

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



**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA ADHERENCIA A LA
SUPLEMENTACION DE ANTIANEMICOS EN MADRES DE NIÑOS
MENORES DE UN AÑO DE UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD
ANDAHUAYLAS - APURIMAC**

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

EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO

Callao - 2022

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN:

- DRA. ANA ELVIRA LOPEZ DE GOMEZ PRESIDENTA
- DRA. VANESSA MANCHA ALVAREZ SECRETARIA
- MG. MARIA ELENA TEODOSIO YDRUGO VOCAL

ASESORA: DRA. ALICIA LOURDES MERINO LOZANO

Nº de Libro: 08

Nº de Acta: 122-2022

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 15 de Agosto del 2022

Resolución de Consejo Universitario N° 100-2016-CU/FCS, para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

DEDICATORIA

*Dedico con todo mi corazón mi trabajo académico
a nuestro divino creador por guiarme y darme fortaleza,
a mi padre por su apoyo incondicional y su paciencia,
a mi querido hijo Andrey todo lo que soy es gracias a
ellos.*

AGRADECIMIENTO

A Dios, porque ha estado conmigo en todo momento a paso que doy.

A mi amado padre, gracias por ser mi padre y su apoyo, comprensión

A mis estimados docentes, por brindarme sabiduría y conocimiento.

A la prestigiosa Universidad Nacional del Callao. Por haberme guiado en
todo momento.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPITULO I	5
1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	5
CAPITULO II MARCO TEÓRICO	8
2.1 Antecedentes	8
2.1.1 Antecedentes internacionales	8
2.1.2 Antecedentes Nacionales	9
2.2 BASES TEÓRICAS.....	11
2.2.1 Teorías de Enfermería	11
2.3 BASES CONCEPTUALES.....	12
2.3.1 Adherencia	12
2.3.2 No adherencia.....	13
2.3.3 Métodos para la medición de la adherencia	13
2.3.4 El hierro	14
2.3.5 La anemia.....	15
CAPITULO III DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA.....	17
3.1 Justificación.....	26
3.2 Objetivos.	27
3.2.1 Objetivo General	27
3.2.2 Objetivos Específicos	27
3.3 Metas	28
3.4 Programacion de actividades	29
3.5 Recursos	32
3.5.1 Materiales.....	32
3.5.2 Humanos	33

3.6 EJECUCIÓN	33
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	37
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38
ANEXO.....	42

INTRODUCCIÓN

El desorden nutricional más extendido y más común alrededor del mundo es el déficit de hierro, esta carencia consecuentemente produce anemia, enfermedad que en la actualidad se considera un importante problema sanitario en todo el mundo. Pese a que la anemia ya se manifiesta en una etapa tardía de déficit de hierro, la falta de control ha conllevado a su alta prevalencia en la mayoría de países en desarrollo, donde los niños y las mujeres representan el grupo más vulnerable.

Los infantes presentan alto riesgo al déficit de hierro desde la etapa prenatal y en la lactancia, ya que las madres irán disminuyendo de forma gradual sus depósitos de hierro. Aunque todavía se discute la influencia de la madre en los niveles de hierro del neonato, se cuentan con importantes estudios que afirmaron que las madres con anemia ferropénica tienen hijos con bajos niveles de hierro. Por otro lado, las madres con un adecuado estado nutricional lograran cumplir con los requerimientos de hierro hasta los seis meses del niño, por lo que posteriormente su dieta deberá contemplar alimentos abundantes en este mineral como vísceras, carnes rojas y cereales fortificados. En caso de que no se logre cubrir los requerimientos de hierro y que el infante no reciba tratamiento oportuno, este reducirá sus capacidades intelectuales, motoras y emocionales, además de presentar bajo peso y retraso en el crecimiento.

Las mujeres gestantes y los niños son particularmente sensibles a los efectos que origina la deficiencia de micronutrientes, pues su requerimiento de vitaminas y minerales es significativamente mayor, principalmente para el adecuado desarrollo del infante. En ese sentido, expertos afirman que un déficit de micronutrientes está relacionado con la morbilidad y mortalidad de infantes de hasta 5 años.

Respecto al presente proyecto denominado “Intervención de enfermería para la adherencia a la suplementación de anti anémicos en madres de niños menores de un año de un establecimiento de salud Andahuaylas -Apurímac”, propone como plan de intervención para asegurar el buen cumplimiento de la prescripción de sulfato ferroso para prevenir la anemia, a fin de disminuir la prevalencia en niños

menores de un año diagnosticados con esta enfermedad. Por lo que, se realizará como parte de las habilidades y conocimientos adquiridos en el desempeño profesional como enfermera en establecimientos adscritos a la Red de Salud. Por consiguiente, se pretende garantizar la implementación de mejores estrategias en relación a la práctica de enfermería como: La nutrición integral y articulado, que comprende la normativa CRED, inmunizaciones, nutrición y otros. Se llevará a cabo en el C.S. Pacucha, ubicada en Andahuaylas, provincia de la Región Apurímac

Para el desarrollo de este trabajo académico se evaluarán a los pacientes del citado establecimiento, cabe resaltar que el distrito de Pacucha habita un total de 9841 personas. Así mismo, se pudo evidenciar que el 22.2% de los niños menores de 12 meses con alimentación mixta presenta anemia leve, al igual que el 14.36% de mujeres gestantes. Los resultados a los que arribe esta investigación, podrán ser utilizados como fuente de información para aplicar acciones en beneficio del responsable cumplimiento de la prescripción de gotas de sulfato ferroso, tanto por parte del profesional enfermero como de las madres, para un adecuado desarrollo psicomotor de los niños. Este estudio también podrá ser utilizado por los directivos del C.S. Pacucha, ya que podrán tomar sus resultados como fuente informativa para adoptar nuevos planes de intervención en beneficio de la salud de toda su población de influencia.

A fin de proporcionar un panorama más amplio del plan de mejora, se detalla que en el capítulo I se presenta una descripción del problema identificado, seguidamente en el capítulo II se expone el marco teórico con las conceptualizaciones que permitirán un mejor entendimiento del estudio. Ya en el tercer capítulo se desarrollan las actividades del plan de mejora propuesto para solucionar el problema. Por último, se detallan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía empleada y los anexos correspondientes.

CAPITULO I . DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La anemia ferropénica produce una limitada oxigenación de los órganos y del cerebro ⁽¹⁾, provocando modificaciones en el desarrollo motor, cognitivo y conductual; sobre todo si se presenta en la fase más crítica diferenciación de las regiones cerebrales y de crecimiento, vale decir en los primeros años de vida, ocasionando daños irreversibles ya que a medida que el paciente vaya ganando mayor edad existen menores probabilidades de que el tratamiento conduzca a mejorar la capacidad intelectual. De manera que, es relevante ejecutar acciones para la prevención de la anemia desde edades muy tempranas, realzando la importancia del hierro para garantizar los diferentes procesos llevados a cabo por el sistema nervioso como la neurotransmisión, fundamental para una neurogénesis adecuada⁽²⁾.

Según informó la Organización Mundial de la Salud, alrededor de dos millones de personas son diagnosticadas con anemia y su prevalencia más alta se da en el 47.4% de niños de hasta 59 meses de edad debido a que sus requerimientos nutricionales son más altos por lo que mismo que están en crecimiento. En África y Asia se encuentra la mayor cantidad de niños con anemia, 52% y 63% respectivamente. La anemia ferropénica tiende a ser más habitual desde los 6 hasta los 35 meses, coincidiendo con la etapa del destete y transición a alimentos sólidos, observándose un rápido crecimiento y desarrollo del infante⁽³⁾. Entonces es importante que la madre cumpla con los requerimientos dietéticos y el tratamiento farmacológico, ya que de lo contrario podrían acarrear serios problemas de salud como alteraciones inmunológicas, desnutrición crónica, bajo crecimiento con respecto a la edad, problemas de aprendizaje debido a una disminución del coeficiente intelectual y alteraciones de conducta⁽⁴⁾.

Así mismo, tal como refiere la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la anemia es una enfermedad con elevada tasa de prevalencia a nivel mundial, que afecta al 47% de la población infantil de hasta 59 meses, vale decir 293 millones de

infantes, mientras que en Latinoamérica este porcentaje está representado por el 29.3% o lo que es lo mismo 23 millones de niños⁽⁵⁾.

Desde otra perspectiva, el Ministerio de Salud de Perú reveló que en el ámbito nacional se habían reducido los niveles de 60.9% en el 2000 a un 43.6% en el 2017, pero con un periodo de estancamiento entre 2011 y 2016, cuando los porcentajes oscilaron entre 41.6% y 43.6%. Señalaron además que, en las zonas urbanas afectadas se había identificado al 39.9% de los niños con anemia quienes eran menores de 36 meses, observándose una cifra significativamente mayor de 53.4% en las zonas rurales ⁽⁶⁾. Las cifras fueron más críticas en regiones como Puno donde el 76% de niños fue diagnosticado con anemia, un 58,2% en Madre de Dios y un 58.8% en Apurímac; además se reportó que el 63,8% de niños no hispanohablantes, padecía de esta enfermedad ⁽⁶⁾.

A nivel Local, se informó que en Apurímac del total de niños menores de 35 meses el 54.2% tenían anemia ferropénica, representando 10.6 puntos porcentuales sobre el promedio nacional, cuya prevalencia se ubicó en 43.6%. Para el 2015 la cifra osciló en 58.8%, se observó una leve baja de 3.3 p.p. para el 2016. Pero se incrementó en 0.7 p.p. para finales del 2017 ⁽⁷⁾. Dado que esas cifras han sido relativamente constantes hasta la actualidad, se considera a la anemia un severo problema sanitario ⁽⁷⁾.

En esa misma línea, el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) reportó que los niños de hasta 36 meses que recibieron atención en los centros atendidos a nivel provincial en el 2017, presentaron una reducción significativa en sus cifras de anemia. Ya que para el año 2013, el promedio regional se encontraba en 60.1% y, se registraba más del 50% de niños de hasta 35 meses con anemia en las 7 provincias; mientras que, para el 2017 se identificó un 38% como promedio regional y un promedio menor al 41.5% en las 7 provincias, de las cuales las que mostraron mayor prevalencia fueron Andahuaylas (41.5%) y Cotabambas (41.2%) ⁽⁸⁾.

Siendo así que, en el centro de salud de Pacucha se puso en pie un programa nutricional hasta el primer trimestre del año 2021 dando a conocer que, niños de hasta 59 meses con desnutrición crónica los índices estuvieron disminuyendo en casi 3% de año en año hasta la fecha. y que 259 pacientes evaluados, el 16.6% de los niños padece de desnutrición. De igual forma, de 68 niños de hasta 3 años que fueron evaluados, casi el 19.1 % tenía anemia, viendo que las cifras disminuyeron progresivamente. De igual forma entre niños de 6 meses de 29 evaluados se pudo apreciar que casi el 13.8% padecía anemia, de este modo también las mujeres Gestantes de un total de 21 mujeres evaluadas 5 tenían anemia siendo esta cifra el 14.3% del total (9).

CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Machado K, et. Al, en Uruguay, el 2017, llevaron a cabo una investigación titulada “Anemia Ferropénica en niños menores de 12 meses, usuarios de Casmu-IAMPP”, para lo cual midió la hemoglobina digital al 95% de lactantes, que tenían entre 8 y 12 meses, La conclusión del estudio fue que se identificaron fallas en la dosificación para la suplementación con hierro y una limitada adherencia al tratamiento en quienes fueron diagnosticados con anemia ⁽⁹⁾.

Pazos S, en Ecuador, el 2017, quien presento el estudio “Relación entre la anemia en niños y los conocimientos de alimentación saludable de los cuidadores”, donde se desarrolló un estudio con alcance correlacional y de tipo observacional con corte transversal, en total 102 niños cuyas edades oscilaron desde los 7 meses hasta los 9 años, La conclusión fue que la prevalencia de anemia estaba relacionada de forma significativa con la edad del niño y el conocimiento sobre una alimentación que cubre las necesidades nutricionales ⁽¹⁰⁾.

Hualca M, en Ecuador, el 2016, en su estudio titulado “Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropénica en niños atendidos en el C.S. santa osa de Cuzubamba”, donde empleo una metodología con enfoque mixto y nivel explicativo, donde participaron 85 infantes de 6 a 24 meses con sus madres; Por lo que se llegó a concluir que, los principales factores de riesgo para la anemia infantil son el bajo peso al nacer, consumo de alimentos bajos en hierro, anemia en el embarazo y el nivel educativo de la progenitora, por lo que se precisa con urgencia diseñar e implementar estrategias para disminuir la ocurrencia de estos factores, principalmente aquellas que estén enfocadas a educar sobre la prevención de anemia a los padres⁽¹¹⁾.

Vizuet N, et al. en México, el 2016, quienes llevaron a cabo la investigación titulada “Adherencia a suplementos alimenticios del programa PROSPERA para reducir la prevalencia de anemia en niños”, donde para la metodología se desarrolló un

análisis comparativo de tipo cuasi experimental, en total participaron 748 niños de 12 a 36 meses, Los resultados del estudio revelaron una disminución de la prevalencia en 11,2 pp en el GI y en el GC de 8,7 pp; así mismo se reportó una disminución del riesgo de anemia en los niños que se adhirieron correctamente al consumo de Vitaniño + Bebida láctea; al igual que el consumo de Vitañiño + Nutrisano. La conclusión arribada afirmó que el programa PROSPERA reduce la prevalencia de anemia, ya que tuvo un importante efecto para lograr la adherencia a la ingesta de suplementos alimenticios⁽¹²⁾.

2.1.2 Antecedentes Nacionales

Silipú, en Piura, el 2021, en su investigación titulada “Factores relacionados con la adherencia a la suplementación con Polimaltosado Ferrico en lactantes”, el enfoque metodológico fue de tipo cuantitativo, transversal y con alcance correlacional, fueron 81 madres las que integraron la muestra, pertenecientes al Programa CRED, para recabar los datos se empleó un cuestionario con 22 ítems. La conclusión fue que los factores identificados tenían una relación directa en las lactantes sometidas a investigación⁽¹³⁾.

López, en Lima, el 2021, en su investigación titulada “Adherencia a la suplementación de hierro en niños de: factores asociados y recomendaciones”. Para el aspecto metodológico se utilizó un modelo transversal ya que se buscaba analizar los factores asociados para la adherencia a la suplementación de hierro con MMN, aplicando el análisis únicamente a niños de hasta 35 meses que recibieron dicho suplemento. El autor concluyó que en el Perú se cuenta con insuficientes políticas públicas para combatir la anemia infantil, por lo que existen dificultades para lograr disminuir los índices de anemia; pese a que entre 2011 y 2018 se destinó más de 700 millones de soles para la ejecución de programas de intervención y ante un contexto de disminución de la pobreza, la anemia infantil se ha estancado en 40% evidenciando un entrampado en las estrategias desarrolladas⁽¹⁴⁾.

Aquino R, en Callao, el 2020, en su estudio titulado “Evaluación de la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso en niños, antes y durante el confinamiento por Covid-19”. El enfoque que desarrollo el estudio fue de tipo comparativo, observacional y de nivel descriptivo. La conclusión fue que la adherencia antes y durante del confinamiento por Covid- 19, no presentaba una diferencia notable ⁽¹⁵⁾.

Abal Y, et al, en Cusco, el 2019, llevaron a cabo una investigación titulada “Factores influyentes en la adherencia de suplementación con sulfato ferroso en gestantes”, donde desarrollaron una metodología no experimental con alcance correlacional, de tipo cuantitativa transversal; en total contaron con la participación de 120 mujeres embarazadas de 18 a 28 años. Llegaron a concluir que los factores obstétricos y socioeconómicos influyen significativamente en la adherencia ⁽¹⁶⁾.

Titi H, et al, en Arequipa, el 2019, realizaron un estudio que se tituló “Factores asociados y adherencia al tratamiento de anemia ferropénica en madres de niños”. De manera que, aplico una metodología cuantitativa, con alcance correlacional y diseño transversal, los datos sobre los factores fueron recolectados con un cuestionario; y también se desarrolló el Test de Morisky-Green - Levine. Concluyendo así que, las madres que acuden al establecimiento sometido a investigación no presentaron adherencia al tratamiento prescrito para tratar la anemia ferropénica⁽¹⁷⁾.

Munares O, et al, en Lima. El 2016, en su estudio “Adherencia a multi micronutrientes y factores asociados en niños de sitios centinela”. Para la metodología desarrollaron un estudio epidemiológico en el que vigilaron sitios centinela de forma activa, en total evaluaron a 2.024 sujetos que tenían entre 6 y 35 meses, La conclusión del estudio fue que, existe una baja prevalencia de adherencia al tratamiento de suplementación y los principales factores relacionados fueron la ausencia de efectos secundarios e infecciones, así como las creencias maternas ⁽¹⁸⁾.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 Teorías de Enfermería

A) TEORIA DE MADELEINE LEININGER “Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y La Universalidad”.

Las prácticas de enfermería y el estudio de la misma, deben también considerar el cuidado cultural, los valores y la forma vida de las personas, dado que son aspectos que influyen directamente en sus acciones y decisiones; ya que será la vía más efectiva para lograr establecer una buena relación con el paciente, donde las diferencias culturales se convierten en una oportunidad. Esta teoría tiene el propósito de evidenciar la universalidad y la diversidad de los cuidados enfermeros, tomando como guía las creencias y principios de las diferentes culturas que puede tener cada persona. Así mismo, señala que la forma en que se asiste, facilita, habilita, sostiene o ayuda al paciente debe ser concordante con los valores, modo de vida, símbolos o cualquier otra manifestación de su cultura.

La aplicación de la teoría de Leininger es importante porque se enfoca a promover la salud con la participación activa del enfermero, quien en todo momento y sea cual sea el nivel de atención debe fomentar estrategias para que el paciente recupere o mantenga su salud, como por ejemplo mediante asesoría nutricional a la futura madre para la alimentación saludable de sí misma y de su familia, respetando sus patrones culturales en todo momento; seguidamente el profesional debe idear un plan de intervención sin evidenciar la realidad de la cual proviene la madre; de esta manera se logrará una contribución para disminuir significativamente la prevalencia de anemia ferropénica en los infantes ⁽¹⁹⁾.

B) TEORÍA DE NOLA PENDER “Modelo de promoción de la salud”

La reconocida enfermera Nola Pender, quien fuera la creadora del Modelo de Promoción de la Salud (MPS), señaló que la principal motivación del comportamiento del personal de salud es el deseo de lograr el máximo bienestar de la persona. Su modelo enfermero fue desarrollado con el propósito de proporcionar

respuestas al modo en que las personas deciden las cuestiones referentes al cuidado de su salud. Además, este modelo permite evaluar e identificar al paciente con riesgo de desviación de la salud a causa de la influencia de factores condicionantes, a fin de ejercer acciones oportunas antes de que tengan lugar alteraciones que conlleven a poner en riesgo el estado de salud del mismo. La propuesta base del modelo es la de lograr una integración entre la ciencia del comportamiento y la enfermería, realizando una correcta caracterización de los factores que participan en el comportamiento saludable, además pretende servir de guía para entender el proceso biopsicosocial que tiende a ser bastante complejo, ya que aquí se encuentra sus motivaciones y sus compromisos para el cuidado de su propia salud y para promover activamente el estilo saludable. Entonces, se entiende que es un modelo que evalúa el comportamiento que conduce a la acción de promoción a la salud ⁽²⁰⁾.

2.3 BASES CONCEPTUALES

2.3.1 ADHERENCIA

La adherencia puede ser definida de varias formas, de acuerdo a la real académica de la lengua española (RAE) consiste en la “pegadura o unión física de las cosas” o también la “cualidad de adherir” ⁽²¹⁾. Mientras que la OMS señala que este término se utiliza para hacer referencia el cumplimiento del tratamiento prescrito, como la toma de los medicamentos al momento que corresponda y en la dosificación recomendada ⁽²²⁾.

Así mismo, se ha definido a la adherencia como la conducta que mantiene el paciente respecto a la administración de su medicación, la modificación de su estilo de vida o la firmeza de cambiar sus hábitos para seguir una dieta, lo cual debe coincidir con las indicaciones emitidas por el profesional sanitario⁽²³⁾.

Mientras que la adherencia de acuerdo a NTS N°134-MINSA/DGSP.V01, consiste en el grado de cumplimiento por parte del paciente de un régimen prescrito para la administración de suplementos, sea terapéutico o preventivo. Además, incluye la disposición para llevar el tratamiento correctamente en cuanto al tiempo, horario y

dosis indicada. Para definir si la adherencia ha sido adecuada, el cumplimiento de la dosis debe ser al menos del 75%⁽²⁴⁾.

A) Efectividad de las intervenciones sobre adherencia

La adherencia terapéutica logra un significativo incremento de la efectividad de las intervenciones de salud y un ahorro de costos, lo cual se atribuye al bajo presupuesto que se requiere para llevar a cabo intervenciones que permitan mejorar la adherencia. La importancia del sistema de adherencia radica en que es fundamental para que la tecnología médica logre realizar su potencial de disminuir la carga que representan las enfermedades. Aunque se necesita de un global acceso a los medicamentos, esto resulta insuficiente sino son efectivos para tratar las enfermedades ⁽²⁵⁾.

2.3.2 No adherencia

Se refiere a la falta de cumplimiento inadvertido o voluntario de la prescripción terapéutica. La no adherencia muchas veces obedece a una decisión propia tomada desde los valores de la persona, siendo el resultado del incumplimiento de una responsabilidad compartida entre el paciente, su cuidador y el profesional de la salud, pese a que este último transfirió gradualmente los conocimientos en función de las capacidades del paciente; evidenciando una inhabilidad para lograr los objetivos de adherencia ⁽²⁶⁾.

2.3.3 Métodos para la medición de la adherencia

La adherencia puede ser medida empleando múltiples métodos utilizados, que en su mayoría se enfocan en el aspecto farmacológico, sin tomar tanto interés en el cumplimiento de la citas, dieta o ejercicio indicado. De manera que, utilizar un método determinado para calificar a una persona como adherente, podría no corresponder a la realidad del paciente pues podría existir la influencia de otros factores temporales. Entonces, se entiende que al momento en que se realiza este estudio todavía no se cuenta con un método definitivo que permita evaluar este concepto con exactitud ⁽²⁶⁾.

A) Métodos directos:

Comprende las terapias que se observa de forma directa, en el que se mide el nivel de la medicación, el marcador biológico y el metabolismo en sangre⁽²⁷⁾. Estos métodos son ventajosos porque son bastante específicos y permiten obtener índices más precisos de incumplimiento; así mismo facilita la identificación de limitaciones en el paciente, como por ejemplo si el medicamento resulta muy invasivo o caro para él⁽²⁸⁾.

B) Métodos indirectos:

Son métodos que suelen ser sencillos y baratos, pero no permiten evaluar con objetividad la adherencia, ya que el cumplimiento se sobreestima al ser reportado por el mismo paciente, un familiar o por un miembro del personal de salud ⁽²⁸⁾.

2.3.4 El hierro

Mineral fundamental para que la hemoglobina se sintetice fisiológicamente, además es necesario para transportar oxígeno y para una correcta eritropoyesis. El hierro es un componente que complementa otras enzimas en el sistema metabólico y citocromo, así como en la función de los neutrófilos. Este mineral se distribuye en todo el organismo, pero solo los órganos como medula ósea, el hígado y el bazo contienen el 30% de los depósitos de este mineral en forma de hemosiderina y ferritina. Para recomponer las deficiencias de hierro se recomienda utilizar ferro gotas, sobre todo en anemias ferropénicas con bajos niveles de hemoglobina, ya que permitirá restablecer el tamaño y la cantidad de glóbulos rojos.

A) Hierro polimaltosado:

Hierro que se libera de forma lenta, el hierro trivalente es envuelto por la polimaltosada garantizando que el complejo y el hierro se libere lentamente por lo que los efectos secundarios que produce son menores, comparados con hierros como el fumarato o el sulfato, por lo que favorecen a la tolerancia y a una mayor probabilidad de cumplir con la prescripción ⁽²²⁾.

B) Anemia por deficiencia de hierro (anemia ferropénica):

Se suscita cuando los niveles de hemoglobina disminuyen considerablemente debido a cantidades insuficientes de hierro en el organismo. Los infantes menores de seis meses requieren una dosis de hierro de 0.27 mg/día, mientras que aquellos que tienen entre 7 y 12 meses debe recibir una dosis de, 6,9mg/día y a los infantes de 1 a 3 años les corresponde 3 mg/día, esto de acuerdo a las recomendaciones de la OMS ⁽²⁹⁾.

C) Farmacocinética

La parte superior del intestino delgado es el encargado de llevar a cabo un proceso activo para absorber el hierro. La fuente principal de hierro es la ingesta de alimentos ricos en este mineral formado por sales férricas, generalmente presentan mayor biodisponibilidad. La proteína transferrina distribuye la ferrina en el plasma, el cual se deposita en tres órganos, principalmente. Transcurrido alrededor de seis horas en el plasma, será eliminado por medio de las uñas, la piel, las excreciones, la orina y la menstruación.

2.3.5 La anemia

Trastorno producido por un insuficiente número de eritrocitos, por lo que no tienen la suficiente capacidad para transportar el oxígeno en el organismo y no se logra las necesidades fisiológicas con eficiencia, reduciendo su aporte tisular ⁽³⁰⁾. La definición de la OMS, señala que la anemia es una enfermedad que se suscita cuando la hemoglobina se encuentra en una concentración por debajo de los límites requeridos. Por muchos años, la anemia se ha mantenido generalizada en la población, teniendo serias consecuencias en la salud y en el desarrollo de los afectados⁽³¹⁾.

A) Anemia por deficiencia de hierro

La anemia ferropénica tiene lugar cuando el organismo recibe un aporte insuficiente de hierro, por lo que tiene dificultades para sintetizar la cantidad necesaria para llevar a cabo sus funciones con normalidad ⁽³²⁾. Se trata del proceso

hematológico más habitual en la población infantil y es quizás la principal carencia nutricional prevalente en el mundo.

B) Fisiopatología

Los tres estadios de anemia ferropénica que son sucesivos en sintomatología e intensidad, son los siguientes:

Ferropenia latente: En principio se vacían los depósitos férricos en el hígado, después en el bazo y finalmente de la médula ósea, por lo que el organismo se enfrentara una deficiencia de reservas de hemosiderina y ferritina, dando lugar a la incapacidad para mantener los niveles adecuados de hematocrito y hemoglobina; se trata de una fase asintomática, en la que todavía no se habla de anemia.

Ferropenia sin anemia: No se detecta todavía en el hemograma ya que la médula ósea está llevando a cabo una mayor actividad eritroide: pero si se va incrementando el déficit de Fe, por lo que si se podrá apreciar algunas afectaciones en los datos analíticos. El déficit de enzimas tisulares con Fe provocara la aparición de síntomas, pero que todavía nos serán atribuibles a anemia.

Anemia Ferropénica: Tendrán lugar mayores alteraciones hematológicas y una severa afectación de las anomalías previas debido al balance negativo persistente. En esta fase se aprecian los síntomas de anemia con mayor intensidad ⁽³²⁾.

CAPITULO III

DESARROLLO DE ACTIVIDADES PARA PLAN DE MEJORAMIENTO EN RELACION A LA SITUACION PROBLEMÁTICA

Generalidades

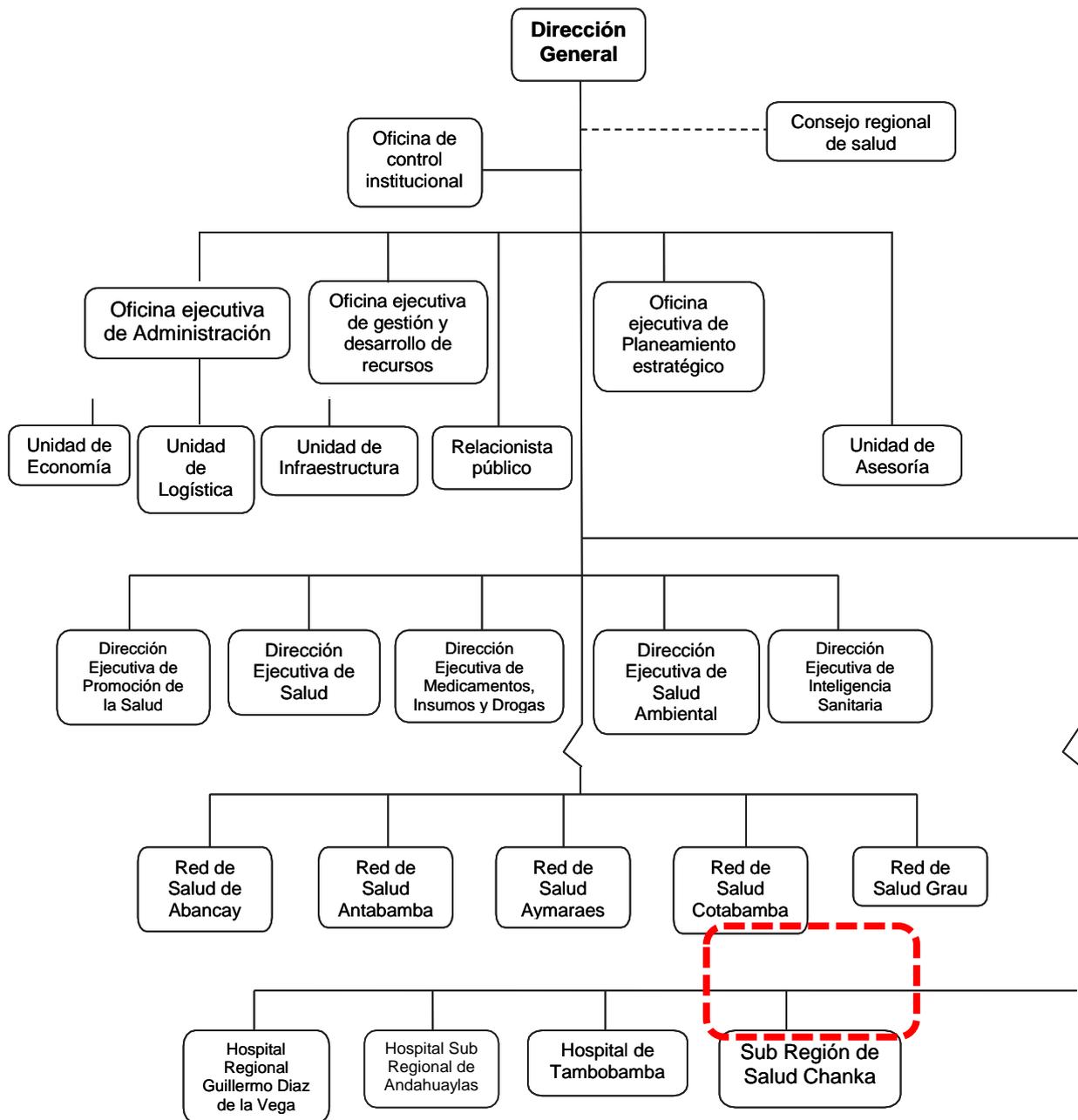
Dirección Regional de Salud Apurímac

Dentro de las prioridades de salud de la DIRESA Apurímac y la totalidad de los centros y puestos de salud bajo su jurisdicción, destacan el combatir de forma efectiva la desnutrición crónica y la anemia, fortalecer la inmunización de la vacunación, ampliar la cobertura de la atención en salud mental, reducir la mortalidad neonatal y materna, controlar y prevenir la tuberculosis, disminuir la morbilidad de enfermedades no transmisibles como la diabetes, obesidad, hipertensión y otras, así como de las enfermedades transmisibles como el VIH, zika y dengue; identificadas dentro de los lineamientos de política y gestión del Ministerio de Salud (MINSA).

Es posible que una persona tenga una adecuada calidad de vida y aumentar su longevidad, si mantiene un buen estado de salud a lo largo de su existencia. Desde varias décadas atrás, el sistema de salud viene afrontando importantes retos para proporcionar establecimientos de salud que ofrezcan adecuados servicios de salud a la población y que principalmente se pueda lograr una calidad en estos que sea perdurable en el tiempo; con ese propósito vienen ejecutando campañas y estrategias de salud articuladas interna y externamente con diferentes entidades en todo el ámbito nacional. Así mismo, dado que la salud impacta de forma directa en el bienestar social y para mejorar las condiciones de salud, la DIRESA Apurímac ha priorizado la ejecución de nueve acciones estratégicas, que en su mayoría están enfocadas en el Desarrollo Infantil Temprano.

Los puestos y centros de salud están a cargo de las microrredes y redes de salud propiamente dichas tal como se presentan a continuación:

Imagen N°01



Fuente:

<https://www.diresaapurimac.gob.pe/images/transparencia/organigrama.pdf>

La Red de Salud Sondor, se posiciona al centro de la circunscripción provincial, caracterizado por climas templados y fríos, con un relieve medio y alto, la

población que habita estas zonas tiene como actividad principal a la ganadería y a la agricultura. Los distritos de Pacucha, Kaquiabamba, Andarapa, Kishuará, San Jerónimo integran la Red de Salud Sondor, la cual a su vez pertenece a la DISA Apurímac II ubicada en la provincia de Andahuaylas, cuna de la cultura Chanca que de acuerdo a los reportes históricos se trataba un grupo étnico que sostuvo una larga guerra contra los Incas, ya que los Chancas rebeldes y amantes de su libertad prefirieron ser desterrados antes que ser sometidos, por lo que huyeron hasta encontrar una zona con un importante potencial agrícola en Andahuaylas y Ayacucho.

El asentamiento de estos pueblos en la región obedeció directamente a la agricultura, ya que para asegurar la alimentación de sus habitantes se incrementó se impulsó la producción y la tecnología agrícola, incluyendo la domesticación de algunas plantas.

- **Andarapa** – el distrito se creó el 14 de marzo de 1941 por Ley N°9357.
- **Kaquiabamba** - creada el 9 de junio de 1995 por Ley N°26471.
- **Pacucha** - Creado el 21 de agosto de 1963 por Ley N°14629.
- **San Jerónimo** – fue creado por el libertador José de San Martín el 21 de junio de 1825.
- **Kishuará** – distrito creado por Ley N°9910 el 19 de enero de 1944.

Ubicación, límites

La Red de Salud Sondor, constituida por 5 distritos Andarapa, Kishuará, Pacucha, Kaquiabamba y San Jerónimo, donde funcionan cuatro micro redes: MR Pacucha, MR San Jerónimo, MR Kishuará y MR Andarapa, con 7 Centros de Salud y 24 Puestos de Salud representando 31 Establecimientos de Salud en todo su ámbito; los cuales atienden al 37.72% de toda la población que corresponde a la DISA Apurímac II, vale decir 56,768 habitantes.

Ubicación: La Red de Salud Sondor se ubicada en la zona centro de la sierra sur del Perú, su geografía es abrupta ya que está formada por valles profundos y estrechos, con altas cumbres, frías mesetas e insondables abismos.

Límites:

- Por el Norte: Con La Mar, provincia de la Región Ayacucho.
- Por el Sur: Con el Distrito de Andahuaylas
- Por el Este: Con los Distritos de Pacobamba y Huancarama.
- Por el Oeste: Con el Distrito de Talavera.

Imagen No 02



Fuente: RED DE SALUD SONDROR

Superficie territorial y conformación

Como ya ha mencionado, la Red de Salud Sondor se ubica en la provincia de Andahuaylas que pertenece a Apurímac, departamento localizado al occidente de la Cordillera de los Andes; a una distancia de 144 Kilómetros de Abancay, capital del Departamento. Su ámbito territorial se conforma por los Distritos de Andarapa, Kaquiabamba, Pacucha, Kishuara y San Jerónimo. El Distrito de Andarapa cuenta con una extensión de 204.88 Km², el Distrito de Kishuara cuenta con una extensión de 309.91 Km², el Distrito de Pacucha cuenta con una extensión de 268.18 Km², el Distrito de San Jerónimo con una extensión de 237.42 Km² y el Distrito de

Kaquiabamba que cuenta con una extensión de 47.50 Km², haciendo una extensión total de 1067.89 Km² para la Red de Salud Sondor.

Imagen No 02



Fuente: RED DE SALUD SONDO

El distrito de **Pacucha**, credo por Ley N° 14629 el 21 de agosto de 1963, se encuentra a solo 13 Km. del distrito Andahuaylas, capital de la provincia. Posee un relieve plano y ubicación especial, su altitud mínima es 2,500 msnm y máxima de 3,200 msnm, se ubica a 3125 msnm, su superficie es de 170.39 Km², con una densidad poblacional de 48.17 Hab/km².

El distrito de Pacucha limita con los siguientes distritos

- Al norte : con el distrito de Kaquiabamba y Andarapa.
- Al sur : con el distrito de Andahuaylas y San jerónimo.
- Al este : con los distritos de Quishuara y Paco bamba.
- Al oeste : con los distritos de Talavera.

Imagen No 02

MICROREDES A CARGO DE LA RED SALUD SONDOR

RELACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE LA RED DE SALUD SONDOR			
Nº	MICRO RED	DISTRITO	CATEGORIA
MICRO RED SAN JERÓNIMO			
1	CENTRO DE SALUD DE SAN JERÓNIMO	San Jerónimo	I-4
2	Puesto de Salud de Ancatira	San Jerónimo	I-2
3	Puesto de Salud de Champaccocha	San Jerónimo	I-2
4	Puesto de Salud de Llipapuquio	San Jerónimo	I-3
5	Puesto de Salud de Poltocha	San Jerónimo	I-1
6	Puesto de Salud de Choccecancha	San Jerónimo	I-1
7	Puesto de Salud Chulcuisa	San Jerónimo	I-1
8	Puesto de Salud Cupisa	San Jerónimo	I-1
9	Puesto de Salud Ollabamba	San Jerónimo	I-1
MICRO RED PACUCHA			
1	CENTRO DE SALUD DE PACUCHA	Pacucha	I-4
2	Centro de Salud de Kaquiabamba	Kaquiabamba	I-3
3	Puesto de Salud de Argama	Pacucha	I-2
4	Puesto de Salud de Churrubamba	Pacucha	I-1
5	Puesto de Salud de Puculloccocho	Pacucha	I-1
6	Puesto de Salud de Cotahuacho	Pacucha	I-2
7	Puesto de Salud Laguna	Pacucha	I-1
8	Puesto de Salud Fulluri	Kaquiabamba	I-1
MICRO RED ANDARAPA			
1	CENTRO DE SALUD DE ANDARAPA	Andarapa	I-4
2	Centro de Salud de Puyhualla	Andarapa	I-3
3	Puesto de Salud de Huampica	Andarapa	I-2
4	Puesto de Salud de Huancas	Andarapa	I-2
5	Puesto de Salud de Illahuasi	Andarapa	I-2
6	Puesto de Salud Chanta Umaca	Andarapa	I-1
7	Puesto de Salud San Juan de Miraflores	Andarapa	I-1
MICRO RED KISHUARA			
1	CENTRO DE SALUD DE KISHUARA	Kishuara	I-4
2	Centro de Salud de Matapuquio	Kishuara	I-3
3	Puesto de Salud de Cavira	Kishuara	I-1
4	Puesto de Salud de Quillabamba	Kishuara	I-2
5	Puesto de Salud de Colpa	Kishuara	I-1
6	Puesto de Salud Tintay	Kishuara	I-1
7	Puesto de Salud Sotccomayo	Kishuara	I-1
TOTAL PUESTOS DE SALUD RED DE SALUD SONDOR		CATEGORIA I-4	4
		CATEGORIA I-3	4
		CATEGORIA I-2	8
		CATEGORIA I-1	15
		TOTAL	31

Fuente:

file:///C:/Users/USER/Downloads/ASIS%20RED%20SONDOR%202020_REV.pdf

El centro de salud de Pacucha posee un nivel de categorización de I-4 como se puede ver en la imagen anterior, por lo que pertenece a la Microred Pacucha.

MICRO RED PACUCHA

MISION

Somos un centro de salud del primer nivel de atención I-4 referencial, que participa activamente en el mejoramiento de la salud de los habitantes del Distrito de Pacucha, con alta calidad y de forma oportuna, con enfoque de género y humanista que contribuye al desarrollo sostenible del distrito y de la provincia de Andahuaylas.

VISION

Ser un centro de salud que trabaja en forma eficiente y que es reconocido por la comunidad y por la DISA Chanca, tomando como base el respeto universal a los derechos humanos y a la interculturalidad de cada persona; ofreciendo un servicio humanizado, cálido, oportuno y de primera calidad.

Geografía

Se ubicado en el Departamento de Apurímac, Provincia de Andahuaylas, Distrito de Pacucha, tiene una superficie de 170,39 km² y ámbito territorial sexta integrada por los Anexos Santa Elena, Laguna, Sondor, Churrubamba y otros.

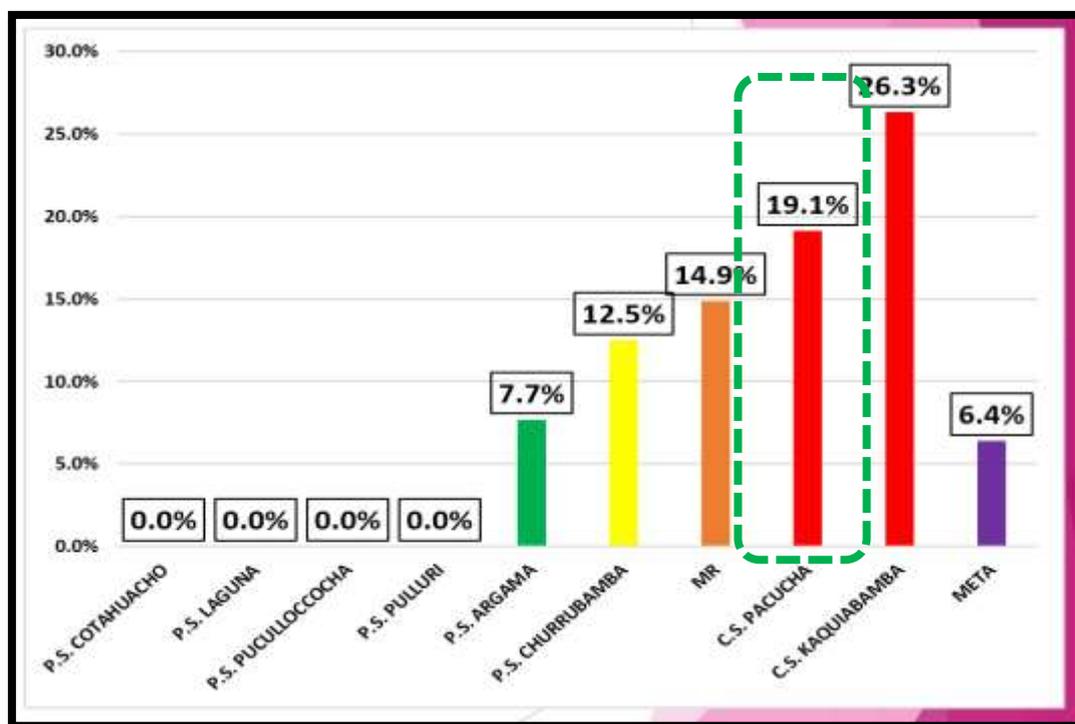
Imagen No 1: Geografía y superficie del distrito de Pacucha



Fuente: MAPA GOOGLE 2018-MAPA E IMÁGENES 2022

DATOS ESTADISTICOS

GRAFICO N° 01 NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA



Fuente: Asís Pacucha

GRAFICO N° 02 NIÑOS DE 6 MESES CON ANEMIA

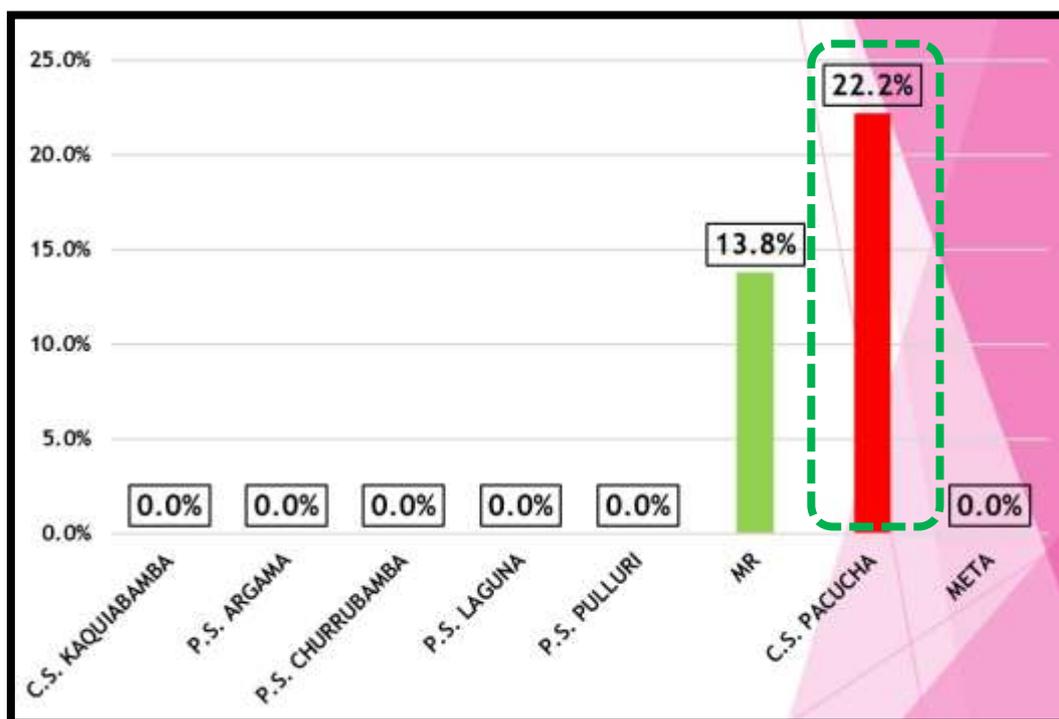


GRAFICO N° 03 NIÑOS DE 6 – 11 MESES CON ANEMIA

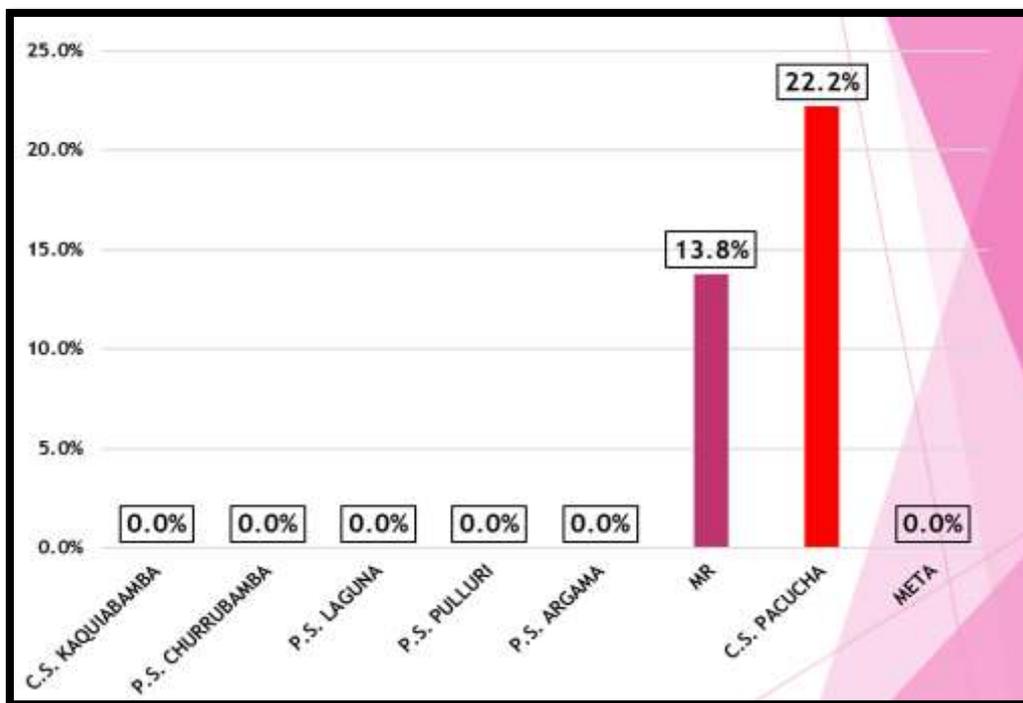
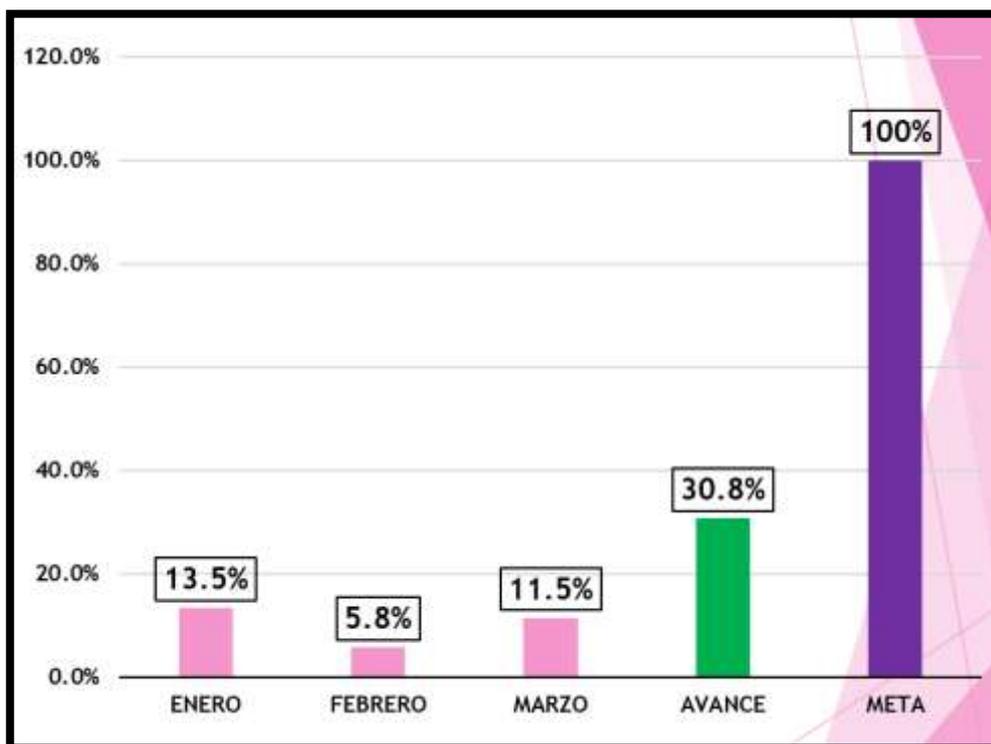


GRAFICO N° 04 NIÑOS DE 6 MESES CON DOSAJE DE HEMOGLOBINA



3.1 JUSTIFICACION

A nivel mundial, uno de los principales problemas sanitarios en la población infantil es la desnutrición crónica, siendo más incidente en países en desarrollo. Expertos de la OMS han señalado que la carencia de nutrientes esenciales provoca que el infante presente insuficiente talla para la edad que tiene, poniendo en evidencia dificultades de crecimiento. En lo que refiere a la anemia, esta se presenta cuando la sangre presenta baja cantidad glóbulos rojos.

En el Perú, la tasa de desnutrición crónica en los niños entre los años 2009 y 2020 disminuyó considerablemente, pasando de un 23.8% a un 12.1%, al igual que la anemia infantil cuya prevalencia en menores a tres años se redujo de 50.4% a un 40.0%. Específicamente en Apurímac, los resultados de la ENDES revelaron que para el 2020, la desnutrición crónica infantil alcanzó el 17.5% en niños menores de 5 años, apreciándose una disminución significativa comparada con los resultados del año 2009, cuando se registraba una prevalencia del 34.8%. Asimismo, respecto a la anemia en menores de tres años, la prevalencia regional disminuyó de un 66.1% en 2009 a un 49.9% para el año 2020. Aunque cabe mencionar que, a lo largo de esos años estas tasas estuvieron por sobre el promedio nacional, especialmente en el año 2020 ya que se observaron mayores brechas en el marco de la pandemia mundial.

La anemia infantil tiene múltiples orígenes, pero de acuerdo a la OMS más del 50% de casos se originan por carencia de hierro, entonces se podría asumir que el incremento de dos puntos porcentuales (de 47.9% a 49.9%) de la prevalencia de anemia del 2019 al 2020 se asocia a que el consumo de suplementos de hierro disminuyó del 50% en el año 2019 a un 41% en el 2020, en niños menores a tres años.

Además, los indicadores nutrición infantil presentaron un deterioro, lo cual podría estar evidenciando los efectos que la pandemia ha acarreado sobre las condiciones de vida la población, especialmente de las familias más vulnerables. Al respecto, el MINSA señaló que la mayoría de problemas nutricionales se relacionan con las brechas de acceso a los servicios básicos y de atención en salud, prácticas de

alimentación poco adecuados y principalmente a la pobreza. En la región Apurímac, para el año 2019 el indicador de pobreza se encontraba en 29.1%, mientras que para el 2020 incrementó a un 35.5%.

Evidentemente estas enfermedades acarrearán también grandes consecuencias económicas, al respecto especialistas de la CEPAL señalaron que, la desnutrición genera un impacto económico que, en primer lugar, se observa en los gastos implicados en el tratamiento de esta y en sus enfermedades asociadas, que debe ser costeados por el estado o directamente por las familias. Además, consecuentemente la desnutrición generará afecciones en el desarrollo cognitivo, por lo que los niños presentarán bajos niveles de escolaridad, traducido en pérdidas del recurso humano y una menor productividad nacional.

Así mismo, dicho estudio afirma que la desnutrición implica un costo social, ya que generará una inversión extra para la educación de niños que tienden a ser repitentes en el sistema, dado que sus carencias nutricionales les impidieron desarrollar plenamente su capacidad de aprendizaje. Finalmente, el estudio de la CEPAL señaló que, para finales del 2017, estos costos representaron un 5% de disminución promedio en el ingreso per cápita regional.

3.2 OBJETIVOS.

3.2.1 Objetivo General

Contribuir con las intervenciones de enfermería en la adherencia a la suplementación de anti anémicos en madres de niños menores de un año de un establecimiento de salud Andahuaylas – Apurímac.

3.2.2 Objetivos Específicos

- Implementar y actualizar el padrón nominal de niños y un registro de seguimiento para facilitar el seguimiento oportuno de los niños.

- Sensibilizar a la madre sobre los riesgos y complicaciones de una posible anemia en el niño a falta de una inadecuada adherencia con la suplementación de anti anémicos.
- Realizar sesiones demostrativas acerca de alimentos ricos en hierro y de la toma correcta de suplementos anti anémicos sin ningún tipo de dificultad.
- Fomentar las intervenciones de visitas domiciliarias a cada familia de los menores de 1 año.
- Promover la lactancia materna en las madres de niños menores de 1 año que acuden al establecimiento de salud.
- Desarrollar actividades preventivas promocionales con las madres de niños menores de 12 meses que acuden al centro de salud Pacucha.
- Priorizar medidas de higiene en la manipulación de los alimentos para evitar parásitos y prevenir la anemia.
- Realizar monitoreo y seguimiento continuo de las actividades, garantizando la adherencia a la suplementación de anti anémicos en madres de niños menores de un año de un establecimiento de salud Andahuaylas – Apurímac.

3.3 METAS

En el presente Plan de intervención, las metas que se tuvieron fueron :

- Reanudar el 100% de los servicios de enfermería en menores de 1 año en contexto COVID – 19, en el C.S. Pacucha.
- Abarcar más del 80% de los niños de hasta 12 meses de edad en el C.S. Pacucha.

3.4 PROGRAMACION DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	UNIDAD DE MEDIDA	INDICADOR	META	CRONOGRAMA	RESPONSABLES
Implemento un padrón nominal de niños actualizado y un registro de seguimiento, para que el proceso de seguimiento sea más sencillo y oportuno de los niños menores de 1 año.	Niños menores de 1 año	Padrón	100% de los niños(as) ubicadas del centro de Pacucha	enero -junio del 2022	Área de enfermería- Lic. EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO
Elaboro un padrón nominal de los niños(as) menores de 1 año del centro de salud Pacucha con y sin diagnóstico de anemia.					
Socializo acerca del plan de intervención con los profesionales involucrados para una mejor intervención en dicha zona.					
Ejecuto acciones de sensibilización a las madres, respecto a los riesgos y complicaciones de una posible anemia en el niño a falta de una inadecuada adherencia con la suplementación de anti anémicos.	Madres menores de 1 año	Actas de reunión	100% de los niños(as) ubicadas del centro de Pacucha	Abril del 2022	Área de enfermería- Lic. EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO
Realizo reuniones permanentes con el Gerente del centro de salud y con las áreas involucradas para explicar mejor cada responsabilidad por área con el fin de llegar de forma correcta los talleres demostrativos					
Realizo reuniones de forma conjunta para explicar mejor las estrategias de trabajo y la buena distribución de recursos humanos con el fin de cumplir las metas y disminuir las brechas.					

Llevo a cabo sesiones demostrativas acerca de alimentos abundantes en hierro y de la toma correcta de suplementos anti anémicos sin ningún tipo de dificultad	Madres menores de 1 año	Padrón de participantes Reuniones	100% de los niños(as) ubicadas del centro de Pacucha	Ultima semana de mayo y primera semana de junio 2022	Área de enfermería- Lic. EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO
Coordino de forma efectiva con las madres menores de 1 año para que lleven los alimentos correctos para la sesión demostrativa					
Coordino con el área de PROMSA para utilizar los insumos correctos.					
Coordino diferentes áreas (medicina, psicología,) para su participación en los talleres demostrativos					
Fomento intervenciones mediante visitas domiciliarias a todas las familias que estén integradas por niños de hasta 1 año.	Madres en las visitas domiciliarias	Informes Actas de visitas a los domicilios	100% de los niños(as) ubicadas del centro de Pacucha	Junio 2022	Área de enfermería- Lic. EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO
Elaboro informe con flujos de atención y protocolos de bioseguridad para la visita domiciliaria a los niños en contexto COVID – 19.					
Coordino y entablo la articulación entre los establecimientos y actores sociales dirigentes comunales, agentes comunitarios de salud, coordinadores de Cuna Más, entre otros.					
Fomento la lactancia materna en madres cuyos hijos tenga hasta 12 meses, pacientes del establecimiento de salud en Andahuaylas.	Madres menores de 1 año	Informes, capacitación, fotografías	100% de los niños(as) ubicadas del centro de Pacucha	Mayo del 2022	Área de enfermería- Lic. EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO
Oriento y establecido en los establecimientos de salud una buena orientación e importancia acerca de la lactancia materna a través de visitas domiciliarias, previa cita y tele orientación.					
Incentivo en los establecimientos de salud el uso de otros medios para sensibilizar a los padres sobre la importancia de la lactancia materna como llamadas vía					

telefónica, WhatsApp; mensajes de texto, redes sociales como Facebook y otros					
Llevo a cabo actividades preventivas promocionales con las madres de niños menores de 12 meses que acuden al centro de salud Pacucha.	Madres de 1 año	Padrón de participación, fotografías	100% de los niños(as) ubicadas del centro de Pacucha	Mayo del 2022	Área de enfermería- Lic. EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO
Estableció en los establecimientos las actividades preventivas promocionales en zonas estratégicas: lozas deportivas, locales comunales, colegios, entre otros.					
Capacito a las responsables de enfermería u otras áreas de los establecimientos de la Microred Pacucha sobre las estrategias de trabajo en la reactivación					
Realizo monitoreo y seguimiento continuo de las actividades, garantizando la adherencia a la suplementación de anti anémicos en madres de niños de hasta un año de un establecimiento de salud Andahuaylas – Apurímac.	Reportes	Informes de monitoreo, visitas	100% de los niños(as) ubicadas del centro de Pacucha	Mayo 2022	Área de enfermería- Lic. EDITH KEENY QUIQUINLLA NAVARRO
Monitoreo avance de metas de reportes estadísticos e implementación de estrategias en los establecimientos de salud.					
Monitoreo producto por orientador de la base de estadística y cumplimiento de meta.					

3.5 RECURSOS

3.5.1 Materiales

Insumos biomédicos:

- Clorhexidina al 0.2%: 60 frascos de 1 litro.
- Algodón: 120 paquetes.
- Alcohol 70°: 60 frascos de 1 litro.
- Alcohol gel: 60 frascos de 1 litro.
- Kit de EPP:
- Guantes descartables: 10 cajas mensuales
- Biológicos según metas proyectadas

Material de escritorio:

- Hojas bond: 1 millar
- Lapiceros de color azul y rojo: 20 de cada uno
- Lápices: 20 unidades
- Tableros: 5 unidades
- Registros de vacunación:
- Carné de toma de hemoglobina:
- Material de difusión: afiches, volantes, dípticos.

Otros:

- Termómetros de alcohol
- Hemocue
- Lancetas
- Micro cubetas
- Maletines para materiales
- Megáfonos: 30 unidades.
- Movilidad para supervisión y brigadas

- Refrigerios

3.5.2 *Humanos*

- Jefe del C.S. Pacucha.
- Responsable CRED, nutricionista y bióloga
- Jefes de establecimientos de salud y su equipo de gestión.
- Técnicos de enfermería
- Digitadores de los establecimientos de salud.

3.6 EJECUCIÓN

El presente Plan de intervención en la adherencia a la suplementación de anti anémicos en madres de niños menores de un año de un establecimiento de salud Andahuaylas – Apurímac, inicio en enero a julio del 2022 y se proyectó continuar su implementación hasta noviembre del 2022, considerando el escenario epidemiológico de la pandemia actual.

En junio , se coordinó y gestiono los recursos necesarios para este plan de intervención en menores de 1 año en contexto COVID – 19, se presentó la situación de los servicios y sobre todo las necesidades, lo más importante fue cumplir con las metas propuestas en el plan de intervención donde se tendrá el compromiso de participación de todos los profesionales y abastecimiento de lo necesario para cumplir el objetivo general, ser realizo el seguimiento a las capacitaciones en el tema e inducción, así mismo se planteó metas diarias de trabajo.

Se coordino con los responsables de las áreas involucradas para detallar sus responsabilidades y de sus pares en los establecimientos, en el proceso de intervención; como farmacia, promoción de la salud, estadística, admisión y epidemiología, además se realizó lo mismo con los jefes de los puestos de salud, sensibilizando en las pautas de reanudación, estrategias de trabajo, distribución del recurso humano, brechas y metas.

Se establecido y socializo los flujos de atención y protocolos de bioseguridad para la ejecución del plan en menores de 1 año en contexto COVID – 19, para su adaptación según la realidad de cada establecimiento. Se capacito a los profesionales de enfermería a fin de reforzar sus conocimientos sobre la importancia de la adherencia de hierro; se sensibilizo de la situación actual, las pautas de reanudación, estrategias de trabajo, distribución del recurso humano, brechas y metas.

Se elaboro el informe y una guía capacitación a los responsables del plan de intervención y jefes de servicio de enfermería sobre estrategias de trabajo, para su adaptación según las realidades de los establecimientos de salud. Se realizo acompañamiento técnico, monitoreo y seguimiento continuo de las actividades, para garantizar el éxito del plan de trabajo.

Se implementaran las estrategias de trabajo; como la identificación nominal de los niños, a través de bases de seguimiento de los establecimientos, reportes de recién nacidos; se realizó tele-orientación antes de la atención presencial o visita domiciliaria; se utilizó otros medios para sensibilizar a los padres sobre el impacto de la anemia en la salud de sus hijos, para garantizar la asistencia a las citas se realizó llamadas vía telefónica, mensajes por WhatsApp, mensajes de texto, redes sociales como Facebook y otros; también se articulara con actores sociales: con municipios, dirigentes comunales, agentes comunitarios de salud, coordinadores de Cuna Más, entre otros; se realizara las actividades preventivo promocionales en zonas estratégicos: lozas deportivas, locales comunales, colegios, entre otros;

Se realizo el monitoreo el avance de metas de reportes estadísticos de los establecimientos de salud y se hará control de calidad de los reportes de estadística.

3.7 EVALUACIÓN

Una evaluación completa se realizó una vez que el presente plan se ejecutó de forma oportuna además se tiene como meta la intervención en un 80%, con el único objetivo de lograr la mejor adherencia a los controles de CRED de los niños menores de 1 años, que para este año 2022 hasta la fecha solo se tiene una cobertura de 37.5%, a diferencia que el año 2021 que se logró alcanzar cobertura planteada en la meta. Al culminar el segundo y tercer semestre se realizará la evaluación, sensibilizando permanentemente a los responsables del cuidado del niño, que son las madres principalmente, acerca de la relevancia de los controles de CRED. Así mismo al final, se espera contar con un padrón nominal y un registro de seguimiento actualizado, para continuar controlando la evolución de los niños.

CONCLUSIONES

- El presente plan de intervención de enfermería represento una importante herramienta para lograr la exitosa adherencia al control CRED de los niños de hasta 12 meses de edad, mediante la ejecución de actividades intramural y extramural, siendo primordial lograr la sensibilización plena de las madres de familia para tal fin.
- Alcanzo una adecuada adherencia al control de CRED, reflejo el grado de aceptación de la madre respecto a las recomendaciones que ha manifestado el personal de enfermería, de manera que se garantizó que la madre y su niño asistan puntualmente a cada cita de seguimiento y adoptaron todas las modificaciones del comportamiento que se asocian al control.
- Entre los principales problemas que se suscitan en los centros de salud de primer nivel, destaca la inasistencia de los niños menores de 12 meses a sus controles de crecimiento y desarrollo programados, ya que las madres consideran necesario asistir solo hasta que el niño complete su esquema de vacunación.
- Así mismo, este plan logro actualizar el padrón nominal y registro de seguimiento de niños, favoreciendo al acertado seguimiento de los niños.

RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de enfermería, se recomienda promover y continuar las actividades de control CRED a través de una oportuna atención en los centros de Salud y de brigadas de atención integral que realicen visitas periódicas a los anexos que se encuentran alejados al centro de salud.
2. A los profesionales de enfermería, se recomienda reforzar la sensibilización a las personas que se encuentren a cargo del cuidado de los niños, desde la primera consulta, resaltando los beneficios e importancia que, para el niño, la madre y la familia en sí obtendrán asistiendo a los controles CRED de forma oportuna y continua.
3. Así mismo, se recomienda a los profesionales de enfermería estar en constante capacitación y actualización sobre temas que contribuyan al cumplimiento de la atención íntegra del niño.
4. Se recomienda también al equipo multidisciplinario del C. S. Pacucha, continuar trabajando en equipo para el monitoreo del cumplimiento de las actividades de tipo promocional y preventivo; así como participar activamente en la actualización del registro de los niños que tengan hasta un año de edad, a fin de cumplir con el seguimiento de los controles de CRED de forma oportuna.
5. Finalmente, se recomienda al equipo multidisciplinario del C. S. Pacucha, implementar consultorios diferenciados de inmunizaciones y CRED, ya que permitirá optimizar la atención brindada a los niños, pacientes de dicho establecimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Evolución de la Anemia en la Población Infantil. Reporte de Seguimiento Concertado a la Nutrición Infantil Lima; 2015.
2. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Hematología. Hematología CNd, editor. Argentina; 2016.
3. Organización Mundial de la Salud. Sistema de Información Nutricional sobre Vitaminas y Minerales. Ginebra: Centro de Prensa de la OMS; 2018.
4. J M. Desnutricion : Saint Louis University School of Medicine; 2021.
5. Ministerio de Salud. Anemia en la Población infantil del Perú Aspectos Claves para su Afronete Unidad de análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública Lima: UNAGESP); 2015.
6. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil en el Perú Lima: Resolución Ministerial. Lima; 2021.
7. DIRESA. Análisis de situación de salud en Apurímac Apurímac; 2017.
8. MINSA. Estado Nutricional en niños y gestantes de los establecimientos de salud del ministerio de salud Lima: Informe Gerencial Nacional; 2014.
9. Minsa. Le dije de la oficina de estadística e informática del Centro de salud Andahuaylas: oficina de estadística e informática del Centro de salud de Pacobamba; 2021.
10. K M, G A, E M, T B, S G. Anemia Ferropénica en niños menores de un año usuarios de casmu-IAMPP: Prevalencia y factores asociados Uruguay: Arch Pediatr Uru 2017; 2017.

11. S P. Relacion entre la anemia en niños y los Conocimientos de alimentacion Saludable de los Cuidadores. Consultorio 24. Pascuales junio 2015- Junio 2016 Ecuador: Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil; 2017.
12. M H. Estrategias preventivas de factores de riesgo de anemia ferropenica en niños entre 6 y 24 meses de edad que acuden al centro de salud rural santa rosa de Cuzubamba de Cayambe Tulcan: Universidad Regional Autonoma de los Andes; 2016.
13. N V, T S, E G, L C, I M. Adherencia al consumo de los suplementos alimenticios del programa PROSPERA en la reducción de la prevalencia de anemia en niños menores de tres años en el estado de San Luis Potosí, México Mexico:. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, Morelos. México.; 2016.
14. A S. Factores realacionados con la adherencia a la suplementacion con complejo polimaltosado ferrico en lactantes de 4 a 5 meses en el E.S I San Pedro. enero-febrero 2021 Piura: Universidad Nacional de Piura; 2021.
15. M L. Adherencia a la sumplemtacion de hierro en niños de 6 a 35 meses: factores asociados y recomendaciones desde la economia del comportamiento 2018 Lima: Universidad Del Pacifico; 2018.
16. Palomino. Evaluación de la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso, en niños de 3 a 5 años, antes y durante el periodo de cuarentena o confinamiento por Covid-19, atendidos en el Centro de Salud el Álamo-Callao, 2020. 2020: Universidad Cesar Vallejo; 2020.
17. Y A, M R. Factores influyentes en la adherencia de suplementación con sulfato ferroso en gestantes - Centro de Salud Belenpampa Cusco, Noviembre 2018 – Enero 2019. Cuzco : Universidad Andina de Cuzco; 2019.
18. HT, DC. “Factores Asociados y Adherencia al tratamiento de anemia Ferropenica en Madres de niños de 6-36 meses, C,S

Edificadores Misti Arequipa: Universidad Nacional de san Agustín de Arequipa; 2019.

19. OM, GG. Adherencia a multimicronutrientes y factores asociados en niños de 6 a 35 meses de sitios centinela, Ministerio de Salud, Perú Peru: Rev. bras. epidemiol. 19 (03); 2016.
20. DF. Madeleine Leininger: claroscuro tras cultural España: Universidad Pompeu Fabra; 2010.
21. GA, DB, A S, R O. El modelo de promoción de la salud de Nola Pander: Enfermería Universitaria ENEO-UNAM; 2011.
22. OMS. Cumplimiento y Constancia para Mejorar la Calidad de Vida". 2009 Madrid ; 2009.
23. Haynes RB TDSD. Compliance in health care Baltimore: : John Hopkins University Press; 2014.
24. TSN°134. MINSA/2017. Norma Técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas Lima : Minsa; 2017.
25. OMS. Adherencia a los tratamientos a largo plazo, pruebas para la acción. Washington: Organización Mundial de la Salud; 2012.
26. L E. Adherencia al tratamiento del asma en el paciente pediátrico y sus cuidadores. Malaga: Revista Pediatría de Atención Primaria.; 2005.
27. Osterberg L BT. Adherence to medication.: Engl J Med. 2005; 2005.
28. García AM LFMFGAPDSea. ¿Cómo diagnosticar el cumplimiento terapéutico en atención primaria? Medicina de Familia España; 2004.
29. L L, S R, D P, L R. Adherencia al tratamiento: Concepto y medición. Colombia; 2016.

30. Ministerio de Salud. Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses Lima; 2016. Lima: Directiva Sanitaria N° 068-MINSA/DGSP.V01; 2016.
31. OMS. La anemia como centro de atención Ginebra; 2019.
32. Sobrino COJ. Manual de Enfermería. España: Quinta ed. Madrid: Editorial; 2012.

ANEXOS



