

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



**PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL Y
TRATAMIENTO DE ANEMIA A INFANTES DE 6 A 36 MESES DE EDAD
DEL PUESTO DE SALUD CENTRO MÉDICO PARROQUIAL
CHINCHEROS – APURÍMAC, 2021**

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

JACQUELINE RIVAS PALOMINO

**Callao - 2021
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. NANCY SUSANA CHALCO CASTILLO PRESIDENTA
- DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA SECRETARIO
- MG. NANCY CIRILA ELLIOTT RODRIGUEZ VOCAL

ASESORA: DRA. MERCEDES LULILEA FERRER MEJÍA

Nº de Libro: 07

Nº de Acta: 66-2021

Fecha de Aprobación de la tesis: 12 de Noviembre del 2021

Resolución de Consejo Universitario N° 084-2021-CU, de fecha 27 de Mayo del 2021, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

A mis padres por el motor, que me impulsar a continuar mis estudios.

A mi centro de labor, que abrió las puertas para desempeñarme como profesional.

A todos mis asesores que me trasmiten sus enseñanzas y me encaminan en la elaboración de la investigación.

AGRADECIMIENTO

Agradecer a Dios por darme salud y guiar mis pasos.

Agradecer a mis queridos padres por darme la vida y ser ejemplo de perseverancia y fortaleza.

A mis estimados docentes, por su apoyo brindado.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao.

INDICE

INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	4
DESCRIPCION DEL PROBLEMÁTICA	4
CAPÍTULO II	6
MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	11
2.2.1 Intervención de enfermería según Nola Pender	11
2.3 Bases conceptuales	13
2.3.2 Causas de la anemia ferropénica	13
2.3.3 Síntomas de la anemia ferropénica.	14
2.3.4 Diagnóstico de la anemia ferropénica.....	15
2.3.5 Esquema de tratamiento.....	15
2.3.6 Prevención de la anemia en niños.....	18
2.3.7 Pronostico.....	21
2.3.8 Complicaciones	21
2.3.9 Visitas domiciliarias	21
2.3.9.1 Ventajas y desventajas.....	22
2.3.9.2 Etapas de la visita domiciliaria integral.....	23
CAPÍTULO III	27
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	400
ANEXOS	433
Anexo 1.....	444
Anexo 2.....	45
Anexo 3.....	46

INTRODUCCIÓN

La anemia considerada en estos tiempos como una enfermedad que se caracteriza por los niveles bajos de hemoglobina, asimismo hay un déficit para el transporte de oxígeno hacia tejidos del organismo, de acuerdo a las estadísticas se presenta con mayor prevalencia en niños cuyas edades fluctúan entre los 6 meses y 59 meses de edad o menores de 5 años, de acuerdo al nivel de hemoglobina para un niño sano es de 11.0 gr/dl, Por consiguiente unas de las causas principales de la anemia que se presenta en los menores de 5 años es el pobre consumo de alimentos con contenidos de hierro y la absorción de alimentos. Asimismo, el poco consumo de estos alimentos nos conduce a una anemia evidenciada por deficiencia de hierro, que es demostrado en los análisis para determinar en cuanto esta la hemoglobina. En todas partes del mundo se evidencia que los casos de anemia son altísimos con mayor prevalencia en los menores de 5 años, grupo etario más vulnerable ya que están en constante desarrollo y esta etapa de formación necesitan una adecuada alimentación, asimismo convirtiéndose en un problema álgido que repercuten en la salud de los niños.

Partiendo de esa premisa se define que la carencia de un mineral como el hierro, que nuestro organismo necesita para determinadas funciones, así como el crecimiento adecuado en los niños, países a nivel mundial se han unido para luchar contra este mal que trae grandes consecuencias negativas en la salud si no se brinda un tratamiento oportunamente. Para la *Organización Mundial de la Salud*, es común el pobre consumo de alimentos, sobre todo en países en vías de desarrollo, afectando seriamente a los niños en etapa desarrollo, asimismo en continentes como: Asia, África y América Latina, presentan problemas con énfasis al consumo de hierro en preescolares, a su vez países desarrollados con alta tecnología como, Estados Unidos, aún persiste el problema de la anemia (1).

Se establece que la anemia de tipo ferropénica es evitable y curable con un tratamiento apropiado. Sin embargo, la consecuencia que puede acarrear de forma individual o social a futuro puede afectar en el desarrollo motor y cognitiva generando un pobre rendimiento escolar afectando en la economía y la productividad del país.

CAPÍTULO I DESCRIPCION DEL PROBLEMÁTICA

De acuerdo a un informe desarrollado por la Organización *Mundial de la Salud* en el 2020, la anemia es un problema sumamente álgido que repercute en todas las naciones alrededor de 1620 millones de personas lo que corresponde al 24,8% de la población han padecido de anemia, y se presenta con mayor frecuencia en los niños de edad preescolar siendo el sexo femenino más prevalente afectado por este mal, y en menor proporción los varones representado por el 12,7%, no obstante también las mujeres en estado de gravidez es afectado por este mal. (1) En vista de esta problemática el *Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social* en el año 2018, publica un decreto supremo donde declara de interés nacional la lucha contra “la anemia en niñas y niños menores de 3 años” (2).

Por ende, la “*Dirección Regional de Salud Apurímac*, ha empezado una cruzada con la finalidad de combatir este mal, estableciendo un objetivo de reducir la anemia en los niños menores de 5 años (3). Algunas teorías definen a la anemia como una condición donde le falta suficientes glóbulos rojos a la sangre y la hemoglobina esta baja según los parámetros o valores normales asimismo estos valores varían de acuerdo a la edad, sexo y lugares altoandinos, hay una concentración de proteína que contienen hierro en la hemoglobina, y se produce a nivel de los glóbulos rojos, la falta de esta proteína en los seres humanos puede acarrear en síntomas evidenciados por mareo, fatiga, mareo, palidez, dolor de cabeza y palpitaciones asimismo lo riesgos potenciales relacionados se evidencian con bajo rendimiento escolar, alteraciones en el carácter y poca productividad en el campo laboral.

El grupo etario más vulnerable son representados por los niños menores de 3 años ya que se encuentran en constante crecimiento, y por lo cual se ha priorizado a este grupo etareo en las intervenciones para enfrentar este mal.

De acuerdo a la Resolución Ministerial N° 249-2017/MINSA Documento Técnico” *Plan Nacional para la Reducción y Control de Anemia Materno Infantil*

y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú”, en el periodo 2017 al 2021, el 43.6% menores de 3 años presentaron anemia ferropénica viéndose a los infantes 6 a 18 meses como los más afectados (4).

Esta problemática aqueja al puesto de salud Centro Médico parroquial, donde se vienen desarrollando este estudio, cabe mencionar que es un establecimiento de nivel I-2, jurisdicción de la Micro red Uripa, localizando en la provincia de Chincheros del Departamento de Apurímac, cuenta con 01 profesional de enfermería lo cual dificulta el trabajo ya que la jornada laboral es 150 horas al mes, dejando grandes brechas en las atenciones, a dicho establecimiento de salud acuden 83 niños menores de 3 años o 36 meses y 59 niños entre edades de 3 y 4 años respectivamente, haciendo un total de 152 niños menores de 5 años según los registros del padrón nominal 2021 del puesto de salud mismos que están programados en el cumplimiento de los diferentes indicadores de “PPR, FED y SIS”.

La anemia en el establecimiento de salud de este estudio es un problema de salud pública que atañe a la jurisdicción durante el periodo 2018, se evidenció que 32 niños menores de 5 años, de los cuales 16 fueron menores de 36 meses, en el 2019 la anemia afectó a 19 niños cuyas edades van de 6 meses hasta los 5 años, para identificar estos casos se realizó un tamizaje a 76 niños, durante el 2020, se presentó 16 casos entre menores de 5 años, dando a 13 niños menores de 36 meses con casos de anemia, durante el año 2021, los casos de anemia en el puesto de salud, se siguen incrementando se evidencia en este primer semestre 24 niños fueron afectados por la anemia de los cuales 18 niños son menores de 36 meses de un total de 93 niños llegando a tamizar, generando preocupación entre el personal de salud, por los riesgos potenciales que se puede desencadenar .

Asimismo, se debe mencionar que en este primer semestre se logró recuperar a 9 niños menores de 36 meses de anemia y este último mes de agosto también tuvimos 6 niños recuperados es por ello que se ve la necesidad de enfatizar las atenciones mediante la visita domiciliaria para la reducción de la anemia.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes Internacionales

Para **COQUE Y CUSÍN (2016)**, en su estudio cuyo objetivo fue “*describir los cuidados de enfermería dirigido a los niños menores de cinco años con diagnóstico de anemia que acuden al Centro de Salud Malchingui Pichincha*”. Para tal efecto utiliza una metodología, de tipo cualitativa, donde se describen las variables a estudiar, no experimental, y determinado periodo, asimismo se aplicó una encuesta enfocada dirigida a las madres de familia con niños diagnosticados de anemia, y atravesen por una situación socioeconómica media y donde evidencien escaso consumo de alimentos con contenidos de hierro, los hallazgos en esta investigación dan como resultado que el 71% de los niños recibieron lactancia materna hasta los 6 meses, seguido del 55% de las madres manifiestan que sus niños nunca han sido desparasitados, y por último el 68% de las progenitoras manifiestan que no han recibido información respecto al tema, el tratamiento para dicho mal en conclusión se demuestra que las progenitoras desconocen buenas prácticas saludables en torno a la lactancia materna, alimentación y desparasitación, por ende es de vital importancia que el personal de salud se empodere y fortalezca la atención con énfasis en niños menores de 5 años, y para tal efecto hacer uso de los instrumento como la guía alimentaria (5).

En la comunidad de la jurisdicción del “*Centro Médico Parroquial*” las progenitoras que dan de lactar a sus niños hasta los dos años, pero se muestran reacias para llevarlos al establecimiento para desparasitar a sus niños. A través de charlas se les hace hincapié de la importancia de la desparasitación oportuna en sus niños, asimismo las progenitoras solo los

fin de semana preparan alimentos, con altos contenidos proteicos como pescados y carnes.

GARCÍA Y RODRÍGUEZ (2007), describe en artículo de revista como objetivo significativo *“describir los cuidados de enfermería recibidos en relación con dicha entidad, por parte de los niños afectados con anemia ferripriva del consejo popular Jesús Menéndez perteneciente a la Policlínica Universitaria Jimmy Hirtzel del municipio Bayamo”*. Asimismo, utilizo en su estudio una metodología de carácter descriptiva en un determinado momento para lo cual hizo uso de una muestra, que estuvo representada de 17 menores de 3 años. Encontrando los siguientes resultados; los diagnósticos de enfermería que en cuanto al seguimiento clínico de la anemia ferripriva, estuvieron evidenciados por signos como palidez de la piel y mucosas, la administración del tratamiento con hierro fue diario y supervisado efectuándose en todos los niños afectados.

La mayor parte de los familiares implicados se involucraron con el tema recibiendo orientación precisa y adecuada en el tema, se les hizo hincapié sobre las fuentes de alimentos ricos con contenido de hierro, la importancia del consumo adecuado, asimismo recibieron orientaciones sobre la desparasitación intestinal que se manifestaron en la mayoría de los niños (7).

En el puesto de salud *“Centro Médico Parroquial”* durante las atenciones brindadas asimismo en las visitas familiares, se les hace hincapié sobre el consumo de alimentos ricos en hierro al igual que el consumo de agua segura y entorno saludable, las madres asisten con regularidad ya que la mayoría están inscritas en el programa juntos y unos de los requisitos de esos programas es que lleven a sus niños y se comprometan con actividades del centro de salud de su jurisdicción.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Para, VALENTIN (2019), en su informe de trabajo académico señala como objetivo significativo *“Disminución de los casos de anemia en niños menores*

de un año atendidos en el centro de salud Nicrupampa – Huaraz”. el establecimiento de salud mencionado no es ajeno a esta problemática, diariamente las progenitoras llevan a sus niños al consultorio de “*CRED*” donde se evidencia que tienen este problema de la anemia, asimismo la deficiente lactancia materna seguido del inicio de la ablactancia y posteriormente pobre consumo de hierro conllevan a una desnutrición, los riesgos potenciales posteriormente repercuten en los niños reflejándose en el retraso de parte cognitiva, por consiguiente se puede aumentar el riesgo de mortalidad en infantes. Los estudios señalan que puede causar una disminución en cuanto al crecimiento y mortalidad de acuerdo a la “*Directiva Sanitaria para la Prevención de Anemia Mediante la Suplementación con Multimicronutrientes y Hierro en Niñas y Niños Menores de 36 meses- MINSA-2016*” y citado por Valentín.

En ese marco el trabajo académico busca contribuir a la disminución del porcentaje de niños afectados con la anemia con énfasis en menores de 1 año, a través del consumo de micronutrientes alimentos enriquecidos con hierro y mejorar los hábitos alimenticios en la población, Para tal efecto se establecen medidas como Talleres de sensibilización a los profesionales inmersos en la salud, y hacerle frente a esta problemática, asimismo informar a la población sobre la importancia de la lucha contra la anemia , en esas circunstancias se hace necesario gestionar la dotación de recursos humanos para las actividades preventivo promocionales asimismo la difusión sobre los beneficios del consumo de micronutrientes y alimentación balanceada rica en hierro a la población (8).

Partiendo de esa premisa se sabe que la anemia es un problema de salud pública que ataña a nivel nacional, y la lucha constante de combatir este mal en beneficio de nuestros niños que son el futuro de una nación, el puesto de salud “*Centro Médico Parroquial*”, tiene el compromiso de trabajar con ahincó en la reducción y prevención de la anemia en nuestra jurisdicción.

ARANGO Y GUZMÁN (2018), señala en su tesis como objetivo significativo “evaluar la Intervención de enfermería de acuerdo a la teoría de Nola Pender, para disminución de anemia ferropénica, en progenitoras de niños de 6 a 36 meses”, para ello hace uso de una metodología de carácter cuantitativo, con un diseño cuasi experimental con grupo control no equivalente, asimismo la muestra estuvo determinada por 24 madres, cuyos niños fueron atendidos en el consultorio de cred, para recabar la información fue necesario utilizar un cuestionario encontrándose los resultados; el 45.8% de madres cuyas edades cursa entre 26 y 30 años, seguido del 66.7% de madres que se encuentra en estado de convivencia, el 50% reporta tener 2 hijos, el 62.5% de las madres cuenta con secundaria y el 75.0% de la madres se dedican específicamente a las labores del hogar, asimismo se llegó a las conclusiones que con las intervención de enfermería de acuerdo a la teórica Pender, el 83.3% de la madres tienen un nivel alto en cuanto a la disminución de la anemia y 75.0% de las madres alcanzó un nivel medio. (9).

La situación socioeconómica en los hogares de los niños menores de 36 meses que son diagnosticado con anemia, tiene una gran influencia para su pronta recuperación ya que la intervención que pueda tener el personal de salud mediante las visitas domiciliarias puede ser limitadas, sin embargo, las visitas familiares nos ayudan a tener mayor vínculo con la familia y mejorar la comunicación entre el personal de la salud y las familias.

AVELINO Y SÁNCHEZ (2017), señala objetivo principal “*evaluar la efectividad de la intervención de enfermería en la prevención de la anemia de niños de 6 a 36 meses*”, para ello necesito de una muestra que estuvo representada por 28, progenitoras cuyas edades están entre 6 meses a 36 meses, asimismo utiliza una metodología cuasi experimental, para obtener la información fue necesaria el uso de una encuesta y la entrevista como técnica dando como resultado los siguientes enunciados; 46,4% de los niños cuyas edades fluctúan entre 6 a 36 meses, no recibían suplementación, asimismo el 71.4% presenta anemia leve seguido del 39,3%, que presenta una anemia moderada y por último el 3,6% evidencia una anemia severa. La intervención

educativa fue un factor determinante en el incremento de los niveles de conocimiento de las progenitoras, concluyendo que después de la intervención de enfermería, el conocimiento concerniente a la prevención de anemia es superior en el grupo experimental, en referencia al control (10).

Enfermería es una profesión con vocación de servicio empleando los conocimientos científicos como parte de su formación, en las últimas décadas hubo gran relevancia su participación en la mejoras de la salud pública en la población, sin embargo, vemos que hay establecimientos de primer nivel a la fecha que carecen de profesionales de enfermería para realizar las atenciones a la población ,que necesita más de un personal de enfermería como es el caso del puesto de salud “*Centro Médico Parroquial*”.

2.1.3 Antecedentes Locales

VARGAS (2018). En su trabajo de investigación menciona como objetivo principal “*Describir la intervención de Enfermería en visitas domiciliarias a familias con niños menores de 5 años de edad en la prevención de anemia en el Puesto de Salud Siusay de la Micro Red Lambrama Abancay 2018.*” Y por consiguiente utiliza una metodología de carácter o descriptivo para la recopilación de la información se utilizó la revisión documentaria como historias clínicas, registros, de los cuales se recopilaron datos importantes basados en la experiencia profesional teniendo como resultados finales que el sexo femenino presenta más casos de anemia, se encontró también que la anemia leve se presenta con mayor prevalencia en este género, relacionado a que las niñas tienen cierta tendencia de no querer comer sus alimentos, asimismo se observa que las progenitoras brindan mayores raciones de alimentos a los niños de sexo masculino. De 10 niños sujetos de estudio 7, cumplen con el tratamiento de ingerir sulfato ferroso y los tres niños no consumen porque las madres nos les brindan por dedicarse a la agricultura, se concluyen que las intervenciones de las licenciadas en enfermería mediante las visitas en los domicilios con niños menores de 05 años están enfocadas en la prevención de la anemia (11).

La intervención de los profesionales de enfermería, resulta beneficioso para las familias que cuentan niños en etapas de desarrollo, el éxito de las actividades preventivas promocionales en las zonas rurales dependerá de la empatía, la confianza, seguridad y el conocimiento para abordar estos temas con las madres, que el profesional debe transmitir a la familia en busca de experiencias exitosas.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Intervención de enfermería según Nola Pender

La intervención que brinda la Enfermería está basada en el conocimiento científico, de sus cuidados dependerá la recuperación del paciente sus acciones están dirigidas en la prevención, tratamiento y recuperación de salud, se atiende al individuo desde el punto de vista holístico satisfaciendo sus necesidades (12).

Como parte del proceso la educación como estrategia pedagógica tienen la finalidad de contribuir en los aspectos relacionados con la enseñanza y aprendizaje. Asimismo, se pretende generar una línea de reflexión relacionados con problemas del ámbito educativo, buscando responder las siguientes premisas: *¿cómo y cuándo se educa? ¿cómo se aprende? ¿cómo se enseña?*, de esa forma se logran cambios respecto a su enseñanza con la finalidad de mejorar la calidad de la educación. En ese contexto se considera que la intervención es vital como parte de la estrategia puesta en acción que mejorara nuestras actitudes a través de un cambio en un determinado contexto.

Nola Pender, modelo de Promoción de la Salud

Esta teórica señala que el individuo posee factores cognitivos y preceptuales que pueden sufrir cambios o modificaciones de acuerdo a su contexto, idiosincrasia, dando como resultado conductas favorecedoras en torno a la salud. La incorporación del modelo de promoción de la salud ayuda para identificar algunos conceptos importantes referente a las conductas en cuanto a promoción de la salud.

Esta teoría sufre cambios hasta lograr la perfección y se amplía de acuerdo a su capacidad para explicar los vínculos entre los factores que pueden originar alteraciones en la conducta sanitaria, por ende, el modelo se basa mayormente en la educación de los individuos sobre cómo cuidarse y mantener una buena salud.

“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”.

De acuerdo al modelo con énfasis en promoción de la salud contempla los siguientes metaparadigmas:

- a. Salud:** se considera como el estado libre de enfermedad, importante para el mantenimiento del ser humano.
- b. Persona:** el individuo es el motivo principal de estudio de esta teoría, cada persona es única en su esencia y cognitivamente perceptual
- c. Entorno:** carece de precisión, sin embargo, representan interacciones entre los factores cognitivo y preceptuales dichos factores pueden sufrir cambios influyendo en las conductas de la salud.
- d. Enfermería:** brinda bienestar como parte de su profesión y en las últimas décadas ha tenido representatividad en torno a la salud, responsable cuidados sanitarios se constituye como el profesional que motiva a la población a mantener hábitos adecuados en torno a la salud (13).

2.3. Bases conceptuales

2.3.1 Anemia ferropénica

Es una patología caracterizada por déficit en la concentración de hemoglobina en sangre y se evidencia por un bajo recuento de glóbulos rojos. *“Los glóbulos rojos son los que transportar el oxígeno a través de la sangre, desde el pulmón hacia los órganos y tejidos”*. asimismo, el oxígeno sirve de transporte para la hemoglobina, asimismo se identificaron varios tipos de anemias, siendo el más predominante la anemia caracterizada por la disminución de hierro en el organismo (14).

Valores normales de hemoglobina en niños

Se considera anemia, en niños de 6 a 59 meses con valores bajos o inferiores a los normales de hemoglobina, de acuerdo a la OMS (Organización Mundial de la Salud) los criterios son:

- Anemia leve: hemoglobina mayor de 10 – 10.9 g/dl.
- Anemia moderada: hemoglobina entre 7 - 9.9 g/dl.
- Anemia severa: hemoglobina menor de <7 g/dl. (4).

2.3.2 Causas de la anemia ferropénica.

La anemia por deficiencia de hierro puede ser causada por:

- a. Dietas bajas en hierro. Un niño obtiene hierro de los alimentos en su dieta, pero solo una pequeña cantidad de hierro en los alimentos es realmente absorbida por el cuerpo.
 - Los recién nacidos a término, nacidos de madres sanas, tienen hierro que reciben durante los últimos 3 meses de embarazo.
 - Es posible que los bebés de madres con anemia u otros problemas de salud no tengan suficiente hierro almacenado al igual que los bebés nacidos antes de tiempo no pueden obtener suficientes reservas de hierro.
 - A los 4 a 6 meses de edad, el hierro almacenado durante el embarazo se encuentra en un nivel bajo. Y se usa más hierro a medida que el bebé crece.

- La Academia Americana de Pediatría (AAP, por sus siglas en inglés) aconseja alimentar a su bebé con leche materna solo durante los primeros 6 meses. Pero la leche materna no tiene mucho hierro, por lo que los bebés que son amamantados solamente, pueden no tener suficiente hierro.
- b. Los bebés mayores y los niños pequeños pueden no obtener suficiente hierro de sus dietas.
- c. Alteraciones a nivel del tracto gastrointestinal, después de cirugías gastrointestinales pueden generar alteraciones de la absorción de hierro asimismo la mayor parte del hierro es absorbido por el intestino delgado superior. Cualquier anomalía en el tracto gastrointestinal
- d. Cambios en el cuerpo. Cuando el cuerpo atraviesa un crecimiento acelerado, necesita más hierro para producir más glóbulos rojos.
- e. Pérdida de sangre. La pérdida de sangre puede causar una disminución de hierro. Las fuentes de pérdida de sangre pueden incluir sangrado gastrointestinal, sangrado menstrual o lesiones (16).

2.3.3 Síntomas de la anemia ferropénica.

- Síntomas generales: Astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia. sueño incrementado, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, vértigo, mareos,
- Alteraciones digestivas: Queilitis angular, glositis entre otros.
- Alteraciones en piel y faneras: Piel y membranas mucosas pálidas, pelo ralo.
- Alteraciones de conducta alimentaria: cierta tendencia a comer tierra.
- Síntomas cardiopulmonares: Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo, estas condiciones se pueden presentar cuando la hemoglobina es $< 5\text{g/dl}$.
- Alteraciones inmunológicas: En laboratorio: defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
- Síntomas neurológicos: Alteración de los ciclos del sueño y actividad, así como las funciones de memoria y aprendizaje (17).

Los síntomas que se presenta en niños: Va depender acuerdo a la complejidad algunos evidencian palidez, frio, apatía, adelgazamiento,

hiporexia, taquicardia, retardo del crecimiento y retraso en el desarrollo psicomotor (18).

2.3.4 Diagnóstico de la anemia ferropénica

La mayoría de la anemia en los niños se diagnostica con estos análisis de sangre:

- a. Conteo sanguíneo completo: evidenciado por hemograma completo y se observa que los glóbulos rojos, blancos, y plaquetas
- b. Hemoglobina y hematocrito: esta prueba determina el grado de la anemia pues mide las cantidades exacta de hemoglobina y las cantidades de glóbulos rojos que hay sangre.
- c. Frotis periférico: se examina una muestra ínfima de sangre mediante un microscopio para determinar en cuanto están los valores (19).

2.3.5 Esquema de tratamiento

Tabla N° 1

Tratamiento con hierro para niños prematuros y/o con bajo peso al nacer menores de 6 meses de edad con anemia.

CONDICION	EDAD DE ADMINISTRACION	DOSIS (Vía oral)	PRODUCTO	DURACION	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño prematuro y/o con bajo peso al nacer.	Desde los 30 días de edad.	4mg/kg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico.	Durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento

Fuente: minsa.gob.pe. [Online].; 2017

Tabla N° 2

Tratamiento con hierro para niños nacidos a término y/o con buen peso al nacer menores de 6 meses con anemia

CONDICION	EDAD DE ADMINISTRACION	DOSIS (Vía oral)	PRODUCTO	DURACION	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se diagnostique anemia (a los 4 meses o en el control).	3mg/kg/día Máxima dosis 40 mg/día	Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado o Férrico.	Durante 6 meses continuos	Al mes de tratamiento, a los 3 meses y posterior al 6 mes de iniciado el tratamiento

Fuente: minsa.gob.pe. [Online].; 2017

Tabla N° 3

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

EDAD DE ADMINISTRACION	DOSIS (Vía oral)	PRODUCTO	DURACION	CONTROL DE HEMOGLOBINA
Niños de 6 a 35 meses de edad	3mg/kg/día Máxima dosis 70 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o Gotas de Sulfato Ferroso o Gotas de Complejo Polimaltosado Férrico	Durante 6 meses continuos	Al mes de tratamiento, a los 3 meses y posterior al 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 a 5 años de edad	3mg/kg/día Máxima dosis 90 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico		
Niños de 5 a 11 años de edad	3mg/kg/día Máxima dosis 120 mg/día	Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de		

Sulfato ferroso o
1 tableta de
Polimaltosado

Fuente: minsa.gob.pe. [Online].; 2017

El tratamiento para anemia por deficiencia de hierro:

- a. Suplementos de hierro. vienen en diversas presentaciones como gotas de hierro, tabletas, tabletas recubiertas que se debe ingerir por muchos meses con la finalidad de incrementar los niveles de hierro en el organismo, asimismo los suplementos que contienen hierro pueden provocar irritaciones en el aparato digestivo. De preferencia, se debe ingerir en ayunas o con jugos cítricos para mejorar la absorción de dicho mineral esencial para el desarrollo. (20).
- b. Dieta rica en hierro: ingerir alimentos con alto valor proteico y ricos en hierro. estos alimentos incluyen:
 - Cereales, panes, pastas y arroz enriquecidos con hierro.
 - Carnes, como carne de res, cerdo, cordero, hígado y otras carnes de órganos
 - Aves de corral, como pollo, pato, pavo (especialmente carne oscura) e hígado
 - Pescados, como mariscos, que incluyen almejas, mejillones y ostras, sardinas y anchoas
 - Verduras de hoja verde de la familia de la col, como el brócoli, la col rizada, las hojas de nabo y las coles
 - Legumbres, como habas y guisantes; frijoles y guisantes secos, como los frijoles pintos, los guisantes de ojo negro y los frijoles horneados enlatados
 - Pan y panecillos de levadura con levadura.

Criterios del alta en el tratamiento de anemia

El personal de salud a cargo del tratamiento especificara cuando debe suspenderse la administración de hierro en los pacientes que reciben estos

suplementos, asimismo indicara los controles respectivos para garantizar la recuperación total. (21)

Efectos adversos o colaterales del uso de suplementos de hierro

Varía de acuerdo a la presentación del suplemento indicado entre ello tenemos a:

- a. Hierro Polimaltosado: En condiciones fisiológicas es estable y su interacción con otros componentes de la dieta parecen ser menores que la del Sulfato Ferroso. De presentarse algún tipo de evento adverso el personal de salud a cargo debe registrar inmediatamente y reportar en el *“Formato de Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a medicamentos”*.
- b. 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 con bebidas cítricas. (22).

2.3.6 Prevención de la anemia en niños

Prevención primaria:

Niños menores de 6 meses:

- Alimentados con lactancia materna de manera exclusiva hasta los 6 meses.
- A los niños nacidos pre término o de bajo peso se da inicio con suplemento de hierro oral en el primer mes de vida.
- Los niños nacidos a término se da inicio con suplemento de hierro oral a partir de los 4 meses de edad.
- Alimentados con leche artificial: uso adecuado de los preparados para lactantes, enriquecidos con hierro. (22)

Niños mayores de 6 meses:

- Alimentados exclusivamente con lactancia materna hasta los 6 meses: asegurar la ingesta de 2mg/Kg/día de Fe en los alimentos de continuación o suplementar esta cantidad con Fe oral en gotas a partir de los 6 meses
- Al incorporar alimentos de consistencia sólido, garantizar el consumo de hierro, teniendo en cuenta las siguientes indicaciones:
 - Dos tomas diarias de cereales enriquecidos con hierro cubren los requerimientos necesarios.
 - Los alimentos ricos en vitamina C (frutas, verduras, zumos...) mejoran la absorción de hierro
 - No se recomienda el consumo de leche de cabra, vaca o soya antes de los 12 meses de edad. (22).

Prevención Secundaria.

Manejo preventivo de anemia en niños:

La prevención de anemia se realizará de la siguiente manera:

Tabla 4

Suplementación Preventiva con Hierro y Micronutrientes para niños menores de 36 meses

CONDICIÓN DEL NIÑO	PRODUCTO	EDAD DE ADMINISTRACIÓN	DOSIS ADMINISTRAR POR DÍA	A VÍA POR	DURACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN
Niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso. ó Gotas Complejo Polimaltosado	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg/kg/día		Suplementación diaria hasta los 6 meses.
	Micronutrientes: Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses de edad.	1 sobre diario		Hasta que complete el consumo de 180 sobres durante 6 meses.

Niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Gotas Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Férrico Jarabe sulfato ferroso	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses	2 mg/kg/día	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Ferrico	Desde los 6 meses hasta los 23 meses de edad	10 – 12.5 mg de hierro elemental	Suplementación diaria por 6 meses cumplidos
	Micronutrientes*: Sobre de 1 gramo en polvo		1 sobre diario	Hasta que consuma los 180 sobres diarios.
	Sulfato Ferroso o Complejo Polimaltosado Ferrico	Desde los 24 meses hasta los 35 meses de edad	30 mg de hierro elemental	Suplementación diaria por 6 meses cumplidos
	Micronutrientes*: Sobre de 1 gramo en polvo		1 sobre diario	
	Sulfato Ferroso		2.8 ml = 8.4 mg de hierro elemental	Dar de forma interdiaria o 3 veces por s
	Complejo Polimaltosado Ferrico	Niños de 36 a 59 meses de edad	2.5 ml = 25 mg de hierro elemental	Dar de forma interdiaria o 3 veces por semana emana
	Micronutrientes*: Sobre de 1 gr		1 sobre diario	Hasta que consuma los 360 sobres diarios.

Fuente: minsa.gob.pe. [Online].; 2017

2.3.7 Pronostico

El pronóstico dependerá de la evolución del paciente, el mismo que podrá ser valorado según los controles de hemoglobina que se realicen y otros exámenes solicitados, siempre y cuando sea posible realizarlo en el Establecimiento de Salud. (23).

2.3.8 Complicaciones

Las complicaciones mayormente se presentan en anemias severas, es decir cuando la hemoglobina está por debajo de “5mg/dl” se evidencia signos como disnea, taquicardia etc. En casos de anemia leves no se evidencia signos asimismo (24).

2.3.9 Visitas domiciliarias

El personal de salud acude a los domicilios como parte de sus actividades preventivo-promocionales, con el objetivo de sensibilizar a la población sobre problemas detectados en los consultorios, es de vital importancia porque se logran identificar problemas álgidos que pueden afectar la salud, asimismo no ayuda hacer una valoración integral de cada integrante del núcleo familiar, durante las visitas se brindan charlas, consultas personalizadas, nos permite tener mayor contacto con la población (25).

Para *Roca y Úbeda*, define como una agrupación o conjunto de actividades que se realiza durante las visitas domiciliaria que ayuda a detectar asimismo planificar alternativas de solución (26).

La importancia de la visita domiciliaria consiste en establecer una comunicación directa con los integrantes del núcleo familiar, asimismo nos ayuda a concientizar a las madres de familia sobre la importancia de los controles de crecimiento y desarrollo, vacunas y demás intervenciones en la lucha contra la anemia (27).

Según Salazar dependiendo de la perspectiva de estudio y del objetivo que se proponga, la visita domiciliaria puede definirse como:

- a. **Una actividad:** Que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas,
- b. **Una técnica:** Porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la autoresponsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades.
- c. **Un programa:** Porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica.
- d. **Un servicio:** Porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud. (28).

2.3.9.1 Ventajas y desventajas

Dentro de las ventajas se mencionan los siguientes enunciados:

Ventajas:

- Su práctica permite generar mayor confianza y seguridad en el individuo y su grupo familiar frente a la oferta de servicio.
- Permite una participación más amplia, sincera y real en el programa de salud familiar, dado que ésta se lleva a cabo en su propio medio.
- Se logra una relación interpersonal sincera, real y activa entre el equipo y el grupo familiar.
- Facilita el desarrollo de las acciones propuestas y el cumplimiento de los objetivos propuestos.
- La familia accede con menos resistencia y con mayor flexibilidad al cumplimiento con los compromisos contraídos con el equipo de salud.
- Permite constatar y verificar la información obtenida por otros medios acerca de las condiciones de salud de la familia.
- Permite identificar los problemas y necesidades evidenciales y ocultos y la disponibilidad real de recursos y su manejo.
- Facilita la vigilancia y el seguimiento de la evolución de los logros alcanzados.

- Se obtiene una visión global de la familia y de su comportamiento real frente a los problemas generales y de salud específicamente.
- Permite el desarrollo de las actividades de educación para la salud dirigida a la toma de conciencia y a procurar un cambio en el comportamiento.
- Posibilita el desarrollo de la investigación operativa.
- Permite ampliar la cobertura de práctica del programa salud familiar (27).

Desventajas:

- Desventajas pueden surgir o derivar de una falta de organización y programación por parte del servicio de salud asimismo podrían presentarse el rechazo hacia el personal de salud de parte de la familia durante las visitas realizadas (27).

2.3.9.2 Etapas de la visita domiciliaria integral

Se pueden escoger dos métodos para preparar una visita.

- a. El primero: aborda el conocimiento y asimilación de la información antes de realizar las visitas programadas.
- b. El segundo método: consiste postergar la visita hasta después de entablar contacto directo con algún miembro de la familia, revisar su ficha familiar lo que nos permite tener una idea sobre la problemática familiar asimismo se respetara la idiosincrasia de la familia, Se debe concertar el día y la hora en que se va a realizar la visita. Para lograr el objetivo se debe acordar con la familia los días que se le realizara la visita (28).

Presentación en el domicilio:

- Primero identificarnos, mencionar el nombre de su centro de labores, el motivo por el cual están en el domicilio, el éxito va depender de la empatía hacia la familia, un trato justo respetando sus creencias y costumbres. (29)
- Valoración, con dificultad para realizarlo en la primera visita, eso se logrará con las visitas consecutivas que se realizará a la familia. La valoración se hace sobre la base de una guía de valoración diseñada por los equipos de salud (29).

a. Guía de valoración:

Individual

Se valorará de forma individual sus capacidades y limitaciones siguiendo los siguientes pasos:

- instrumentos de valoración individual recomendados por el MINSA o los diseñados localmente (evaluación nutricional, del desarrollo psicomotor; autonomía funcional e instrumental etc.)
- del cuidador se valorará qué actividades realiza para ayudar a la persona a cuidar y cómo dicho cuidado afecta a la satisfacción de las necesidades de éste.
- del entorno se valorará en qué medida las condiciones de éste ayudan o dificultan la satisfacción de las personas que viven allí.

Familiar

- De la familia se valorará estructura y dinámica familiar; tipo de familia y etapa del ciclo vital familiar
- Tareas básicas de la familia, según etapa familiar Para finalizar la etapa de valoración la familia, junto al profesional deben ver cuáles son los problemas que se consideran más importantes y que se deben abordar en primer lugar (29).

b. Planificación de la atención:

Aquí se menciona tres aspectos importantes:

- Determinar las metas que se desea alcanzar en corto, mediano y largo plazo. con el objetivo de mejorar los patrones de conductas enfocadas a una buena salud.
- Identificar y movilizar los recursos disponibles para poder alcanzar los objetivos, ya que de la existencia de dichos recursos y de su buena utilización dependerá en gran medida el éxito de las intervenciones. Los recursos se refieren a: la propia familia, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios (29).

- Plantear acuerdos establecidos con el núcleo familiar, comprometiéndolo en el cuidado integral de la salud de sus miembros con el objetivo de contar con familias saludables.

c. Ejecución de la atención:

Existen dos tipos de atención en domicilio:

- La atención directa, dirigida a las personas que la necesitan: enfermos, grupo familiar, cuidador.
- La atención indirecta, que son aquellas que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas en domicilio, y que están relacionadas con la utilización y movilización de recursos externos al grupo familiar: otros miembros del equipo, red social etc. (29).

d. Evaluación de la visita:

Como la atención en el domicilio es continua, en cada visita se evalúan los resultados alcanzados en la visita anterior. No cabe esperar cambios rápidos, por lo que cualquier esfuerzo por pequeño que sea debe ser valorado. Por esto la importancia de planificar a corto, mediano y largo plazo.

La evaluación de los resultados alcanzados sirve para continuar o modificar la planificación de la atención, detectar las dificultades y planificar otras acciones (29).

e. Registro de la visita:

Al término de la visita, regístrala en el cuaderno de visita como evidencia de la actividad asimismo registrar en la historia clínica, hoja Hiss, es importante realizar estas anotaciones con letra legible estos datos servirán para elaborar un plan de intervención asimismo identificar los problemas de la familia. (29). En cada centro de salud debe existir otra documentación para uso de los profesionales. Cabe recordar que la información mínima que debe constar en dicha documentación es la siguiente:

- Fecha de la visita
- Motivo de la visita
- Datos sobre el individuo, familia, cuidador y entorno obtenidos a través de la exploración, observación y la entrevista
- Diagnóstico de la situación
- Planificación de objetivos y actividades
- Atención proporcionada
- Fecha de la próxima visita
- Nombre y firma del profesional (29).

CAPÍTULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACIÓN A LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

PLAN DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CONTROL Y TRATAMIENTO DE ANEMIA A INFANTES DE 6 A 36 MESES DE EDAD DEL PUESTO DE SALUD CENTRO MÉDICO PARROQUIAL CHINCHEROS - APURÍMAC, 2021

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 de enfermería en el control y tratamiento de anemia a infantes de 6 a 36 meses de edad puesto de salud centro médico parroquial chincheros Apurímac 2021. 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 Médico Parroquial De Chincheros.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo general.

Contribuir en la mejora de intervención de enfermería en el control y tratamiento de anemia a infantes de 6 a 36 meses de edad puesto de salud centro médico parroquial Chincheros Apurímac 2021.

3.2.2 Objetivos específicos.

- Reforzar la intervención de enfermería en la prevención y seguimiento de la anemia en los infantes de 6 a 36 meses de edad.
- Socializar con el personal de salud el manejo terapéutico del infante con anemia para su seguimiento oportuno mediante las visitas familiares.
- Identificar y actualizar los registros de los infantes con anemia y así facilitar la oportuna intervención.
- Sensibilizar a la madre en el adecuado cuidado y alimentación del infante con y sin anemia y como este beneficia.
- Integrar y sensibilizar a la familia y sociedad en la importancia del cumplimiento del tratamiento de la anemia

3.3 Metas.

Se espera que más del 70% de niños diagnosticados con anemia en este primer trimestre se recuperen al termino del tratamiento, con la mejora en los controles de la hemoglobina desde el segundo mes de tratamiento y todo el tiempo que dure este.

3.4 Desarrollo de actividades

3.4.1 PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLE
Reforzar la intervención de enfermería en la prevención y seguimiento de la anemia en los infantes de 6 a 36 meses.	Niños diagnosticados con anemia	100% de niños tamizados	Niños recuperados de anemia al término de su tratamiento	Enero a diciembre 2021	Licenciada en enfermería
Socializar con el personal de salud el manejo terapéutico del infante con anemia para su seguimiento oportuno mediante las visitas familiares. <ul style="list-style-type: none"> Sensibilizar al personal en la identificación oportuna del infante de 6 a 36 meses en la atención intramural. Fortalecer la sectorización Visita familiar de seguimiento al infante con anemia. 	Personal sensibilizado Infantes de 6 a 36 meses adscritos al Puesto de Salud Centro Médico Parroquial	100% de niños registrados en el padrón nominal 100% de niños identificados y registrados en el aplicativo SIEN	Niños recuperados de anemia al término de su tratamiento	Enero a diciembre 2021	Licenciada en enfermería y equipo de salud del PS CM Parroquial
Identificar y actualizar los registros de los infantes con anemia y así facilitar la oportuna intervención. <ul style="list-style-type: none"> Fortalecer el mapa de sectorización. Contar con un directorio telefónico de las madres con infantes de 6 a 36 meses. Actualizar permanente del padrón de infantes con anemia. 	Mapa sectorizado. Padrón de niños con anemia	Identificación de los niños con anemia según sectores para su seguimiento y control Coordinar para la dotación y	100% de niños registrados en el padrón de anemia.	Enero a diciembre 2021	Licenciada en enfermería y equipo de salud del PS CM Parroquial Personal estandarizado

<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar insumos de hierro (sulfato ferroso jarabe y gotas). • Solicitar insumos de dosaje de hemoglobina (microcubetas, lancetas) 		requerimiento de materiales e insumos	100% de niños programados con control de hemoglobina		o en el control y/o de hemoglobina
<p>Sensibilizar a la madre en el adecuado cuidado y alimentación del infante con o sin anemia y como este beneficia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consejerías en alimentación saludable durante la espera para su atención intramural • Brindar consejerías a madres cuidadoras de infantes (CUNAMAS) • Visitas domiciliarias programadas donde se brinde sesiones educativas en lavado de manos, preparación de alimentos, consejerías nutricionales, monitoreo de consumo de agua segura, manejo de excretas, evaluación del entorno (aseo) • Tele monitoreo y tele orientación • Sensibilización a cuidadores de infantes 	Madres y/o cuidadoras de infantes sensibilizadas	100% de madres sensibilizadas	Total, de madres de niños con anemia	Enero a diciembre 2021	Licenciada en enfermería equipo de salud del PS CM Parroquial
<p>Integrar y sensibilizar a la familia y sociedad en la importancia del cumplimiento del tratamiento de la anemia y como este beneficia en la pronta mejoría del infante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reuniones con autoridades y actores sociales 	Autoridades y actores sociales sensibilizados	100% Autoridades y actores sociales sensibilizados con	100% de autoridades y actores sociales acompañando en	Enero a diciembre 2021	Licenciada en enfermería equipo de salud del PS

<ul style="list-style-type: none"> • Sesión educativa en importancia del tratamiento de la anemia • Elaboración de materiales de difusión sobre la anemia, prevención, alimentos ricos en hierro, prevención, higiene de mano. 		participación continua de	actividades antianémicas		CM Parroquial
--	--	---------------------------	--------------------------	--	---------------

3.5 Recursos

RECURSOS HUMANOS.

- Equipo que labora en el puesto de salud Centro Médico Parroquial teniendo como personal responsable de las diferentes actividades al personal de enfermería
- Personal capacitado y/o estandarizado en el control de hemoglobina que labora en el puesto de salud Centro Médico Parroquial.

RECURSOS MATERIALES.

Visita domiciliaria.

- Padrón y/o registro de infantes diagnosticados con anemia
- Ficha de datos de diagnóstico y manejo de anemia en niñas – niños menores de 3 años.
- Frascos de sulfato ferroso o sulfato polimaltosado en gotas o jarabe.

Control y/o dosaje de hemoglobina

- Hemocue con pilas
- Torundas de algodón
- Lanceta
- Micro cubeta
- Guantes descartables
- Papel desechable
- Bolsas para desechos
- Tabla para descuentos según altura anexo N°3

3.6 Ejecución.

Esta intervención se realiza de forma mensual, donde participa todo el personal que labora en el Puesto de Salud Centro Médico Parroquial, donde cada uno interviene en sus familias objetivo, 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.

3.7 Evaluación.

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 a iniciado y se continúa realizando con activa participación de los mismos.

Tabla 5

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA Y TIPO DE ANEMIA 2021

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA EE.SS 2021									
RED	MICRORED	EESS	Anemia Leve	Anemia Moderada	Anemia Severa	Normal	Total general	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA
COCHARCA	URIPA	P.S. CM PARROQUIAL	20	4		69	93	24	25,81%

Fuente. Sistema de información nutricional DISA VIRGEN DE COCHARCAS

En esta tabla se puede evidenciar que en este primer semestre se realizaron 93 tamizajes de hemoglobina al niño menor de 5 años de los cuales con anemia leve fueron diagnosticados 20 y anemia moderada 4 niños y sin anemia 69 niños, observándose así una prevalencia de anemia de un 25.81% ubicándonos en un moderado problema de salud pública.

Tabla 6

NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA Y TIPO DE ANEMIA

NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA EE.SS 2021									
RED	MICRORED	EESS	Anemia Leve	Anemia Moderada	Anemia Severa	Normal	Total general	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA
COCHARCA	URIPA	P.S. CM PARROQUIAL	15	3		38	56	18	32,14%

Fuente. Sistema de información nutricional DISA VIRGEN DE COCHARCAS

En esta tabla se puede evidenciar que en este primer semestre se realizaron 56 tamizajes de hemoglobina al infante menor de 36 meses de los cuales con anemia leve fueron diagnosticados 15 y anemia moderada 3 infantes y sin anemia 38 infantes, observándose así una prevalencia de anemia de un 32.14% con un 6.33 % por encima de la prevalencia de anemia del menor de 5 años reafirmando el moderado problema de salud pública.

Tabla 7

EVALUACION DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA SEGÚN EL TIPO DE ANEMIA EN DISTRITO Y PROVINCIA

NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS CON ANEMIA POR DISTRITO Y PROVINCIA 2021									
Cuenta de DIRESA		Dx_Ane mia							
Provincia	Distrito	Ane mia Le ve	Ane mia Mode ra da	Ane mia Se ve ra	Norma l	Tota l ge ne ral	T OT AL ANEMIA	PREVALENCIA	
CHINCHEROS	ANCO_HUALLO	78	23		460	561	101	18,00%	
	CHINCHEROS	26	14		204	244	40	16,39%	
	COCHARCAS	11	5		60	76	16	21,05%	
	EL PORVENIR	16	3		102	121	19	15,70%	
	HUACCANA	36	21	3	269	329	60	18,24%	
	LOS CHANKAS	2			74	76	2	2,63%	
	OCOBAMBA	42	6		325	373	48	12,87%	
	ONGOY	5	1		122	128	6	4,69%	
	RANRACANCHA	31	9	1	199	240	41	17,08%	
	ROCCHACC	35	10		180	225	45	20,00%	
URANMARCA	7	1		22	30	8	26,67%		
Tota l CHINCHEROS		289	93	4	2017	2403	386	16,06%	

Fuente. Sistema de información nutricional DISA VIRGEN DE COCHARCAS

En la tabla podemos observar que como distrito Ancohuallo en lo que va del primer semestre se realizaron 561 tamizajes de hemoglobina en el menor de 5 años, de los cuales con anemia leve salieron 78 niños, con anemia moderada salieron 23 haciendo un total de 101 niños con anemia y teniendo una prevalencia de anemia de 18% como distrito y como provincia teniendo una prevalencia de anemia de 16 %, ubicándonos como distrito y provincia en un problema leve de salud pública.

Tabla 8

EVALUACION DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON TAMIZAJE DE HEMOGLOBINA SEGÚN EL TIPO DE ANEMIA EN DISTRITO Y PROVINCIA

NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA POR DISTRITOS Y PROVINCIA 2021									
Cuenta de DIRESA		Dx_Ane mia							
Provincia	Distrito	Ane mia Le ve	Ane mia Mode ra da	Ane mia Se ve ra	Norma l	Tota l ge ne ral	T OT AL ANEMIA	PREVALENCIA	
CHINCHEROS	ANCO_HUALLO	60	21		315	396	81	20,45%	
	CHINCHEROS	21	13		143	177	34	19,21%	
	COCHARCAS	10	5		40	55	15	27,27%	
	EL PORVENIR	15	3		54	72	18	25,00%	
	HUACCANA	32	19	3	175	229	54	23,58%	
	LOS CHANKAS	1			52	53	1	1,89%	
	OCOBAMBA	33	2		185	220	35	15,91%	
	ONGOY	3	1		65	69	4	5,80%	
	RANRACANCHA	24	9	1	111	145	34	23,45%	
	ROCCHACC	29	9		108	146	38	26,03%	
URANMARCA	5	1		6	12	6	50,00%		
Tota l CHINCHEROS		233	83	4	1254	1574	320	20,33%	

Sistema de información nutricional DISA VIRGEN DE COCHARCAS

En esta tabla se puede observar que como distrito Ancohuallo en lo que va del primer semestre se realizaron 396 tamizajes de hemoglobina en el menor de 36 meses en los cuales se diagnosticaron a 60 infantes con anemia leve y 21 infantes con anemia moderada, haciendo un total de 81 infantes con anemia en el distrito en lo que va del primer semestre manteniendo una prevalencia de 20.45% ubicándonos en un moderado problema de salud pública.

TABLA 9

**NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS TAMIZADOS CON HEMOGLOBINA Y
DIAGNOSTICADOS CON ANEMIA DATOS HISTORICOS**

PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 59 MESES POR EE.SS														
RED	MICRORED	EE.SS	2018				2019				2020			
			Nº DE EVALUADOS	NORMAL	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA	Nº DE EVALUADOS	NORMAL	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA	Nº DE EVALUADOS	NORMAL	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA
COCHARCAS	URIPA	P.S. CENTRO	130	98	32	24,60%	128	109	19	14,80%	78	62	16	20,51%

Sistema de información nutricional DISA VIRGEN DE COCHARCAS

En la tabla 9 se puede evidenciar que el año 2018 tuvimos una prevalencia del 24 .6% de anemia, el año 2019 disminuimos la prevalencia de anemia a un 14.8% y el año 2020 presentamos una prevalencia de 20.51 % donde se logra evidenciar que el 2021 la prevalencia de anemia nos mantiene aún en un moderado problema de salud pública.

TABLA 10

**NIÑOS MENORES DE 36 AÑOS TAMIZADOS CON HEMOGLOBINA Y
DIAGNOSTICADOS CON ANEMIA DATOS HISTORICOS**

PREVALENCIA DE ANEMIA EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES POR EE.SS														
RED	MICRORED	EE.SS	2018				2019				2020			
			Nº DE EVALUADOS	NORMAL	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA	Nº DE EVALUADOS	NORMAL	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA	Nº DE EVALUADOS	NORMAL	TOTAL ANEMIA	PREVALENCIA
COCHARCAS	URIPA	P.S. CENTRO	60	44	16	26,7%	76	61	15	19,7%	49	36	13	26,53%

Sistema de información nutricional DISA VIRGEN DE COCHARCAS

En la tabla 10 al igual que en la tabla 9 se puede evidenciar que el año 2018 tuvimos una prevalencia del 26.7 % de anemia, el año 2019 también se logró disminuimos la prevalencia de anemia a un 19.7 % y el año 2020 presentamos una prevalencia de 26.53 % donde se logra evidenciar que el 2021 se presenta aun una la prevalencia de anemia nos mantiene aún en un moderado problema de salud pública.

CONCLUSIONES

1. Las actividades intramurales y complementadas que se realizan con énfasis en control de crecimiento, aplicación de vacunas a niños, sesiones educativas a madres de familia, generación mensual de informes ante las instancias pertinentes, cuyas evidencias se consignan en el cuaderno de repórter y los informes remitidos. Del Puesto de Salud Centro Médico Parroquial Chincheros - Apurímac 2021.
2. Las actividades realizadas mediante las visitas domiciliarias, para la verificación del consumo del sulfato ferroso y adherencia del mismo nos ayudó a mejorar el estado nutricional del niño por ende su pronta recuperación.
3. Se impulsó 24 interconsultas comprendidas: 10 servicios de psicología y 14 servicios de odontología, tal como se evidencia en las historias clínicas en el Puesto de Salud Centro Médico Parroquial Chincheros - Apurímac 2021.
4. Los 28 niños con diagnóstico médico confirmado a través de análisis laboratorial hace 6 meses, luego haberse sometido al tratamiento general y específico con sulfato ferroso por seis meses calendarios, a la fecha 26 de ellas/os al control laboratorial de hemoglobina se ubican dentro de los intervalos normales, según consta en las historias clínicas y declaradas con alta médica en el Puesto de Salud Centro Médico Chincheros – Apurímac 2021.

RECOMENDACIONES

1. Continuar con el fortalecimiento de la actividad de visitas domiciliarias a las familias con infantes menores de 36 meses que presentan anemia y verificar la adecuada adherencia al consumo del sulfato ferroso y/o sulfato polimaltosado.
2. Realizar de forma permanente sesiones educativas en alimentación nutricional y reanudar las actividades de sesión demostrativas en la preparación de alimentos en el marco de promoción de la salud e incentivar el consumo de alimentos con alta biodisponibilidad de hierro, a las familias con infantes adscritos en nuestra jurisdicción.
3. Fortalecer alianzas intersectoriales de Articulación Local, emprendido por la Municipalidad Distrital Ancohuallo, el Puesto de Salud Centro Médico Parroquial y otros para fortalecer las intervenciones conjuntas y efectivas. Además, garantizar la sostenibilidad de dicha alianza y el accionar oriente a la prevención y tratamiento oportuno de anemia en los infantes. Conforme al Resolución Ministerial N° 078-2019/MINSA.
4. Reforzar telesalud en el Puesto de Salud Centro Médico Parroquial y ser parte de la Red Nacional de Telesalud para ofertar diversas atenciones sanitarias: teleorientación, teleconsejería, telemonitoreo, teleconsultas, etc. A efectos de captación, tratamiento y recuperación de infantes con anemia ferropénica en la jurisdicción y conforme la Directiva Administrativa N° 284-MINSA/2020/DIGTEL: Directiva de Telegestión para la Implementación y Desarrollo de Telesalud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud . Prevalencia mundial de la anemia y número de personas afectadas. [Online].; 2020 [cited 2020 Mayo 8. Available from: https://www.who.int/vmnis/database/anaemia/anaemia_data_status_t2/es/.
2. Gobierno del Perú. Plan Multisectorial de Lucha la Anemia. [Online].; 2018 [cited 2019 Setiembre 3. Available from: <http://www.midis.gob.pe/dmdocuments/plan-multisectorial-de-lucha-contra-la-anemia-v3.p>.
3. Dirección Regional de Salud Apurímac . Análisis de Situación de Salud Apurímac. [Online].; 2017 [cited 2019 Setiembre 3. Available from: <http://diresaapurimac.gob.pe/media/attachments/2018/09/07/asis2017.pdf>.
4. Ministerio de Salud . Documento Técnico del Plan Nacional para la Reducción y Control de Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú: 2017 -2021. [Online].; 2017 [cited 2019 Setiembre 3. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4189.pdf>.
5. Base de datos de estadísticas Puesto de Salud Centro Médico Parroquial Chincheros - Apurímac 2021.
6. Coque A. Gualapuro Y. Cuidados de Enfermería en Menores de 5 años Diagnosticados con Anemia Ferropénica que Acuden al Centro de Salud de Malchingui, Pichincha, mayo - noviembre, 2015. Tesis pregrado. Pichincha : Universidad Técnica del Norte , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2016.
7. García M. Rodríguez S. Cuidados de Enfermería en Niños con Anemia Ferripriva. Revista Médica Multimed. 2007 Marzo; XIII(2).
8. Valentin P. Disminuyendo la Anemia en Niños Menores de 1 año en el Centro de Salud Nicrupampa- Huaraz, 2019. Informe de trabajo académico. Nicropampa : Universidad Católica los Ángeles Chimbote , Facultad de Ciencias de la Salud ; 2019.
9. Arango M. Guzmán A. Intervención de enfermería según Nola Pender para la disminución de anemia ferropénica, madres de niños de 6 a 36 meses, Microred 15 de agosto. Paucarpata, Arequipa 2018 [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Lima: Universidad Nacional San Agustín de Arequipa, Perú; 2018.

10. Avelino S. Sánchez T. Intervención de enfermería en la mejora del conocimiento sobre prevención de anemia en madres de niños de 6 a 36 meses. Distrito de Jivia, provincia de Lauricocha; departamento Huánuco 2017 [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huánuco. Universidad de Huánuco, Perú; 2017.
11. Vargas T. Intervención de enfermería en visitas domiciliarias a familias de niños menores de 5 años en la prevención de anemia en el Puesto de Salud Siusay, de la Micro Red Lambrama Abancay, [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Huánuco. Universidad Tecnológica de los Andes; Peru; 2018.
12. Bernuy J., Cifuentes Y., Rojas L. Efectividad de una intervención educativa en el nivel de conocimientos de las madres de niños de 6 a 23 meses sobre anemia ferropénica. [Tesis para optar título]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de enfermería. Lima, Perú; 2017.
13. Pender, N.J. Health promotion in Nursing Practice (3rd. ed.) Stamford, Connecticut: Appleton & Lange. 1996.
14. [Online].; 2016 [cited 2020 Mayo 07. Available from: <http://www.onmeda.es/enfermedades/anemia.html>
15. University of Rochester Medical Center . Iron-Deficiency Anemia in Children. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 08. Available from: <https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P02323>
16. Wood S, Sperling R. Pediatric Screening: Development, Anemia, and Lead. Prim Care. 2019; 46(1): 69-84.
17. Guía de practica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la. - Minsa. [Online].; 2015 [cited 2020 Mayo 07. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/Guias/RM031-2015-Minsa.pdf>.
18. Hernandez Gonzales DE. www.zonapediatrica.com. [Online].; 2009 [cited 2020 Mayo 07. Available from: <http://www.zonapediatrica.com/anemia-en-el-nino.html>
19. JR. Cedars- Sinai. Anemia in Children. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 06. Available from: <https://www.cedars-sinai.org/health-library/diseases-and-conditions---pediatrics/a/anemia-in-children.html>.

20. JM. University of Rochester Medical Center . Iron-Deficiency Anemia in Children. [Online].; 2019 [cited 2020 Mayo 08. Available from: https://www.urmc.rochester.edu/encyclopedia/content.aspx?ContentTypeID=90&ContentID=P02323_
21. Ministerio de Salud. minsa.gob.pe. [Online].; 2017 [cited 2020 Mayo 13. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4190.pdf>.
22. Sarna A, Porwal A, Ramesh S, Agrawal P, Acharya R, Johnston R, et al. Characterisation of the types of anemia prevalent among children and adolescents aged 1-19 years in India: a population-based study. *Lancet Child Adolesc Health*. 2020; 4(7): 515-525.
23. Espinoza Ch. F. Anemia. In Barrera Quezada. G. Santiago : Centro de Asistencia e Investigación Clínica Pediátrica ; Guías de Práctica Clínica en Pediatría. p. 655.
24. Andina, Agencia Peruana de Noticias. [Online].; 2020 [cited 2020 Mayo 07. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-ministra-luna-visitas-domiciliarias-contribuyen-a-reducir-anemia-infantil-784245.aspx>
25. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-2962020000100020&script=sci_arttext&tlng=en versión On-line ISSN 1699-5988 versión impresa ISSN 1132-1296.
26. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/949>.
27. Garro H. Efectividad del programa educativo “prevención de anemia ferropénica y desnutrición crónica en niños de 6 a 36 meses” en el nivel cognitivo y prácticas de las madres que asisten a un centro de salud de Lima Metropolitana 2015. [Tesis para optar título de enfermería] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina. Escuela Académico profesional de Enfermería. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4761/Cornejo_?sequence=1.
28. Andina, Agencia Peruana de Noticias. [Online].; 2020 [cited 2020 Mayo 07. Available from: <https://andina.pe/agencia/noticia-ministra-luna-visitas-domiciliarias-contribuyen-a-reducir-anemia-infantil-784245.aspx>.

ANEXOS
ANEXOS

Anexo 1.

		GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC				
		DIRECCION DE SALUD DE COCHARCAS				
FICHA DE DATOS DE DIGNOSTICO Y MANEJO DE ANEMIA - NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 3 AÑOS						
1) DATOS DEL NIÑO O NIÑA						
Madre o cuidador:			N° DNI. (mamá o apoderado):			
Nombre del Niño/a:			Edad:	HCL:		
Fecha Nacimiento:			N°DNI.(niña o niño):			
Domicilio con referencia:			N° Celular Madre/Padre:			
Centro Poblado/Barrio/Urbanizacion:					Altitud:	msnm
2) ESTABLECIMIENTO DONDE SE ATIENDE.						
EE.SS:			Comunidad:			
3) DATOS DE LABORATORIO (HEMOGLOBINA)						
Edad:		Años:		Meses:		
Fecha	Valor Observado	Valor Corregido	Diagnostico	Resp. Atencion del Dx		
Primer Resultado						
Resultado de control						
Resultado final						
4) TIPO DE INSUMO PARA TRATAMIENTO DE ANEMIA						
PRODUCTO	Fechas de Entrega de Tratamiento					
	1)	2)	3)	4)	5)	6)
						Resp. De Entrega del TTO
5) VISITAS DE TRATAMIENTO DE ANEMIA						
Primera visita	Fecha:	Hora de Inicio:		Hora de Terminó:		
Situacion Encontrada:						
Acciones Realizadas:						
Acuerdos y Negociados Tomados						
Firma del Madre/Padre/Apoderado				Firma del Personal de salud en Visita		
Segunda visita	Fecha:	Hora de Inicio:		Hora de Terminó:		
Situacion Encontrada:						
Acciones Realizadas:						
Acuerdos y Negociados Tomados						
Firma del Madre/Padre/Apoderado				Firma del Personal de salud en Visita		
Tercera visita	Fecha:	Hora de Inicio:		Hora de Terminó:		
Situacion Encontrada:						
Acciones Realizadas:						
Acuerdos y Negociados Tomados						
Firma del Madre/Padre/Apoderado				Firma del Personal de salud en Visita		

Anexo 1

Cuarta Visita	Fecha:	Hora de Inicio:	Hora de Terminó:
Situación Encontrada:			
Acciones Realizadas:			
Acuerdos y Negociados Tomados			
Firma del Madre/Padre/Apoderado		Firma del Personal de salud en Visita	
Quinta Visita	Fecha:	Hora de Inicio:	Hora de Terminó:
Situación Encontrada:			
Acciones Realizadas:			
Acuerdos y Negociados Tomados			
Firma del Madre/Padre/Apoderado		Firma del Personal de salud en Visita	
Sexta Visita	Fecha:	Hora de Inicio:	Hora de Terminó:
Situación Encontrada:			
Acciones Realizadas:			
Acuerdos y Negociados Tomados			
Firma del Madre/Padre/Apoderado		Firma del Personal de salud en Visita	
Septima Visita	Fecha:	Hora de Inicio:	Hora de Terminó:
Situación Encontrada:			
Acciones Realizadas:			
Acuerdos y Negociados Tomados			
Firma del Madre/Padre/Apoderado		Firma del Personal de salud en Visita	

Anexo 2.

TABLAS PARA EL AJUSTE DE HEMOGLOBINA SEGÚN LA ALTURA SOBRE EL NIVEL DEL MAR

El ajuste de los niveles de hemoglobina se realiza cuando el niño, adolescente, gestante o puérpera residen en localidades ubicadas en altitudes por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar. El nivel de hemoglobina ajustada es el resultado de aplicar el factor de ajuste al nivel de hemoglobina observada.

Niveles de hemoglobina ajustada = Hemoglobina observada - Factor de ajuste por altitud.

ALTITUD (msnm)		Factor de ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
1000	1041	0.1
1042	1265	0.2
1266	1448	0.3
1449	1608	0.4
1609	1751	0.5
1752	1882	0.6
1883	2003	0.7
2004	2116	0.8
2117	2223	0.9
2224	2325	1.0
2326	2422	1.1
2423	2515	1.2
2516	2604	1.3
2605	2690	1.4
2691	2773	1.5
2774	2853	1.6
2854	2932	1.7
2933	3007	1.8
3008	3081	1.9

ALTITUD (msnm)		Factor de Ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
3082	3153	2.0
3154	3224	2.1
3225	3292	2.2
3293	3360	2.3
3361	3425	2.4
3426	3490	2.5
3491	3553	2.6
3554	3615	2.7
3616	3676	2.8
3677	3736	2.9
3737	3795	3.0
3796	3853	3.1
3854	3910	3.2
3911	3966	3.3
3967	4021	3.4
4022	4076	3.5
4077	4129	3.6
4130	4182	3.7

ALTITUD (msnm)		Factor de Ajuste por altitud
DESDE	HASTA	
4183	4235	3.8
4236	4286	3.9
4287	4337	4.0
4338	4388	4.1
4389	4437	4.2
4438	4487	4.3
4488	4535	4.4
4536	4583	4.5
4584	4631	4.6
4632	4678	4.7
4679	4725	4.8
4726	4771	4.9
4772	4816	5.0
4817	4861	5.1
4862	4906	5.2
4907	4951	5.3
4952	4994	5.4
4995	5000	5.5

Fuente Instituto Nacional de Salud/Centro Nacional de Alimentación y Nutrición/Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional (2015), Adaptado de CDC (1989) CDC criteria for anemia in children and childbearing age women. Morbidity and Mortality Weekly Report 38, 400-404 ⁽⁹⁹⁾, y Hurtado A, Merino C & Delgado E. (1945) Influence of anoxemia on the hemopoietic activity. Archives of Internal Medicine 75, 284-323. ⁽⁹⁰⁾

ANEXO 3

ACTA DE REUNION VIRTUAL DE INSTANCIAS DE ARTICULACION LOCAL CON ENFASIS EN LA PRIMERA INFANCIA DEL DISTRITO DE ANCO HUAYO.

Siendo las 3:00 pm de la tarde del día 17 de junio del 2021, en el auditorio de la Municipalidad dist. Jal. de Anco Huayo-Uripa, provincia de Huancayo, región Apurímac.

El señor David Gutiérrez saluda a todos felicitando por su participación, lo cual la convocatoria se debe para ver los trabajos de instancia de articulación local para los procesos que permitan ver los paquetes integrados de salud para los cuales los presentes se pronuncian sobre la agenda en mención.

También hace referencia sobre el oficio Múltiple n° 033-2021-MOAH-AL que ha sido remitido a todas las instancias a la vez el link de Google Meet, por lo que en cuanto al quorum si se cumple para dar por agendada la reunión convocada.

En seguida el sub gerente de la municipalidad menciona sobre los acuerdos que se tiene con su sector para este año 2021 en cuanto a la primera infancia por lo que priorizan a niños menores de tres años con cuadros de anemia, para ello se adquirirá mas jarabes, galletas como tambien productos de la zona como es el cuy para los niños consuman el consome de cuy (caldo sustancioso de cuy) para los cuales en la siguiente reunión se estará presentando el cuadro del plan de trabajo para la adquisición de estos productos.

En seguida participa la jefa del Centro la D.C. Clementina Balcón sobre el trabajo que se viene realizando en cuanto a su sector por lo que están puestos a poder cooperar en las actividades que se puede programar.

Consecuentemente la licenciada Juana Zumera Ubagui expone sobre la atención en cuanto a la atención de paquetes integrados de salud que permite a las niñas y niños acceder al control de crecimiento y desarrollo en especial sobre el neumococo y rotavirus, la suplementación

Grafiosa

ANEXO 5

importante en cuanto a los paquetes integrados de salud por lo que a la fecha ya tenemos buen avance. por otro lado en cuanto al trabajo articulado para la reducción de la anemia se ha venido trabajando hasta la fecha con la participación de la Municipalidad Distrital. en cuanto a la entrega de jumbes polivalentes que se le hace la entrega previo control entrega del secretario médico como también se entrega los galletas anti-anémicas garrusida atenuada, todos estos productos.

por su parte el acompañante técnico del programa Nacional "Con mas" Aurora Mujaly Avila y Martha Carril Villano argumentan que en cuanto a este sector de la Municipalidad y el Centro de Salud no focalizaron para las actividades mencionadas por lo que solicitan ser considerados su parte en el equipo de trabajo que se viene conformando, estamos dispuestos a monitorear a nuestros niños y madres quienes no están priorizando la buena alimentación y que están con cuadros de anemia por lo que a partir de la fecha se reportará las evidencias de recuperación y consumo de los suplementos vitamínicos que reciben. por su parte el gestor del programa jumbes manifiesta que su sector esta de acuerdo en poder ayudar y ser participe en todo el proceso de trabajo en favor de la primera infancia.

sin otro particular ni correr el presente acta quedando en acuerdo para llevar a la proxima reunion el día 17 de junio a las 3:00 pm, para los cuales forman la presente

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE ANCO HUALLO - URUPA
Julio 10
Lc. Aldo Julio Ramirez Palomares
GERENTE MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE ANCO HUALLO - URUPA
Chavez
GERENTE MUNICIPAL

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE ANCO HUALLO - URUPA
Dario Andres Torres Cardenas
GERENTE MUNICIPAL

PROGRAMA NACIONAL DE ANCO DIRECTO A LOS MAS POBRES JUNTOS
Yemier Rafael Diaz Acevedo
DNI N° 46166775
GESTOR LOCAL - UT - APURIMAC

40166775
Gestor Local Juntos

PROGRAMA NACIONAL DE ANCO DIRECTO A LOS MAS POBRES JUNTOS
MARTHA CARRIL VILLANO
DNI: 4571171

FOTOS





