

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN LA PREVENCION DE LA ANEMIA EN
NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS EN EL PUESTO DE SALUD TUNGASUCA
CUSCO 2014-2017**

**TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA
ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

MARINA CCAMA SULLCA

Qua & Polz de Seme

Callao, 2018

PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|-----------------------------------|------------|
| ➤ DR. CESAR MIGUEL GUEVARA LLACZA | PRESIDENTA |
| ➤ DRA. LINDOMIRA CASTRO LLAJA | SECRETARIA |
| ➤ DRA. ROSARIO MIRAVAL CONTRERAS | VOCAL |

ASESOR: DRA. ANA ELVIRA LÓPEZ DE GÓMEZ

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 288

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 24/05/2018

Resolución Decanato N° 1231-2018-D/FCS de fecha 22 de mayo del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Marco Conceptual	11
2.3 Definición de Términos	22
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	24
3.1 Recolección de Datos	24
3.2 Experiencia Profesional	24
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	28
IV. RESULTADOS	35
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIALES	39
ANEXOS	41

INTRODUCCION

El presente informe, tiene como objetivo presentar la experiencia laboral vivida ante la intervención de enfermería que realizamos sobre la población infantil menor de tres años, con la única intención de lograr en ellos el capital humano esperado, contribuir con la reducción de la Desnutrición Crónica y la Anemia en niños menores de 3 años y con la formación de ciudadanas y ciudadanos felices, saludables, responsables, productivos para sí mismos, su familia y la sociedad a través de la implementación de acciones orientadas a dos de los siete resultados priorizados en la política de Desarrollo Infantil Temprano: nacimiento saludable y adecuado estado nutricional, favoreciendo la reducción al 2021 la Desnutrición Crónica Infantil al 6.0% y la anemia en niñas y niños menores de 36 meses al 19%. En la intervención realizada se ha logrado disminuir los casos de anemia en niñas (os) menores de 3 años.

Para lo cual se desarrollaron actividades como; el tamizaje de anemia, sesiones de educación sanitaria, sesiones demostrativas en preparación de alimentos ricos en hierro, consejería nutricional, visitas domiciliarias para hacer el seguimiento del tratamiento; esta metodología se aplica a cada uno de los componentes de los familiares y hace que participen activamente.

En los años de experiencia laboral, en el primer nivel de atención, he comprendido que la intervención de enfermería es la actividad más importante del sistema de salud, porque conformamos la puerta de acceso que las personas tienen a los servicios de salud, sin embargo, se ve limitada por los escasos recursos económicos que se asignan a este sector; en mi institución como en todo los niveles de atención, la parte económica difiere, observando la prioridad que dan al segundo nivel es decir, al recuperativo hospitalario.

“La intervención de enfermería en niños y niñas menores de 36 meses con anemia en la jurisdicción del Puesto de Salud Tungasuca, muestra el importante trabajo que un enfermero del Primer Nivel puede hacer. Espero, que este trabajo que consta sirva a otros profesionales inmersos en el campo maravilloso de la atención primaria, acogidos en la promoción y prevención de la salud para continuar mejorando el servicio a la población.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la Situación Problemática

La población infantil es la más vulnerable en especial cuando hay déficit de micronutriente en su alimentación, los que son irreversibles la anemia y la desnutrición; la anemia infantil se determina por una disminución del número de glóbulos rojos en la sangre, que son los encargados de trasladar el oxígeno a todos los órganos para el buen funcionamiento de los tejidos y órganos del cuerpo, gracias a la hemoglobina que contienen; cuando la cifra o el contenido de la hemoglobina se presentan más bajo de lo esperado en un análisis de sangre, significa que el niño tiene anemia. Ésta se reconoce por la palidez en el tono de la piel, cansancio y la falta de energía en los niños, es posible que el niño tenga también las encías, boca o la lengua de un tono blanquecino.

El Centro de Alimentación y Nutrición (CENAN) dice que La deficiencia de hierro es el desorden nutricional más común y extendido en el mundo. La anemia por deficiencia de hierro es considerada un problema de Salud Pública y a pesar de ser un indicador que refleja una etapa tardía de la deficiencia de hierro, en la mayoría de los países en desarrollo su prevalencia es alta. Los grupos vulnerables están representados por: mujeres gestantes y en edad fértil, adolescentes, así como niños menores 36 meses de edad.

Leal Quevedo F. refiere que en los países en vías de desarrollo los grupos más afectados son los niños y adolescentes, debido a sus mayores requerimientos determinados por el crecimiento, y en la mujer en edad fértil por la pérdida de hierro debida al sangrado menstrual o a las mayores necesidades de este mineral por el embarazo. Este aumento de las necesidades no es cubierto por la dieta habitual la que tiene

cantidades insuficientes de hierro y/o presenta una baja biodisponibilidad de este nutriente

En el Perú el 57% de los niños de entre 6 y 23 meses presenta anemia y en las zonas rurales o de pobreza, este porcentaje es mayor, lo que los condena a tener deficiencias intelectuales, razón por la cual la anemia es un tema de gran preocupación porque en niños menores de dos años supone la pérdida irrecuperable del desarrollo de capacidades, afecta el neurodesarrollo y puede provocar déficit de atención en el colegio o el trabajo cuando sea adulto. La proporción de anemia en niñas y niños es mayor en el área rural (44,4%) y presenta una diferencia de 12.7 puntos porcentuales en relación con el área urbana (31.7%) (1)

Frente a esta problemática de Salud Pública, la Dirección Regional de Salud Cusco ha formulado el **Plan Regional de Intervención Intensiva e Integral para la prevención de la anemia**; cuyo objetivo es reducir la prevalencia de anemia en 6 puntos porcentuales en niños menores de 3 años, durante el 2017.

1.2. Objetivo

Evaluar los resultados de la intervención de enfermería en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años en el Puesto de Salud Tungasuca. Cusco 2014-2017

1.3 Justificación

El inadecuado y deficiente consumo de hierro es el desorden nutricional más común expresado en la enfermedad denominada anemia, siendo un problema de salud pública a nivel mundial por el impacto que genera en el menor de 5 años, afectando principalmente a los menores de 36 meses; trayendo como consecuencia un deficiente desarrollo psicomotor e intelectual, el mismo que tendrá un bajo rendimiento académico. Cada día

ha ido adquiriendo mayor importancia en nuestra sociedad debido a que no se puede lograr erradicar la anemia , sin embargo se viene observando el incremento de ésta en el presente año; sin embargo debemos de tener en cuenta también las características sociodemográficas de la familia (padre o madre), ya que es la persona encargada del cuidado del niño, la misma que debe de conocer y tener las condiciones apropiadas así como la biodisponibilidad para una buena alimentación, empezando desde la lactancia materna y un adecuado inicio de la alimentación complementaria; sin olvidar que la alimentación viene desde el periodo gestacional la cual también es de suma importancia en el desarrollo del niño.

La intervención de Enfermería en la prevención de la anemia, es necesaria para motivar el cambio de estilos de vida y el logro de la erradicación de la pobreza y inducir al desarrollo sostenible a la población. Es por ello, que la elaboración de este informe se torna importante como muestra de las mejoras que podemos alcanzar y/o obstáculos que se presentarán para alcanzar las metas establecidas. Nuestra experiencia, servirá a futuros colegas a vislumbrar el amplio campo de acción de nuestra profesión y que el compromiso que tenemos va más allá de una simple interacción, haciéndonos útiles en el manejo de su autocuidado y participación activa y contribuir con la formación de ciudadanas y ciudadanos felices, saludables, responsables, productivos para sí mismos, su familia y la sociedad.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Antecedentes Internacionales.

GALARZA PAZMIÑO, María de los Ángeles 1(2013), en Ambato Ecuador, en la universidad Técnica de Ambato, en su tesis de título "Suplementación oral con micronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 7 años de la Escuela Nuestra Señora de la Elevación de la comunidad de Misquilli de la Parroquia Santa Rosa del periodo lectivo 2012 –2013", concluyo que: Se identificó que 95% de los niños pertenecen a hogares cuya condición socioeconómica estimada es C- es decir, estratos sociales medios, (donde la mayoría de los ecuatorianos se ubican); caracterizada por un alto porcentaje de madres con estudios primarios completos, trabajan en pequeños comercios o agricultura, viven en casa de ladrillo o bloque, disponen de baño con ducha exclusivo para el hogar. Entre los niños estudiados se encontró una prevalencia de 55% de Anemia al inicio del estudio ($Hb < 11.5$ g/dl), que luego de la suplementación con micronutrientes (CHIS-PAZ) bajó a 35%, lo que indica que la respuesta a los mismos es buena, aunque se observó que 10% de la muestra estudiada no tuvo cambios entre sus valores previos y posteriores a la administración del suplemento, lo cual amerita nuevas investigaciones a futuro para esclarecer esta situación, ya que por su condición socioeconómica están en capacidad de proveer a los niños de dieta balanceada, y el hallazgo de anemia indica que posiblemente hace falta asesoría nutricional a fin de mejorar los aportes de micronutrientes en la dieta. (2)

La Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT), (2012). Revela que la prevalencia de anemia en los preescolares en México fue del 23.3%; la mayor prevalencia de anemia (38%) se observó en los niños de 12 a 23 meses de edad, mientras que los niños de cuatro años presentaron un 13.7%. En los varones preescolares la prevalencia de anemia fue mayor que en las mujeres, 24.4% y 22.1 %, respectivamente, dentro del mismo grupo de edad, en los últimos seis años, la anemia disminuyó 3.5 puntos porcentuales (pp.), observándose la mayor disminución en las niñas, con 5.5 pp. En el área rural fue del 25.2% y en el área urbana 22.6%, en el área rural los hombres tuvieron una prevalencia de anemia del 27%, y en el área urbana 23.4%. Comparando los datos de 2012 con la encuesta de 2006, se observa una disminución de la anemia en preescolares de 3.2 pp en el área urbana y 3.6 en el área rural. (3)

IANICELLI. 2012 .Introducción. La anemia es un problema de salud pública que afecta particularmente a los menores de 2 años, con graves consecuencias en el desarrollo psicomotor e intelectual de los niños y en las capacidades productivas en la adultez. Objetivo. Estudiar la prevalencia de anemia, sus variaciones y los posibles factores asociados en niños menores de 6 meses. Población y métodos.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, revisando los registros de controles de salud de 363 niños con edades comprendidas entre 4 y 5 meses de edad completos, asistidos durante 2007-2010. Se analizó la asociación entre anemia (hemoglobina <10,3 g/ dl) y alimentación (amamantamiento exclusivo o alimentación complementaria), tipo de parto y sexo. Se compararon las medias de peso al nacer y la puntuación z de peso para edad, talla para edad y peso para talla, en niños anémicos contra no anémicos. Resultados. El 28,9% (105/363) de los niños presentaron anemia y la prevalencia fue significativamente mayor en los varones (38,3% contra 20,9%; p= 0,000). No hubo

diferencias significativas según el tipo de alimentación y la forma de terminación del parto. La media de peso al nacer y de puntuación z de peso para edad, talla para edad y peso para talla fue significativamente menor en los anémicos contra los no anémicos. Se encontró una disminución significativa de la anemia (de 37,8% en 2007 a 20,3% en 2010 en el período estudiado, $p= 0,012$).

Conclusión. La prevalencia de anemia fue de 28,9% y descendió significativamente entre el 2007 y 2010. Fue mayor en varones, en niños nacidos con menor peso y con menores índices antropométricos. Nuestros resultados, aun cuando tienen carácter local, reflejan el alto riesgo nutricional de la población menor de 6 meses. (4).

A Nivel Nacional

ANABEL M. Huamán Ugarte. En su monografía "anemia en niños y niñas de 6 a 36 meses de edad en la ciudad del Cusco-Perú" 2015. Llega a la conclusión. La anemia por déficit de hierro constituye un problema de salud, no solo en el Cusco sino en todo el país, es de primordial importancia el papel del personal de salud en la profilaxis de esta enfermedad en los diferentes grupos poblacionales orientándolos sobre una adecuada educación nutricional sobre todo en la primera infancia, es así que la orientación y consejería sobre todo a las madres juega un rol primordial. La anemia es uno de los graves problemas de salud pública que afecta a nuestra población infantil. En el Perú el 70% de los niños de entre 6 y 24 meses presenta anemia y en las zonas rurales o de pobreza, este promedio es mayor. La falta de acceso a una alimentación adecuada, durante el embarazo, la interrupción de la leche materna, el corte temprano del cordón umbilical y el inicio tardío de la alimentación complementaria, influyen en estas cifras .

La anemia es un problema de salud pública muy importante que no revertirá rápidamente, si bien es cierto el MINSA está trabajando en crear diferentes planes y estrategias para atacar esta enfermedad, también se necesita del apoyo de los Gobiernos regionales y locales. En las niñas y niños del país, la situación de la anemia es más severa que la desnutrición crónica. Entre los años 2011 y 2014 tuvo una tendencia hacia el incremento (41.6%, 44.5%, 46.4%, 46.8% sucesivamente), descendiendo en el 2015 y 2016 a 43.5% y 43.6%, respectivamente. Entre el 2011 y 2016 se registraron incrementos tanto en el ámbito urbano (+2.4 puntos porcentuales) como en el rural (+3.8 puntos porcentuales).

Según la información de la ENDES 2016, en los años 2014-2015 se observa una reducción significativa en la **anemia en niñas y niños menores de 36 meses de edad** y con mayor fuerza en el área rural (-6.4 puntos porcentuales). Entre el 2015 y 2016 la anemia se redujo en el área urbana (0.6 puntos porcentuales), sin embargo, se incrementó en el área rural (en 2,3 puntos porcentuales).

A Nivel Local

El Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) reporta que la anemia en niños menores de 3 años en la región Cusco 2015 es de 59.5%, y en relación al 2014 (64.2%) se ha reducido en 4.7%. Sin embargo, este promedio regional esconde realidades más críticas a nivel de redes y provincias. Presentando la RED CCE el 67.01% y la provincia de canas el 61.6%, Puesto de salud Tungasuca 72.7%

2.2. Marco Conceptual

Anemia

Según la OMS, la anemia es la disminución de glóbulos rojos o de la concentración de hemoglobina por debajo del segundo desvío estándar respecto de la media para la edad, sexo y estado fisiológico; debido a la carencia de uno o más nutrientes esenciales entre ellos el hierro, ácido fólico, zinc, vitamina B12 y proteínas. El punto de corte por debajo del cual se considera que una persona tiene anemia varía con la edad, el sexo, la altitud y estado fisiológico. Así en menores de 6 años la anemia se diagnosticase los valores de hemoglobina son menores de 11 g/dl.

Síntomas y signos de la anemia

- a. **Síntomas generales:** Astenia, hiporexia (inapetencia), anorexia, sueño incrementado, irritabilidad, rendimiento físico disminuido, vértigos, mareos cefaleas y alteraciones en el crecimiento.
- b. **Alteraciones digestivas:** Queilitis angular, glositis entre otros.
- c. **Alteraciones en piel y faneras:** Piel y membranas mucosas pálidas, pelo ralo y uñas quebradizas.
- d. **Alteraciones de conducta alimentaria:** Pica: tendencia a comer tierra (geofasia) o hielo (pagofagia).
- e. **Síntomas cardiopulmonares:** Taquicardia, soplo y disnea del esfuerzo. Estas condiciones se pueden presentar cuando la hemoglobina es < 5 g/dl.
- f. **Alteraciones inmunológicas:** En laboratorio: defectos en la inmunidad celular y la capacidad bactericida de los neutrófilos.
- g. **Síntomas neurológicos:** La ferropenia altera la síntesis y catabolismo de la mono aminas, dopamina y noradrenalina, implicadas en el control del movimiento, el metabolismo de la

serotonina, los ciclos del sueño actividad, así como las funciones de memoria y aprendizaje.(5)

Anemia ferropénica en el niño

NELSON T. (2011) También conocida como anemia por deficiencia de hierro en los niños. Es la disminución en el número de glóbulos rojos debido a una falta de hierro y es más frecuente en el niño.

La anemia es un síndrome agudo o crónico, caracterizado por una disminución de la concentración de la hemoglobina (Hb) circulante, en relación con los valores límites definidos como normales para la edad, raza, género, cambios fisiológicos y condiciones medio-ambientales (altitud). Estas modificaciones dificultan el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y las células del organismo (6)

Alrededor del cuarto mes de edad los depósitos de hierro están reducidos a la mitad, y el hierro exógeno es necesario para mantener la concentración de hemoglobina durante la fase de crecimiento rápido entre los 4 y 12 meses de edad. La absorción de alrededor de 0.8 mg/día de hierro en la dieta es requerida, de los cuales 0.6 mg son necesarios para el crecimiento y 0.2 mg para reemplazar pérdidas

Causas de la anemia

- Deficiencia de ingesta hierro (características de la dieta)
- Altos requerimientos niños < 2 años.
- Prematuridad, bajo peso al nacer
- Anemia materna, inadecuado consumo de suplementos
- Corte precoz del cordón umbilical.
- Disminución de LME
- Diarreas, parasitosis, malaria
- Falta saneamiento básico y practicas higiene inadecuadas
- Acceso limitado a cuidado integral de la salud

- Desconocimiento de la madre sobre el problema anemia, consecuencias, prevención y tratamiento.

Clasificación de la anemia

Según la Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niñas, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención, clasifica a la anemia en: leve, moderada y severa.

Anemia Leve: Los individuos con anemia leve suelen estar asintomáticos. Pueden quejarse de fatiga sueño, disnea y palpitaciones sobre todo después del ejercicio. Una característica muy importante es la disminución del apetito que influye de manera negativa en la nutrición del niño. Se considera anemia leve cuando se tiene un valor de hemoglobina de 10-10.9gr/dl a nivel del mar.

Anemia Moderada: A menudo están sintomáticos en reposo y son incapaces de tolerar esfuerzos importantes. El paciente puede ser consciente del estado hiperdinámico y quejarse de palpitaciones, la disminución del apetito es mayor, la palidez es el signo físico que más se presenta en este tipo de anemia. La hemoglobina es entre 7-9.9gr/dl a nivel del mar.

Anemia Severa: Los síntomas de este tipo de anemia se extienden a otros sistemas orgánicos, pueden presentar mareos, cefaleas y sufrir de síncope, tinnitus o vértigo, muchos pacientes se muestran irritables y tienden dificultades para el sueño y la concentración. Debido a la disminución del flujo sanguíneo cutáneo, los pacientes pueden mostrar hipersensibilidad al frío. Los síntomas digestivos tales como: Anorexia e indigestión e incluso náuseas o irregularidades intestinales que son atribuibles a la derivación de la sangre fuera del lecho esplácnico. Cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7gr/dl a nivel del mar.

Consecuencias de la anemia ferropénica

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

Palidez de piel y mucosa: Se debe a la disminución del pigmento hemático y la palidez cutánea a una vasoconstricción local, ya que, como mecanismo homeostático circulatorio, se produce una desviación de la sangre desde la piel y riñón a los órganos vitales.

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

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

Hierro

El hierro es un micronutriente esencial para la vida es el componente fundamental de la hemoglobina que tiene como función el transporte del oxígeno a través de la sangre a todos los tejidos. Las funciones que cumple previenen la anemia, en las gestantes evita la aparición de la anemia fisiológica favorece el rendimiento intelectual del niño, participa en el mantenimiento del sistema de defensa protegiéndolos de las infecciones, mejorara el rendimiento del adulto en el trabajo (7)

Absorción del Hierro

La absorción de hierro tiene lugar en el duodeno y el yeyuno superior del intestino delgado, dependiendo del contenido del metal en la dieta, su biodisponibilidad, la cantidad almacenada y la velocidad de formación de eritrocitos. Cuando estas condiciones son normales, el porcentaje absorbido se acerca al 10%, y se sitúa al rededor del 20% en condiciones de déficit de hierro. El hierro hem corresponde a solo 5-10 % de la dieta, sin embargo, su absorción llega a un 35 % a comparación con el 15 % del hierro no hemínico.(7)

Hierro hemínico. Es el hierro que participa en estructura del grupo hemo o hierro unido a la porfirina y por tanto se encuentra formando parte de la hemoglobina, mioglobina y diversas enzimas como citocromos, etc. Es debido a su presencia de estos componentes que solo se encuentra en alimentos de origen animal, tiene una absorción de hasta 15 – 40%.(8)

El hierro hemínico se absorbe a través de las células de la mucosa en forma de un complejo intacto de porfirina, la absorción se afecta sólo mínimamente por la composición de la comida y secreciones gastrointestinales.

Hierro no hemínico. Es aquel que se encuentra en alimentos de origen vegetal. Aparece en un grupo importante de enzimas relacionado con el metabolismo oxidativo. La forma no hem se encuentra en alimentos de origen vegetal, tiene una absorción de hasta 10%.(8)

La absorción del hierro no hemo depende en gran medida de su solubilidad en la parte alta del intestino delgado que, a su vez, se relaciona con el contenido total de la comida a ese nivel. En general, la absorción de hierro no hemo depende de sustancias contenidas en la misma comida que favorecen o inhiben la solubilidad.

Hierro en la dieta

La alimentación ocupa un lugar esencial en la incorporación de hierro. Dado que la mayoría del hierro de los alimentos es del tipo no hémico, la presencia o ausencia de sustancias juega un papel importante en la disponibilidad del hierro. (7)

Fuentes alimentarias de hierro

Los productos más importantes son las carnes vísceras como el hígado y el bazo, aves, pescados, le sigue los lácteos y por último los vegetales. La carne es la mejor fuente de hierro y se absorbe con mayor facilidad. (7)

CUADRO N° 03 RECOMENDACIÓN DE HIERRO

POR EDAD NIÑOS-MESES	HIERRO mg
6 a 11 meses	10
12 a 24 meses	10
24 a 36 meses	10

Fuente: Academia Nacional de Ciencias

Diagnóstico de anemia

- **Clínico:** Identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico completo. La clínica depende del grado de deficiencia y de la rapidez con la que se instaura la anemia. Las situaciones de carencia de hierro y de anemia leve o moderada, pueden cursar con sintomatología escasa o incluso de forma asintomática.
- **Laboratorio:** El diagnóstico de anemia por criterio de laboratorio se establece determinando la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa.

Medición de la concentración de la hemoglobina

Dosaje de hemoglobina:

El dosaje de hemoglobina sirve para determinar el valor de la hemoglobina en la niña y el niño menor de 36 meses, se utilizarán métodos directos como la espectrofotometría (Cianometahemoglobina) y el hemoglobinómetro (azida meta hemoglobina).(9)

Método:

Método de la azidametahemoglobina

Extraer una muestra de sangre realizando una punción con la lanceta en el dedo medio o anular previa desinfección de la piel, teniendo en cuenta que la primera gota de sangre será desechada.

1. Con un microcubeta tomar sangre del lado prominente (con anticoagulante), hasta llenar el espacio determinado en la microcubeta.
2. Colocar la microcubeta en el visor del hemoglobinómetro portátil.
3. El lector del hemo control, determinar el valor , luego se procede disminuir el factor de corrección por altura, lo cual nos dará el resultado de la hemoglobina.(10)

Resultados:

- Anemia severa : <7.0 g/dl
- Anemia moderada : 7.0-9.9 g/dl
- Anemia leve : 10.0-10.9 g/dl
- Estos valores serán ajustados de acuerdo a la altitud geográfica.

TABLA N° 01

VALORES NORMALES DE CONCENTRACION DE HEMOGLOBINA Y NIVELES DE ANEMIA EN NIÑOS, ADOLESCENTES, MUJERES GESTANTE Y PUERPERAS (hasta 1,000 msnm)

EDAD/SEXO	Con Anemia Según niveles de Hemoglobina (g/dl)			Sin Anemia Hemoglobina (g/dl)
NIÑOS				
Niños Prematuros				
1° semana de vida	≤ 13.0			>13.0
2° a 4ta semana de vida	≤ 10.0			>10
5° a 8va semana de vida	≤ 8.0			>8.0
Niños nacidos a termino				
Menor de 2 meses	< 13.5			13.5 – 18.5
Niños de 2 a 6 meses cumplidos	< 9.5			>9.5.13.5
	SEVERA (g/dl)	MODERADA (g/dl)	LEVE (g/dl)	
Niños de 6 meses a 5 años cumplidos	< 7.0	7.0 – 9.9	10-10.9	≥ 11.0
Niños de 5 a 11 años	< 8.0	8.0 –10.9	11-11.4	≥ 11.5
ADOLESCENTE				
Adolescentes varones y mujeres de 12 -.14 años de edad	< 8.0	8.0 –10.9	11-11.9	≥ 12.0
Varones de 15 años a más	< 8.0	8.0 –10.9	11-12.9	≥ 13.0
Mujeres no gestantes de 15 años a más	< 8.0	8.0 –10.9	11-11.9	≥ 12.0
MUJERES GESTANTES Y PUERPERAS				
Mujeres gestantes de 15 años a más (*)	< 7.0	7.0 – 9.9	10-10.9	≥ 11.0
Mujer Púérpera	< 8.0	8.0 –10.9	11-11.9	≥ 12.0

Fuente : organización Mundial de la salud. Concentraciones de hemoglobina para diagnosticar la anemia y evaluar su gravedad. Ginebra. 2011

Manejo preventivo de anemia en niños

Según la directiva sanitaria, que establece la suplementación con multimicronutrientes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses presenta el siguiente esquema de Suplementación

CONDICION DEL NIÑO(A)	Edad de administración	dosis	Producto a utilizar	DURACION
Niñas (os) nacidos con bajo peso y/o prematuros	Desde los 30 días hasta los 6 meses	2 mg hierro elemental /kg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas polimaltosado férrico	Suplementación diaria hasta los 6 meses cumplidos
	Desde los 6 Meses de edad	1 sobre diario	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres
Niñas (os) nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Desde los 4 meses de edad hasta los 6 meses	2 mg hierro elemental /kg/día	Gotas de sulfato ferroso o gotas polimaltosado férrico A partir de los 6 meses 1 sobre diario	Suplementación diaria hasta los 6 meses
	Desde los 6 Meses de edad	1 sobre diario	Multimicronutrientes Sobre de 1 gramo en Polvo	Hasta que complete el consumo de 360 sobres

Manejo terapéutico de la anemia

Los niños que tienen el diagnóstico de anemia según la tabla N° 02 deberán recibir Hierro y dependerá de la edad (menores o mayores de 6 meses) o si han sido prematuros con bajo de peso al nacer

Tratamiento de la anemia en niños menores de 6 meses niños prematuros y/o con bajo peso al nacer

El tratamiento con hierro a niños prematuros y/o con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que haya concluido la alimentación enteral. la dosis es de 4mg/kg/día y se administrará por 6 meses seguidos, se realizará control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro

Niños a término y o con buen peso al nacer menores de 6 meses

El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia, se administrará con suplementos de hierro en la dosis de 3mg/kg/día y se ofrecerá 6 meses continuo, se realizará control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

Tratamiento de la anemia en niños de 6 meses a 11 años de edad

El tratamiento de anemia en menores de 6 meses a 11 años de edad se hará a partir del primer diagnóstico de anemia, se administrará con suplementos de hierro en la dosis de 3mg/kg/día y se ofrecerá 6 meses continuo, se realizará control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro.

TABLA N° 02

TRATAMIENTO CON HIERRO

edad de administración	Edad de administración	Dosis vía oral	producto	duración	control de hemoglobina
Niñas (os) nacidos con bajo peso y/o prematuros	Desde los 30 días de edad	4mg/kg/peso	Gotas de sulfato ferroso o gotas polimaltosado férrico	durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niño a término y con adecuado peso al nacer	Cuando se dignos tique anemia(a los 4 meses o control)	3mg/kg/peso Máxima Dosis 40mg Al día	Gotas de sulfato ferroso o gotas polimaltosado férrico	durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 6 A 36 meses de edad	Cuando se diagnostique anemia	3mg/kg/peso Máxima Dosis 70mg Al día	Gotas de sulfato ferroso o gotas polimaltosado férrico, o en jarabe	durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 3 A 5 años de edad.	Cuando se diagnostique anemia	3mg/kg/peso Máxima Dosis 90mg/día	jarabe de sulfato ferroso o jarabe polimaltosado férrico,	durante 6 meses continuos	A los 3 meses y 6 meses de iniciado el tratamiento
Niños de 5 a 11 años		3mg/kg/peso Máxima Dosis 120mg Al día	jarabe de sulfato ferroso o jarabe polimaltosado férrico, o tableta de sulfato ferroso o tableta polimaltosada	durante 6 meses continuos	

2.3 Definición de Términos

- **Intervención:** Todo aquel esfuerzo, que tiene como objeto disminuir problemas de salud y/o promover buenos comportamientos relacionados con la salud o prevenir o evitar malos comportamientos relacionados con la salud.
- **Consejería Nutricional.** Es un proceso educativo comunicacional interpersonal, participativo entre un personal de salud capacitado en nutrición y consejería y una ciudadana o ciudadano con el propósito de ayudarlo y guiarle a tomar decisiones a partir de la evaluación nutricional y análisis de prácticas para fortalecer las adecuadas y corregir las de riesgo. Tiene como fin un adecuado crecimiento y desarrollo. este proceso educativo puede desarrollarse a nivel intramural o extramural (7)
- **La hemoglobina:** es un pigmento que se encuentra en el estroma de los eritrocitos y es el encargado de transportar el oxígeno a todos los tejidos corporales. Tiene la propiedad de formar con el oxígeno oxihemoglobina y con el anhídrido carbónico combinaciones fácilmente dissociables (8)
- **Control de crecimiento y desarrollo.** es un conjunto de actividades periódicas, sistémicas desarrolladas por el personal de salud con el objetivo de vigilar de manera adecuada y oportuna el crecimiento y desarrollo de la niña(o) a fin de detectar de manera precoz y oportuna riesgos, alteraciones o trastornos, presencia de enfermedades, facilitando su diagnóstico e intervención oportuna, enfatizando en la ganancia de peso, talla y logro de habilidades de desarrollo. (7)
- **Suplementación.** Esta intervención consiste en la indicación y entrega de hierro solo o con otras vitaminas, minerales, en gotas, jarabe o tabletas, para reponer o mantener niveles adecuados en el organismo (8)

- **Monitoreo:** Seguimiento sistemático de información prioritaria sobre la implementación de una acción, proyecto o programa. Procesos que permiten hacer un seguimiento de los datos relacionados con los costos y el desarrollo de una acción, proyecto o programa de forma regular. El monitoreo:
 1. Permite el seguimiento sistemático de las acciones
 2. Permite acceder a la información que puede ser usada para evaluar proyecto y programas y condensarla .
 3. Posibilita la adecuación y ajuste de los proyectos y programas durante su ejecución.

- **Visita domiciliaria:** Esta actividad es realizada por personal de salud e implica el desplazamiento al domicilio de la niña(o), con el objetivo hacer el acompañamiento a la familia del menor de 36 meses que inicia la suplementación y garantizar la adherencia al suplemento. Realizar 04 visitas, a los niños (as) que no cumplen con el esquema de suplementación preventiva y mínimo 01 visitas para las niñas (os) con suplementación terapéutica en los que se identifica algún factor que ponga en riesgo la continuidad de la Suplementación.(9)

- **Aplicación de la ficha del monitoreo individual de la suplementación con multimicronutrientes**
 Es la actividad donde el personal de salud se dirige al domicilio del niño suplementado para aplicar la ficha de monitoreo individual de la suplementación, el objetivo de esta ficha es .asegurar la correcta administración de los suplementos, la ficha de Seguimiento será utilizada durante las visitas domiciliarias a las madres de niños de 6 meses a 35 meses de edad. Esta actividad es realizada por personal de salud e implica la aplicación de las Ficha de seguimiento individual de la suplementación.(11)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1.Recolección de datos

La recolección de datos para la presentación de este informe y elaboración de los cuadros estadísticos, se han obtenido de:

1. Libro de Registro y Seguimiento del niño –niña de crecimiento y desarrollo
2. Reporte del SIEN
3. Hojas de Asistencia a sesiones educativas y demostrativas
4. Informes mensuales
5. Información estadística HIS

3.2.Experiencia Profesional

En el año 2000, inicie la labor asistencial en el Puesto de Salud Tungasuca del Distrito Tupac Amaru, Provincia de Canas del Departamento del Cusco, pertenece a la Micro Red Yanaoca, Red de servicios de salud Canas Canchis Espinar y DIRESA Cusco. Labore contratada en la modalidad CLASS hasta setiembre del 2010 y desde octubre del mismo año hasta la actualidad nombrada en el mismo lugar, por diecisiete años, dedicados a la atención integral en el primer nivel de atención a cargo de diferentes programas de salud hoy denominados Programas Presupuestales que son seis dentro de ello está el programa Articulado Nutricional (PAN) que consta de productos y subproductos que a continuación se detalla concerniente a la salud infantil

El Puesto de Salud Tungasuca categorizado con el nivel I-2 cuenta con los consultorios básicos como: Medicina General, consultorio de niño sano, obstetricia, admisión-triaje, tópico y farmacia

(conjunto de servicios que debe recibir cada persona según su edad)

En la atención que brinda tiene el enfoque de promoción de la Salud en los escenarios de persona, familia, comunidad y entorno saludable.

El Puesto de Salud Tungasuca, atiende a la población asegurada al sistema del seguro integral de salud (SIS), población asignada y en general que viven en la jurisdicción del Distrito Túpac Amaru, la población asignada es determinada por la DIRESA CUSCO según población INEI; contando con zona urbana y rurales. Cabe mencionar, que la mayoría de la población se dedican a la agricultura, ganadería y crianza de animales menores y están categorizados como pobre y extremadamente pobre. Para mejorar su capacidad económica las familias migran temporalmente a las ciudades de Arequipa, Cusco Ayacucho, Maldonado, Quillabamba y otros lugares lo que crea una desventaja para las actividades preventivo promocionales a realizar en especial de prevención de la desnutrición y anemia a los que no es ajeno la población.

Comunidades de la jurisdicción del Puesto Salud Tungasuca.

Las comunidades son seis:

- Comunidad de Ccochapata
- Comunidad de Cotaña
- Comunidad de Machaccoyo B
- Comunidad de Rosasani
- Comunidad de Llalla
- Comunidad de Tungasuca

Obstetricia, consultorio de Niño sano, farmacia, tópico, admisión, atención de emergencias con personal capacitado que trabaja en equipo en forma coherente de mano con los objetivos, de mejorar la calidad de vida y salud de su población, brindando servicios que promuevan el desarrollo y la cultura, con igualdad de oportunidades

El puesto de salud Tungasuca, como principal órgano de salud local, tiene la función y obligación de promover y promocionar la salud, mediante las atenciones integrales a las familias con criterio de accesibilidad, calidad y eficiencia a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, con énfasis en las de menos acceso y , propiciando el desarrollo de las comunidades saludables.

Servicios que brinda

Los servicios que brinda, denominadas cartera de paquetes de atención integral de salud a las personas son:

- Paquete de Atención Integral de Salud del Niño – Niña
 - ❖ Administración de micronutrientes
 - ❖ Inmunización (vacunas)
 - ❖ Administración de vitamina A y sulfato ferroso
 - ❖ Atención integral de enfermedades prevalentes en la infancia.
 - ❖ Atención del recién nacido
 - ❖ Atención odontológica
 - ❖ Control de crecimiento y desarrollo
 - ❖ Paquete educativo
 - ❖ Vigilancia Nutricional
 - ❖ Visita Domiciliaria
 - ❖ Atención de emergencia

- Paquete de Atención Integral de Salud del adolescente
 - ❖ Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes
 - ❖ Consejería integral
 - ❖ Control de crecimiento y desarrollo
 - ❖ Evaluación general del adolescente
 - ❖ Paquete educativo
 - ❖ Vigilancia Nutricional
 - ❖ Visita Domiciliaria
 - ❖ Atención de emergencia
- Paquete de Atención Integral de Salud del Adulto
 - ❖ Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes
 - ❖ Consejería integral
 - ❖ Examen general del adulto Mujer y Varón
 - ❖ Paquete educativo
 - ❖ Vigilancia Nutricional
 - ❖ Visita Domiciliaria
 - ❖ Atención de emergencia
- Paquete de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor
 - ❖ Atención de prioridades sanitarias y daños prevalentes
 - ❖ Consejería integral
 - ❖ Examen general del adulto Mayor
 - ❖ Identificación de discapacidad y neuropatías
 - ❖ Paquete educativo
 - ❖ Visita Domiciliaria
 - ❖ Atención de emergencia
- Paquete de Atención Integral de la Gestante y su Niño por Nacer
 - ❖ Control Prenatal
 - ❖ Atención de puerperio
 - ❖ Atención de daños durante el embarazo, parto y puerperio
 - ❖ Consejería Nutricional
 - ❖ Visita domiciliaria

❖ Atención de Emergencia

3.3. Procesos realizados en el tema del trabajo académico

Servicios brindados de acuerdo a la capacidad resolutive del establecimiento de Salud I-2, y los pacientes que requieran atención especializada son referidos a los Hospitales.

En los años de servicio que brinde he tenido la responsabilidad de diferentes programas a hora denominas estrategias (productos y sub producto) englobadas por el Programa del articulado Nutricional (CRED, inmunizaciones, estrategia sanitaria de alimentación y nutrición saludable (administración de micronutrientes), atención de enfermedades diarreicas agudas, enfermedades respiratorias agudas, atención de otras enfermedades prevalentes (anemia) y paquete educativo que costa de orientación y consejería, sesiones educativas, sesiones demostrativas en prácticas saludables, el equipamiento era lo básico, en los últimos dos últimos años se ha ido equipando con el único afán de elevar la atención preventivo-promocional a la población

En el campo administrativo, he alcanzado nuevas experiencias al desempeñar la parte administrativa del establecimiento.

En lo que concierne a las funciones desempeñadas, he creído conveniente presentarlas según los campos de acción de enfermería.

Funciones en el campo asistencial:

1. Brindar atención de enfermería al paciente de los diferentes grupos etéreos y familia según exigen los protocolos existentes en la Cartera de paquetes de atención integral de Salud. Desde el inicio de mi labor como enfermera asistencial hasta la fecha, soy responsable de la etapa de vida niño sano, adolescente, estrategia de alimentación y nutrición saludable, SIEN
2. En control crecimiento y desarrollo se brinda el paquete de atención integral, en la que se identifica los diferentes factores de

riesgo que pudieran influir o afectar en el óptimo crecimiento y desarrollo infantil; como la evaluación para descartar enfermedades prevalentes como las infecciones respiratorias agudas, diarreicas y específicamente el dosaje de hemoglobina que desde este año se realiza a los niños y niñas a los 4 meses, 9 y 18 meses y a partir de los 24 meses, una vez al año

3. Acciones de prevención y tratamiento de la anemia en la población infantil, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas, realizando la atención integral en el control de crecimiento y desarrollo, atención prenatal y puerperio incluyendo el despistaje de anemia a todos los niños, adolescente, mujeres gestantes y puérperas que reciben suplementos de hierro, micronutrientes. En forma preventiva y tratamiento
4. Educación individualizada y constante al paciente y familiar cuidador, con el único afán de obtener cambios positivos en su estilo de vida además de una buena adherencia a la suplementación o tratamiento.
5. Participar en las diversas actividades de Promoción de la Salud como: charlas, Talleres, demostraciones y actividades de comunicación masiva con temas de interés inmersos en los ejes temáticos priorizados en la atención del individuo, familia y/o comunidad.
6. Participar activamente en actividades preventivas como Campañas de Vacunación, tamizajes y chequeos preventivos a través de las diferentes Estrategias.
7. Trabajar de manera conjunta y colaborar con el área de Epidemiología a través de una información oportuna y veraz
8. Atención de calidad y con calidez al paciente que acude a los servicios que ofertamos

Funciones en el campo administrativo:

1. Como Responsable del área de enfermería: Planificar, organizar, supervisar y evaluar el trabajo realizado por el personal profesional y técnico de enfermería, plasmado en la realización de los roles de personal y su respectivo cumplimiento.
2. Hacer cumplir las funciones y actividades del personal profesional y no profesional, enmarcados en el Código de ética y deontología de nuestra profesión y en las medidas de bioseguridad existentes, para bienestar del cliente interno.

Funciones en el campo educativo:

1. Capacitación al equipo de salud
2. Participar en el proceso de enseñanza-aprendizaje de algunas capacitaciones impartidas al personal. Empoderar al personal con conocimiento y tener un mismo idioma al hablar de medidas preventivas, que es necesario para el logro de metas.
3. Participar como ponente en Programas Educativos Instituciones Educativas con quienes se trabajó en el marco de alianzas estratégicas. Los temas solicitados por parte del grupo beneficiado estaban encaminados a conocer sobre la alimentación saludable prevención de anemia y desnutrición y sus consecuencias.

Actividades realizadas en la prevención anemia en niños menores de 3 años.

Las actividades toman más impulso desde el año 2010 por parte del estado, dentro de las Carteras de Atención se dividían las actividades tanto para el paciente como para la comunidad, esto se reflejaba en actividades individuales y actividades colectivas con participación de autoridades locales, ONGs, programas sociales como; Cuna más, programa Juntos, etc.

Para el 2010 en el Distrito Tupac Amaru se conformó la mesa de salud y medio ambiente encabezado por el alcalde del Distrito y el resto de las instituciones en la que el establecimiento de salud presentó la propuesta de realizar tecnología de decisiones informadas (TDI) siendo el resultado, que el 80% de niños menores de 5 años tenían anemia, el 48% desnutrición. Con estos datos se planificó las actividades multisectoriales en ellas las actividades individuales y colectivas.

Dentro de las actividades colectivas, aquellas que son impartidas a grupos de personas se encuentran las sesiones educativas en nutrición y apoyo alimentario, lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, técnicas de amamantamiento, alimentación complementaria; sesiones demostrativas en preparación de alimentos balanceados, ricos en hierro, lavado de manos cuyo objetivo es modificar hábitos y/o conductas de un grupo de madres, empoderándolas en el auto cuidado a fin de prevenir la desnutrición y anemia.

Capacitación a promotores de salud de las seis comunidades enfatizando los temas de alimentación y nutrición, sesión demostrativa, en funcionamiento y manejo del centro de vigilancia materno infantil implementado por la Municipalidad en la comunidad de Ccochapata por tener el mayor número de población infantil.

En nuestro consultorio de atención a la niña y niño, acuden con sus padres al brindar el paquete de crecimiento y desarrollo se administra sulfato ferroso a partir de los 4 meses de edad, micronutriente a partir de los 6 meses por doce meses en forma preventiva, se realiza el despistaje de anemia, y administra tratamiento de anemia si es diagnosticado. En nuestro establecimiento se tiene actualmente 19 niños menores de 3 años con anemia de enero a setiembre del presente año, los que fueron registrados en el SIEN, en su mayoría estos casos son por malos hábitos alimentarios, es decir, deficiente consumo de alimentos de origen animal y ricos en hierro sin dejar de lado la poca disponibilidad de alimentos y la pobreza.

En el año 2007, decidimos junto al equipo de trabajo con quienes atendemos, incentivar a preparar alimentos balanceado y ricos en hierro a madres del programa Juntos de las seis comunidades; posteriormente se implementaron las sesiones demostrativas de preparación de alimentos de acuerdo a la norma técnica sanitaria en sesión demostrativa de preparación de alimentos en forma mensual

La atención de enfermedades prevalentes de la infancia entre ellas la anemia. Se torna de intervención relevante a favor de la infancia. Tanto así que implementaron con equipos de despistaje de anemia al establecimiento de primer nivel (hemo-control) e insumos necesarios.

Realizamos sesiones educativas de sensibilización para la aceptación de la toma de muestra de sangre de sus niñas y niños para el despistaje de anemia ya que anteriormente se realizaba 1 vez al año por el biólogo de la cabecera de Micro Red: Centro de Salud Yanaoca a pocos niños y los resultados tardaban en regresar para entregar oportunamente a los padres de niñas y niños con anemia para que reciban tratamiento de sulfato ferroso por 3 meses y se les volvió a tamizar para verificar su curación.

Sesiones demostrativas en preparación de alimentos balanceados y ricos en hierro a fin de sensibilizar y que pongan en práctica en sus hogares y contribuir a salir de la anemia a sus hijas e hijos

Sesiones educativas y demostrativas en lavado de manos a madres

Actividades individualizadas, se ejecutaron visitas domiciliarias para sensibilización y adherencia de tratamiento, seguimiento de adherencia de consumo del tratamiento tres visitas por niña-niño como mínimo,

Se brindaron consejerías a madres y padres de familia en la prevención de la anemia y/o el tratamiento de la anemia

Se promoció: la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses, importancia de proteger con las vacunas en especial con rotavirus y neumococo a los menores de un año, consumos de agua segura,

disposición de basura excretas, lavado de manos en momentos claves, las practicas saludables para el cuidado infantil y adecuada alimentación para el menor de 3 años

Visitas domiciliarias y consejería priorizando a los niños (as) de 6 meses a 18 meses a fin de verificar la adherencia y el consumo de los micronutrientes y/o el sulfato ferroso

Lo importante de rescatar de esta experiencia como intervención de enfermería, es que se disminuyó la anemia de 79 % a 60% en diez años aproximadamente de intervención, las familias aceptan la toma de muestra de sangre para el tamizaje de anemia y la mayoría de las familias con niñas y niños con anemia se adhirieron al tratamiento con sulfato ferroso.

La satisfacción como enfermera, es ver que el 68% de madres tomaron conciencia y se esmeran en dar a sus hijas alimentos de origen animal y ricos en hierro por lo menos tres veces a la semana, hay adherencia al tratamiento con sulfato ferroso

Actividades Estratégicas

DIAGNOSTICO DE ANEMIA

Primer tamizaje : 4 meses , luego a los 9 meses, 18 meses y posteriormente una vez al año

TRATAMIENTO DE ANEMIA NIÑOS CON ANEMIA Suplementos de Hierro para Niños (as) – Consejería

- Tratamiento de Anemia (3mg/kg/d) con Gotas o Jarabe

PREVENCIÓN DE ANEMIA:

- (2mg/kg/d) Con Gotas: de 4m a 5 meses. Con Micronutrientes a partir de los 6 meses:

- Suplementación Preventiva de Anemia para Gestantes: Hierro y Ácido Fólico
- Suplementación Terapéutica de Anemia para Gestantes y Puérperas con Hierro y Ácido Fólico

KIT DEL BUEN CRECIMIENTO

- Evaluar el “Camino del Buen Crecimiento”
- Identificar Prácticas Críticas para el Buen Crecimiento
- Establecer Acuerdos o Compromiso con los padres o cuidadores de acuerdo de documento técnico Plan de Reducción de la desnutrición crónica infantil y prevención de la anemia en el país en el periodo 2014-2016

Actividades Efectivas

- Suplementación con hierro y ácido fólico a las gestantes
- Corte tardío del cordón umbilical
- Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses
- Prolongación de la lactancia materna hasta los 2 años

V. CONCLUSIONES

- a) Con la intervención de enfermería los casos de anemia en niños menores de 3 años han ido disminuyendo año a año tales que el 2014 se tuvo un 77% casos de anemia al 2017 se tiene un 55%. Disminuyendo un 22%. Obteniendo estos resultados con las actividades de educación sanitaria (sesiones demostrativas en preparación de alimentos ricos en hierro, lavado de manos, lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses) brindados por el personal de Salud.
- b) La actividad preventiva promocional ofertados por los servicios de salud encabezados por el personal de enfermería del primer nivel de atención, es primordial para la prevención de enfermedades prevalentes de la infancia como la anemia.
- c) La intervención de enfermería en niños menores de 3 años con anemia muestra la disminución de casos y la recuperación de los mismos. Por lo que toma relevancia el trabajo de enfermería en el primer nivel de atención de salud con fines de lograr el objetivo del plan nacional de la reducción de la anemia en el país al 19% al 2021.
- d) La educación sanitaria en salud debe ser continua para cambiar la conducta de la población hacia las prácticas de hábitos saludables y disminuir la anemia y otras enfermedades prevalentes de la infancia.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Continuar con la educación sanitaria para sensibilizar a los padres de familia y participen activamente en el buen cuidado de sus hijos.
- b) Motivar a las familias a la práctica de la alimentación complementaria con alimentos de origen animal ricos en hierro y la administración de micronutrientes de acuerdo a su edad del niño.
- c) Es necesario que las instituciones públicas y privadas se involucren activamente en la lucha contra la anemia.
- d) Incentivar el funcionamiento de los centros de promoción y vigilancia materno infantil en las comunidades a fin de involucrar a las autoridades locales.
- e) Fortalecer en educación sanitaria a los agentes comunitarios de salud y líderes comunales y la sociedad en el buen cuidado de los niños de esta forma contribuir a la disminución de la anemia desde su entorno del niño.
- f) Los centros de estudios Universitarios envíen a las personas en formación a las periferias para contribuir con la educación sanitaria en las buenas prácticas de hábitos saludables.

VII. REFERENCIALES

- 1.- Instituto Nacional de Estadística e Informática - Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014
- 2.- Galarza, M. "Suplementación oral con micronutrientes para la prevención de anemia en niños menores de 7 años de la escuela Nuestra Señora de la Elevación de la comunidad de Misquilli de la parroquia santa rosa del periodo lectivo 2012 –2013", Universidad Técnica de Ambato Facultad Ciencias de la Salud. Ambato, Ecuador. 2013.
- 3.- Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT); (México-2012).disponible en: [en sanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf](http://sanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf). Consultado el 08/07/14
- 4.- Lanicelli, J. C., Varea, A., Falivene, M., Disalvo, L., Apezteguia, M., & González, H. (12 de Abril de 2012). Prevalencia de anemia en lactantes menores de 6 meses asistidos en un centro de atención primaria de la ciudad de La Plata.
- 5.- Ministerio de Salud, Dirección general de intervenciones estratégicas en Salud Pública, Dirección de intervenciones estratégicas por etapas de vida.2016 pag.7 de la norma técnica N°134-MINSA/2017.
- 6.- DE LUIS ROMAN, Daniel. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Ediciones Díaz de Santos. España, 2010.
- 7.- Directiva Sanitaria Regional N° 002-v.02- 2012 DIRESA CUSCO. Directiva Sanitaria de Suplementación con micronutrientes para los niños(as) menores de 5 años gestantes y púerperas

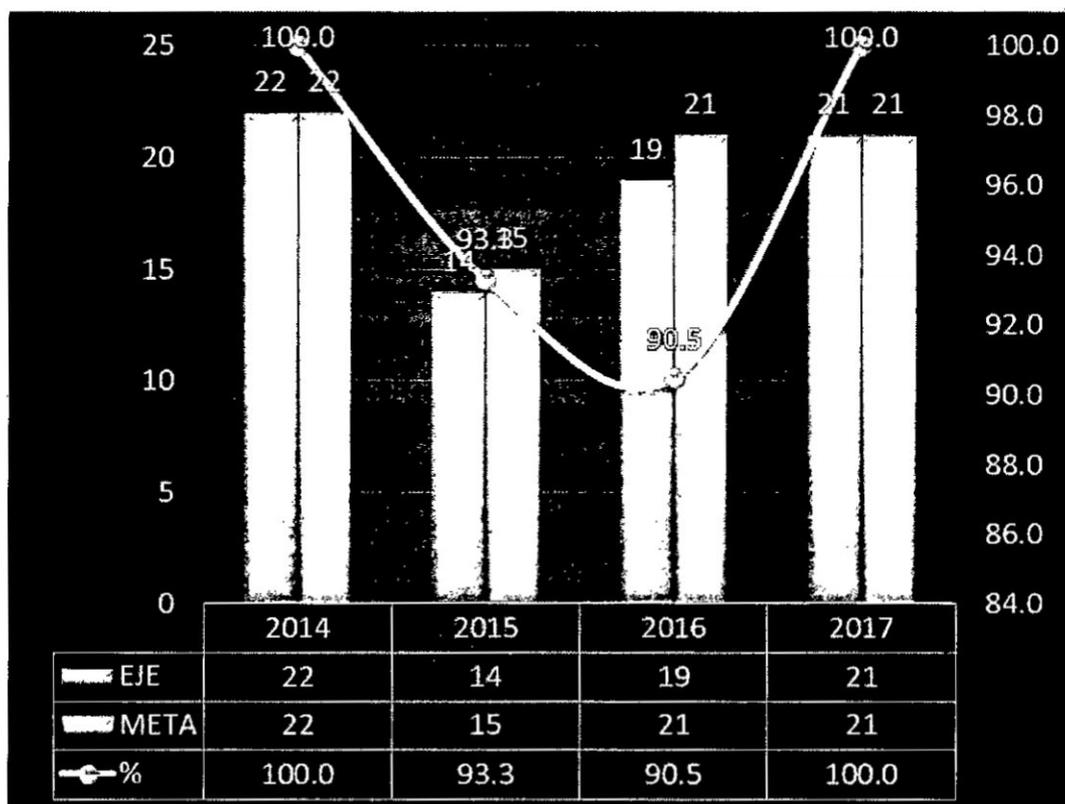
- 8.- Resolución Ministerial 250-2017. Norma técnica para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas.
- 9.- Resolución Ministerial 055-2016/MINSA. Directiva sanitaria N° 068-MINSA/DGSP.V.01. Directiva Sanitaria para la Prevención de la Anemia mediante la suplementación con Micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses.
- 10.- Guía técnica procedimientos para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobímetro portátil. Lima 2013.
11. Directiva Sanitaria de Suplementación con Micronutrientes para los Niños(as) Menores de 5 años, Gestantes y Puérperas Norma Técnica Nro. 001-2011
12. Boletín Oficial Del Estado Peruano, Nro. 001 (08-2011) [Acceso 20 de Junio de 2013]; Disponible en:
[Http://Es.Scribd.Com/Doc/Directiva-De-Micronutrientes](http://Es.Scribd.Com/Doc/Directiva-De-Micronutrientes).

ANEXOS

**GRÁFICOS DE COBERTURAS QUE CONTRIBUYEN A LA
PREVENCIÓN DE ANEMIA Y DESNUTRICIÓN INFANTIL**

GRAFICO N° 01

**PROPORCIÓN DE RECIÉN NACIDOS CON CUATRO CONTROLES.
P.S TUNGASUCA 2014- 2015-2016 - 2017**



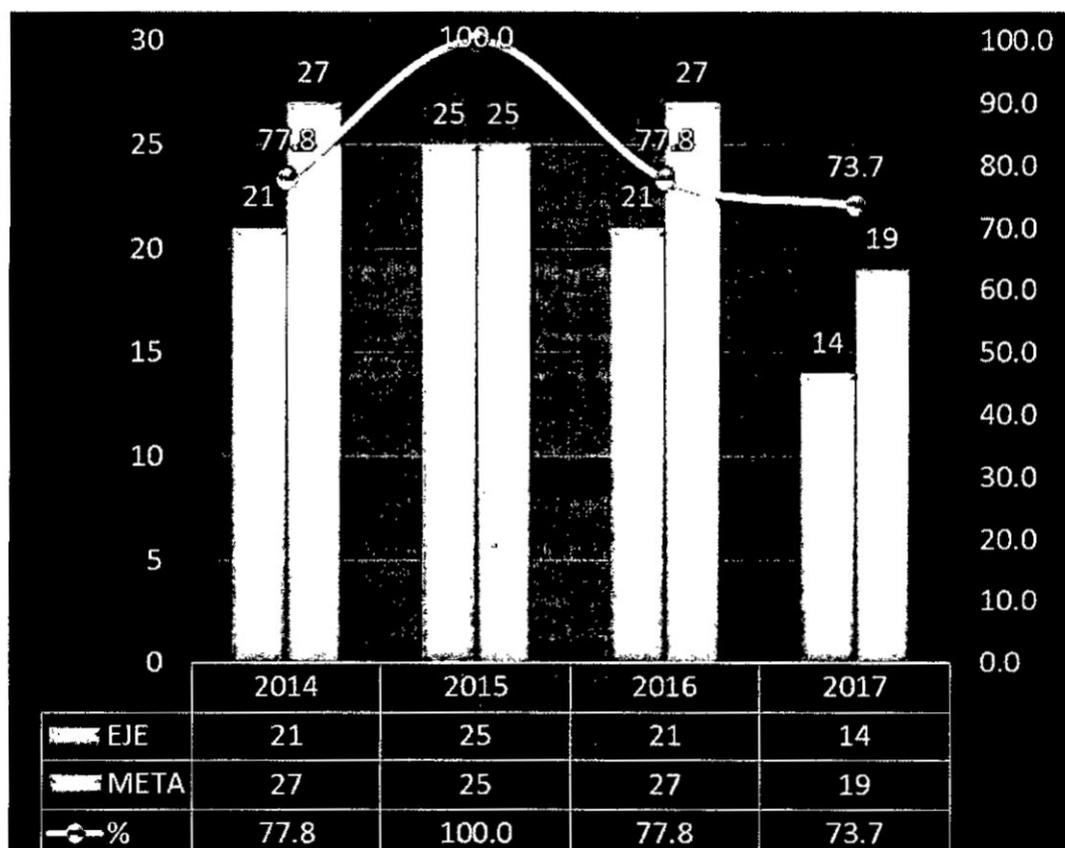
Fuente: oficina de información y estadística de la Micro Red Yanaoca.

En el graficoN°01 se observa que al 100% de niños recién nacidos cumplen con sus controles, dicha actividad permite al personal y a los padres pueda detectar algún riesgo de salud y poder intervenir oportunamente en alguna falencia. No solo en los recién nacidos sino en

el menor de 5 años por lo tanto es una actividad importante que deben cumplir, de esta manera recibir el paquete de control de Crecimiento y Desarrollo

GRAFICO N° 02

COBERTURA DE NIÑOS < 1 AÑO CON 2DA ROTAVIRUS P.S. TUNGASUCA 2014- 2015-2016 – 2017



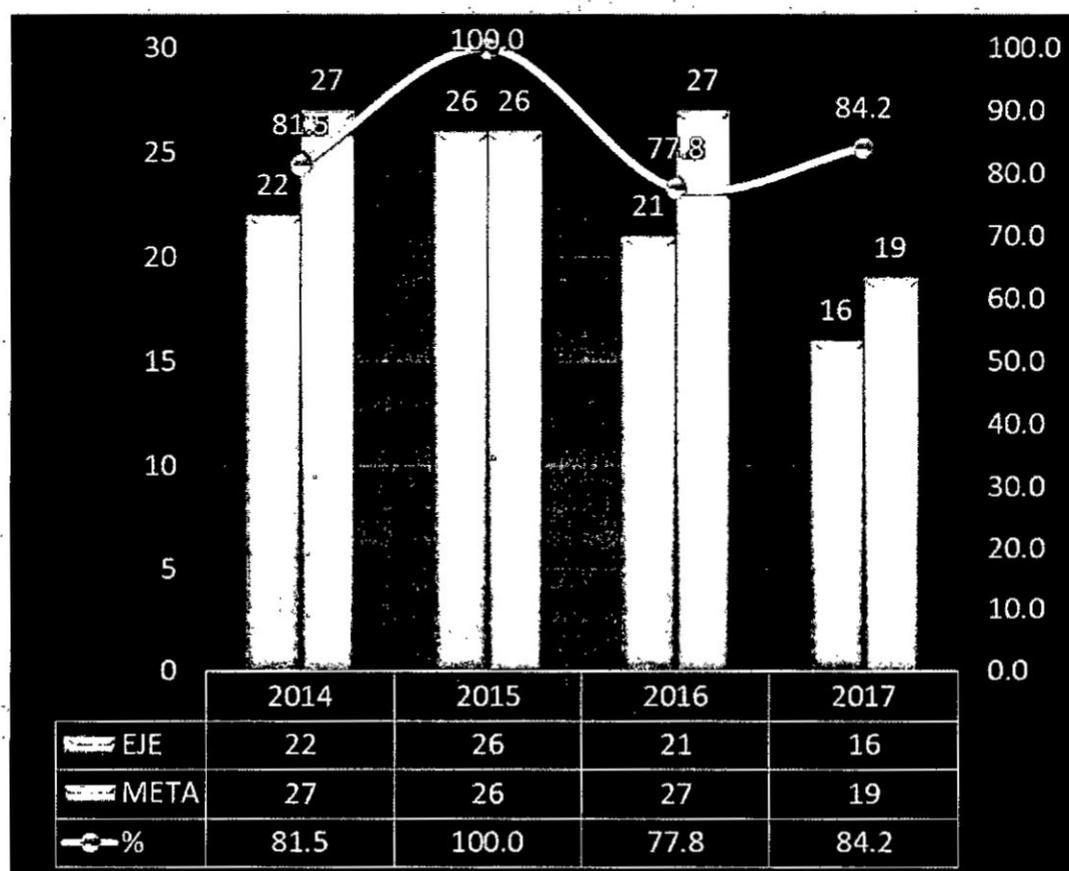
Fuente: oficina de información y estadística de la Micro Red Yanaoca.

En el grafico N° 02 se observa, que no se alcanza al optimo porcentaje de protección de niños con la vacuna rotavirus (protege de enfermedades diarreicas) si, el niño desarrollara la enfermedad de diarrea por rotavirus está en mayor riesgo de entrar a la desnutrición y por ende a la anemia

dejando en desventaja sus potencialidades de desarrollo psicomotor e intelectual

GRAFICO N° 03

COBERTURA DE NIÑOS < 1 AÑO CON 2DA NEUMOCOCO P.S. TUNGASUCA 2014- 2015-2016 – 2017



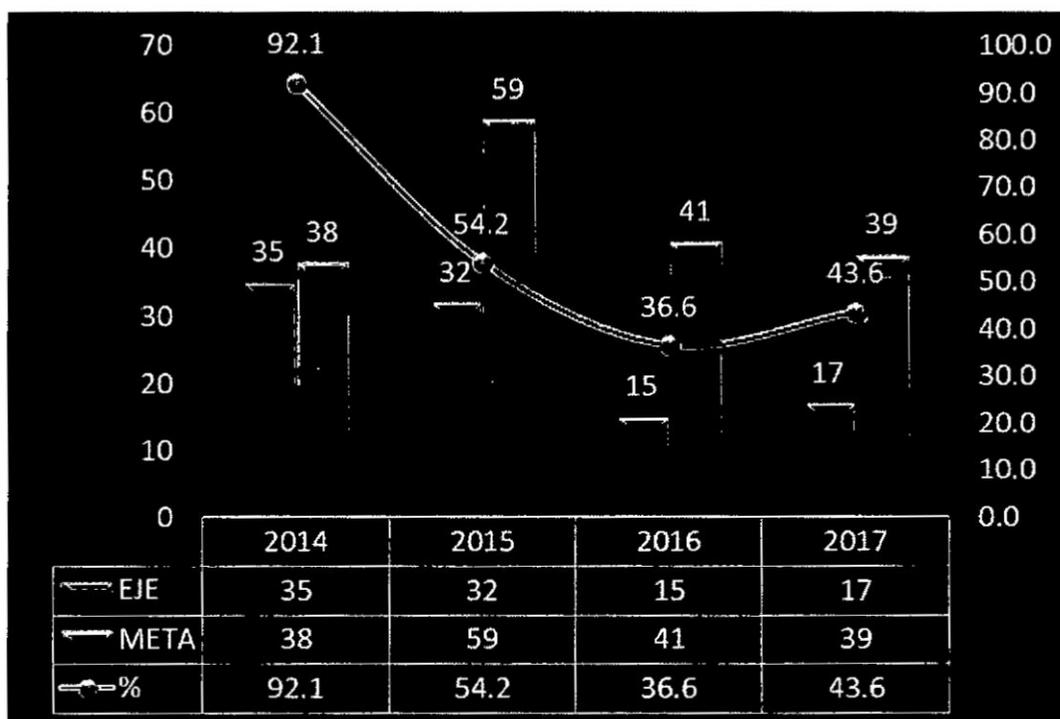
Fuente: oficina de información y estadística de la Micro Red Yanaoca.

En el grafico N° 03 se observa, que no se alcanza al optimo porcentaje de protección de niños con la vacuna neumococo que protege de

infecciones causada por la bacteria neumococo, como la meningitis por neumococo sí, el niño desarrollara la enfermedad por infección de neumococo está en mayor riesgo de entrar a la desnutrición y por ende a la anemia dejando en desventaja sus potencialidades de desarrollo psicomotor e intelectual y quedando con secuelas irreversible.

GRAFICO N° 04

PROPORCION DE NIÑOS < DE 36 MESES QUE RECIBIERON SUPLEMENTO DE HIERRO/ 12 MICROMUTRIENTES. P.S. TUNGASUCA 2014-2015-2016 -2017



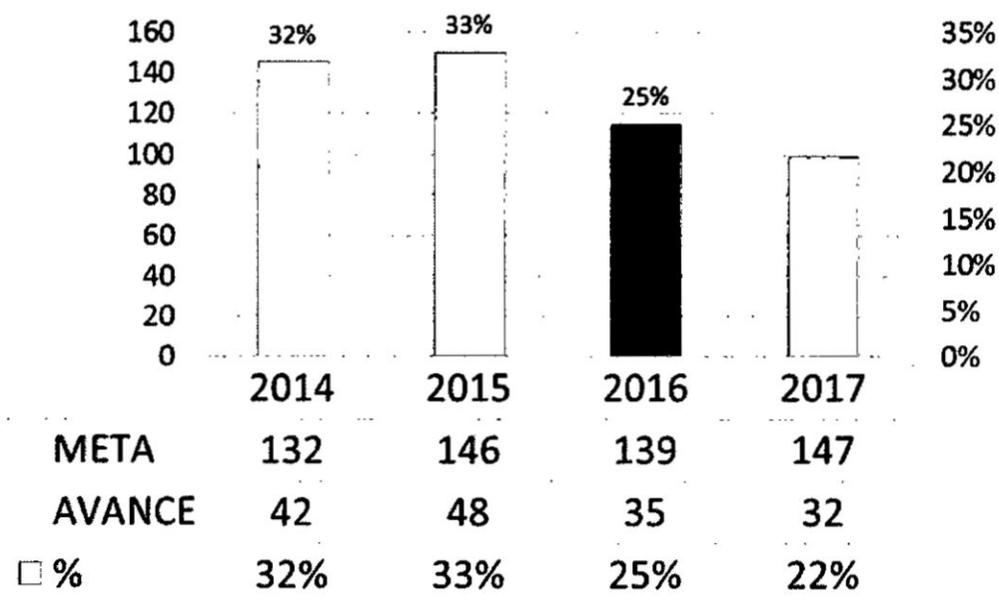
Fuente: oficina de información y estadística de la Micro Red Yanaoca.

En el cuadro n°04 observamos que se tiene un 43.6 % de administración preventiva de micronutrientes debido a que la meta es sobre estimada tal

que acudieron a destiempo a sus controles se tendrá que realizar el seguimiento para una lactancia materna exitosa y alimentación complementaria adecuada de esta manera no estar en desventaja en el desarrollo ni en riesgo de adquirir la anemia.

GRAFICO N° 06

**PROPORCIÓN DE NIÑOS CON DESNUTRICIÓN CRÓNICA MENOR DE 05 AÑOS SEGÚN SIEN P.S. TUNGASUCA
EVALUACIÓN ANUAL 2014 - 2015 – 2016 – 2017**



Fuente: oficina de información y estadística de la Micro Red Yanaoca.

En el grafico N° 06 se observa que la tendencia de la desnutrición crónica del menor de 5 años es de bajar, el cual favorece al buen desarrollo del niño, disminuyendo riesgos de enfermarse y adquirir la anemia.

**FOTOS DE ACTIVIDADES REALIZADAS A FAVOR DE LA
PREVENCIÓN DE LA ANEMIA
LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA**



Fuente: Elaboración propia, 2017

ALIMENTACIÓN COMPLEMENTARIA



PROMOCIÓN DE LAVADO DE MANOS



Fuente: Elaboración propia, 2017

LAVADO DE MANOS EN ADULTOS

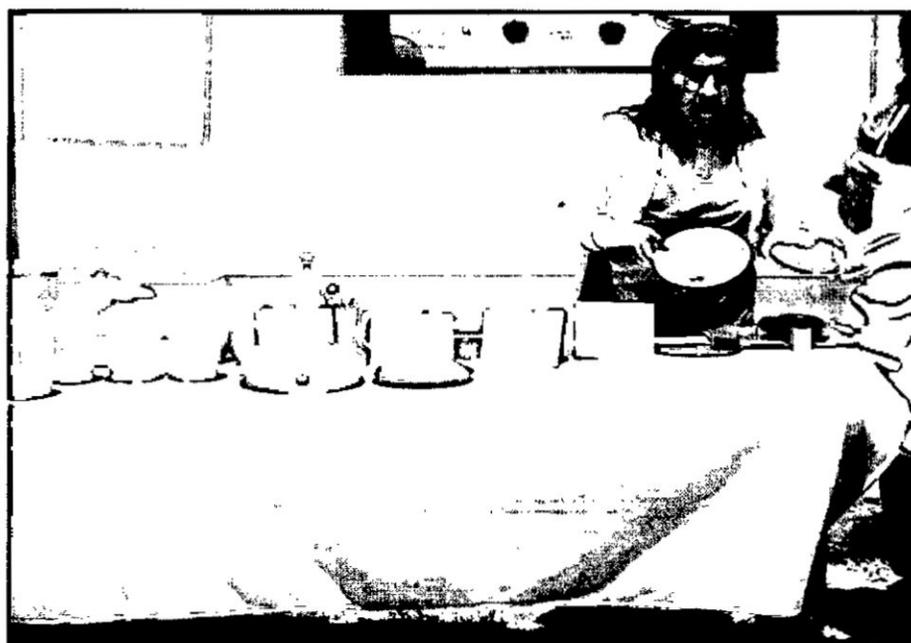


CAPACITACIÓN A AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN LAVADO DE MANOS



Fuente: Elaboración propia, 2017

SESIÓN DEMOSTRATIVA EN PREPARACIÓN DE ALIMENTOS



Fuente: Elaboración propia, 2017

**CAPACITACIÓN A AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN
PREPARACIÓN DE ALIMENTOS POR GRUPO ETAREO**



**PROMOCIÓN DE CONSUMO DE ALIMENTOS DE LA ZONA RICOS EN
HIERRO**



Fuente: Elaboración propia, 2017

CONCURSOS DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS NUTRITIVOS



PRODUCCIÓN AGROPECUARIO DE TUNGASUCA



Fuente: Elaboración propia, 2017

PRODUCTOS DE LA ZONA (SEGURIDAD ALIMENTARIA)



Fuente: Elaboración propia, 2017

VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON POBLACIÓN OBJETIVO



Fuente: Elaboración propia, 2017

DIFUSIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD DE LA ETAPA DE VIDA NIÑO



Fuente: Elaboración propia, 2017

DIFUSIÓN DE MEDIDAS PREVENTIVAS EN LA SALUD DE LA ETAPA DE VIDA NIÑO



Fuente: Elaboración propia, 2017