

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



**INTERVENCION DE ENFERMERIA EN NIÑOS CON ANEMIA POR  
DEFICIENCIA DE HIERRO EN MENORES DE 6 A 36 MESES DEL  
PUESTO DE SALUD TARAY CUSCO - 2015-2017**

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

**MARTHA AMADO GRANADA** *Martha Amado Granada*

**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: 285

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

Resolución Decanato N° 1228-2018-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.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	2
<b>I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	6
2.3 Definición de Términos	33
<b>III. EXPERIENCIA PROFESIONAL</b>	35
3.1 Recolección de Datos	35
3.2 Experiencia Profesional	35
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	37
<b>IV. RESULTADOS</b>	39
<b>V. CONCLUSIONES</b>	40
<b>VI. RECOMENDACIONES</b>	41
<b>ANEXOS</b>	42

## INTRODUCCIÓN

Según la OMS, define la anemia como la disminución de la concentración de hemoglobina menor de 2 desviación estándar en una población dada, el valor límite es de 11g/dl para niños menores de 5 años. De este modo, la prueba de hemoglobina puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de los niños, la deficiencia de hierro y la anemia en si son factores de riesgo en la salud individual y en el desarrollo a largo plazo, donde la anemia provoca deficiencias en el desarrollo cognitivo y de socialización de los niños.

La anemia por deficiencia de hierro es uno de los desórdenes nutricionales prevalentes condicionado por determinantes de la salud, expresado como factores sociales y de desarrollo asociados con la pobreza, desigualdad de oportunidades; causas subyacentes como baja escolaridad de la madre, embarazo en adolescentes, cuidados insuficientes de la gestante y el niño(a) durante los 3 primeros años de vida, practicas inadecuadas de alimentación y crianza, costumbres, limitado acceso al consumo de agua segura, y las infecciones repetidas(infecciones diarreicas agudas. Infecciones respiratorias, parasitarias, etc.). Por lo que se realiza la evaluación del grado de anemia por deficiencia de hierro en niños (as) menores de 36 meses en el puesto de salud de taray 2016- 2017.

Producen consecuencias que perduran el resto de la vida del individuo. Esta consecuencia a largo plazo tiene que ver principalmente con un desempeño cognitivo deficiente que se establece muy temprano en la vida y que, por ello, repercutirá en la adquisición de las capacidades que todas las personas van aprendiendo y desarrollando desde sus primeros años. Así, la anemia en la infancia se ha visto asociada con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficiente e incluso

pobres desenlaces en el embarazo en aquellas mujeres que de niñas padecieron de anemia. es así que se toma los indicadores de anemia y desnutrición de los estadísticos, historias clínicas y reportes del sistema de información estado nutricional.

Si bien; existen diferentes acciones de lucha para la reducción de la anemia a nivel nacional y regional se deben enfatizar las actividades preventivo promocionales como la suplementación de hierro en la gestante, micronutrientes en los niños menores de 36 meses, esto deben ir de la mano con las consejerías nutricionales, visitas domiciliarias, sesiones educativas y demostrativas en la preparación de alimentos enfatizando el consumo de los productos de la zona en coordinación con las autoridades locales, organizaciones de base, grupos organizados y la población objetivo. Es así que en últimos tres años la anemia ha disminuido, gracias al trabajo articulado con la municipalidad, establecimiento de Salud, organizaciones de base, y promotores de salud en los centros de vigilancia de salud.

## **I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la Situación Problemática**

Según la OMS ha calificado la anemia como el problema de salud pública más importante del mundo que afecta al 9% de infantes. En el Perú la anemia es una de las patologías más frecuentes del mundo que ha sido considerado a lo largo del tiempo como uno de los mayores problemas de Salud Pública, que afecta en un porcentaje considerable a la población mundial en todas las edades razas religiones y condición socio-económica, siendo los más vulnerables los niños menores de 3 años, gestantes y mujeres en edad fértil de la población total y su estado nutricional antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de riesgo.

Siendo así la anemia en el Perú de 43.6% A nivel de la región de cusco en el año 2017 es de 56.6% a nivel de la red cusco norte es de 56.2% provincia de calca es de 37.9% como distrito de taray es de 34.7% y como establecimiento de salud es de 29.8%.es así que para el año 2021 se tiene que disminuir en un 19%.

### **1.2 Objetivo**

Determinar la evaluación del grado de anemia mediante actividades preventivas promocionales en la disminución de la anemia por deficiencia de hierro, en niños (as) menores de 36 meses, mediante la ingesta de multimicronutrientes en el Puesto de Salud de Taray.

### **1.3 Justificación**

En nuestro país la anemia afecta a la población más vulnerable (niños menores de 3 años), que a largo plazo tiene que ver principalmente con un desempeño cognitivo deficiente, con pobres logros educativos y capacidades para el trabajo deficientes, pero también con un aumento de la mortalidad y morbilidad debido a enfermedades infecciosas. La anemia

genera deterioro en la maduración del cerebro, afecta los niveles de concentración y el coeficiente intelectual, retrasa el desarrollo psicomotor en los niños, aumenta el riesgo de retardo mental, retraso en el desarrollo cognitivo.

Como profesionales de enfermería vimos la necesidad de resaltar la importancia de contribuir a la disminución de la anemia mediante actividades preventivas promocionales y así tener niños saludables biopsicosocial mente, dentro de la familia y comunidad.

Con el presente trabajo detallaremos las diferentes actividades preventivo promocionales realizadas durante estos años; que resulta de un trabajo articulado entre el establecimiento de salud, el gobierno local a través de la Sub Gerencia de Desarrollo social, el apoyo de las organizaciones de base y las madres de niños menores de 36 meses.

La anemia infantil es multicausal por lo que requiere una intervención multisectorial y con enfoque territorial en todos los sectores en especial salud, educación, agricultura, saneamiento ambiental y vivienda. La estrategia de suplementación de hierro con multimicronutrientes tendrá el éxito esperado siempre que los niños menores de 3 años lo consuman, la anemia tiene que ser vigilado y monitoreado con el compromiso desde el gobierno local

El presente informe detallara las diferentes actividades preventivo promocionales realizadas durante estos años de trabajo para la disminución de la anemia que resulta de un trabajo articulado entre el establecimiento de salud y el gobierno local a través de la Sub Gerencia de Desarrollo social, el apoyo de las organizaciones de base y las madres de niños menores de 3 años.

## **II. MARCO TEORICO**

### **2.1 Antecedentes**

En el Perú la anemia es una de las patologías más frecuentes del mundo que ha sido considerado a lo largo del tiempo como uno de los mayores problemas de Salud Pública, que afecta en un porcentaje considerable a la población mundial en todas las edades razas religiones y condición socio-económica, siendo los más vulnerables los niños menores de 3 años, gestantes y mujeres en edad fértiles en edad fértil constituyen el 25% de la población total y su estado nutricional antes y durante el embarazo es uno de los determinantes de los riesgos.

En el distrito de taray durante los primeros años que no se toma mucha en cuenta el diagnóstico de la anemia, más se enfatizaba sobre la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, es así que durante los últimos años se viene trabajando en la intervención en el diagnóstico y tratamiento de la anemia en los niños menores de tres años

### **2.2. Marco Conceptual**

#### **2.2.1 Anemia Nutricional**

La anemia se define como una disminución de la concentración de hemoglobina en sangre a valores que están por debajo del valor límite determinado por la Organización Mundial de la Salud según edad y sexo. Esta disminución, limita el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono entre la sangre y las células de los tejidos. La carencia de hierro constituye la principal causa de anemia (anemia ferropénica), dando como resultado el 50% de las anemias del mundo.

Según la OMS se acepta que existe anemia cuando la concentración de hemoglobina en sangre es inferior a los siguientes valores:

EDAD/SEXO	Normal (g/dl)	Anemia (g/dl)	Leve (g/dl)	Moderada (g/dl)	Severa (g/dl)
Al nacimiento (a término)	13.5-18.5	<13.5			
Niños: 2-6 meses	9.5 -13.5	< 9.5			
Niños: 6 meses- 5 años	11.0-14.0	<11.0	10-10.9	7.0-9.9	<7.0
Niños: 6 - 11 años	11.5-15.5	<11.5	10-11.4	7.0-9.9	<7.0
Niños de 12 – 14 años	12.0-15.0	<12.0	10-11.9	7.0-9.9	<7.0
Hombres adultos(>15 años)	13.0-17.0	<13.0	12-12.9	9.0-11.9	<9.0
Mujeres adultas no embarazadas (>15 años)	12.0-15.0	<12.0	10-11.9	7.0-9.9	<7.0
<b>Mujeres adultas embarazadas (&gt;15 años)</b>					
Primer trimestre: 0-12 semanas	11.0-14.0	<11.0	10-10.9	7.0-9.9	<7.0
Segundo trimestre: 13-28 semanas	10.5-14.0	<10.5			
Tercer trimestre: 29 semanas- términos	11.0-14.0	<11.0			

Fuente: OMS 2007

### 2.2.2 Causas de la anemia

- Insuficiente consumo de Alimentos ricos en hierro,
- Predominio de dietas, con hierro de muy baja biodisponibilidad y por ello limitada capacidad de cubrir los requerimientos.
- Lactancia materna inadecuada y destete precoz.
- Inicio inadecuado de la Alimentación Complementaria.
- Incremento de necesidades o pérdidas por causas fisiológicas o infecciones.
- Saneamiento básico deficiente.

En general las causas son:

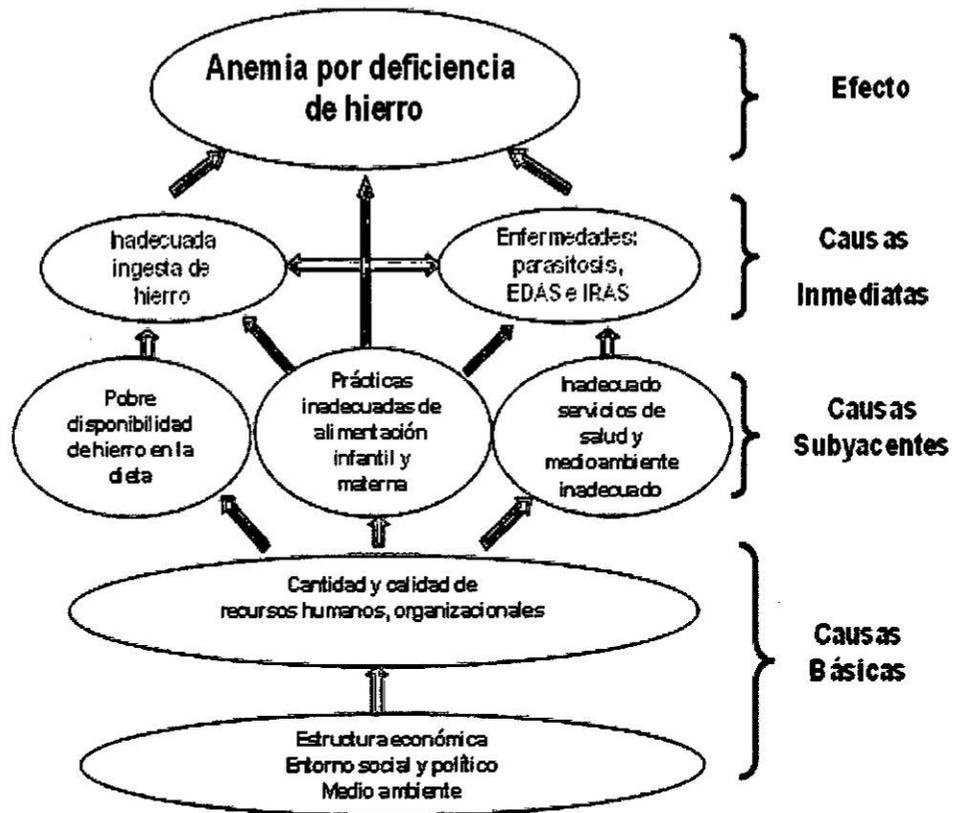
- De origen nutricional relacionado a la deficiencia de micronutrientes, en el organismo, tales como el hierro, ácido fólico y vitamina B12. La deficiencia de hierro es la causa más frecuente y se presenta entre mujeres en edad fértil, gestantes, niños y niñas menores de 2 años.
- El aumento de pérdidas de sangre, aumento de las necesidades de hierro (embarazo, lactancia y crecimiento).
- Parasitosis intestinal.

El hierro desempeña una función en el transporte de oxígeno a los diferentes tejidos por medio de la hemoglobina, que capta el oxígeno en los pulmones y lo cede al resto de los tejidos del cuerpo.

En los alimentos se encuentran dos tipos de hierro: el de origen animal, (carnes rojas, hígado, corazón, riñón, vísceras, pescado oscuro, sangrecita etc.) y el de origen vegetal. (Menestras, trigo, cereales fortificados, etc.). El hierro que encontramos en los alimentos de origen animal se absorbe 2 a 3 veces mejor que el hierro de origen vegetal. Mientras que el hierro de origen animal se absorbe hasta un 25%, el hierro de origen vegetal solo se absorbe hasta el 5%. La deficiencia de hierro produce anemia.

El modelo causal para las deficiencias nutricionales desarrollado por UNICEF permite analizar en diferentes niveles las determinantes del pobre estado nutricional de los infantes y es aplicable a la desnutrición y las deficiencias de micronutrientes como Hierro, Yodo y Vitamina A; al respecto Johnson propuso el modelo causal de la anemia por deficiencia de hierro que se presenta en la siguiente figura:

**Figura N° 01:  
Modelo Causal de la Anemia por Deficiencia de Hierro**



**Fuente:** Jonsson U. Chapter 4: Malnutrition in South Asia en: ACC/SCN Symposium Report: Nutrition and Poverty: Nutrition Policy Discussion Paper N°16, Katmandu.

### 2.2.3 Consecuencias de la anemia

- Los efectos de la anemia en la infancia y durante los primeros años de vida son irreversibles. En los niños está asociada con retardo en el crecimiento, retardo en el desarrollo psicomotor y desarrollo cognoscitivo, la habilidad vocal y coordinación motora están disminuidas significativamente y habrá una resistencia disminuida a las infecciones.

- En los adultos, la anemia produce fatiga y disminuye la capacidad de trabajo físico. En las embarazadas se asocia con el bajo peso al nacer y un incremento en la mortalidad perinatal.
- La deficiencia de hierro inhibe la habilidad de regular la temperatura cuando hace frío y altera la producción hormonal y el metabolismo, afectando los neurotransmisores y las hormonas tiroideas asociadas con las funciones musculares y neurológicas, reguladoras de la temperatura.
- En gestantes:
  - Retardo del crecimiento intrauterino.
  - Niños con bajo peso al nacer.
  - Mayor riesgo de parto prematuro
  - Mayor riesgo de muerte por hemorragia al momento del parto.
  - Mayor morbimortalidad perinatal
- En niños e infantes:
  - Retardo en el crecimiento
  - Retardo en el crecimiento
  - Mayor riesgo de anemia en lactantes
  - Retardo en el desarrollo cognoscitivo
  - Resistencia disminuida a las infecciones

## **2.2.4 Prevención y tratamiento de la anemia**

### **a. Suplementación de multimicronutrientes**

La suplementación con multimicronutrientes para prevenir la anemia es una intervención de comprobada eficacia para la reducción de la prevalencia de anemia en menores de 36 meses y según recomendaciones de la OMS, debe ser implementada en países con

niveles de prevalencia de anemia en menores de 3 años, que superen el 20%.

#### **b. Esquema de suplementación**

- Sulfato ferroso en niñas y niños nacidos con bajo peso al nacer (menor de 2,500 gr.) o prematuros (menor de 37 semanas):
- Desde los 30 días de vida hasta antes de cumplir los 6 meses de edad reciben 2 mg. de hierro elemental / kg. de peso/día, por vía oral (en soluciones gotas orales).
- A partir de los 6 meses o cuando inicie la alimentación complementaria recibe 01 sobre de Multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).
- En niñas y niños nacidos a término (mayor de 37 semanas) y con peso igual o mayor a 2,500 gramos:
- A partir de los 6 meses recibe 01 sobre de multimicronutrientes por día durante 12 meses continuos. (360 sobres en total).

#### **- DOSAJE DE HEMOGLOBINA**

- ✓ El dosaje de hemoglobina puede ser realizado en el consultorio de atención integral de salud del niño a cargo del personal que lo atiende utilizando el hemoglobinómetro o en el laboratorio que los establecimientos dispongan para su servicio.
- ✓ El dosaje de hemoglobina no es requisito para iniciar la suplementación con multimicronutrientes.
- ✓ En las niñas y niños de bajo peso o prematuros deben recibir la suplementación con micronutrientes según las dosis indicadas, y la determinación del valor de la hemoglobina se realiza a los 30 días de edad, y a los 2, 6, 12 y 18 meses de edad según lo establece la Guía de Práctica Clínica para la Atención del Recién Nacido

Prematuro, aprobado con RM N° 1041-2006/MINSA, o la que haga sus veces.

- ✓ La determinación de hemoglobina en niñas y niños nacidos con peso mayor o igual a 2,500 gramos y/o mayor o igual a 37 semanas de gestación se realiza a los 6 meses de iniciada la suplementación con Multimicronutrientes y al término de la misma (a los 12 meses de la suplementación).
- ✓ Si en algún momento el valor de la hemoglobina es menor de 11 g/dl ajustado a nivel del mar, mantener la suplementación con Multimicronutrientes y referir al médico para definir el procedimiento a seguir. En caso de que el establecimiento de salud no disponga de manera inmediata de un médico para la atención de estos casos, continuar con la suplementación y organizar el servicio a fin de que pueda ser evaluado por dicho profesional lo antes posible.
- ✓ En zonas geográficas ubicadas por encima de los 1,000 metros sobre el nivel del mar, se realizará el ajuste de la hemoglobina observada

### **c. Consejería para la suplementación**

El personal de la salud (médico, enfermera, nutricionista, técnico de enfermería) responsable de la suplementación con multimicronutrientes y hierro, debe brindar consejería a la madre o cuidador de la niña y el niño utilizando material educativo de apoyo, enfatizando en los siguientes contenidos como la importancia de la prevención de la anemia, causas y consecuencias de la anemia en el desarrollo infantil, importancia del hierro y otros micronutrientes (contenidos en el sobre del suplemento) para el desarrollo de la niña y el niño durante los 3 primeros años de vida, importancia del cumplimiento del esquema de suplementación y de los controles periódicos, importancia de conocer los valores de la hemoglobina durante la suplementación y al finalizar el esquema.

mensajes del beneficio de esta suplementación y verificar lo siguiente:

- Consumo del suplemento de multivitaminas con preparaciones sólidas/semisólidas y frecuencia del consumo de alimentos de origen animal ricos en hierro.
- Prácticas adecuadas de almacenamiento y conservación del suplemento de los multivitaminas (bien cerrados y protegidos de la luz solar y la humedad).
- Explorar sobre ocurrencia de efectos no deseados relacionados con el consumo de los suplementos y práctica adoptada por los padres o cuidadores en tal caso.
- Las prácticas de lavado de manos, condiciones sanitarias del domicilio (consumo de agua segura y eliminación adecuada de residuos sólidos) y condiciones de higiene de la madre y/o cuidador.
- Según la situación encontrada en la familia, se brindará orientación, consejería, consulta y/o demostración, fortaleciendo los mensajes del beneficio de la suplementación con multivitaminas.
- Cumplimiento del esquema de vacunación según la edad de la niña y niño; y práctica de lactancia materna exclusiva y prolongada según corresponda.

### **En Otros Espacios**

En espacios de atención y cuidado de niños y niñas menores de 36 meses como Cuna Más, albergues, centros de promoción y vigilancia comunitaria del cuidado materno infantil (CPVC) y otros, el personal del establecimiento prestador de servicios del ámbito de la jurisdicción (médico, enfermera, nutricionista, técnico u otro personal de la salud), monitorea las condiciones de almacenamiento y conservación de los suplementos, prácticas de administración del suplemento conjuntamente con los alimentos, aceptación o rechazo y efectos no deseados de los

previamente para que la periodicidad y el momento sean oportunos, acordes con el ritmo y la disponibilidad de tiempo de las dos partes.

El objetivo de la consejería nutricional es asegurar un adecuado estado nutricional o lograr la recuperación de la tendencia de crecimiento. El propósito es guiar y ayudar a tomar decisiones a los padres o adultos responsables del cuidado de la niña(o), con base en la situación de crecimiento tanto si el crecimiento es adecuado o inadecuado(riesgo o desnutrición), para mejorar sus prácticas de alimentación y nutrición.

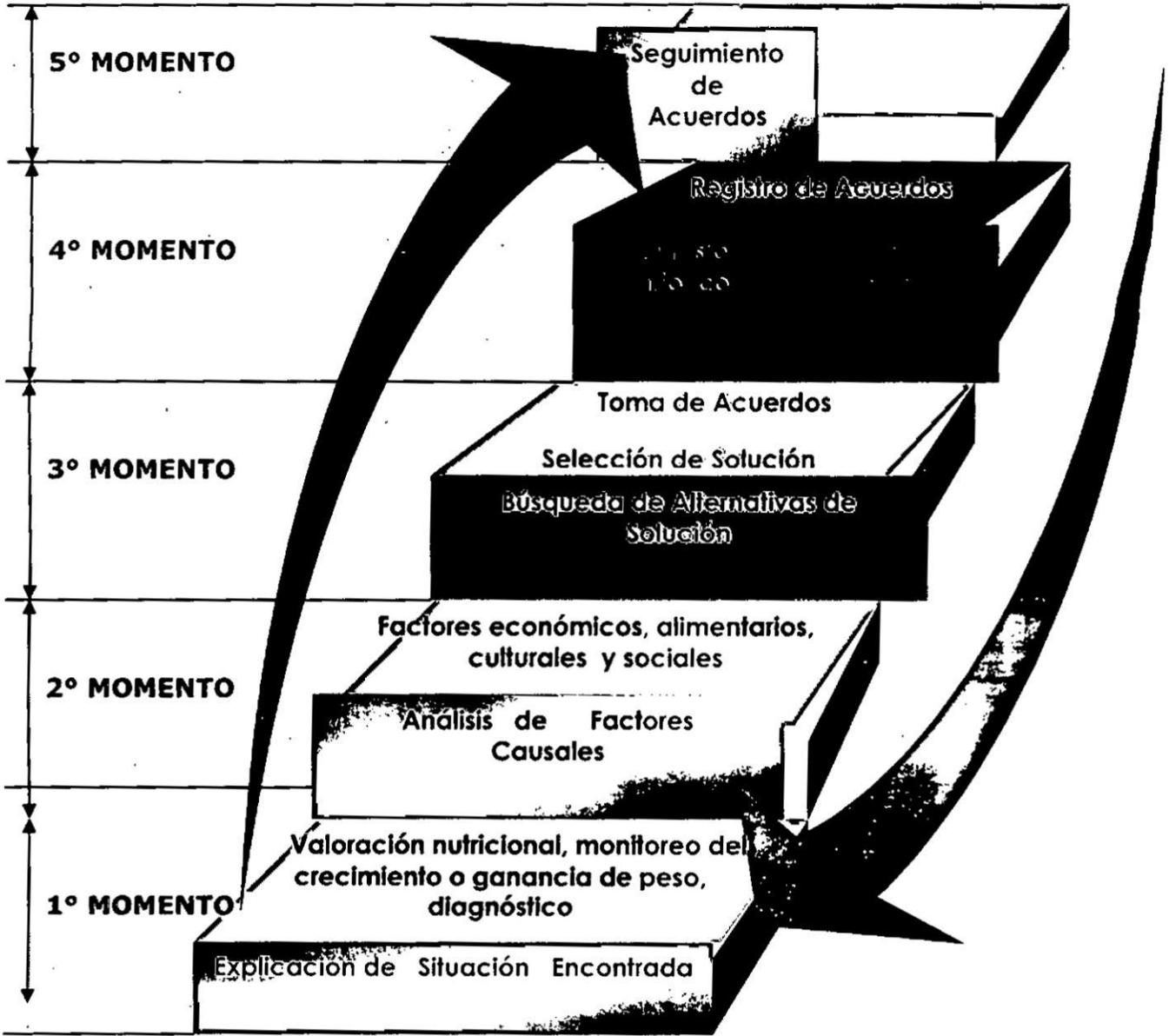
La consejería nutricional es prioritaria en situaciones de riesgo o de enfermedad.

Durante la consejería nutricional es importante promover prácticas adecuadas de alimentación y calidad de la dieta(alimentos de origen animal fuentes de hierro), ambiente de tranquilidad y afecto.

La consejería nutricional se realiza en cada control o contacto con el niño, la consejería puede reforzarse en actividades grupales con las sesiones educativas y demostrativas.

### **Como hacer la consejería nutricional**

A través de la aplicación de los 5 momentos recomendados por el Centro Nacional de Alimentación y nutrición



Fuente: Elaboración propia DEPRYDAN – CENAN – 2010

### **2.2.8 Sesiones educativas y demostrativas**

Es una actividad educativa en la cual los participantes aprenden a combinar los alimentos locales en forma adecuada, según las necesidades nutricionales de la niña y niño menor de 3 años, de la gestante y en la mujer que da de lactar, a través de una participación activa y un trabajo grupal. La sesión demostrativa hace uso de la metodología denominada “aprender haciendo”. La sesión demostrativa está dirigida a madres, padres o personas responsables del cuidado de la niña o niño menor de tres años, las gestantes y mujeres que dan de lactar; líderes y autoridades comunales o miembros de organizaciones que preparan alimentos como comedores infantiles, comités de gestión comunal, entre otros.

La metodología pedagógica denominada “aprender haciendo” (learningbydoing), establece que los contenidos teóricos son necesarios para avanzar en el aprendizaje de cualquier área de conocimiento, pero para lograr retenerlos y dotarlos de utilidad es mejor experimentar con ellos, este proceso pervive en el tiempo, de acuerdo con la siguiente cita atribuida a Aristóteles: Lo que tenemos que aprender a hacer, lo aprendemos haciendo.

#### **Importancia de la sesión educativa y demostrativa:**

- Promover el uso de los alimentos nutritivos de la localidad
- Conocer las ventajas de una alimentación balanceada y variada
- Aprender a hacer diferentes preparaciones nutritivas con alimentos locales
- Conocer la importancia de prevenir los riesgos de la desnutrición y anemia
- Adoptar buenas prácticas de higiene y manipulación de alimentos

## **Metodología**

Para organizar correctamente una sesión demostrativa de preparación de alimentos es necesario tener en cuenta los siguientes momentos:

- **Antes de la sesión demostrativas**

A continuación, se desarrollan cada una de las actividades previas a la sesión demostrativa.

## **Las responsabilidades**

El personal de salud responsable y capacitada de la Estrategia Sanitaria de Alimentación y Nutrición Saludable o de Promoción de la Salud, coordinará el desarrollo de la sesión demostrativa en el ámbito local. Para ello identificará y convocará a uno o dos miembros del personal de salud capacitados en la metodología de sesiones demostrativas de preparación de alimentos, quienes serán los facilitadores de la actividad educativa. Responsable: es el personal de salud capacitado en Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para la población materna infantil, que está a cargo de la organización, convocatoria, y desarrollo de la actividad hasta la devolución o entrega del kit de sesiones demostrativas.

### **A. La fecha Anote la fecha y el horario de la sesión demostrativa**

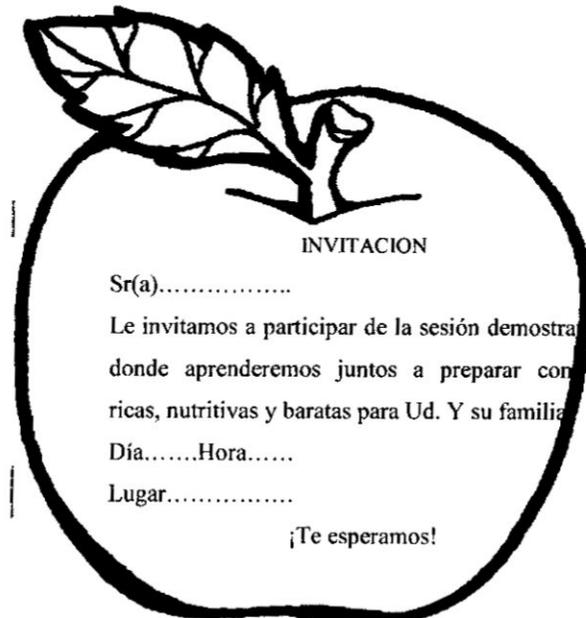
Teniendo en cuenta que debe ser un día que el equipo de facilitadores e invitados puedan asistir.

### **B. Local adecuado**

Con buena ventilación e iluminación. Es necesario que cuenten con agua segura para el lavado de manos y utensilios, durante y después de la sesión. Asegure un espacio para 4 mesas y 15 sillas.

### C. La convocatoria

En el establecimiento de salud solicite la relación de niños menores de tres años y madres gestantes. Elabore su lista de participantes con un mínimo de seis (06) y un máximo de quince (15) personas. Los participantes deben ser padres y madres de familia, persona(s) responsable(s) del cuidado de la niña o niño menor de tres años, gestantes, mujeres que dan de lactar. Así también, pueden participar líderes y autoridades comunales y miembros de organizaciones como comedores, entre otros responsables del cuidado de la niña o niño. Prepare las invitaciones utilizando como referencia el ejemplo de



### Materiales para realizar una sesión demostrativa

- Días previos a la sesión, asegúrese de contar con los materiales y llene la Ficha de Control de Préstamo de materiales para sesión demostrativa,
- Asegúrese de contar con todos los materiales necesarios. Si no tiene los materiales, coordine para poder conseguirlos del comedor popular, vaso de leche, clubes de madres, municipalidad; o de los vecinos.
- Materiales: Platos grandes tendidos, 4 platos medianos, 12 cucharas, 12 Tenedores, 12 cuchillos de mesa, 3 cuchillos de cocina, 1 vasos de

plástico, 6 Mandiles, 18 Jarras, 3 colador, 1 tabla de picar, 1 envases con tapa 10 bidón de plástico con caño, 1 tina o batea mediana, 1jabonera, 18 gorros, 1 escobilla de uñas, 1 secador para vajilla, 3 toalla de manos, 2 bolsa de basura, 2 porta cubiertos 1 bolsa de materiales 1. Tamaños de plato chico mediano grande. El uso de una cuchara, y no de una cucharita, como unidad de medida de alimentos de origen animal ricos en hierro como hígado, sangrecita, bofe, pescado, carnes, etc. en las preparaciones que se realicen. Es común confundirlas. Por ello es indispensable tener en cuenta los tamaños.

### **Recomendaciones**

Es importante saber distinguir el tamaño de los platos a ser usados: el plato mediano es para la niña y el niño, el plato grande es para la gestante y la mujer que da de lactar

### **Preparación del material educativo de apoyo,**

Para desarrollar la sesión demostrativa se necesita contar con carteles, tarjetas de cartulina, plumones gruesos, masking tape, imperdibles, papel sábana o papelote, tijeras, etc. Para preparar:

- **Solapines** con tarjetas de cartulina, papel o masking tape donde se anota el nombre de cada participante
- **Carteles con los 5 mensajes importantes**, en letra grande y fácil de leer: medidas aprox. 70 cm, largo x 50 cm, ancho según el siguiente detalle:
  - Mensaje 1: prepare comidas espesas o segundos según la edad del niño o niña.
  - Mensaje 2: el niño o niña conforme tiene más edad comerá más cantidad y más veces al día. La gestante comerá 4 veces al día.

- Mensaje 3: coma alimentos de origen animal ricos en hierro todos los días, como hígado, sangrecita, bazo, pescado, carnes.
- Mensaje 4: acompañe sus preparaciones con verduras y frutas de color anaranjado, amarillo y hojas de color verde oscuro.
- Mensaje 5: incluya menestras en sus preparaciones.

- **Carteles de motivación** (medidas aprox. 70 cm, largo x 50 cm, Ancho)

Sobre los casos de anemia y desnutrición de casos por cada comunidad o sector.

- **Tarjetas con las recetas de las preparaciones modelo (medidas aprox. 21 cm, largo x 14.5 cm, ancho)**

En cada una de ellas, indicará el nombre de la preparación, edad para quién fue preparado, los ingredientes y las cantidades en medidas caseras (cucharas, unidad, etc.) Ejemplo: El encargado de la sesión demostrativa debe asegurar la provisión o adquisición de alimentos,

- **Cartel para realizar preparaciones por grupo**

- Niña y niño de 6 a 8 meses
- Niña y niño de 9 a 11 meses
- Niña y niño mayor de 1 año

Gestante / madre que da de lactar (plato principal)

- a. Antes de preparar los alimentos se debe tener en cuenta lo siguiente:**

- Primero lávese bien las manos, lave los utensilios y luego lave los alimentos con agua segura (agua potable limpia o hervida).
- Sancoche los alimentos que no se puedan comer crudos. Cada uno en forma individual y luego coloque en los envases rotulados con el nombre del producto.

- Los alimentos de origen animal como las carnes, hígado, bofe, bazo y sangrecita (limpia de plumas) deberán cocinarse completamente para luego ser picadas y colocadas en el envase rotulado del kit de sesiones demostrativas, según corresponda.
- Los cereales como el arroz, la quinua, el trigo, entre otros, deben ser cocidos en su punto de manera que permita el servido y luego ser vertidos en los envases rotulados.
- Los tubérculos como la papa, la yuca, el camote, la uncucha, plátano verde, etc. deberán cocinarse completamente, luego pelarlas y colocarlas en trozos en el envase rotulado del kit de sesiones según corresponda.
- Las hortalizas como la zanahoria y el zapallo deberán ser sancochados en forma individual y con cáscara para luego ser colocadas en los envases del kit de sesiones rotulados previamente.
- No necesita agregar sal, azúcar, aceite o condimentos.
- Cocine individualmente las hojas de color verde oscuro como la espinaca, la acelga, el atajo, las hojas de nabo, entre otras, por poco tiempo a fin de mantener su color . Luego colóquelas en los envases del kit previamente rotulados.
- Las frutas y verduras que no son sancochadas como las naranjas, papaya, tomates, entre otras deben ser colocados en envases que permitan mostrarlas durante la sesión.
- Todos los envases del kit que contienen alimentos deben contar con una tapa para evitar la contaminación.
- El azúcar, la sal yodada y el aceite vegetal deberán presentarse en su envase original junto a todos los alimentos sancochados y no sancochados.
- El agua se colocará en su envase original y, de haber hervido el agua, deberá colocarse en las jarritas del kit de sesiones demostrativas.

B. La presentación de los participantes (15 minutos) El facilitador debe explicar el objetivo de la reunión indicando que se realizarán preparaciones de alimentos para prevenir la desnutrición crónica y la anemia en niños, gestantes y mujeres que dan de lactar. Luego explicará la dinámica de presentación. El propósito de este momento es establecer un clima de confianza y despertar el interés de los participantes.

- Los participantes se forman en parejas. Cada uno le dice al otro su nombre, su plato preferido y la fiesta del año que más le gusta.
- Cada pareja presenta a su compañero(a).
- Luego de presentarse todos, se finaliza con un aplauso general.

C. La motivación (10 minutos), El propósito es que los participantes reconozcan la situación de salud y nutrición de las niñas y los niños de su comunidad.

D. Desarrollo de los contenidos educativos a través de mensajes importantes (25 minutos) Materiales

- Carteles con mensajes importantes.
- Preparaciones "MODELO" de alimentos.

E. Práctica de preparación de alimentos Propósito Que los participantes preparen alimentos teniendo en cuenta los mensajes importantes.

- **Después de la sesión demostrativa**

A. **Verificación** del aprendizaje Verificar que los participantes han captado los mensajes importantes. Puede elegir una dinámica o un socio drama, de acuerdo al tiempo y a la disposición de los participantes. A. Dramatización o socio drama (30 minutos) Materiales: Se elegirá la mejor

preparación de alimentos que contengan hierro para un niño de 6 a 8 meses, mayor de 1 año y gestante o mujer que da de lactar.

- Felicita la participación de cada uno de los participantes.
- Luego se degustarán las preparaciones con los participantes y los niños. Es importante explicar a la madre que las deposiciones pueden ser de color oscuro cuando los niños o personas consumen la sangrecita, y no debe ser causa de preocupación.

#### **B. Devolución de los materiales para sesiones demostrativas**

- Finalmente, distribuya las tareas de limpieza y orden de la sala entre los facilitadores (lavado de los utensilios, materiales usados, limpieza de las mesas, barrido de pisos, recolección y disposición de basura).
- Devuelva los materiales completos y la relación de participantes al personal encargado en el establecimiento de salud.

### **Visita Domiciliaria**

La Visita Domiciliaria es una herramienta de intervención, caracterizada por ser cercana, que ingresa a la intimidad de una familia; que tiene por fin, ser reparadora, que acompaña procesos, que orienta, que da contención y que vigila. Además, es una acción diferenciada de un gran propósito, siendo parte de un proyecto que como tiene como uno de sus componentes, la intervención familiar. Las visitas domiciliarias, ha sido un medio para que los profesionales de salud interactúen con las familias, siendo el hogar un ambiente ansiado para trabajar con las familias porque ofrece la oportunidad de observar las interacciones familiares, los patrones de adaptación, prácticas de crianza y los estilos de vida. Las familias aparecen en su aspecto más natural dentro de su espacio familiar. También la visita domiciliaria es el conjunto de actividades de carácter social y sanitario que se presta en el domicilio a las personas. Esta atención permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de

salud del individuo y la familia, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas; esta definición abarca múltiples aspectos que van más allá de la atención de personas enfermas, puesto que engloba tanto la salud como la enfermedad durante todo el ciclo vital del individuo, por lo que la visita domiciliaria constituye el instrumento ideal para conocer este medio en el que vive la familia, y que influyen en la salud de quienes habitan en la vivienda, ya que es en el domicilio, el lugar donde el hombre se alimenta, descansa, ocupa el tiempo de ocio y se relaciona con su núcleo primario.

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

- Una actividad: que sería el conjunto de actividades que se desarrollan en el domicilio del grupo familiar a través de un conjunto de tareas específicas, convirtiéndola en un medio de enlace entre la familia y el sistema de salud.
- Una técnica: porque aplica conocimientos científico-técnicos para producir cambios referidos a la autorresponsabilidad y autodeterminación del cuidado de la salud de los individuos, familias y comunidades.
- Un programa: porque constituye una herramienta a ser ejecutada con base a objetivos, actividades y recursos específicos, considerando aspectos administrativos para su puesta en práctica.
- Un servicio: porque se trata de la asistencia ofrecida al grupo familiar con el objeto de contribuir a la satisfacción de sus necesidades y problemas de salud.

### **Objetivos :**

Contribuye a satisfacer las necesidades de salud de la población proporcionando cuidado de enfermería directos e integrales a individuos, familia o comunidades, con su plena participación, mediante actividades como:

- Promoción

anemia afecta principalmente a niños menores de cinco años, mujeres en edad fértil y gestantes

- **Malnutrición.-** Se refiere a las carencias, excesos o desequilibrios en la ingesta de energía, proteínas y/u otros nutrientes. Su significado incluye en realidad tanto la desnutrición como la sobrealimentación.
- **Estilos de Vida Saludable** Es un conjunto de comportamientos y hábitos, individuales y sociales, que contribuyen a mantener el bienestar, promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas. Un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud. Comprende hábitos como la práctica habitual de ejercicio, una alimentación adecuada y saludable, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, mantener la autoestima alta, etc.

En mi responsabilidad se encuentra varias estrategias de salud entre estas el articulado nutricional, promoción de la salud, en vista que el establecimiento es de nivel 1.1 realizo actividades integrales en todas las estrategias de salud.

Actualmente tengo 15 años de servicio en el primer nivel de atención en donde las actividades preventivo promocionales son de prioridad, a través de mi experiencia profesional, he podido encontrar muchas limitaciones y a la vez utilizar estrategias en el área donde más he desempeñado y así promover los etilos de vida saludable en las diferentes comunidades del distrito.

En el consultorio de niño, sano las madres acuden con sus menores hijos para el control de crecimiento y desarrollo, brindándoles atención del paquete de atención integral dentro de los cuales se encuentran los siguientes:

- Control de crecimiento y desarrollo: donde se detecta el estado nutricional del niño y su desarrollo
- Sesión de estimulación temprana
- Consejería nutricional
- Tamizaje de Anemia se realiza desde los 4 meses
- Administración de multimicronutrientes: dándose inicio desde los 4 meses hasta los 15 meses,
- Consejería nutricional, en Lactancia Materna Exclusiva y Alimentación complementaria
- Administración de diferentes vacunas que corresponde según calendario
- Tamizaje en salud mental con la aplicación de fichas.
- Profilaxis antiparasitaria

### **3.- En el establecimiento de salud:**

- Se sensibiliza al personal de salud sobre el manejo y tratamiento de anemia en el niño menor de 36 meses
- Se socializa al personal sobre los indicadores del aumento de anemia en nuestra jurisdicción.
- Se realiza las sesiones demostrativas.
- Se realiza las consejerías nutricionales

Para poder disminuir la anemia se tuvo que trabajar con el municipio, grupos sociales, con promotores de salud y madres con niños menores de 36 meses, se tuvo limitaciones como el idioma porque algunas son quecha hablantes.

## IV. RESULTADOS

**Cuadro 4.1**

**Cuadro estadístico de la anemia por deficiencia de hierro en menores de 6 a 36 meses**

ANEMIA	AÑO 2015	AÑO 2016	AÑO 2017
PROVINCIAL	44.3%	41.4%	37.9%
DISTRITAL	53.2%	45.1%	34.7%
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	50%	42.9%	29.8%

FUENTE: ESTADÍSTICO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE 2017

Los resultados se evidencian que la anemia ha ido disminuyendo en porcentajes gracias al trabajo articulado con la municipalidad y las organizaciones de base

## **V. CONCLUSIONES**

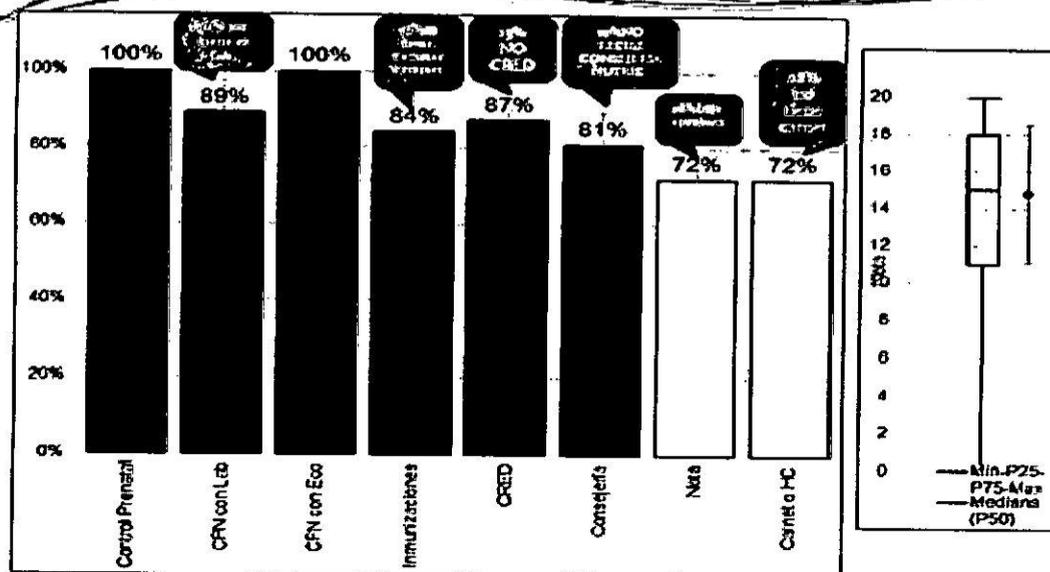
- a) En relación a los conocimientos generales acerca la anemia en niños menores de 36 meses se concluye que ha ido disminuyendo en los tres últimos años, gracias al trabajo articulado con la municipalidad, establecimiento de Salud, organizaciones de base, y promotores de salud en los centros de vigilancia de salud.

# **ANEXOS**

## ¿COMO SE IMPLEMENTA LA TECNOLOGIA DE DECISIONES INFORMADAS EN EL DISTRITO DE TARAY?

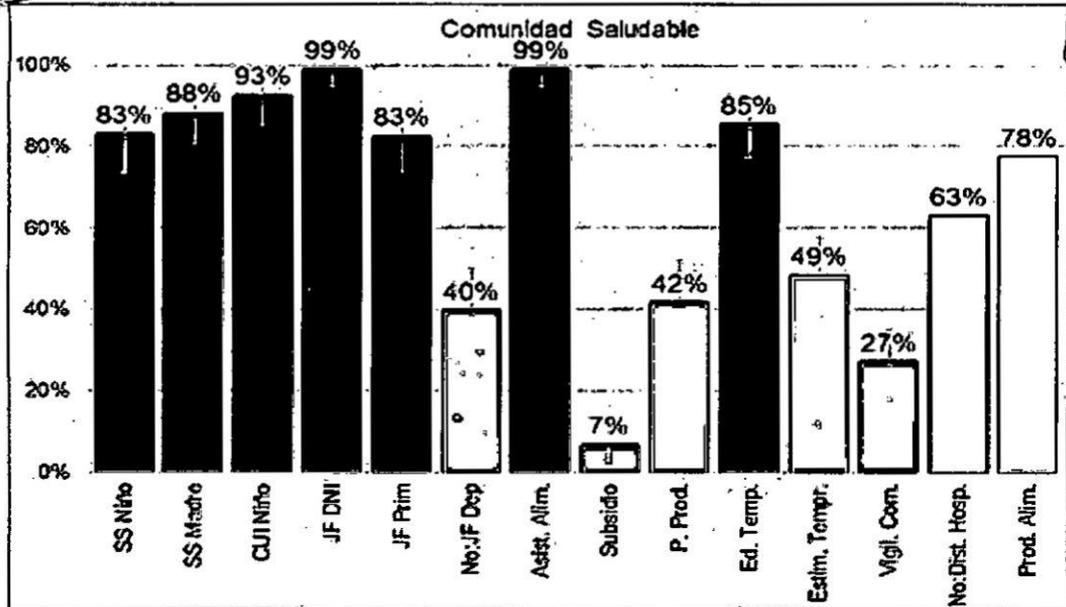
Tecnología "Decisiones Informadas", TDI TARAY Periodo: AÑO 2011 - 2012	
<b>Objetivo</b>	Contribuir con la Municipalidad Distrital de TARAY a <b>PRIORIZAR ACCIONES</b> para reducir la desnutrición infantil sobre la base de <b>INFORMACIÓN LOCAL</b>
<b>Enfoques</b>	Liderazgo Municipalidad de TARAY Multisectorial Participativo Abordaje integral
<b>Productos</b>	1. Primera medición de diagnóstico (Setiembre 2012) 2. Acciones priorizadas (28 de Enero de 2013) 3. Medición de avances distritales (Programar para el mes de junio 2013)
<b>Ámbitos</b>	Todas las comunidades del distrito de Taray

## Niño Bien Atendido



FUENTE: ESTADÍSTICO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE 2017

# COMUNIDAD SALUDABLE



FUENTE: ESTADÍSTICO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD CUSCO NORTE 2017