplementación de niños de 6 a 59 meses de edad, con micronutrientes espolvoreados, en las comunidades Suchiquer y Colmenas del Municipio de Jocotán departamento de Chiquimula, en el país de Guatemala”, cuyo objetivo fue evaluar la adherencia de madres a la suplementación de sus hijos (de 6 a 59 meses

de edad) con micronutrientes espolvoreados en dos comunidades del municipio de Jocotán del departamento de Chiquimula, así como evaluar los principales factores que influyen en ella. Fue un estudio de tipo descriptivo, comparativo y transversal. Los resultados obtenidos indican el bajo porcentaje de adherencia a la suplementación con micronutrientes espolvoreados en ambas comunidades. El factor predominante para que las madres se clasificaran como no adherentes, fue que dejaron de dar micronutrientes espolvoreados cuando sus hijos enfermaron. Los factores que presentaron mayor correlación con la existencia de una baja adherencia fueron: la entrega no puntual de los 21 micronutrientes espolvoreados a las madres y consideraron que el uso de estos suplementos es “fácil”. Las madres con algún grado de estudios, tenían 5 veces mayor oportunidad de tener buena adherencia. Se concluyó en que se debía mejorar los procesos de abastecimiento, entrega, distribución puntual y universalización de las marcas de micronutrientes espolvoreados es fundamental si se desea mejorar las tasas de adherencia

**Azeredo, Cotta, Da Silva, Francaschinni, Sant’Ana y Lamounier 2013** en Brasil, realizaron un estudio titulado “Problemas de adherencia al programa de prevención de anemia por deficiencia de hierro y suplementación con sales de hierro en la ciudad de Viçosa, Minas Gerais”, que tuvo como objetivo analizar la comprensión de las madres y las personas responsables de los bebés que toman suplementos de sulfato ferroso sobre la anemia y sus consecuencias, evaluadas según el nivel de cumplimiento

de los suplementos. Se realizó un estudio poblacional prospectivo, cualitativo y cuantitativo con niños no anémicos que no tomaban suplementos para recibir suplementos profilácticos con sulfato ferroso durante seis meses. Después de seis meses, hubo adherencia a la suplementación. Entre los 133 niños inicialmente elegibles para el estudio, 97 regresaron para la segunda evaluación. De estos, 4 tuvieron anemia durante el seguimiento y comenzaron el tratamiento y otros 3 fueron traídos por personas que no pudieron proporcionar información sobre el uso del suplemento. El 56.7% de los niños y el bajo cumplimiento mostraron una alta adherencia. El 3% interrumpió la suplementación debido a la falta de orientación y apoyo del servicio de salud. Las madres y las personas responsables de los dos grupos (alta y baja adherencia) manifestaron poco conocimiento sobre la anemia, su prevención y las consecuencias para la salud del niño. Se necesita más información sobre la anemia por deficiencia de hierro, el seguimiento de rutina por parte de los profesionales y la evaluación de la percepción de las personas involucradas en la administración de suplementos de hierro.

**Christensena, Sguasserob y Cuestab** (2013) (citado en Munares y Gómez, 2016) (citado en Instituto Nacional de Salud, 2015, p.91) en Argentina, realizaron un estudio titulado “Anemia y adherencia a la suplementación oral con hierro en una muestra de niños usuarios de la red de salud pública de Rosario”. Cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de la anemia en una muestra de niños, describir el uso de suplementos de hierro en los niños y detallar las variables potencialmente relacionadas con la adherencia de

las madres a la administración oral del hierro. Se realizó un estudio transversal que incluyó a madres y niños menores de 42 meses. Los resultados fueron: Participaron 325 pares de madres y niños. La prevalencia global de anemia fue del 40% y aumentó hasta un 56% en el grupo de 6 a 23 meses. El 51% de las madres refirieron que su hijo había tomado hierro alguna vez. La adherencia de las madres a la administración del hierro fue mayor en los niños sin anemia en comparación con los niños con anemia (OR 0,28; IC 95% 0,1 a 0,69). La no tolerancia digestiva del niño y el olvido de la madre (38% y 36%) fueron las razones por las cuales los niños no eran adherentes. El estudio concluye que: La prevalencia de la anemia infantil fue alta y se observó menor adherencia de las madres a la administración del hierro en el grupo de niños con anemia.

#### **2.1.2. A NIVEL NACIONAL:**

**Milla L. 2016**, realizó el estudio titulado: “Efecto de las visitas domiciliarias en el consumo adecuado de los multimicronutrientes y nivel de hemoglobina de los niños de 6 a 36 meses del Sector B y C de Pachacútec Ventanilla-Lima, en el periodo febrero-julio 2014”. El objetivo fue determinar el efecto de las visitas domiciliarias en el consumo adecuado de los multimicronutrientes y nivel de hemoglobina de los niños de 6 a 36 meses del Sector B y C de , en el periodo febrero-julio 2014. La metodología utilizada fue de tipo cuantitativa, descriptiva, longitudinal y prospectiva. Participaron 14 niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, quienes han sido suplementados con los multimicronutrientes sin necesidad de padecer anemia. Para la realización de visitas domiciliarias se

utiliza el formato normado por la Directiva Sanitaria del MINSA, en donde se encuentran preguntas dirigidas a las madres para conocer el consumo diario de los multimicronutrientes, y se empleó un fotómetro para determinar el nivel de hemoglobina que presentaron los niños, en dos momentos (al inicio y al final de la investigación). Los resultados al finalizar las visitas domiciliarias que se encontraron fueron que el 100% de participantes consumieron adecuadamente los multimicronutrientes y los grupos de niños y niñas que tenían anemia aumentaron sus niveles de hemoglobina. Concluyendo que las visitas domiciliarias produjeron un efecto positivo sobre el consumo adecuado de los multimicronutrientes y la disminución de la anemia en los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad de Pachacútec.

**Hinostroza M. (2015)**, investigación titulada: “Barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con MMN en madres de niños menores de 36 meses, cercado de Lima”, el cual tuvo como objetivo: conocer las barreras y motivaciones en el nivel de adherencia a la suplementación con MMN en madres de niños menores de 36 meses del cercado de Lima. El método que se utilizó fue: estudio de enfoque mixto, la fase cuantitativa tuvo un diseño observacional, descriptivo, retrospectivo de corte transversal y la fase cualitativa, con 968 madres de niños menores de 36 meses, cuya primera recepción del suplemento fue entre diciembre del 2013 y mayo del 2014 para el enfoque cuantitativo y 30 madres de niños menores de 36 meses de la muestra cuantitativa para el enfoque cualitativo. Los resultados indicaron que el 8.5% de madres de niños menores de 36 meses (n=884) tuvo una alta adherencia y el 91.5%, baja adherencia. Ambos grupos se olvidaron por lo menos una vez de dar el MMN. Conclusiones:



una de las barreras en las madres de baja adherencia fue el desagrado constante de los niños al MMN, una de las motivaciones de las madres de alta adherencia fue obtener el bienestar del niño y la persistencia de actores claves. Las barreras presentes en ambos grupos fueron las creencias populares, malestares del suplemento y dificultades para recogerlo. Las motivaciones en los dos grupos fueron la accesibilidad al establecimiento de salud, los beneficios del suplemento, la opinión positiva del estilo de comunicación del personal de salud, los saberes de la madre sobre la suplementación y la influencia positiva de los familiares.

**Espichán P. (2012)**, realizó la investigación titulada: "Factores de adherencia a la suplementación con sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses, de asentamientos humanos del Distrito de San Martín de Porres-Lima", el cual tuvo como objetivo determinar los factores de adherencia a la suplementación con Sprinkles asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 60 meses de asentamientos humanos del distrito de San Martín de Porres (SMP). El método que se utilizó fue descriptivo de prevalencia y asociación cruzada, transversal y observacional, aplicado en la jurisdicción del distrito de SMP. Los participantes fueron: 112 niños y niñas de 6 meses a 60 meses que recibieron suplementación con Sprinkles, beneficiarios del "Programa de Lucha Contra la desnutrición infantil", de 10 asentamientos Humanos, de la jurisdicción de la Municipalidad de San Martín de Porres. Los resultados fueron que el incremento de hemoglobina fue en 65% de niños y niñas, El factor de adherencia que influyó estadísticamente en el incremento de hemoglobina asociado al consumo del MMN fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento, con un

( $\chi^2=0.020$ ), en el resto de factores no hubo asociación significativa. Conclusión: El factor que influyó en la adherencia al tratamiento fue el factor relacionado a la persona que suministra el tratamiento.

**Munares O. Gómez G. (2016)**, realizaron la investigación titulada “Adherencia a MMN y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Lima-Perú” cuyo objetivo fue considerar la adherencia a los MMN y los factores asociados. Los métodos fueron: estudio epidemiológico de vigilancia activa por sitios centinela en 2.024 niños entre los 6 hasta los 35 meses atendidos en establecimientos de MINSA. Se realizaron visitas domiciliarias, en las cuales se aplicaron el conteo de MMN, que determinó la adherencia al consumo  $\geq 90\%$  de sobres, y un formulario sobre los factores asociados (conocimiento sobre anemia, alimentos ricos en hierro, efectos secundarios, esquema de dosis, medicamentos consumidos y motivación). Los resultados fueron: 79,1% tenían entre 6 a 23 meses, 75,9% recibieron MMN y la adherencia fue del 24,4%. Los factores: seguir con la suplementación; no tener náuseas no tomar antibióticos e intenciones de seguir con el tratamiento se asociaron a la adherencia. La conclusión es que hubo una baja prevalencia de adherencia para un punto de corte exigente ( $\geq 90\%$  sobres de MMN consumidos) y los factores asociados están relacionados con ausencia de infecciones, efectos secundarios y creencias de la madre.

**Cutipá B. Salomé N. (2016)**, efectuaron la investigación titulada “Factores de adherencia a la suplementación con Nutromix asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses, en el centro de salud Chupaca- 2015 en

Huancayo” cuyo objetivo fue determinar los factores de adherencia a la suplementación con Nutromix asociados al incremento de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses atendidos en el Centro de Salud de Chupaca. El tipo de estudio fue descriptivo correlacional, de diseño pre experimental. La muestra intervenida fue de 40 niños de 6 meses y menores de 3 años que fueron suplementados con MMN desde abril a setiembre del 2015. Para determinar los factores de adherencia a la suplementación al incremento de hemoglobina, se aplicó el Test de adherencia a la suplementación, los resultados indicaron que el incremento de hemoglobina fue en 47.5% de niños y niñas. En la evaluación de la significación de los factores asociados al incremento de la hemoglobina en niños de 6 a 36 meses, resultó el factor relacionado a la persona que suministra el suplemento el de mayor influencia, la prueba Chi demostró, que los factores relacionados con la persona que suministra el suplemento están asociados al incremento de hemoglobina.

## **2.2. BASES TEÓRICAS**

### **TEORÍA DE ENFERMERÍA DE NOLA PENDER “MODELO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD”**

- Teoría del modelo de promoción de la salud.
- El modelo se basa en la educación de las personas sobre cómo cuidarse y llevar una vida saludable.
- “hay que promover la vida saludable que es primordial antes que los cuidados, porque de ese modo, hay menos gente enferma, se

gastan menos recursos, se le da independencia a la gente ,y se mejora hacia el futuro”

- La teoría de acción razonada de Martin Fishbein: importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta.
- La Teoría del aprendizaje social de Albert Bandura: la conducta es racional y económica
- Salud: Estado altamente positivo. La definición de salud tiene más importancia que cualquier otro enunciado general.
- Persona: es el centro de atención de la teorista. Cada persona está definida por su propio patrón cognitivo-perceptual.
- Entorno: No se describe con precisión, pero se representan las interacciones entre los factores cognitivo- preceptuales y los factores modificantes que influyen sobre la aparición de conductas promotoras de salud.
- Enfermería: El bienestar como especialidad de la enfermería, responsabilidad personal en los cuidados sanitarios, la enfermera se constituye en el principal agente encargado de motivar a los usuarios para que mantengan su salud personal.
- Metaparadigma de entorno: Control percibido de la salud. La percepción interna de la capacidad propia.
- Estado de salud percibido: “Me siento saludable” “Me siento enfermo”
- Obstáculos percibidos: La convicción de cada persona de que algo es posible puede afectar el compromiso con una actitud que promueva a la salud
- Aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud

- Auto eficacia percibida: El paciente cambia su conducta si está convencido de que la conducta es asumible.
- Relación afecto-actividad: asociar sentimientos positivos al cumplimiento de la conducta.
- Beneficios percibidos: Beneficios que se pueden obtener al realizar conductas favorecedoras de salud.
- Pender toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas. Este modelo le da importancia a la cultura
- El modelo de promoción de la salud de Pender se basa en tres teorías: La primera teoría, es la de la Acción Razonada: originalmente basada en Ajzen y Fishben, explica que el mayor determinante de la conducta, es la intención o el propósito que tiene la conducta de un individuo. La segunda es la Acción Planteada: la conducta de una persona se realizará con mayor probabilidad. La tercera es la Teoría Social-Cognitiva la auto-eficacia es uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano.
- La valoración de las creencias en salud relacionadas con los conocimientos y experiencias previas, determinan las conductas adoptadas por la persona; según el Modelo de Promoción de la Salud propuesto por Pender, estas creencias están dadas por: Los beneficios de la acción percibidos o los resultados esperados. La presencia de barreras para la acción
- La auto-eficacia; las emociones, motivaciones, deseos o propósitos contemplados en cada persona promueven hacia una determinada acción. Las influencias interpersonales
- Edad: particularmente tiene que ver en gran medida por la etapa específica del ciclo vital en la cual se encuentre la persona. Género: éste es un determinante del comportamiento de la persona.

- Cultura: es una de las más importantes condiciones que llevan a las personas a adoptar un estilo de vida ya sea saludable o no. Clase o nivel socioeconómico: es un factor fundamental al momento de llevar un estilo de vida saludable
- La aplicación del Modelo de Promoción de la salud de Pender , es un marco integrador de la valoración de conductas en las personas
- Pender considera el estilo de vida como un patrón multidimensional de acciones que la persona realiza a lo largo de la vida y que se proyecta directamente en la salud; para comprenderlo se requiere el estudio de tres categorías principales: las características y experiencias individuales; la cognición y motivaciones específicas de la conducta; el resultado conductual.

### **LA TEORÍA DE ENFERMERÍA DE RAMONA MERCER “ADOPCIÓN DEL ROL MATERNAL”**

Se basa en una amplia investigación en los años 60 la cual proviene de la admiración de Mercer por su profesora y tutora Reva Rubin en la Universidad de Pittsburgh. Rubin es muy conocida por su trabajo en la definición de la identidad del rol maternal como proceso de unión al niño y a la identidad o verse a uno mismo en el rol o sentirse cómodo con él. Además utilizo las teorías de Rol y de Desarrollo y en gran medida un planteamiento interactivo con respecto a la teoría del rol, recurriendo a la teoría sobre la presentación del rol y a la teoría de Turner sobre el núcleo del Yo. También se basó en las teorías de proceso de desarrollo de Werner y Erickson para su teoría de adopción del rol materno. Son variadas las teorías en las cuales Mercer se basa como la de Von Bertalanfy, planteamientos de

Bronfenbrenner, investigación de Gottlieb sobre los roles de unión y de cuidado. Destacablemente se basó en las teorías de Rubin. Mercer utiliza los círculos de Bronfenbrenner, como un planteamiento general de los sistemas. Ella expone dentro del planteamiento general de los sistemas La relación de Madre: Empatía- sensibilidad a las señales autoestima/autocuidado- Relación con los padres en la niñez. Niño: temperamento capacidad para dar señales, apariencia, características, respuesta de salud .Rol identidad maternal: confianza, competencia, satisfacción, unión al niño. Resultado en el niño: Desarrollo cognitivo, mental, conducta, salud, competencia social. Todos estos roles que atribuye Mercer los encierra en un microsistema , este se encuentra dentro de un macrosistema que pueden estar determinados por distintos factores como lo son el cuidado diario, el ambiente laboral, el estrés, la escuela, entorno cultural determinando comportamientos de todo lo que este dentro de ellos.

### **2.3. BASE CONCEPTUAL**

- ANEMIA: La anemia es una afección que se caracteriza por la falta de suficientes glóbulos rojos sanos para transportar un nivel adecuado de oxígeno a los tejidos del cuerpo. Si tienes anemia, es probable que te sientas cansado y fatigado. 11 Hay muchas formas de anemia, cada una con causas diferentes. La anemia puede ser temporal o prolongada, y puede variar entre leve y grave. Consulta a un médico si sospechas que tienes anemia, ya que esta puede ser indicio de una enfermedad grave

- Los tratamientos para la anemia varían desde la toma de suplementos hasta la realización de procedimientos médicos. Es posible que puedas evitar algunos tipos de anemia si sigues una dieta saludable y variada.
- INCIDENCIA. La anemia del Puesto de Salud desde año 2017 del total tamizados fue el 50% en el año 2019 fue menor llegando a 22.2%.
- ETIOLOGÍA. La anemia es una disminución de la cantidad de eritrocitos, del Hto o del contenido de Hb. La masa eritrocítica representa el equilibrio entre su producción y destrucción o pérdida de eritrocitos. Hemólisis excesiva (destrucción de los eritrocitos)
- DESNUTRICION: Se llama desnutrición a un estado patológico de distintos grados de seriedad y de distintas manifestaciones clínicas causado por la asimilación deficiente de alimentos por el organismo. La desnutrición puede ser causada por la mala ingestión o absorción de nutrientes, también por una dieta inapropiada, como hipocalórica o hipo proteica. Tiene influencia en las condiciones sociales o psiquiátricos de 12 los afectados. Ocurre frecuentemente entre individuos de bajos recursos y principalmente en niños de países subdesarrollados. La diferencia entre esta y la malnutrición es que en la desnutrición existe una deficiencia en la ingesta de calorías y proteínas, mientras que en la malnutrición existe una deficiencia, exceso o desbalance en la ingesta de uno o varios nutrientes que el cuerpo necesita (ejemplo: vitaminas, hierro, yodo, calorías, entre otros)
- EDUCACIÓN NUTRICIONAL: Serie de actividades de aprendizaje cuyo objeto es facilitar la adopción voluntaria de comportamientos alimentarios y de otro tipo relacionados con la nutrición, fomentando la salud y el bienestar.



- **FERRITINA SÉRICA:** Es una proteína especial que almacena el hierro, se encuentra principalmente en el hígado, médula ósea, bazo. La concentración de ferritina plasmática (o en suero) se correlaciona con la magnitud de las reservas de hierro corporal, en ausencia de inflamación. Una concentración de ferritina en suero baja, reflejaría una disminución de dichas reservas.
- **FORTIFICACIÓN CASERA:** esta intervención consiste en adicionar Micronutrientes en polvo a una ración de comida de los niños, para 15 aumentar el consumo de hierro y otros micronutrientes para reponer o mantener los niveles de hierro en el organismo.
- **HEMATOCRITO:** Es la proporción del volumen total de sangre compuesta por glóbulos rojos. Los rangos normales de hematocrito dependen de la edad y, después de la adolescencia, del sexo de la persona.
- **HEMOGLOBINA:** Es una proteína compleja constituida por un grupo hem que contiene hierro y le da el color rojo al eritrocito, y una porción proteínica, la globina. La hemoglobina es la principal proteína de transporte de oxígeno en el organismo.  
**HEMOGLOBINÓMETRO portátil:** Es un equipo que se usa para realizar lecturas directas de hemoglobina.
- **HIERRO:** Es un mineral que se encuentra almacenado en el cuerpo humano y se utiliza para producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transportan el oxígeno. La hemoglobina se encuentra en los glóbulos rojos y la mioglobina en los músculos. El hierro se encuentra también en enzimas y en neurotransmisores, de allí que su deficiencia tenga consecuencias negativas en el desarrollo conductual, mental y motor, velocidad de conducción más lenta de los

sistemas sensoriales auditivo y visual, y reducción del tono vagal.

- **HIERRO HEMINICO (hierro hem):** Es el hierro que participa en la estructura del grupo hem o hierro unido a porfirina. Forma parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas, como citocromos, entre 16 otras. Se encuentra únicamente en alimentos de origen animal, como hígado, sangrecita, bazo, bofe, riñón, carne de cuy, carne de res etc. Tiene una absorción de 10— 30%.
- **HIERRO NO HEMINICO (hierro no hem):** Es el que se encuentra en los alimentos de origen vegetal y tiene una absorción de hasta 10% tales como habas, lentejas, arvejas, con mayor nivel de absorción, y las espinacas, acelgas y hojas de color verde oscuro, con menor nivel de absorción.
- **HIERRO POLIMALTOSADO:** Es un complejo de hierro de liberación lenta. La polimaltosa actúa como una envoltura alrededor del hierro trivalente, asegurando una liberación más lenta del complejo de hierro y produce menores efectos secundarios, en comparación con otras sales de hierro (sulfato, fumarato, etc.), permitiendo mayor tolerancia y el cumplimiento del tratamiento.
- **REQUERIMIENTOS O NECESIDADES NUTRICIONALES:** Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y prevenir la aparición de enfermedades.
- **SULFATO FERROSO:** Es un compuesto químico de fórmula  $\text{FeSO}_4$ . Se encuentra casi siempre en forma de sal heptahidratada, de color azulverdoso. Se puede usar para tratar la anemia ferropénica.

- SUPLEMENTACIÓN: Esta intervención consiste en la indicación y la entrega de hierro, solo o con otras vitaminas y minerales, en gotas, jarabe 17 o tabletas, para reponer o mantener niveles adecuados de hierro en el organismo
- MEDIDAS GENERALES DE PREVENCIÓN DE ANEMIA La anemia es un problema multifactorial cuyos efectos permanecen en todo el ciclo de la vida. Las medidas de prevención y de tratamiento contempladas en esta Norma ponen énfasis en un abordaje integral e intersectorial. Las medidas de prevención son las siguientes
  - : El equipo de salud debe realizar la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio, incluyendo el despistaje de anemia, a todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes 18 y puérperas que reciben suplementos de hierro, en forma preventiva o terapéutica.
  - Se debe brindar una adecuada consejería a la madre, familiar o cuidador del niño, adolescente, y a las mujeres gestantes y puérperas, sobre las implicancias y consecuencias irreversibles de la anemia;
  - la importancia de una alimentación variada y con alimentos ricos en hierro de origen animal; y la importancia de la prevención o tratamiento de la anemia. Se pondrá énfasis en informar a los padres de niños y adolescentes, a mujeres gestantes y puérperas sobre los efectos negativos de la anemia en el desarrollo cognitivo, motor y el crecimiento, con consecuencias en la capacidad intelectual y de aprendizaje (bajo rendimiento en la escuela o estudios, entre otros) y motora (rendimiento físico disminuido) y con repercusiones incluso en la vida adulta (riesgo de padecer enfermedades crónicas).

- El Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil 2017-2021 incluye el despistaje de anemia en todos los niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, y el inicio inmediato del tratamiento de anemia según el diagnóstico
- SÍNTOMAS GENERALES: Sueño incrementado, astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, fatiga, vértigos, mareos, cefaleas y alteraciones en el crecimiento. En prematuros y lactantes pequeños: baja ganancia ponderal]. 21
- MEDICIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA O HEMATOCRITO: La medición de la concentración de hemoglobina es la prueba para identificar anemia. Para determinar el valor de la hemoglobina en niños, adolescentes, mujeres gestantes o puérperas se utilizarán métodos directos como: 23 cianometahemoglobina (espectrofotómetro y azidametahemoglobina (hemoglobinómetro) o los diferentes métodos empleados por contadores hematológicos (analizador automatizado y semiautomatizado) para procesar hemograma.
- De no contar con ningún método de medición de hemoglobina, se determinará el nivel de anemia según la medición del hematocrito. La determinación de hemoglobina o hematocrito será realizada por personal de salud capacitado en el procedimiento, de acuerdo al método existente en su Establecimiento de Salud. En cualquiera de los casos es necesario indicar la metodología utilizada.
- Todo Establecimiento de Salud, de acuerdo al nivel de atención, debe contar con uno de los métodos anteriormente descritos y sus respectivos insumos para la determinación de hemoglobina o hematocrito. Se deberá realizar el control de

calidad de los datos obtenidos por cualquiera de estos métodos. En el caso de hemoglobina, se contará con una solución patrón de concentración de hemoglobina conocida.

- Cuando un Establecimiento de Salud no cuente con uno de estos métodos para la determinación de hemoglobina o hematocrito, se coordinará con un establecimiento de mayor complejidad, para realizar el despistaje de anemia entre la población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, quienes serán citados oportunamente para la determinación de hemoglobina. Este despistaje se realizará al menos una vez por mes.
- El equipo de salud capacitado se movilizará para realizar la medición de hemoglobina con equipos portátiles. En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar (msnm), se debe realizar el ajuste del valor de la hemoglobina observada antes de realizar el diagnóstico. Para ello se tendrá en consideración la altitud de la localidad donde viene residiendo del niño, adolescente, mujer gestante o puérpera en los últimos 3 meses.
- PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA ANEMIA El manejo preventivo y terapéutico de la anemia se realizará en base a los productos farmacéuticos contemplados en el Petitorio Único de Medicamentos
- SOBRE EL TRATAMIENTO DE LA ANEMIA CON SUPLEMENTOS DE HIERRO: Debe realizarse con dosis diarias, según la edad y condición del paciente. Debe realizarse durante 6 meses continuos. Durante el tratamiento los niveles de hemoglobina deben elevarse entre el diagnóstico y el primer control. De no ser así, y a pesar de tener una adherencia mayor a 75%, derivar al paciente a un establecimiento de salud con mayor capacidad resolutive,

donde un especialista determinará los exámenes auxiliares a realizarse.

- Una vez que los valores de hemoglobina han alcanzado el rango "normal", y por indicación del médico o personal de salud tratante, el paciente será contra referido al establecimiento de origen, para continuar con su tratamiento.
- SOBRE EL CONSUMO DE SUPLEMENTOS DE HIERRO (PREVENTIVO O TRATAMIENTO):** El suplemento de hierro se da en una sola toma diariamente. En caso que se presenten efectos adversos, se recomienda fraccionar la dosis hasta en 2 tomas, según criterio del médico o personal de salud tratante. 29 Para la administración del suplemento de hierro, recomendar su consumo alejado de las comidas, de preferencia 1 o 2 horas después de las comidas. Si hay estreñimiento, indicar que el estreñimiento pasará a medida que el paciente vaya consumiendo más alimentos como frutas, verduras y tomando más agua.
- **EFFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL USO DE SUPLEMENTOS DE HIERRO** Los efectos colaterales son generalmente temporales y pueden presentarse según el suplemento.
  - **SULFATO FERROSO:** Se absorbe mejor entre comidas, pero se incrementan las manifestaciones de intolerancia digestiva (rechazo a la ingesta, náuseas, vómitos, constipación, diarrea, dolor abdominal), lo que puede limitar su adherencia y eficacia. Se recomienda consumirlos 1 o 2 horas después de las comidas.
  - **HIERRO POLIMALTOSADO:** En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso, Ante la sospecha de reacciones adversas a medicamentos, el

personal de salud debe reportarla en el Formato de Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a medicamentos y remitirla al órgano competente en su ámbito asistencial.

- **ADQUISICIÓN DE SUPLEMENTOS DE HIERRO Y MICRONUTRIENTES** Los suplementos de hierro y Micronutrientes requeridos tanto para el manejo preventivo como el tratamiento terapéutico de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas serán financiados y adquiridos por el Ministerio de Salud para toda la población que así lo requiera; sin discriminación de su afiliación o no a seguro alguno. La entrega de suplementos de hierro y micronutrientes es gratuita.
- **CONSEJERÍA PARA LA ENTREGA DE SUPLEMENTOS DE HIERRO O MICRONUTRIENTES** Toda entrega de suplementos de hierro o Micronutrientes debe estar acompañada de una consejería acerca de la importancia de su consumo, los posibles efectos colaterales y la forma de conservarlos. Se hará énfasis en la importancia de prevenir la anemia, considerando los siguientes contenidos: Importancia de consumir los suplementos de hierro para asegurar y/o reponer las reservas de hierro y evitar la anemia.
- Beneficios del consumo de micronutrientes en el niño entre los 6 y 36 meses de vida.
- Importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos de determinación de hemoglobina
- . Importancia de contar con prácticas saludables de cuidado integral (lactancia materna, lavado de manos, higiene entre otras).

- **CRITERIOS DEL ALTA EN EL TRATAMIENTO DE ANEMIA**

El médico o personal de salud tratante indicará el alta cuando el niño o adolescente o mujer gestante o puérpera haya cumplido con el tratamiento establecido y si en el control de hemoglobina se confirman los valores "normales y la recuperación total del paciente, según esta Normal

**III. DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA EL PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA**

**3.1. JUSTIFICACIÓN**

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer y a vez concientizar a toda la población sobre las consecuencias graves que tiene la anemia en niños para ello debemos hacer participar a todos las instituciones públicas o privadas autoridades del de comunidad con la finalidad de concientizar y trabajar como una sola persona para reducir los índices de anemia.

Los trabajadores del Puesto de Salud de Vilcacoto están comprometidos con la estrategia Nacional, Regional y, Local, para disminuir la anemia. Por ello vienen trabajando cada mes en la preparación de alimentos o sesiones demostrativas en las diferentes edades. Visitas domiciliarias para la adherencia, sesiones educativas. También existe el compromiso de los padres de familia cada vez mejorar la alimentación de sus hijos con alimentos de origen animal y de la zona



## **3.2. OBJETIVOS**

### **3.2.1. OBJETIVOS GENERALES**

Contribuir a mejorar la adherencia de la administración de sulfato ferroso en la prevención de la anemia a madres de niños menores de 1 año en el puesto de salud de vilcacoto.

### **3.2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.**

- Sensibilizar a las madres de los niños menores de 1 año sobre los riesgos y complicaciones de la anemia.
- Capacitar a todo el personal de salud la importancia de la adherencia del sulfato ferroso en los niños menores de 1 año
- Mejorar la adherencia de la administración de sulfato ferroso para la prevención de la anemia en niños menores de 1 año
- Brindar consejería nutricional en alimentos ricos en hierro para evitar la anemia en niño de 1 año
- Realizar sesiones demostrativas en alimentación complementaria basada en hierro para la prevención de la anemia.

## **3.3. METAS**

Obtener un aumento al 90% de adherencia de la administración de sulfato ferroso en la prevención de la anemia a madres de los niños menores de 1 año en el Puesto de salud Vilcacoto.

### 3.4. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
<p><b>Sensibilizar a las madres de los niños menores de 1 año sobre los riesgos y complicaciones de la anemia.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar el grado de instrucción de las madres.</li> <li>- Sensibilizar en promoción y prevención de la anemia</li> <li>- Explicar sobre el riesgo y complicaciones que tiene la anemia</li> <li>- Brindar confianza de dialogo sobre el tema de anemia</li> </ul>	36 madres	Pre test de encuesta	100 % de madres	Enero del 2019	Licenciada en enfermería

<p><b>Capacitar a todo el personal de salud de la importancia de la adherencia del sulfato ferroso en niños menores de 1 año.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- reunir a todo el personal de salud para capacitar la importancia de la prevención de la anemia.</li> <li>- Enseñar el uso del hemoquiú y el descuento de acuerdo a la zona.</li> <li>- Importancia de la administración del sulfato ferroso tanto preventivo y tratamiento en el niño menor de un año.</li> <li>- Intensificar con todo el personal sobre el lavado de manos para que puedan transmitir a todos los usuarios que acuden al</li> </ul>	<p>5 personales del Establecimiento</p>	<p>Cuaderno de reuniones</p>	<p>100 % de los capacitados</p>	<p>Enero 2019</p>	<p>Licenciada en enfermería</p>
--	---	------------------------------	---------------------------------	-------------------	---------------------------------

puesto de salud y evitar enfermedades					
<b>Mejorar la adherencia de sulfato ferroso para la prevención de anemia en los niños menores de 1 año</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Brindar el paquete de atención integral del niño.</li> <li>- Realizar visitas domiciliarias para la verificación del consumo de sulfato ferroso.</li> <li>- Realizar tamizajes de hemoglobina a los niños menores de 1 año para ver el grado de adherencia.</li> </ul>	Niños menores de 1 años	Registro diario de atención -HISS -FUAS	90 % de los niños menores de 1 año	Enero a diciembre del 2019	Licenciada en enfermería
<b>Brindar consejería nutricional en alimentos ricos en hierro para prevenir la anemia a madres de niños menores de 1 año</b>	36 madres	Cuaderno de reuniones Registro de visitas domiciliarias	100 % de madress	Enero a diciembre 2019 Enero a diciembre del 2019	Licenciada en enfermería

<ul style="list-style-type: none"> <li>- explicar a las madres como utilizar el bazo de la vaca, la sangrecita, los hígados y otros.</li> <li>- Enseñar a conocer los productos que contengan hierro y como usarlos.</li> <li>- Incrementar a diario verduras verdes frutas de color amarillas y naranjas.</li> <li>- Orientar el uso de los cítricos como usarlo.</li> <li>- Enseñar cómo administrar el sulfato ferroso a los niños menores de un año</li> </ul>					
<b>Realizar las sesiones demostrativas en alimentación complementaria basado en alimentos de la zona para la</b>	36 madres	Fichas de registro de actividades	100% de madres capacitadas	Enero a marzo 2019	Licenciada en enfermería

<p><b>prevención de la anemia a las madres de los niños de 1 año</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aplicación de fichas de sesión demostrativa</li> <li>- Aplicación de los 5 momentos de la sesión demostrativa.</li> <li>- lavado de manos.</li> <li>- Recabar los alimentos traídos por cada madre para enseñar la preparación.</li> <li>- Dejar al grupo que prepare la combinación de los alimentos ricos en hierro.</li> <li>- Mostrar la forma de dar las papillas al niño de 6-8 meses y el alimento picado a los de 9-11 meses</li> </ul>					
---	--	--	--	--	--

### 3.5. RECURSOS

#### 3.5.1. RECURSOS MATERIALES

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD
MATERIALES DE ESCRITORIO	
Papel bond	1000 unidades
Plumones	6 unidades
Cinta Masking	2 unidades
Cartulina	18 unidades
Papelotes	18 unidades
Rotafolio	01 unidad
Lapiceros	12 unidades
SERVICIOS	
Copias	150 unidades
Impresión	150 unidades
Refrigerios	40 unidades
EQUIPOS	
Multimedia	01 unidad
Computadora	01 unidad
Impresora	01 unidad
Equipo de Sonido	01 unidad

### **3.5.2. RECURSOS HUMANOS**

- Licenciada en Enfermería: Elizabeth Luz Barrera Gutiérrez
- Técnico en Enfermería: Nancy Ríos Seguil
- Obstetra: Blanca Quinto Salvador
- Médico: Jessica Mendoza Mayaute

### **3.6. EJECUCIÓN**

Para la ejecución del plan de intervención, la población considerada fueron las madres de los niños menores de 1 año hacen un total de 36 niños que acuden al establecimiento de salud a sus controles, tamizajes y vacunas; después se realizó la consejería en tamizaje de hemoglobina y adherencia al sulfato ferroso, también sesiones demostrativas en alimentación y consejería integral, haciendo uso de las habilidades en comunicación para generar más confianza en las madres.

### **3.7. EVALUACIÓN**

La intervención se realizó en 36 madres de familia de los niños menores de 1 año que acudieron al establecimiento de salud.

#### **Limitaciones para el desempeño profesional**

- Falta de personal de enfermería para el apoyo a las visitas domiciliarias.
- Demanda de pacientes que acuden al Puesto de salud para el control de crecimiento y desarrollo.
- Tiempo promedio de atención por cada niño, es de 15 a 20 minutos; sabiendo que por Norma Técnica el tiempo adecuado a emplear por cada niño(a) debería de ser 45 minutos.
- Demasiada recarga administrativa, es decir, dentro del servicio de CRED, existen diferentes formatos dentro de la Historia Clínica que se tiene que llenar y presentar a diario como son: hoja de atención, la hoja del Plan De Atención Integral de Salud, Hoja de Datos Generales,



la hoja de alimentación, las gráficas de Crecimiento que son 4, la hoja de Evaluación del Desarrollo, hojas de perímetro cefálico . Además, llenar la tarjeta de control de CRED y Vacunas de la niña y el niño, llenar el Registro propio de CRED, llenar la Ficha Única De Atención (FUA) del SIS para cumplir la meta del SIS CAPITADO, llenar el Formato SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional), llenar la Hoja HIS, tamizajes a la edad que le corresponde al niño.

- Durante el mes salimos 6 veces a realizar visitas domiciliarias y seguimiento del sulfato ferroso para ver la adherencia del niño, visitamos los barrios que pertenecen al puesto de Salud, muchas veces no encontrándose a las madres por motivos de trabajo o salen a realizar siembras, por ello se programa visitas domiciliarias adicionales.
- Falta de conciencia y bajo grado de instrucción de los padres de familia en cuanto a promoción de la salud y prevención de las enfermedades.
- Finalmente, las limitaciones para realizar el presente informe fue el tiempo, debido a que estoy asumiendo la Jefatura del establecimiento y demasiada carga laboral, asistencial y administrativa.

#### **IV. CONCLUSIONES**

Se logra mejorar la adherencia de la administración de sulfato ferroso en la prevención de la anemia en niños menores de un año, en el Puesto de Salud Vilcacoto.

Las visitas domiciliarias tuvieron efecto en la sensibilización de la administración de sulfato ferroso en gotas, ya que este se incrementó al transcurrir las 3 visitas, iniciando con un 39.1 % de la población total que consume sulfato ferroso y finalizando con un 91.3 %.

La primera condición para alcanzar una adecuada suplementación es la sensibilización de la madre del niño sobre la importancia de esta en la vida futura de su hijo, la cual se podrá medir mediante el resultado a través del examen de hemoglobina post tratamiento preventivo.

Debería asumirse un compromiso por parte del personal de salud para poder captar a niños que no estén recibiendo terapia preventiva de anemia o que no la estén efectuando de manera correcta, de este modo se podrá contrarrestar las altas incidencias de anemia en esta población etaria, reflejándose a futuro con ciudadanos eficientes para la sociedad. Se realiza sesiones educativas y demostrativas en alimentación complementaria basada en hierro para la prevención de la anemia.

## V. RECOMENDACIONES

La experiencia profesional y la preparación adecuada permiten que el profesional de enfermería desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para realizar una evaluación de calidad, eficiente y segura, y brindar una adecuada visita domiciliaria

Brindar una consejería nutricional al grupo de madres de niños menores de 1 año haciendo uso de las habilidades de comunicación (escuchar y aprender, habilidades para reforzar y dar confianza)

El impacto de brindar visitas domiciliarias es necesario para que las madres de niños menores de 1 año logren mantener la adherencia del sulfato ferroso en sus niños.

Al cumplimiento de las visitas domiciliarias es necesario que las madres de niños menores de 1 año reciban 6 visitas para mantener la adherencia del sulfato ferroso y se cumpla con la prevención de la anemia.

Se sugiere mejorar el compromiso por el personal de salud para ejecutar las visitas de domiciliarias.

Desarrollar estrategias en enfermería que propicien mejores resultados, que promuevan, además, la disminución de la anemia, facilitando el acceso a la población

Implementar capacitación dirigida al personal de enfermería y de salud sobre métodos de comunicación eficaz para llegar a la sensibilizar a la madre sobre la importancia que tiene la adherencia del sulfato ferroso.

## VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MINSA. Plan Nacional para la Reducción de la Anemia 2017-2021 [sede web]. Lima-Perú: Ministerio de salud; 2017[acceso 22 de septiembre del 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/index.asp>
2. Raymunda A, Poma V, Agosto J. Factores sociodemográficos y adherencia a la suplementación con multimicronutrientes en Centro Materno Infantil José Gálvez .[tesis maestría]. Peru:Universidad Cesar Vallejo; 2018 [Internet]. Universidad Cesar Vallejo; 2018. Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/16211>
3. MINSA. Diez regiones del país poseen más del 50% de sus niños menores de 3 años con anemia. [sede web].Sala de prensa; 2017 [acceso 22 de septiembre del 2018]. Disponible en: <https://andina.pe/agencia/noticia-diez-regiones-del-pais-poseen-mas-del-50-sus-ninos-menores-3-anos-anemia-687872.aspx>
4. Huincho H. "Factores que influyen en el nivel de adherencia a la suplementación con Multimicronutrientes en madres de niños menores 36 meses. El agustino 2017". [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal;2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2997/TESIS%20Uturunco%20Nelida%20-%20Idefonzo%20Rossana.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
5. Salud D. La anemia infantil en el Perú [sede web].Lima-Peru:[1 de 56 octubre del 2018]. [Internet]. 2018. disponible en <http://cmplima.org.pe/wp-content/uploads/2018/06/Reporte-AnemiaPeru-CRIII.pdf>.
6. Ministerio de Salud (MINSA). Directiva Sanitaria N° 050-MINSA/DGSPV.01. Directiva que establece la suplementación preventiva de hierro en las niñas y niños menores de tres años [sede web].LimaPeru:Ministerio de Salud; 2012 [22 de septiembre

- del 2018]. [Internet]. disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2823.pdf>.
7. De la Guardia O, Ustáriz C, García M, Morera L. Algunas aplicaciones clínicas del zinc y su acción sobre el sistema inmune. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter [Internet]. 2011 Dic [citado 24 octubre 2018] Vol 27 (4): 367-381. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-02892011000400002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-02892011000400002)
  8. Flores B. Factores determinantes de abandono al programa educativo de chispas en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza - Lima, 2005. [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. ;2009. Disponible en: [http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4793/1/Flores\\_Lopez\\_Betty\\_Carol\\_2009.pdf](http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4793/1/Flores_Lopez_Betty_Carol_2009.pdf)
  9. Huincho H. "Factores que influyen en el nivel de adherencia a la suplementación con Multimicronutrientes en madres de niños menores 36 meses. El agustino 2017". [tesis licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2017. Disponible en: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1836>
  10. Luna B. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en niños menores de 3 años del Centro de Salud Ex Fundo Naranjal 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-737513?lang=es>

## **VII. ANEXOS**

**Figura 1**



**Leyenda . FACHADA DEL ESTABLECIMIENTO DEL PUESTO DE SALUD PARA LA ATENCIÓN PREVENTIVO PROMOCIONAL EN LA ATENCION INTEGRAL DE SALUD**



Figura 2



Leyenda: Organigrama del trabajo en equipo con los miembros de la comunidad



Figura 3



Leyenda: Lic. Elizabeth Barrera Gutierrez verificando materiales para la toma de hemoglobina

Figura 4



Leyenda: uso de materiales e insumos para realizar tamisaje de hemoglobina y los sulfatos ferrosos que se entrega a cada madre de niños menores de 1 año

Figura 5



Leyenda: Lic. Elizabeth Barrera Gutierrez tomando muestra de hemoglobina a un niño menor de un año



Figura 6



Leyenda: Lic. Elizabeth Barrera Gutiérrez realizando visita domiciliaria para la entrega de sulfato ferroso a una madre de un niño menor de un año

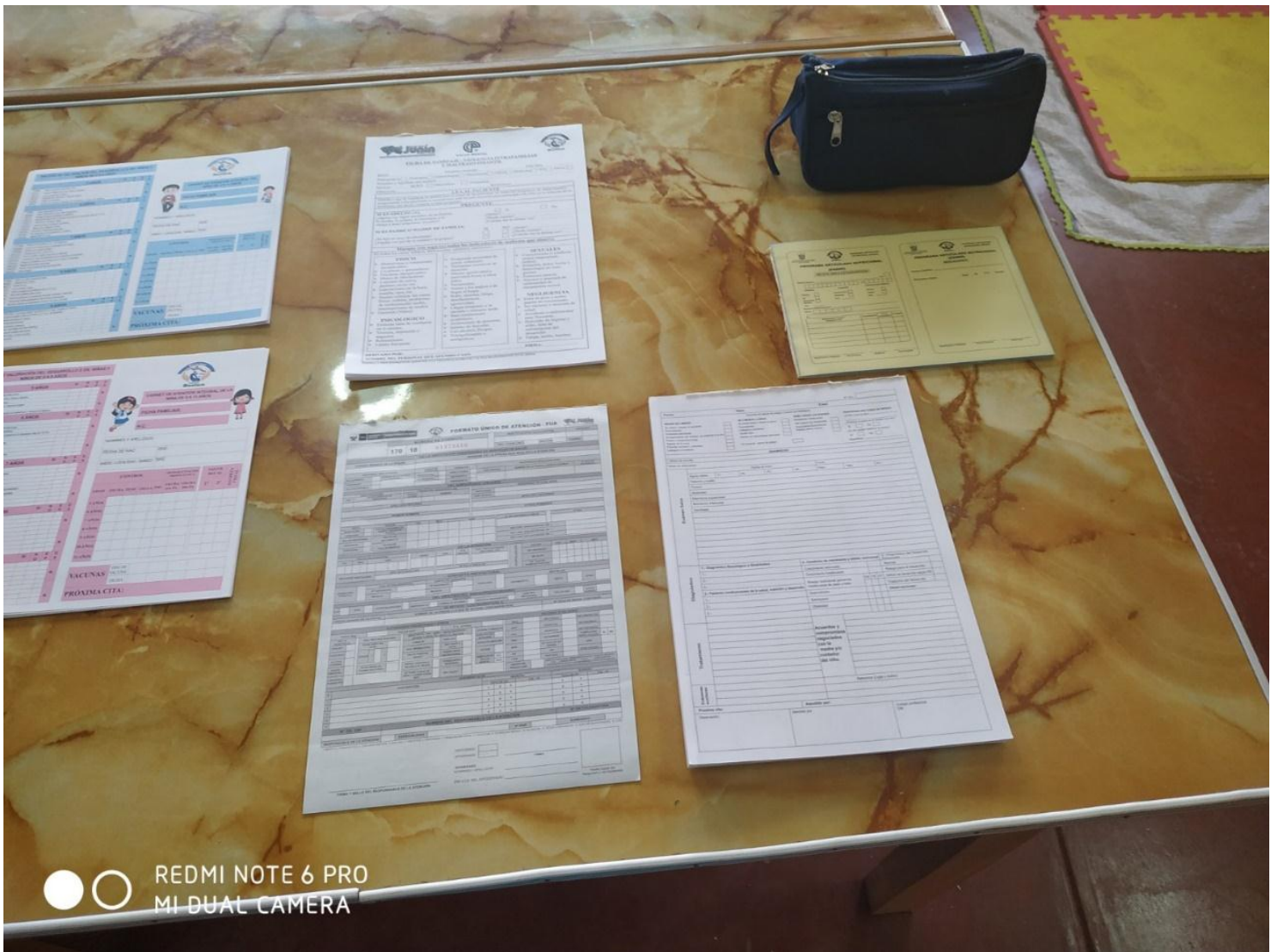
Figura 7



LEYENDA. Lic Elizabeth Barrera Gutierrez realizando una sesion educativa con las madres de niños menores de un año



Figura 8



Leyenda: Vilcac para la atención del niño en crecimiento y desarrollo del puesto de salud de Vilcacoto

Figura 9

**FECHA (escribir la fecha sobre la edad del niño/niña)**

**NIÑO O NIÑA MENOR DE 6 MESES**

1. ¿El niño está recibiendo Lactancia Materna? (Explorar y observar)

2. ¿La técnica de LM es adecuada? (Explorar y observar)

Cabeza y cuerpo del bebé alimentados.

Bebé sostenido cerca al cuerpo de la madre.

Bebé frente al pecho, muy cerca.

Boca del bebé bien abierta.

Labio inferior volteado hacia afuera.

Se ve más la areola superior.

Menton del bebé toca el pecho.

Mamilas redondeadas cuando succiona.

Madre no tiene dolor.

3. ¿La frecuencia de LM es adecuada? (Explorar y evaluar)

¿Recibe pecho a libre demanda?

¿Cuántas veces da de lactar?

4. ¿El niño recibe leche no materna? especificar tipo de leche.

5. ¿El niño recibe algún otro alimento? especificar el tipo de alimento.

NOTA: Si alguna respuesta es negativa (NO), amerita una CONSEJERÍA NUTRICIONAL

Motivo:

**EVALUACIÓN DE LA ALIMENTACIÓN DE LA NIÑA Y EL NIÑO**

	RN	RN	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m		N°	Estándar
Suplemento de hierro												12 cajas
Micro nutrientes												2 frcos (Golas)
Sulfato ferroso												
Otro:												
Nota: Anotar el número de caja (12) o frasco.												
<b>CONSEJERÍA NUTRICIONAL (fecha)</b>												
	RN	RN	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	
	RN	RN	RN	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	8m	
	9m	10m	11m	12m	15m	18m	21m	24m	30m	36m	42m	48m

**NIÑO Y NIÑA DE 6 A 8 MESES: ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA**

1. Consistencia

SI	NO

2. Grupos de alimentos

Grupo	Estándar
Carne, hígado, pescado, sangrecita, huevo, otros	Diario
Leguminosas (frijoles sin cáscara)	2-3 v/sem
Frutas color verde, amarillas.	Diario
Verduras color verde, amarilla	Diario
Sal yodada	Diario

3. Frecuencia

Grupo	6m	7m	8m
Desayuno			
1/2 Mañana			
Almuerzo			
1/2 Tarde			
Cena			

4. Cuando el niño está enfermo

Categoría	SI	No
¿Continúa con leche materna?	SI	No
¿Le da comidas espesas?	SI	No
¿Aumenta frecuencia de su alimentación?	SI	No
¿Le da calditos, sopas y aguajitas?	SI	No
¿Le da sal de rehidratación oral (parietela, agua hervida en pequeños sorbos)?	SI	No

5. Suplementación de hierro?

Suplemento	4m	5m	6m	7m	8m
Micro nutrientes					
Sulfato ferroso					
Otro					

6. Otros

Suplemento	SI	No
Vitamina A		
Antiparasitario		
Otro		

Nota: Anotar en número de caja (12)

Nota: Registrar el número de dosis o frasco.

Nota: Colocar aspxi de acuerdo a la respuesta de la madre.

Nota: Escribe: D (Diario), I (Intermediario 3-4 veces por semana), S (Semanal), M (Mensual), N (Nunca o esporádicamente).

Nota: al niño (a) de 6m debe recibir 2 comidas + L.M. el de 7 a 8m debe recibir 3 comidas + LM

APellidos y Nombres:

H.C.

Firma y Sello del Profesional

Leyenda: fichas de visitas domiciliarias de 6 - 8

Figura 10

**NIÑO Y NIÑA DE 9 A 11 MESES: ALIMENTACION COMPLEMENTARIA**

*Nota: Anotar en número de caja o frasco.*

<b>1. Consistencia</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
Purepapilla espesa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Papilla líquida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mazamorras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sopas / caldos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Seguidos picados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Jugo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>2. Grupos de alimentos</b>	<b>Estándar</b>	
Carne, hígado, pescado, sangrecita, huevo, otros	Diarro	
Leguminosas (morcillas sin cáscara)	2-3 v/sem	
Fruitas color amarillo o naranja	Diarro	
Vendidas color verde, amarilla	Diarro	
Sal Yodada	Diarro	

*Nota: Registrar el número de dosis o frasco.*

<b>3. Frecuencia</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1/2 Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Almuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1/2 Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Nota: Si niño (a) a partir de 9m debe recibir 3 comidas + 2 refrigerios + LM.*

<b>4. Cuando el niño esta enfermo</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
¿Continúa con leche materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le da comidas espesas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Aumenta frecuencia de su alimentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le da caldos, sopas y aguizos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le da sal de rehidratación oral, galletita, agua hervida en pequeños sorbos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Firma y Sello del Profesional

---

**ALIMENTACION DEL NIÑO Y NIÑA A PARTIR DEL 1 AÑO**

*Nota: Anotar en número de caja (12)*

<b>5. Suplemento de hierro?</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
Micronutrientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sulfato ferroso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>6. Otros</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
Vitamina A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Antiparasitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Nota: Registrar el número de dosis o frasco.*

<b>1. Consistencia</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
Alimentos licuados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentos picados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Alimentos enteros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>2. Grupos de alimentos</b>	<b>Estándar</b>	
Carne, hígado, pescado, sangrecita, hígado, otros	Diarro	
Leguminosas (morcillas sin cáscara)	2-3 v/sem	
Fruitas color amarillo o naranja	Diarro	
Vendidas color verde, amarilla	Diarro	
Sal Yodada	Diarro	

*Escribir: D (Diarro), I (Intermedios 3-4 veces por semana), S (Semanal), M (Mensual), N (Nunca o esporádicamente).*

<b>3. Frecuencia</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
Desayuno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1/2 Mañana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Almuerzo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1/2 Tarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>4. Cuando el niño esta enfermo</b>	<b>SI</b>	<b>No</b>	
¿Continúa con leche materna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le da comidas espesas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Aumenta frecuencia de su alimentación?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le da caldos, sopas y aguizos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Le da sal de rehidratación oral, galletita, agua hervida en pequeños sorbos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	


Firma y Sello del Profesional

H.C.

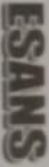
Leyenda : fichas de visita domiciliaria para visitas domiciliarias en niños menores de 1 año específicamente de 9 -11- meses




Figura 11



**PERU**  
Ministerio de Salud





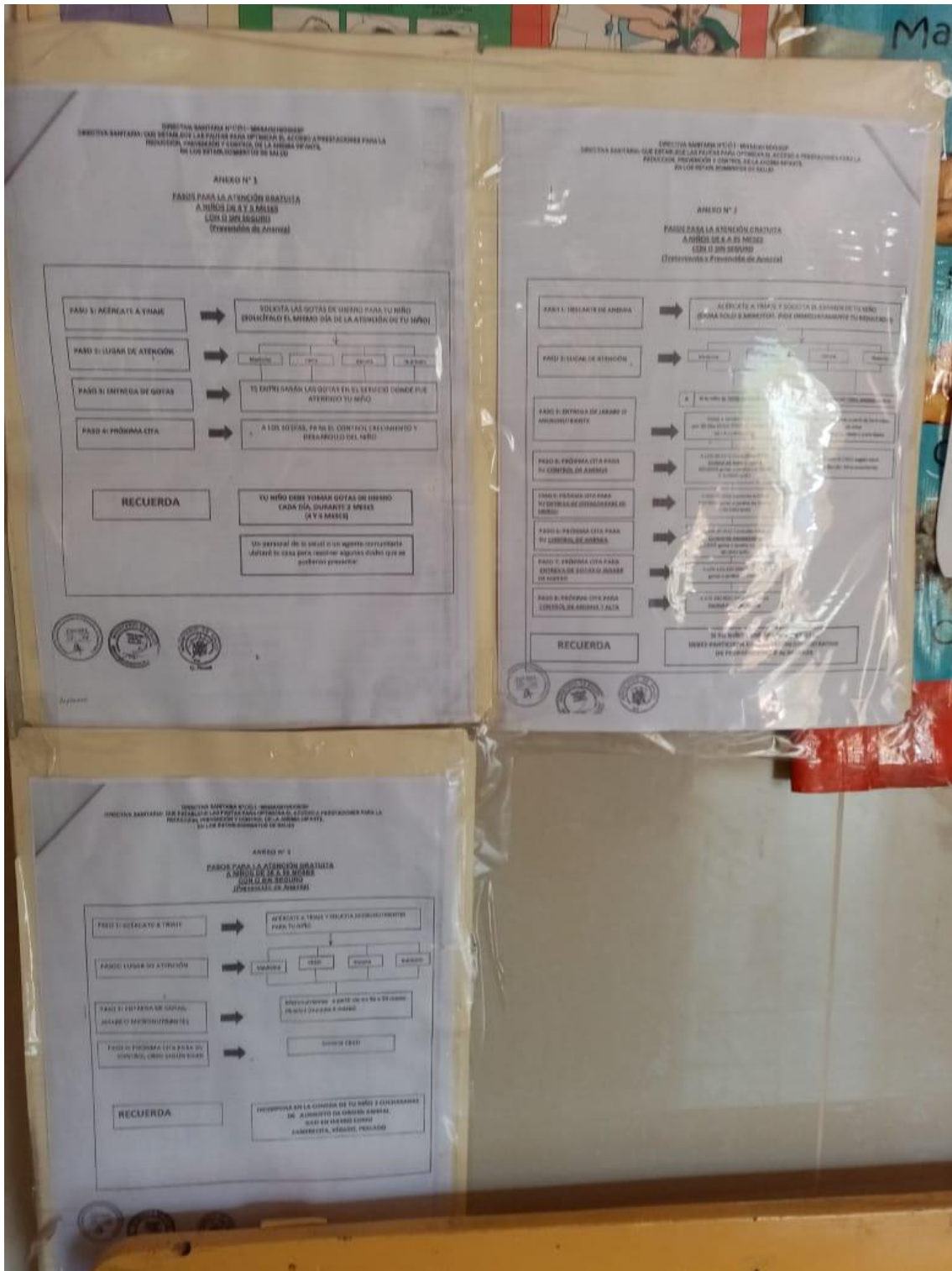
**FICHA - VISITA DOMICILIARIA "SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS PARA EL BUEN CRECIMIENTO INFANTIL. NIÑOS Y NIÑAS ENTRE LOS 4 A 12 MESES"**

DATOS GENERALES		Dirección		Fecha Nac.		Sexo		Edad (según el mes)		E	
Nº de Historia Clínica	Apellidos	Urb	Provinc	Fecha al nacer	Provinc	SI	NO	Edad	Sexo	SI	NO
Nombres		Lta visita		2da visita		3ra visita		4ta visita			
Nombre de la madre		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
FECHA DE VISITA		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fecha de control CHED		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fecha de control CHED		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fecha de dosaje Hemoglobina (último control)		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fecha de última entrega de suplemento		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Valor Hemoglobina		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Fecha de última entrega de suplemento		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Compromiso asumido (C1)		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Compromiso asumido (C2)		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Compromiso asumido (C3)		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tiene cartilla de compromisos		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>C LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA O CONTINUACIÓN DE LA LACTANCIA. Explorar según corresponda si el niño(a) está recibiendo LMfE o si continúa recibiendo LMf</b>											
1	1.1 ¿Está dando de lactar a (nombre del niño(a))? Si responde NO continúe con el siguiente compromiso.	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1.2 ¿Además de su leche le da fórmula "otra leche"?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	1.3 ¿Le da agua, mate, hierbas, té, jugo, caldo, otros?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
<b>ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA. Explorar</b>											
2	¿Cual le está dando de comer? Sopas, caldos (1), purés, mazamorra(s), alimentos picados (3), segundo (4)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
3	3.1 ¿Ayer (nombre del niño(a) comió?: pescado higado, sangrecita, bazo, u otra viscera oscura carne de res pollo huevo, leche o queso	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	3.2 Si en 3.1 consumió un AOA rico en hierro. Explore ¿Cuanto comió? (referencia 2 Cdas <sup>-1</sup> )	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	3.3 Si en 3.1 no consumió un AOA rico en hierro, explore: ¿En los últimos 3 días (nombre del niño(a) ha comido higado, sangrecita, bazo, u otra viscera oscura?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
4	Cuántas veces le da de comer cada día: 2 a 3 v/día (6 a 8m), 3 comidas +1 refrigerio (9 a 11m), 3 comid + 2 refrig (>1 año)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
5	¿Que cantidad está comiendo su niño(a): 1/2 plato de comida o 3 a 5 cdas (6 a 8m), 3/4 plato comida o 5 a 7 cdas (9 a 11m), 1 plato o 7 a 10 cdas (>1 año)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6	6.1 ¿En los últimos 3 días le dio verduras de color amarillo, anaranjado, verde?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
6.2	¿En los últimos 3 días le dio frutas de color amarillo, anaranjado? ¿Esta última semana le dio habas, frijoles, lentejas u otra menestra a su niño(a)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

<sup>1</sup> utilizar cucharas como referencia, <sup>2</sup> utilizar el plato en el que come el niño(a) para marcar la respuesta.

Leyenda . FICHAS PARA VISITAS DOMICILIARIAS PARA NUTRICION

Figura 12



Leyenda pasos para la atención de niños para la prevención de la anemia niño de 4 – 5 meses