



**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS DE 06 A 36
MESES EN EL PUESTO DE SALUD VICOS -
MARCARÁ, 2020**

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

AUTORA

CAPILLO REYNALDO, VIOLETA

ORCID: 0000-0002-2229-3903

ASESORA

PALACIOS CARRANZA, ELSA LIDIA

ORCID: 0000-0003-2628-0824

HUARAZ - PERÚ

2020

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Capillo Reynaldo, Violeta

ORCID: 0000-0002-2229-3903

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Segunda
Especialidad, Huaraz, Perú

ASESORA

Palacios Carranza, Elsa Lidia

ORCID: 0000-0003-2628-0824

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de ciencias
de la salud, Escuela profesional de Enfermería, Huaraz, Perú

JURADO

Charcape Benites, Susana Valentina

ORCID: 0000-0002-1978-3418

Cano Mejía, Alejandro Alberto

ORCID: 0000-0002-9166-7358

Molina Popayan, Libertad Yovana

ORCID: 0000-0003-3646-909X

**JURADO EVALUADOR DE TRABAJO ACADÉMICO Y
ASESORA**

**Ms. SUSANA VALENTINA CHARCAPE BENITES
PRESIDENTE**

**Mgtr. ALEJANDRO ALBERTO CANO MEJÍA
MIEMBRO**

**Mgtr. LIBERTAD YOVANA MOLINA POPAYAN
MIEMBRO**

**Mgtr. ELSA LIDIA PALACIOS CARRANZA
ASESORA**

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser el guía en todos los aspectos de mi vida y el día a día.

A mis señores padres por su comprensión y voluntad de seguirme incentivando a continuar con mis estudios.

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación se lo dedico a Dios, por ser el guía en cada comento de mi vida y ser una fuente de inspiración y brindarme la sabiduría para continuar en este proceso de obtener uno de los anhelos más deseados.

A mi madre por su amor y apoyo incondicional en cada etapa de mi vida, gracias a ella logre llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy.

A mi asesora Mgtr. Elsa Lidia Palacios Carranza, por su valioso apoyo, constante asesoramiento y sabias enseñanzas en poder desarrollar el presente trabajo académico.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
I. PRESENTACIÓN	1
II. HOJA DE RESUMEN.....	4
2.1. Título del Trabajo Académico:	4
2.2. Localización:.....	4
2.3. Población beneficiaria:.....	4
2.4. Institución (es) que lo presentan:	4
2.5. Duración del trabajo académico:	4
2.6. Costo total:.....	4
2.7. Resumen del trabajo académico	5
III. JUSTIFICACIÓN	6
IV. OBJETIVOS	36
V. METAS.....	36
VI. METODOLOGÍA.....	37
6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención	37
6.2. Sostenibilidad del trabajo académico	40
VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN	41
VIII. RECURSOS REQUERIDOS	45
8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES	47
9. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES	51
10. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES	51
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	52
ANEXOS	58

I. PRESENTACIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la anemia es un problema vinculado a la salud pública, donde el nivel de hemoglobina en la sangre está por debajo de valores considerados normales, los cuales varían con la edad, el sexo, el embarazo y la altitud, la pobre ingesta diaria de macro y micronutrientes, la destrucción de los eritrocitos y el aumento de los requerimientos durante ciertos estados de la vida, hace necesario consumir alimentos en cantidades adecuadas (1).

De acuerdo a las investigaciones presentadas en los antecedentes, se puede visualizar la gran problemática existente, no solo a nivel nacional, sino también a nivel mundial; en el que uno de los mayores problemas, en especial de los países subdesarrollados es la anemia, teniendo como meta impuesta la mayoría de estos, disminuir y erradicar el índice de personas que cuentan con esta enfermedad, pero todavía sin alcanzar el objetivo deseado.

En ese sentido, si el organismo no recibe las suficientes sustancias nutritivas, se producen problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición, y del mismo modo, el consumo adecuado de alimentos proporciona satisfacer las necesidades de energía y nutrientes, a través del consumo de una alimentación sana, adecuada en cantidad y calidad, asegurar la utilización de los nutrientes que intervienen en el transcurso de crecimiento y desarrollo, así como en la formación de los tejidos (2).

El bajo consumo de alimentos ricos en hierro genera trastornos nutricionales, y es la razón más frecuente de anemia identificada en los niños que pertenecen al Puesto de Salud Vicos; factores que favorecen este hecho son:

nivel socio económico, el deficiente tratamiento del agua para el consumo humano, así como los malos hábitos de higiene, la inadecuada eliminación de sus residuos sólidos, el bajo nivel educativo de los padres, manifestaciones culturales y la ubicación geográfica son factores condicionantes que influyen de manera directa e indirecta en el proceso de la enfermedad interfiriendo en la capacidad del organismo de absorber nutrientes, lo cual puede afectar negativamente al estado nutricional generando el aumento de anemia.

En la actualidad, existe una preocupación en todos los países del mundo por los altos índices de anemia en niños menores de 36 meses, ya que constituye un problema de salud pública, que trae consecuencias muy serias sobre la salud del niño durante su desarrollo. Está comprobado que la anemia tiene consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, especialmente cuando ocurre en un periodo crítico del crecimiento y desarrollo cerebral, conociéndose que más de la mitad de la formación del cerebro se produce durante la gestación, y la etapa de máximo de desarrollo ocurre en los primeros años de vida, en este caso el daño puede ser irreversible.

En el contexto de la problemática que se tiene en nuestra población de 06 a 36 meses de edad, es importante disminuir los casos de anemia y mejorar la prevención mediante diversas herramientas que están a disposición, y que muchas veces se desconocen, o no se tiene como prioridad mejorar la nutrición de los niños.

Dentro de ese argumento en el actual trabajo académico titulado **“DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS DE 06 A 36 MESES EN EL PUESTO DE SALUD VICOS - MARCARÁ, 2020”**, encontraremos toda la

metodología de cómo se aborda el problema, el planteamiento de objetivos y el plan de trabajo, se utilizó el Modelo de Proyectos de Inversión del Sistema Nacional de Inversión Pública y del autor Percy Bobadilla. Se espera que el presente proyecto académico sea de gran utilidad para los gestores en salud, y para todos los profesionales que quieren mejorar la problemática en sus centros laborales.

II. HOJA DE RESUMEN

2.1. Título del Trabajo Académico:

Disminuyendo la anemia en niños de 06 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos
- Marcará, 2020.

2.2. Localización:

Distrito : Marcará

Provincia : Carhuaz

Departamento : Ancash

Región : Ancash

2.3. Población beneficiaria:

- **Población Directa:**

193 niños de 6 meses a 36 meses de edad.

- **Población Indirecta:**

Padres de familia de cada niño de 6 meses a 36 meses, comunidad y personal de salud.

2.4. Institución (es) que lo presentan:

Puesto de Salud Vicos, Microrred de Salud Carhuaz, Red de Salud Huaylas Sur,
MINSA.

2.5. Duración del trabajo académico:

01 año

- **Fecha de inicio** : 20 de febrero del 2020

- **Fecha de término** : 20 de febrero 2021

2.6. Costo total:

S/. 2 714.00

2.7. Resumen del trabajo académico

El trabajo académico, tiene su orígenes en el interés de abordar los problemas identificados sobre el incremento de la anemia en los niños de 6 a 36 meses de edad en el Centro Poblado de Vicos, perteneciente al distrito de Marcará, donde se debe desarrollar prácticas saludables en alimentación balanceada, ya que se identificaron que el número de casos de anemia viene en incremento y el aumento de enfermedades prevalentes de la infancia, que afectan a la salud en este grupo etario debido a la falta de multimicronutrientes necesarios para el crecimiento y fortalecimiento del organismo.

Por ello, se busca mejorar las prácticas saludables a través de líneas de acción como gestión, capacitación, información, educación y comunicación. Ampliación de la oferta de los servicios de salud, capacitar al personal de salud, realizar talleres con demostración a las familias de los niños de 6 a 36 meses. También incluye la elaboración del Plan, en conjunto con los gobiernos locales.

Como profesional de enfermería, se espera contribuir con el mejoramiento de las prácticas saludables en las familias con niños de 6 meses a 36 meses de edad pertenecientes al Puesto de Salud Vicos, a fin de que los casos de anemia disminuyan y puedan tener un mejor desarrollo, tanto físico como psicosocial y puedan contribuir en la sociedad a futuro.

III. JUSTIFICACIÓN

La anemia infantil es uno de los problemas de salud más severos a nivel mundial, nacional, regional y local. La causa principal de la anemia nutricional es ocasionada por la ingesta inadecuada de hierro en la dieta, aunque generalmente coexiste con otras causas como la malaria, infecciones parasitarias o desnutrición. Tiene un gran impacto en el desarrollo social, emocional, cognitivo y motor de los niños y niñas menores de 3 años, los mismos que se encuentran en el periodo más importante de su desarrollo (3).

Para ello es imprescindible combatirla lo antes posible por lo que acarrea problemas graves e irreversibles en la capacidad cognitiva y la salud de los humanos y más aun conociendo la prevalencia de anemia que es alto y mientras el niño va creciendo su necesidad de hierro va aumentando diez veces lo que requería al nacer. Debido a falta de tratamiento oportuno, padres poco sensibilizados que no cumplen con tratamiento manifestando que hay disminución de apetito, no asisten oportunamente a sus controles, y personal responsable de los sectores poco comprometidos, falta de involucramiento de las organizaciones de base (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que en el mundo hay aproximadamente un total de 4.000 millones de personas anémicas, y que cerca del 50% de los casos pueden asignarse a la falta de hierro. La anemia es indicador de una baja nutrición y una mala salud. La deficiencia de hierro en los alimentos en su forma más grave resulta en anemia ferropénica, un estudio realizado por la Côte d'Ivoire, recientemente, demostró que entre 40% y 50% de los niños y las mujeres adultas tenían anemia, y que la anemia ferropénica

representaba cerca de 50% de la anemia en niños de edad escolar y mujeres, y un 80% en niños de edad preescolar (4).

El último informe del 2018 sobre el estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el mundo, realizado por la Organización de las Naciones Unidas para la alimentación y la agricultura, expresa un aumento del hambre mundial en los últimos años, se estima que 821 millones de personas aproximadamente, una de cada nueve personas en todo el mundo está subalimentada. La subalimentación y la inseguridad alimentaria grave parecen estar aumentando en casi todas las regiones de África, 20.4%, así como en América del Sur, 5.4%, mientras que la situación de desnutrición se mantiene estable en la mayoría de las regiones de Asia, 11.4%, América Latina y el Caribe se mantiene 6.1%, Oceanía esta 7.0% y América Septentrional y Europa presenta cifras que se mantiene a la baja en un 2.5%, una mala alimentación genera diferentes tipos de problemas que se evidencia en sectores más pobres (5).

Según el boletín epidemiológico del Perú del 2018, la anemia es una prioridad sanitaria, dado que afecta al 43,6 % de los niños menores de tres años. Esta situación se agrava en el grupo de niños entre 6 y 11 meses, donde la anemia afecta casi al 60% de los niños de ese grupo de edad. Según los datos estadísticos realizados a nivel nacional Las regiones con mayor prevalencia de anemia infantil en el Perú son: Puno (76 %), Loreto (60,7 %) Pasco (60,6 %), Huancavelica (58,1 %) Ucayali (57 %), Cusco (56,6 %), Junín (56 %), Madre de Dios (55,6 %), Apurímac (53,5 %) y Ayacucho (52,8%) (6).

Según el Sistema de Información del Estado Nutricional (SIEN) La anemia se encuentra como moderado problema de salud pública (30% a <40%)

tanto para niños menores de 3 años con 39,5%, como para el caso de los niños menores de 5 años con un valor de 34,0%.en el primer semestre del 2018 según los datos que utiliza la organización mundial de la salud (OMS), la anemia en el Perú ha ido en una evolución favorable (6).

Según el Centro de Alimentación y Nutrición del instituto Nacional de Salud – Minsa, se muestran los datos estadísticos sobre anemia en niños menores de 6 a 35 meses, que accedieron a los establecimientos de salud por niveles según DIRESA/GERESA/DISA, los datos adquiridos en la DIRESA Ancash; el número de casos estimados es de 13,989 del total de evaluados el 46.1% son casos de anemia que equivalen a 6,455 niños identificando, el 27.1 % de casos son anemia leve que vienen a ser 3,798 niños, 18.6% anemia moderada que vienen a ser 2,607 niños y el 0.4% anemia severa que son 50 niños en la región Ancash (7).

Una baja alimentación genera en el organismo una deficiencia de hierro, ocasionando un problema de salud pública; y en países en vías de desarrollo presenta un mayor índice en la mortandad, por tal razón, en las instituciones prestadoras de salud se vienen utilizando los multimicronutrientes como preventivo, y el sulfato ferroso como tratamiento para la anemia, el reporte anual obtenido de la Microred Marcará; del 100% del total de niños de 6 a 36 meses de edad que se atienden en el Puesto de Salud Vicos, el 48% de la población perteneciente a este grupo etario presentan anemia de los cuales el 24% presenta anemia leve y el otro 24% restante presenta anemia moderada, estos datos son obtenidos del Sistema de Información del estado nutricional que se informa semanalmente (7).

Para determinar la eficacia en disminuir la anemia, es necesario capacitar al personal de salud, brindar tratamiento oportuno, realizar consejerías nutricionales personalizadas, sesiones educativas y demostrativas en preparación de alimentos saludables ricos en hierro y seguimiento para cumplimiento de tratamiento, implementación de vigilancia comunal, involucrar a las organizaciones de base. Los beneficiados con este trabajo son los niños menores de tres años que son atendidos en los centros de salud, así como los usuarios internos, el establecimiento porque nos permitirá mejorar coberturas de indicadores del articulado nutricional en tamizaje de anemia, suplementación y tratamiento oportuno y disminuir la anemia (8).

El Puesto de Salud Vicos se ubica en la Av. José de San Martín S/N, Distrito de Marcará, Provincia de Carhuaz, Departamento de Anchas, nivel establecimiento I -2. de acuerdo a la Dirección del Puesto de Salud Vicos, el mencionado puesto de salud cuenta con servicios de; Medicina General, Odontología, Obstetricia, Enfermería, Laboratorio Clínico, Farmacia, Tópico y SIS.

El Puesto Salud de Vicos cuenta con una población de 4,450, según la actualización de datos realizado en enero del 2020, en salud familiar y comunitaria, cuenta con una inadecuada infraestructura, por la filtración de agua por todas las paredes, y techos en mal estado por falta de recurso económico para su mantenimiento, existe escases de materiales de primera línea para la atención, como medicamentos; que conlleva muchas veces a que la atención integral al usuario sea limitada. Así mismo, falta de personal profesional para la atención integral de calidad.

Por tal motivo, el personal de Enfermería no se abastece para cubrir todos los sectores de la comunidad, debido al aumento de casos en anemia, teniendo hasta la actualidad a niños menores de 5 años, 77 niños diagnosticados de anemia y en tratamiento activo, de los cuales menores de 36 meses son 71 niños en tratamiento activo, y un 10% son anemias repetitivas, por el cual nace la idea de aportar con el proyecto.

Por otro lado, la hemoglobina representa aproximadamente un tercio del volumen del eritrocito. Es una molécula conformada por cuatro subunidades, cada una de ellas compuesta por una cadena de globina (subunidad proteica) y por un grupo hemo. Las cuatro cadenas de globina se disponen en parejas de dos globinas similares y forman una estructura globular con unos huecos o cavidades donde se ubican los grupos hemo. La principal función del eritrocito es el transporte de gases, es decir, del O₂ desde los pulmones a los tejidos y del CO₂ en sentido inverso. Esta función la ejerce completamente a través de la hemoglobina (Hb), que además interviene en la regulación del pH sanguíneo (9).

La Hb sanguínea tiene dos formas en constante equilibrio: la oxihemoglobina (predominio arterial) y la desoxihemoglobina, que se encuentra en mayor proporción en la sangre venosa. La hemoglobina es un pigmento rojo contenido en los hematíes de la sangre de los vertebrados, cuya función consiste en captar el oxígeno de los alveolos pulmonares y comunicarlo a los tejidos, y en tomar el dióxido de carbono de estos y transportarlo de nuevo a los pulmones para expulsarlo (9).

Los beneficiados con este trabajo son los niños de 6 a 36 meses de edad que son atendidos en el puesto de salud Vicos, así como los usuarios internos, el establecimiento, porque nos permitirá mejorar coberturas de indicadores del articulado nutricional en tamizaje de anemia, suplementación y tratamiento oportuno, y disminuir la anemia.

La anemia es el descenso de la masa eritrocitaria de un individuo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una condición en la que el número de glóbulos rojos o su capacidad de transportar oxígeno son insuficiente para cubrir las necesidades fisiológicas, que varían con la edad, el sexo, la altitud y otras circunstancias como el consumo de tabaco o el embarazo, sus signos característicos son (10):

- Piel, mucosas. La palidez es el signo más característico de la anemia. (Las mucosas, la conjuntiva ocular y del velo del paladar, y la región subungueal. La presencia de uñas excavadas es característica de la anemia ferropénica, mientras que la aparición de ictericia lo es de las anemias hemolíticas.
- Sistema muscular. Cansancio o debilidad, laxitud, astenia muscular generalizada, calambres e intolerancia al esfuerzo.
- Sistema cardiocirculatorio. Los primeros síntomas y signos disnea de esfuerzo (que se va haciendo de reposo en caso de progresar), taquicardia, aumento de la tensión diferencial, soplo sistólico funcional, etc.

Si la anemia progresa, pueden aparecer insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica o arritmias. Estas alteraciones se ponen de manifiesto de forma más precoz e intensa si existe una cardiopatía previa (10).

La anemia es un factor que contribuye a la muerte y discapacidad de las personas, tanto en forma directa como indirecta. La anemia es un factor de riesgo asociado a la mortalidad infantil, a la mortalidad materna, a la mortalidad perinatal y al bajo peso al nacer. Por otro lado, es causa directa de una menor productividad y de un menor desarrollo cognitivo que afectan la calidad de vida de quienes la padecen a lo largo de su ciclo vital. Riesgos de la anemia: Son efectos negativos en el desarrollo cognitivo, motor, comportamiento y crecimiento, Riesgo de infecciones recurrentes, falta de ganancia de peso y talla (11).

La alta prevalencia de la anemia entre las mujeres en edad fértil y en especial entre las mujeres gestantes pone en riesgo la salud del niño y de la madre, pues la anemia está directamente relacionada con la precocidad del parto. Un parto prematuro tiene como principal consecuencia el bajo peso al nacer, y este está ligado a serios problemas de salud de los niños. Además, entre las principales causas de morbilidad materna se encuentra el embarazo terminado en aborto, el cual está relacionado con un parto prematuro (y este, a su vez, con la anemia de la madre (11).

La anemia ferropénica. Se produce por una baja ingesta de hierro en alimentación, mala asimilación de hierro, pérdida de sangre (cáncer gastrointestinal, hipermenorrea y otros) y en los niños puede estar relacionado con la intoxicación con plomo.

La anemia hemolítica. Autoinmune trastorno generado por la destrucción prematura de los glóbulos rojos como resultado de la formación de anticuerpos contra los hematíes (12).

Anemia perniciosa. Disminución en los glóbulos rojos que ocurre cuando el intestino no puede absorber apropiadamente la vitamina B12. La anemia por deficiencia de B12: causada por una bajada del número de glóbulos rojos debido a una falta de esta vitamina. Anemia por deficiencia de folato. provocada por una disminución en la cantidad de glóbulos rojos debido a una falta de folato, tipo de vitamina B, también denominada ácido fólico (12).

Anemia de la inflamación. es una anemia generalmente leve, a veces moderada, normocítica, que se instala en el contexto de patologías autoinmunes (artritis reumatoidea), infecciosas (SIDA) o neoplásicas. El común denominador es el componente inflamatorio, por lo que varios autores la denominan anemia de las inflamaciones (12).

Anemia megaloblástica. Trastorno sanguíneo caracterizado por agrandamiento anormal de los glóbulos rojos (megaloblastos) usualmente ocasionado por una deficiencia ácido fólico o de vitamina B12 otras causas son las leucemias, la mielo fibrosis, el mieloma múltiple y algunos trastornos hereditarios metahemoglobinemia. El hierro en la molécula de hemoglobina esta alterado y hay dos formas de metahemoglobinemia hereditaria la Tipo 1 (también llamado deficiencia de reductasa en eritrocitos) ocurre cuando los glóbulos rojos carecen de la enzima y la Tipo 2 (también llamado deficiencia generalizada de reductasa) ocurre cuando la enzima no funciona en ninguna parte del cuerpo (13).

Anemia por deficiencia de folatos. Son las anemias carenciales. La relación de los folatos con trastornos de la síntesis de hemoglobina una dieta libre de folatos por cuatro meses genera cambios morfológicos en la sangre produciendo la anemia megaloblástica por deficiencia de ácido fólico y B12 (cobalamina)

La anemia aplásica. (Aplasia medular) Se caracteriza por pancitopenia y desaparición o notable disminución de los precursores hematopoyéticos en la médula ósea, en la cual el tejido hematopoyético es reemplazado por tejido graso. Esta enfermedad se encuentra dentro de las anemias consideradas como arregenerativas, destrucción de células madres (13).

La relación entre crecimiento y nutrición para el mantenimiento de las funciones orgánicas, el crecimiento y desarrollo es necesario consumir los alimentos en cantidades apropiadas. Si el organismo no recibe las suficientes sustancias nutritivas, se generan problemas nutricionales como la anemia y la desnutrición; si se ingieren en exceso se producen alteraciones como la obesidad, la cual tiende a estar asociada con enfermedades crónicas degenerativas tales como la diabetes, hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares. La satisfacción de las necesidades de energía y nutrientes, a través de la ingestión de una alimentación sana, oportuno en cantidad y calidad, asegura la utilización de los nutrientes (proteínas, carbohidratos, lípidos o grasas, vitaminas y minerales) que intervienen en el transcurso de crecimiento y desarrollo, así como en la reparación de los tejidos (13).

La biodisponibilidad del hierro, se define como la eficiencia con la cual el Fe obtenido de la dieta es utilizado biológicamente, y depende del tipo de Fe

presente en los alimentos, de la cantidad del mismo, de la combinación de alimentos consumidos el estado nutricional de la persona y de algunos eventos que requieran transformar la movilización de Fe entre los tejidos o la absorción del mismo (7). A pesar del alto contenido en hierro de algunos alimentos, su biodisponibilidad (BD) puede variar desde un porcentaje inferior al 1% hasta un 30%. Esta biodisponibilidad, además de por el pH gástrico (según se esté en ayunas o no) y por el funcionamiento del transportador DMT1, lo cual introduce al citoplasma del enterocito el hierro en estado ferroso para su posterior utilización o reserva, que afectaría al metabolismo de este metal. Cabe decir que el ya citado transportador aumenta su concentración en casos de anemia (13).

La suplementación se iniciará a los 4 meses de vida con sulfato ferroso o complejo polimaltosado férrico en gotas hasta los 5 meses con 29 días de edad, continuando con el consumo de micronutrientes desde los 6 meses de edad hasta completar los 360 sobres según esquema de suplementación. La niña o el niño que no inició la suplementación con micronutrientes a los 6 meses de edad, lo podrá iniciar en cualquier edad, dentro del rango de edad establecido, (6 a 35 meses inclusive), es decir se puede iniciar la suplementación hasta un día antes de cumplir los 3 años de edad (14).

En el caso de no contar con micronutrientes, la niña o niño recibirá hierro en otra presentación, ya sea complejo polimaltosado férrico o sulfato ferroso, de acuerdo al esquema correspondiente, En las niñas y niños de 6 a 35 meses de edad con valores de hemoglobina de 10,0 a 10,9 g/dl ajustado a nivel del mar (anemia leve), continuar con la suplementación con micronutrientes según

normatividad vigente con estricto seguimiento y supervisión al consumo y una evaluación médica lo más antes posible (14).

Condición del niño	Producto	Edad de administración	Dosis a administrar por Vía Oral por día	Duración de suplementación
Niñas y niños con bajo peso al nacer y/o prematuros	Gotas Sulfato ferroso (1 gota = 1 mg Fe elemental) ó Gotas Complejo Polimaltosado Férrico: (1 gota = 2 mg Fe elemental)	Desde los 30 días hasta los 5 meses con 29 días de edad	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses 29 días de edad
	Micronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
Niñas y niños nacidos a término, con adecuado peso al nacer	Gotas Sulfato ferroso: (1 gota = 1 mg Fe elemental) ó Gotas Complejo Polimaltosado Férrico (1 gota = 2 mg Fe elemental)	Desde los 4 meses de edad hasta los 5 meses con 29 días	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria hasta los 5 meses con 29 días
	Micronutrientes Sobre de 1 gramo en polvo	A partir de los 6 meses hasta que complete el consumo de los 360 sobres	1 sobre diario	Suplementación diaria durante 12 meses continuos o hasta que complete el consumo de los 360 sobres
	Jarabe Complejo Polimaltosado Férrico (1 ml = 10 mg Fe elemental) ó Jarabe Sulfato ferroso: (1 ml = 3 mg Fe elemental)	A partir de los 6 meses	2 mg hierro elemental /kg/día	Suplementación diaria mientras no se cuente con micronutrientes

ma de suplementación con micronutrientes y hierro para niñas y niños menores de 36 meses.

En los alimentos, el hierro se expone bajo dos formas: el hierro hemo presente en alimentos de origen animal y el hierro no hemo vegetales como legumbres, frutos secos, verduras, cereales enriquecidos en hierro y en la yema de huevo. El organismo es capaz de absorber mejor el hierro hemo, si bien la absorción del hierro no hemo puede perfeccionar si se combinan los alimentos adecuados (15).

El hierro hemo que sólo se encuentra en las carnes, puede favorecer la absorción del hierro y la no hemo contenido en otros alimentos, como el huevo, cereales, legumbres, vegetales. Entonces, combinando un poco de carne con acelga, aprovechamos mejor el hierro de esta última por efecto del hierro hemo.

Otro factor facilitador es la vitamina C, permite incrementar la absorción de hierro no hemo si se consume simultáneamente a éste (15).

Dentro de los compuestos inhibidores necesitan especial atención: Los fitatos. Ácido orgánico que contiene fósforo son abundantes en alimentos como los cereales, leguminosas y semillas oleaginosas. Inhiben la absorción de hierro no hemo. No obstante, este efecto puede ser minimizado en presencia de potenciadores de la absorción de hierro como la carne o la vitamina C (16).

El efecto negativo de los minerales, como el calcio (abundante en lácteos, melaza negra o sésamo), el fósforo (salvado y germen de trigo, semillas de girasol o avena) o el zinc (ostras, germen de trigo o sésamo), se debe a que compiten por los transportadores de membrana de los enterocitos, modifican el estado de oxidación o interfieren en el metabolismo del Fe (16).

Fibra alimentaria. Destaca el efecto de la lignina (polímero que da resistencia las plantas) que se encuentra en semillas, vegetales de hoja y en algunas frutas secas y que no permiten que se absorba el hierro en el intestino al formar compuestos insolubles con el mineral que se eliminan por heces (16).

Los polifenoles. Se encuentran en su totalidad en los alimentos procedentes de las plantas, en verduras, legumbres, frutas, frutos secos y bebidas como el té, vino, cerveza, cacao, café, etc. Los polifenoles provienen de tres grupos principales: los ácidos fenólicos (presentes con frecuencia en el café), flavonoides (presentes en el té de hierbas, hojas de té verde y cacao en grano) y productos de polimerización complejo formado solo de flavonoides o de

la combinación de los flavonoides y ácidos fenólicos (presente en el té negro)
(16).

	FACTOR	ALIMENTOS/ SITUACIONES
FACTORES EXTRÍNSECOS (DIETÉTICOS)	Fe ³⁺	Fe férrico/ oxidado
	Fe hemo	Sangre Carnes, pescado, almejas, mejillones, ostras
	Vitamina C	Frutas y verduras: Kiwi, naranja, limón, fresa, mango, guayaba, pimiento rojo, brocoli, tomate
	"Factor carne"	Consumo de carnes (prioritariamente rojas)
	Vitamina A Betacarotenos	Hígado Zanahoria, calabaza, albaricoques, cerezas, melón, melocotón
	Caseinofosfo péptidos	Alimentos enriquecidos: papillas, lácteos
	Fructooligo-sacáridos (FOS)	Alimentos enriquecidos como: papillas, yogures
FACTORES INTRÍNSECOS (FISIOLÓGICOS)	Secreciones ácidas	Ayuno Estómago vacío Hipersecreción de ácido clorhídrico
	Estados hipóxicos	Anemia Pérdida de sangre Entrenamientos en altura/ Deporte
	Eritropoyesis aumentada	Entrenamientos en altura/Deporte
	Embarazo	Aumento de la volemia
	Infección	Pérdidas de hierro y proteínas, principalmente por diarreas
	Menstruación	Pérdidas de sangre
	Reservas de Fe reducidos	Déficit de hierro Anemia

Fuente: Dietary-nutritional intervention in the prevention of iron deficiency Urdampilleta Otegui A, Martínez Sanz.

Estrategias para la prevención: Como norma general podemos encontrar tres estrategias de intervención para prevenir el déficit de hierro, que son: El enriquecimiento de los alimentos, administración de suplementos y la intervención dietética; aumentando el consumo de alimentos ricos en hierro y factores dietéticos favorecedores de la absorción de hierro, así como disminuyendo aquellos factores que reducen su absorción (16).

En el enriquecimiento de alimentos; las cuatro vitaminas solubles en grasa son y resistente al calor eh insolubles en agua: vitamina A, vitamina D, vitamina E y vitamina K. Ellas desarrollan el desarrollo, mantención de la salud y el crecimiento de varios tejidos y sistemas, como la visión, la piel, los pulmones, los huesos, los dientes, el sistema nervioso, el sistema inmunológico y

la sangre; interactúan entre sí y también con algunos minerales. Las más importantes son la vitamina A y la D (17).

Las vitaminas solubles en agua no son almacenadas en el cuerpo, son más frágiles que las vitaminas solubles en grasa y se dañan o pierden fácilmente durante la preparación y almacenamiento de los alimentos, deben ser consumidas regularmente a través de los alimentos. Las vitaminas solubles en agua son las ocho del complejo B y la vitamina C. Las vitaminas del complejo B ayudan a cada célula del cuerpo a originar energía de los carbohidratos, proteínas y grasas aportados por los alimentos (17).

Técnicas para aumentar o disminuir la absorción del hierro	Alimentos	Efecto
Maceración, malteado, remojo	Cereales, legumbres, tubérculos o semillas	Aumento de la absorción de hierro por disminución de los niveles de fitato ^{99,100,101}
Bacterias o levaduras productoras de fitasas exógenas	Pan	Aumento de la absorción de hierro por activación de fitasas y degradación del ácido fítico ¹⁰²
Remojo (24 horas)	Cereales y legumbres	Aumento de la absorción de hierro por eliminación de antinutrientes como saponinas o polifenoles ¹⁰⁴
Calentamiento suave	Tubérculos, cereales (maíz, arroz) y legumbres	Aumento de la absorción de hierro no hemo ¹⁰⁵
Fermentación	Productos de soja: miso, tempech (dietas vegetarianas)	Mejora la biodisponibilidad de Fe ¹⁰⁶
Añadir líquidos-salsas ricas en vitamina C	Frutas (limón, naranja) y hortalizas (pimiento rojo) ricas en Fe	Aumenta la absorción de Fe y disminuye el efecto de los fitatos ⁹⁸
Congelación, tratamientos térmicos fuertes y almacenamiento		Hierro hemo se transforma en hierro no hemo por lo que empeora la absorción del hierro ^{25,26}

Fuente. Dietary-nutritional intervention in the prevention of iron deficiency Urdampilleta Otegui A, Martínez Sanz, 2018.

Técnicas para aumentar o disminuir la absorción del hierro	Alimentos	Efecto
Maceración, malteado, remojo	Cereales, legumbres, tubérculos o semillas	Aumento de la absorción de hierro por disminución de los niveles de fitato ^{99,100,101}
Bacterias o levaduras productoras de fitasas exógenas	Pan	Aumento de la absorción de hierro por activación de fitasas y degradación del ácido fítico ¹⁰²
Remojo (24 horas)	Cereales y legumbres	Aumento de la absorción de hierro por eliminación de antinutrientes como saponinas o polifenoles ¹⁰⁴
Calentamiento suave	Tubérculos, cereales (maíz, arroz) y legumbres	Aumento de la absorción de hierro no hemo ¹⁰⁵
Fermentación	Productos de soja: miso, tempech (dietas vegetarianas)	Mejora la biodisponibilidad de Fe ¹⁰⁶
Añadir líquidos-salsas ricas en vitamina C	Frutas (limón, naranja) y hortalizas (pimiento rojo) ricas en Fe	Aumenta la absorción de Fe y disminuye el efecto de los fitatos ⁹⁸
Congelación, tratamientos térmicos fuertes y almacenamiento		Hierro hemo se transforma en hierro no hemo por lo que empeora la absorción del hierro ^{25,26}

Fuente. Dietary-nutritional intervention in the prevention of iron deficiency Urdampilleta Otegui A, Martínez Sanz, 2018.

Cuánto hierro necesito: La cantidad de hierro diaria que necesita varía según la edad, el sexo, y si consume una dieta principalmente vegetal. A continuación, se indican las cantidades promedio de hierro recomendadas por día en miligramos (mg). Etapa de la vida y cantidad recomendada.

Bebés hasta los 6 meses de edad	0.27 mg
Bebés de 7 a 12 meses de edad	11 mg
Niños de 1 a 3 años de edad	7 mg
Niños de 4 a 8 años de edad	10 mg
Niños de 9 a 13 años de edad	8 mg
Adolescentes (varones) de 14 a 18 años de edad	11 mg
Adolescentes (niñas) de 14 a 18 años de edad	15 mg
Hombres adultos de 19 a 50 años de edad	8 mg
Mujeres adultas de 19 a 50 años de edad	18 mg
Adultos de 51 o más años de edad	8 mg
Adolescentes embarazadas	27 mg
Mujeres embarazadas	27 mg
Adolescentes en período de lactancia	10 mg
Mujeres en período de lactancia	9 mg

Fuente: National Institute of Health office of Dietary Supplements 2018.

El uso estandarizado de unas tablas de composición de alimento que presentan en su composición agua, proteínas, lípidos, carbohidratos torales, carbohidratos disponibles, fibras dietéticas, minerales, vitaminas, ácido fólico, kilocalorías de uso común a nivel nacional, se extraerá la tabla con alimentos más usados en la localidad. Extracción de la tabla peruana de composición de alimentos por cada 100 gramos (17).

En los niños pequeños afecta el sistema inmunológico. Diversos estudios han demostrado que la anemia baja las defensas y aumenta el riesgo de padecer infecciones. Además, está asociada con retardo en el desarrollo psicomotor y en el crecimiento físico. Los niños que padecen esta enfermedad pueden sufrir un retraso en su crecimiento, cuyo aumento de peso y estatura puede estar por debajo de lo esperado (18).

Además, la deficiencia de hierro reduce las conexiones neuronales del cerebro afectando irreversiblemente el rendimiento cognitivo. Este mineral juega un papel importante en la función cerebral, ya que muchas áreas del cerebro requieren hierro para su desarrollo debido a que forman parte de los neurotransmisores. Las neuronas se unen entre sí formando circuitos de aprendizaje, y es durante los dos primeros años de vida que se forman la mayoría. En este sentido, el cerebro es más desarrollado en la medida que tiene más neuronas y más conexiones (18).

Por ello, es fundamental que el menor cuente con un nivel adecuado de hierro, ya que, de lo contrario, podría repercutir en la adquisición de distintas capacidades y habilidades, que, finalmente, lo arrastrará en toda su etapa

escolar y adulta. La anemia y la escuela. Si un niño tiene anemia es muy probable que le vaya mal en el colegio. Puede causar problemas de concentración y atención, dificultad para pensar y razonar y, por lo tanto, el niño puede llegar a tener serios problemas de aprendizaje, así como para relacionarse con sus otros compañeros.

La buena alimentación rige en el desarrollo emocional y en el desgaste físico del estudiante, pues este se enfrenta a diversas situaciones en las que el cerebro gasta ciertas cantidades de nutrientes que el cuerpo desintegra durante el día. Por ello, la nutrición resulta una necesidad básica para sobrevivir en la vida y rendir con efectividad y eficiencia en determinadas áreas escolares. Para el diagnóstico de anemia se solicitará la determinación de concentración de hemoglobina o hematocrito. En los establecimientos de salud que cuenten con disponibilidad se podrá solicitar Ferritina Sérica (18).

El tratamiento con hierro a niños prematuros y niños con bajo peso al nacer se iniciará a los 30 días de nacido, asegurando que hayan concluido la alimentación enteral. Se administrará tratamiento con hierro, en dosis de 4 mg/kg/día, y se ofrecerá durante 6 meses continuos. Se realizará el control de hemoglobina a los 3 meses y a los 6 meses de iniciado el tratamiento con hierro. El tratamiento de anemia en menores de 6 meses se hará a partir del primer diagnóstico de anemia (19).

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

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

El presente trabajo académico se justifica por la participación y el mejoramiento en la salud de los niños menores de tres años y sus familias, buscando promover buenos hábitos alimenticios que favorezcan la salud de la comunidad y con la participación de las autoridades del centro poblado y del distrito al que pertenecen para fomentar prácticas saludables en la población, debido a los casos de anemia y sus complicaciones, de tal forma, conocer la prevalencia es importante para poder ofrecer recomendaciones apropiadas, y que el personal de salud esté capacitado para ofrecer una atención conveniente a los usuarios; buscando la mejora, recuperación y prevención de esta enfermedad, así mismo, fomentar la promoción de la salud con buenas prácticas saludables, bajo normas legales que amparan las actividades preventivas, publicidad, tratamiento y realización para su atención (19).

Las medidas de prevención de la anemia son: En la gestación: Educación alimentaria que promueva la importancia de consumo de alimentos variado incorporando diariamente alimentos de origen animal como: sangrecita, hígado, bazo y otras vísceras oscuras, carnes rojas, pescado. Suplementación de gestante y puérpera con hierro y ácido fólico a partir de la semana 14 de gestación hasta los 30 días post parto (20).

En el Parto: Pinzamiento y corte tardío del cordón umbilical, a los 2 o 3 minutos del nacimiento del recién nacido a término y sin complicaciones. Inicio precoz de la lactancia materna dentro de la primera hora de nacimiento,

lactancia exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad (21).

En la primera infancia, niñez y adolescencia: Alimentación complementaria desde los 6 meses de edad durante la niñez y adolescencia incluyendo diariamente alimentos de origen animal (sangrecita, bazo, hígado, carnes rojas, pescado), alimentos con mejores fuentes de hierro hemínico (22).

Suplementación preventiva con hierro en niños prematuros a partir de los 30 días de nacido y niños nacidos a término desde el cuarto mes hasta los 35 meses, en localidades con prevalencia de anemia infantil, mayor al 20% se suplementará a las adolescentes, mujeres escolares, en dosis semanal para prevenir la anemia por un periodo de 3 meses por año (22).

Otras medidas: Control de parasitosis intestinal, promoción de vacunación según calendario, promoción de alimentos fortificados con hierro, promoción de consumo de agua segura, lavado de mano y la higiene de los alimentos en el hogar, consejería, monitoreo para asegurarse la adherencia de la suplementación preventiva en el establecimiento, hogar y otros espacios de nuestra jurisdicción (22).

Los factores de riesgo de la anemia se asocian a diversos factores sociodemográficos, y factores relacionados al cuidado de la salud del niño. Un análisis secundario en el Perú, encontró que en menores de 6 a 35 meses, la anemia está asociada tanto a factores sociodemográficos lugar de residencia, bajo nivel socioeconómico, madre adolescente y con poco nivel educativo, sexo masculino del menor, edad menor a 24 meses, fiebre reciente, como al cuidado

madre-niño (falta de control prenatal y de tratamiento contra la anemia en la gestación, parto en el hogar, anemia materna durante la encuesta y ausencia de tratamiento antiparasitario en el menor) (23).

Las consecuencias inmediatas de la anemia en niños de 06 a 36 meses de edad son el retraso en el crecimiento, la respuesta inmunológica disminuida, regulación de la temperatura alterada; algunos signos y síntomas como fatiga, debilidad y palidez; así como irritabilidad y déficit de atención. La presencia de anemia en los menores de dos años tiene un efecto no solo en el desarrollo psicomotor, sino que sus consecuencias pueden manifestarse a lo largo del ciclo de vida (23).

Las consecuencias de la anemia no solo están relacionadas a la hipoxia, sino que pueden ser el producto de las alteraciones en la función del sistema nervioso central, que incluyen procesos como el metabolismo de los neurotransmisores, la sinapsis y la mielinización. Es por eso que la anemia en la infancia podría afectar el desarrollo en el corto y largo plazo, limitando alcanzar el potencial de las personas afectadas (23).

Las consecuencias de la anemia a largo plazo están relacionadas con el impacto en el desarrollo cerebral, se sabe que la carencia de hierro afecta negativamente el desarrollo cerebral, debido a que dicho proceso depende de enzimas y proteínas que contienen hierro. Se conoce mucho de los mecanismos de los efectos a largo plazo de la anemia y la deficiencia de hierro, gracias a los resultados de los modelos realizados en la actualidad (23).

La anemia tiene consecuencias en el desarrollo mental de una persona, ya que, el desarrollo mental o cognitivo incluye funciones de ejecución del pensamiento, memoria, razonamiento, atención, procesamiento visual, así como solución de problemas. De manera similar que, con el desarrollo motor, la anemia en la infancia reduce las habilidades cognitivas de los niños. Asimismo, tiene su efecto en la conducta, ya que, la conducta socioemocional es otra de las áreas del desarrollo infantil, y comprende el establecimiento de relaciones con otras personas usando sus emociones, así como la regulación de sí mismo y su interés hacia el exterior y los niños que tienen anemia durante el primer año de vida tienen tiempos reacción más lentos y menor capacidad de controlar respuestas impulsivas (23).

Por lo expuesto anteriormente podemos expresar que mediante la ejecución sostenida de actividad preventiva promocional podremos disminuir la anemia. Por lo cual, la actual actividad académica se sustenta en la Teoría de Enfermería, Modelo de Promoción de la Salud de Nola Pender.

Teoría promoción de la salud. La teoría de “Nola J. Pender: Promoción de la Salud” tiene como base la teoría del aprendizaje social de Albert Bandura, donde enfatiza la importancia de los procesos cognitivos en el cambio de conducta.

La teoría de Nola J. Pender identifica en el individuo factores cognitivos perceptuales que son modificados por las características, personales e interpersonales, lo cual da como resultado la participación en conductas favorables de salud, cuando existe una pauta para la acción. Es por eso que la

enfermera constituye la principal agente encargada de enseñar y motivar a las madres para mantener la salud de sus hijos (24).

El presente trabajo se sustenta con la norma técnica manejo terapéutico y preventivo de la anemia con resolución ministerial NTS N° 137 – MINSA/2017/DGIPESP, norma técnica de salud para el control de crecimiento y desarrollo para la niña y el niño menor de cinco años. Tiene como propósito vigilar el adecuado crecimiento y desarrollo del niño y la niña, hacer un acompañamiento a la familia, detectar temprano y oportunamente los riesgos, alteraciones, trastornos o aspecto de enfermedades, facilitar su diagnóstico e intervención conveniente para reducir riesgos, deficiencias discapacidades e incrementar oportunidades, así como factores protectores de desarrollo (25).

Modificatoria la Norma técnica de salud para el control de Crecimiento y desarrollo de la niña y el niño menor de cinco años con resolución ministerial N° 644 – 2018/MINSA, que el dosaje de hemoglobina y hematocrito se realizará a partir de los 6 meses de edad y cada 6 meses hasta cumplir los 2 años y a partir de los 2 años será anualmente (25).

Norma Técnica en salud N° 134 – MINSA/2017/DGIESP Norma técnica en salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas Todos los establecimientos de salud, realizarán acciones de precaución y tratamiento de la anemia en la población de niños, adolescentes, mujeres gestantes y parturienta, según el nivel de atención correspondiente (25).

Guía Técnica: Procedimiento para la determinación de la hemoglobina mediante hemoglobinómetro portátil con Resolución Jefatural N° 990 - 2012 - J-OPE/INS. La presente guía técnica es de aplicación obligatoria en todas las unidades orgánicas o dependencias del Ministerio de Salud, direcciones de salud, direcciones regionales de salud (o las que hacen sus veces en el ámbito regional), redes, microrredes y sus establecimientos de salud en los que se realice la determinación de hemoglobina mediante hemoglobinómetro portátil (25).

Decreto Supremo N° 068 – 2018- PCM. El Presidente de la República. Decreto Supremo que aprueba el plan multisectorial de lucha contra la anemia. Plan multisectorial de la polémica contra la anemia establece las acciones y participaciones efectivas a ser implementadas de manera articulada, intersectorial e intergubernamental, por las entidades del gobierno Nacional, gobiernos Regionales, los gobiernos locales, así como la sociedad civil y la comunidad organizada para la previsión y la reducción de la anemia en niñas y niños menores de 36 meses (26).

Resolución Ministerial N° 1334- 2018 / MINSA. Que dispone el Plan Estratégico Institucional – PEI 2019 – 2021 del Ministerio de Salud. Contar con un sistema de salud que asegure el acceso universal al ciudadano y la atención integral de salud individual y colectiva de las personas independientes de su condición socioeconómica y de su situación geográfica (27).

Resolución Ministerial 366 – 2017/MINSA. Documento Técnico: Lineamientos de políticas de promoción de la salud en el Perú. Contribuir a la mejora de la salud pública en el país mediante el fortalecimiento de la salud, la

acción interinstitucional consiste en juntar y ordenar la acción pública de las entidades de los diferentes niveles y sectores de gobierno para asegurar el logro de objetivos y finalidades en conjunto que contribuyan a equilibrar las oportunidades de desarrollo (28).

Resolución Ministerial 1353 – 2018/MINSA. Documentos Técnicos: Guías alimentarias para la población peruana. Contribuir a perfeccionar la alimentación peruana y con ello el mantenimiento y restablecer su estado de salud y nutrición. Fijar principios para una alimentación buena en la población peruana mayor de 2 años de edad, fijar mensajes educativos claves sobre alimentación provechoso (29).

Documento técnico N° 958 – 2012/MINSA, de sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil establecer la metodología estandarizada para realizar sesiones demostrativas para la preparación de alimentos para poblaciones materna infantiles, dirigidas a gestantes, madres que dan de lactar y madres de niños menores de tres años en el marco de la atención integral en salud, para contribuir en la mejora y mantenimiento del estado de salud y nutrición de las gestantes, mujeres que dan de lactar así como niñas y niños menores de tres años mediante intervenciones preventivas promocionales en el marco de la atención integral de salud (30).

Borge E., Pineda L. y Sandres A, (31). En Nicaragua 2015, en su estudio titulado “Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí, enero – marzo 2014”. Investigación de tipo descriptiva, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de anemia y

factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero – marzo 2014. Concluyeron que, la prevalencia de anemia fue de 21.1% en menores de un año. Más de la mitad de ellos presentaban IMC normal y fueron alimentados antes de los 6 meses con lactancia artificial. La mayoría de niños fueron ablactados antes de los 6 meses y no recibieron dieta que supliera los requerimientos diarios de hierro y menos de la mitad no recibió suplementos de hierro. De un tercio de niños sus madres tuvieron anemia durante el embarazo.

Villareal I, (32). Bolivia 2015 realizo la investigación “Percepción de madres de niños de 6 a 23 meses de edad respecto al consumo de micronutrientes “chispitas nutricionales” en el municipio de Puerto Carabuco - La Paz”, el desarrollo de la investigación es de tipo cualitativo, porque presenta análisis micro social, que permite captar las voces de los actores sociales y de tipo descriptivo. Los resultados de este estudio permitieron identificar los aspectos críticos en cuanto al manejo de los obstáculos que se pueden presentar durante la suplementación con micronutrientes chispitas nutricionales y los aspectos que ayudan el abandono del tratamiento según la percepción de las madres el consumo inadecuado de ácido fólico, Vitamina A, zinc y el yodo aumentan el riesgo de enfermedad en niños menores otros factores como la deserción a los micronutrientes por reacciones adversas durante el consumo aumentado el riesgo de padecer anemias debido a la desnutrición y otros factores.

Chuquimarca R, (33). en Ecuador 2015 – 2016 “Efecto del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia en niños, Los Ríos Ecuador,

se realizó un estudio analítico, ex post facto retrospectivo simple observacional longitudinal en las unidades de salud del distrito 12D01 del Ministerio de Salud Pública, previa autorización se tomaron historias clínicas de niños de 6 a 59 meses, en el presente trabajo se obtuvo la información inicial y final del nivel de anemia y del estado nutricional, y como el uso de micronutrientes determinar el grado de validez en el estado nutricional y anemia de los niños, la suplementación con micronutriente afecta directamente y aumenta el nivel de anemia y el indicador talla /edad de los niños/as de 6 a 59 meses de edad, evidenciando que el uso de estos suplementos nutricionales aumenta el estado nutricional, evidenciando en el incremento de las medidas antropométricas de los niños que fueron analizados.

Mamani A, (34). Perú 2017 que realizó la investigación en “Niveles de anemia relacionados con el consumo de alimentos de 3 a 5 años que asisten al hospital Juli de Agosto a octubre 2017”, es de tipo descriptivo, correlacional y transversal. Descriptivo: describen aspectos propios del estudio. Transversal: se realiza en un determinado tiempo y tipo de estudio observacional, se busca resolver los factores que influyen en la anemia, en los niños de 3 a 5 años que asisten a dicho Hospital, y se identificaron anemia leve 58.8%, anemia moderada es de 41.2% y no se presentó anemia severa 0.0%. Durante al consumo de alimentos ricos en hierro se aprecia que las madres preparaban alimentos con productos de origen animal y se identificó que el mineral hierro se encuentra con mayor porcentaje en las carnes rojas y menestras 67.6% pero 2.9% consumen quincenalmente, carnes blancas (pollo, pescado y otros) están en 73.5%, 88.2%, 64.7% consumen ocasionalmente.

Santacruz I, (35). Perú, 2017 que realizó la investigación “factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad y consumo de multimicronutrientes en las familias con niños menores de 3 años”, es de tipo descriptivo, analítico, examinó y analizó los factores socioculturales que influyen en la aceptabilidad del consumo de multimicronutrientes, según los resultados son las creencias alimentarias, las redes de apoyo social, la responsabilidad familiar y la respuesta de los servicios de salud que influyen de manera positiva o negativa en la fijación de dicho multimicronutrientes, los resultados obtenidos demuestran que la mayoría de los factores socioculturales influyen directamente en la aceptabilidad y consumo de los multimicronutrientes.

Atanacio C, (36). Perú 2017, que realizaron la investigación “Factores que condicionan el consumo de multimicronutrientes según el cuidador primario”, el enfoque es cuantitativo y de tipo descriptivo transversal detalla las características más importantes de los factores que influyen en el consumo de multimicronutrientes, en niños de 6 a 35 meses desde la atención primaria en el puesto de salud “Cerro la Regla” de San Martín de Porres. Se identificó que en la mayoría son madres de familia quienes desempeñan el rol de cuidado, acentuándose dentro de la etapa de vida de adulto joven entre los 20 y 35 años, con respecto a los multimicronutrientes se identificó en menor frecuencia la realización de las visitas domiciliarias por parte del personal de salud y como estos acontecimientos influyen de manera negativa en la deserción en la administración del multimicronutrientes.

Gutiérrez L, (37). Perú 2015, que realizaron la investigación “Nivel de conocimiento sobre anemia ferropénica relacionado con la actitud preventiva de las madres en niños menores de un año hospital Eleazar Guzmán Barrón”, es de tipo descriptivo, de corte transversal. Más de la mitad de las madres presentan un nivel de conocimiento inadecuado (59.0%) y el 41.0% un nivel de conocimiento adecuado. sobre anemia ferropénica en niños menores de 1 año. La mayoría de las madres tiene prevalencia de actitud preventiva menos positiva (70.5 %), seguido de una actitud preventiva más positivo (29.5%) sobre anemia ferropénica en niños menores de 1 año, se busca mejorar el nivel de conocimiento de las madres ya que las madres no presentan la información adecuada del uso de los multimicronutrientes, por lo que no hay una adecuada administración.

García K, (38). Perú 2015, que realizó la investigación sobre “Conocimientos de los padres de la población infantil sobre la suplementación de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA”, es de tipo cuantitativo, de nivel aplicativo ya que busca mejorar los conocimientos de los padres durante la suplementación de tipo descriptivo ya que detallar los conocimientos sobre la suplementación de los multimicronutrientes en polvo a niños de 6 a 35 meses de edad, en el estudio se busca identificar el nivel de conocimiento de los padres sobre la suplementación de multimicronutrientes, ya que se evidenciaron que una mayoría de padres no conocen sobre la suplementación de multimicronutrientes, lo cual constituye una debilidad identificada en dicho proyecto.

Legua Y, (39). Perú 2016, que realizó la investigación “Grado de anemia y estado nutricional en niños de 1 a 5 años en el centro de salud los Aquijes – Ica”, el enfoque es cuantitativo, de corte transversal, es descriptivo, se busca obtener información sobre el grado de anemia y el estado nutricional en los niños, a fin de promover acciones conjuntas y planes de intervención que permitan desarrollar actividades de enfermería en la población de estudio, el grado de anemia según los valores de la hemoglobina es normal en niños de 1 a 5 años en el Centro de Salud Los Aquijes por lo que el estado nutricional según peso para la edad, peso para la talla y talla para la edad es adecuado en niños de 1 a 5 años evidenciando que en dicho estudio las madre presentan un nivel de conocimiento adecuado así como una correcta administración de los multimicronutrientes en dicha comunidad.

Por lo cual el siguiente trabajo académico, basándose con la estadística y la literatura demuestra la importancia de este trabajo DISMINUYENDO LA ANEMIA EN NIÑOS DE 06 A 36 MESES EN EL PUESTO DE SALUD VICOS - MARCARÁ, 2020, como personal de salud se busca contribuir en el mejoramiento en el consumo de alimentos ricos en hierro, ya que solo la suplementación no puede aportar en su totalidad los niveles requeridos de multimicronutrientes que el cuerpo necesita, ya que una adecuada nutrición favorece al desarrollo integral del niño en todas sus etapas de vida, así mismo, esta se verá reflejado en la mejora del rendimiento escolar y en la disminución de las enfermedades prevalentes de la infancia.

Las enfermeras somos equipo importante en la salud, que fomentamos y mantenemos los vínculos entre las personas, las familias, las comunidades

promoviendo, mejorar, mantener y restaurar la salud, principalmente en uno de los grupos etarios más vulnerables como son los niños de 6 a 36 meses de edad. a través de las actividades preventivas promocionales, dentro de las intervenciones que consideramos para prevenir la anemia son: sesiones educativas, demostrativas, prevención de la anemia usando suplementos de hierro, vacunas, control de crecimiento y desarrollo promoviendo la lactancia materna exclusiva, visitas domiciliarias y consejerías, orientada en la prevención de las enfermedades prevalentes como infecciones respiratorias, diarreas, promover el consumo de agua segura, lavado de manos y desparasitación, sensibilización y capacitación a líderes de la comunidad.

IV. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Disminución de la anemia en niños de 6 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos - Marcará.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Suficiente personal de salud para las actividades intra y extra murales en el marco de la lucha contra la anemia infantil.
- Conocimiento de las familias sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y la suplementación del sulfato ferroso.
- Sensibilización a los actores sociales en la erradicación de la anemia.

V. METAS

1. El 100 % de los niños libres de anemia.
2. El 40% de enfermeras en actividades de lucha contra la anemia.
3. 100% de conocimiento sobre alimentos ricos en hierro y dosificación del sulfato ferroso.
4. El 100% de los actores sociales comprometidos con el programa.
5. 2 sesiones para reorganizar las nuevas actividades con el fin de erradicar la anemia.
6. 4 jornadas de sensibilización al personal de salud.
7. 6 sesiones demostrativas a las madres del programa sobre preparación de alimentos y suplementación.
8. 120 spots publicitarios sobre la importancia de suplementar
9. 4 talleres de sensibilización y 8 visitas de sensibilización.

VI. METODOLOGÍA

6.1. Líneas de acción y/o estrategias de intervención

Las estrategias para este trabajo académico que se establecieron son gestión, educación, sensibilización; de manera que se desarrollará con de forma organizada con en el servicio de Enfermería, Medicina y nutrición donde se involucrará laboratorio y los sectoristas del establecimiento. También, establecer un comité para brindar campañas de tamizaje y sesiones educativas y demostrativas con el propósito de que sea sostenible en el actual proyecto, y para mayor entendimiento se presenta a modo detalle los siguientes procedimientos:

A. Gestión

La gestión es definida como toda actividad que se centra en la asignación de diferentes recursos (materiales, económicos o financieros, humanos, etc.) que son necesarios para concretar o alcanzar los objetivos formulados por una entidad u organización a través de la planificación, organización y la motivación (40).

Respecto al Puesto de Salud Vicos, se tiene el incremento progresivo de la anemia y donde no se tiene participación de las organizaciones, así como la participación de cada sector involucrado para combatir la anemia infantil.

A1. Reorganización de actividades en los servicios de salud para combatir la anemia infantil.

- Solicitar a la jefatura del Puesto de Salud Vicos se reorganice las actividades para implementar el programa.

- Informar a la jefatura de la Red de Salud Huaylas Norte la implementación del programa.

B. Información, Educación y Comunicación.

La información es un conjunto organizado de datos procesados, que constituyen un mensaje que cambia el estado de conocimiento del sujeto o sistema que recibe dicho mensaje. Existen diversos enfoques para el estudio de la información. La educación se centra en transferir los conocimientos de un tema, mediante herramienta o técnicas de aprendizaje, en el caso del Estado peruano se evalúa 5 tiempos: animación, motivación, apropiación, transferencia y evaluación (41).

La comunicación es un proceso mediante el cual dos o más personas, en un contexto determinado, ponen en común una información, ideas, habilidades mediante palabras, etc., que les pueden permitir obtener, reafirmar o ampliar conocimientos anteriores (42).

En el puesto de salud debe realizar mediante el talento humano que el tratamiento oportuno de la anemia, debido a que han adquirido conocimientos de forma general. De manera que se hace necesaria el desarrollo de capacitaciones de forma constante. La comunicación, la información y la educación son líneas de acción primordiales para desarrollar el presente trabajo académico debido a que se tiene que optimizar el recurso humano y esto debe comenzar con la debida capacitación información y educación, dirigido al personal de salud y las madres de familia del Puesto de Salud Vicos.

B.1. Sesiones demostrativas a las familias sobre la preparación de alimentos ricos en hierro y suplementación con sulfato ferroso para combatir la anemia.

- Organizar las sesiones demostrativas.
- Preparación de alimentos ricos en hierro.

B.2. Difusión radial y distribución de material educativo sobre la importancia del sulfato ferroso para combatir la anemia.

- Realizar el spot publicitario.
- Pauteo de la difusión.

C. Sensibilización

Sensibilización se entiende como la motivación a participar y el compromiso de diversas entidades, uniendo esfuerzos en la promoción de salud, con el propósito de mejorar la calidad de vida poblacional que nos permite hacer mejor la salud pública mediante el compromiso y liderazgo que son de gran relevancia (43).

Para reducir los casos de niños con anemia en el Puesto de Salud Vicos, se tiene que sensibilizar mediante diversas organizaciones como municipalidades y entidades de salud para mejorar la calidad de vida e incentivar al cambio de actitudes mediante la participación, orientando sobre las consecuencias de la anemia e importancia de cumplir con cada indicación en el tratamiento terapéutico y alimentación basado en hierro.

C.1. Sensibilización en actividades al personal de salud sobre los mecanismos para combatir la anemia:

- Coordinar con la jefatura del Puesto de Salud Vicos la capacitación y sensibilización del personal de salud en erradicación de la anemia.
- Realizar las sesiones de sensibilización

C.2. Talleres de sensibilización a los actores sociales sobre la prevención y disminución de anemia.

- Convocar a los actores sociales para comprometerlos.
- Dictado de talleres de sensibilización por la jefatura.

C.3. Visitas domiciliarias a las familias para sensibilizar sobre la erradicación de la anemia infantil.

- Organizar los horarios de visitas.
- Realizar visitas inopinadas a familias.

6.2.Sostenibilidad del trabajo académico

La sostenibilidad del trabajo estará a cargo del equipo de salud que trabaja de primera mano en atención del niño (Medico, Enfermera y Nutricionista), la jefatura de Enfermería tiene el compromiso de interrelacionarse con los diferentes jefes de los servicios con la finalidad de impulsar y mantener este proyecto en forma sostenible a través del tiempo.

VII. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

MATRIZ DE EVALUACIÓN

JERARQUÍA DE OBJETIVOS	METAS POR CADA NIVEL DE JERARQUÍA	INDICADORES DE IMPACTO Y EFECTO	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN
Propósito Disminución de la anemia en niños de 6 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos	El 100 % de los niños libres de anemia.	N° de niños sin anemia /total de niños de la jurisdicción x 100.	La anemia disminuye en los niños a medida que avanza el programa	Registro de CRED.	Trimestral	Lista de chequeo
Resultados 1. Suficiente personal de salud para las actividades intra y extra murales en el marco de la lucha contra la anemia infantil.	El 40% de enfermeras en actividades de lucha contra la anemia.	N° de enfermeras que participan en el programa/N° total de enfermeras x 100.	Las actividades de lucha contra la anemia se vuelven más frecuentes.	Rol de actividades	Mensual	Lista de chequeo
2. Conocimiento de las familias sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y la suplementación del sulfato ferroso	100% de conocimiento sobre alimentos ricos en hierro y dosificación del sulfato ferroso.	N° de familias que conocen sobre uso del hierro/ N° del total de familias de la jurisdicción x 100.	Las familias mejoran su conocimiento a medida que avanza el programa.	Registro de asistencia a las charlas	Mensual	Lista de chequeo

3. Sensibilización a los actores sociales en la erradicación de la anemia	El 100% de los actores sociales comprometidos con el programa	N° de actores sociales comprometidos con erradicar la anemia/ N° total de actores sociales.	Los actores sociales se comprometen con la erradicación de la anemia.	Registro de participantes	Mensual	Lista de chequeo
--	---	--	---	---------------------------	---------	------------------

MATRIZ DE MONITOREO

RESULTADOS DEL MARCO LÓGICO	ACCIONES O ACTIVIDADES	METAS POR CADA ACTIVIDAD	INDICADORES DE PRODUCTO O MONITOREO POR META	DEFINICIÓN DEL INDICADOR	FUENTE DE VERIFICACIÓN	FRECUENCIA	INSTRUMENTO QUE SE UTILIZARA PARA EL RECOJO DE LA INFORMACIÓN
1. Suficiente personal de salud para las actividades intra y extra murales en el marco de la lucha contra la anemia infantil.	1a. Reorganización de actividades en los servicios de salud para combatir la anemia infantil.	2 sesiones para reorganizar las nuevas actividades para erradicar la anemia.	N° sesiones de reorganización para la erradicación de la anemia/N° total de sesiones x 100.	Las sesiones para reorganizar las actividades van a mejorar la lucha contra la anemia.	Registro de asistencia.	Mensual	Lista de chequeo
	1b. Sensibilización en actividades al personal de salud sobre los mecanismos para combatir la anemia	4 jornadas de sensibilización al personal de salud.	N° total de jornadas de sensibilización al personal de salud ejecutadas/ N° total de actividades programadas x 100.	Las jornadas de sensibilización van a comprometer al del personal de salud en la lucha contra la anemia	Registro de asistencia	Mensual	Lista de chequeo
2. Conocimiento de las familias sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y la suplementación del sulfato ferroso	2a. Sesiones demostrativas a las familias sobre la preparación de alimentos ricos en hierro y suplementación con sulfato ferroso para combatir la anemia.	6 sesiones demostrativas a las madres del programa sobre preparación de alimentos y suplementación.	N° de sesiones demostrativas ejecutadas/N° total de sesiones realizadas x 100.	Las sesiones demostrativas van a permitir tener mayores conocimientos a las familias sobre los alimentos ricos en hierro.	Registro de asistencia	Mensual	Lista de chequeo

	2b. Difusión radial y distribución de material educativo sobre la importancia del sulfato ferroso para combatir la anemia	120 spots publicitarios sobre la importancia de suplementar	N° de spots emitidos sobre anemia / N° de spots de todos los programas x 100.	La difusión radial favorece a un mayor consumo de alimentos ricos en hierro y a suplementación ferrosa.	Contrato radial	Mensual	Lista de chequeo
3. Sensibilización a los actores sociales en la erradicación de la anemia	3a. Talleres de sensibilización a los actores sociales sobre la prevención y disminución de anemia	4 talleres de sensibilización.	N° de talleres de sensibilización/ N° de talleres totales x 100	Los talleres de sensibilización comprometen a los actores sociales a la erradicación de la anemia.	Registros de asistencia.	Mensual	Lista de chequeo
	3b. Visitas domiciliarias a las familias con niños anémicos para verificar el tratamiento de la anemia.	8 visitas domiciliarias de sensibilización	N° de visitas domiciliarias para sensibilizar / N° visitas totales x 100.	Las visitas domiciliarias verifican el tratamiento de la anemia.	Informe de visitas	Quincenal	Lista de chequeo

7.1 Beneficios

❖ Beneficios con trabajo académico

- Disminución de la morbilidad infantil en niños de 6 meses a 36 meses.
- Disminución de casos en niños de 6 meses a 36 meses.
- Satisfacción de padres con niños de 6 meses a 36 meses.

❖ Beneficios sin trabajo académico

- Incremento de tasa de morbilidad en niños con anemia.
- Mayor desconocimiento de la anemia por parte de los padres.
- Insatisfacción de la unidad Ejecutora por no lograr indicadores de suplementación, tamizaje y disminución de anemia

VIII. RECURSOS REQUERIDOS

8.1. Materiales

8.1.1. Materiales para capacitaciones y sensibilización.

DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Folders manila. Ciento	1	24.00	24.00
Lapiceros x ciento	1	40.00	40.00
Libro rayado 100 hojas para registrar la asistencia	1	12.00	12.00
Plumones para pizarra acrílica. Caja de 12	1	36.00	36.00
Plumones marcadores. Caja de 12	1	36.00	36.00
Papel bond de 75 gr. Por ½ millar	2	13.00	26.00
Cartulina escolar. Ciento	1/2	36.00	18.00
Papelotes. Ciento	1/2	30.00	15.00
Cinta Maskin Tape de ½ pulgada. Docena	1	40	40.00
Fotocopias – Millar	2	100.00	200.00
Total			447.00

8.2.2. Materiales para sesiones demostrativas de preparación de alimentos.

DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Balón de gas	2	36.00	72.00
Alimentos ricos en hierro (Carne roja, pescado, huevos, vísceras, sangre) por raciones	200	5.00	1 000.00
Arroz, papa, menestras por raciones	200	1.50	300.00
Aderezos y otros		20.00	20.00
Platos descartables x ciento	5	5.00	25.00
Personal de apoyo	4	25.00	100.00
Varios e imprevistos		100.00	100.00
TOTAL			1 617.00

8.2.3. Materiales de difusión

DENOMINACIÓN	CANTIDAD	COSTO UNITARIO	COSTO TOTAL
Spots radiales	120	5.00	600.00
Movilidad	10	5.00	50.00
TOTAL			650.00

8.2.4. Resumen de presupuesto

DENOMINACIÓN	APORTE REQUERIDO	APORTE PROPIO	COSTO TOTAL
Materiales para capacitaciones y sensibilización	447.00	0	447.00
Materiales para sesiones demostrativas	1 617.00	0	1 617.00
Materiales de difusión	650.00	0	650.00
TOTAL			2 714.00

8. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN DE ACCIONES

PLAN OPERATIVO

OBJETIVO GENERAL: Disminución de la anemia en niños de 6 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos.

N°	ACTIVIDAD	META	RECURSOS		CRONOGRAMA				INDICADOR
					2020				
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV	
1	Elaboración del trabajo académico “Aumento de la anemia en niños de 6 meses a 36 meses de edad en el Puesto de Salud Vicos Marcará - 2020”.	1	Informe	250.00	x				Trabajo académico elaborado
2	Presentación y exposición del trabajo académico al Puesto de Salud Vicos y a la Red de Salud Huaylas Norte.	1	Informe	50.00	x				Trabajo académico presentado
3	Coordinar con la Jefatura del Puesto de Salud Vicos para recibir apoyo en la ejecución del trabajo académico.	2	Informe	50.00		x			Coordinaciones realizadas
4	Ejecución del trabajo académico.	3	Informe	1200.00			x		Trabajo académico ejecutado
5	Evaluación del trabajo académico.	1	Informe	50.00				x	Trabajo académico evaluado
6	Presentación del informe final.	1	Informe	150.00				x	Trabajo académico presentado

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: Suficiente personal de salud para las actividades intra y extra murales en el marco de la lucha contra la anemia infantil.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
1	Reorganización de actividades en los servicios de salud para combatir la anemia infantil.	<ul style="list-style-type: none"> - Solicitar a la jefatura del Puesto de Salud Vicos se reorganice las actividades para implementar el programa. - Informar a la jefatura de la Red de Salud Huaylas Norte la implementación del programa. 	Solicitud Gestión	50.00	x			
2	Sensibilización en actividades al personal de salud sobre los mecanismos para combatir la anemia.	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinar con la jefatura del Puesto de Salud Vicos la capacitación y sensibilización del personal de salud en erradicación de la anemia. - Realizar las sesiones de sensibilización. 	Solicitud Gestión	50.00	x			

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: Conocimiento de las familias sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y la suplementación del sulfato ferroso.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020				
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV	
1	Sesiones demostrativas a las familias sobre la preparación de alimentos ricos en hierro y suplementación con sulfato ferroso para combatir la anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar las sesiones demostrativas. - Preparación de alimentos ricos en hierro. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión Organización 	<ul style="list-style-type: none"> 50.00 100.00 	x				
2	Difusión radial y distribución de material educativo sobre la importancia del sulfato ferroso para combatir la anemia	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar el spot publicitario. - Pauteo de la difusión. 	<ul style="list-style-type: none"> Gestión Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> 50.00 0 	x				

OBJETIVO ESPECÍFICO 3: Sensibilización a los actores sociales en la erradicación de la anemia.

N°	ACTIVIDAD	SUB ACTIVIDADES	RECURSOS		CRONOGRAMA 2020			
			DESCRIPCIÓN	COSTOS	I	II	III	IV
1	Talleres de sensibilización a los actores sociales sobre la prevención y disminución de anemia.	- Convocar a los actores sociales para comprometerlos	Convocatoria	50	x			
		- Dictado de talleres de sensibilización por la jefatura	Dictado de talleres	200	x	x	x	x
2	Visitas domiciliarias a las familias para sensibilizar sobre la erradicación de la anemia infantil.	- Organizar los horarios de visitas	Gestión	0	x			
		- Realizar visitas inopinadas a familias	Visitas domiciliarias	50.00	x	x	x	x

9. ASPECTOS ORGANIZATIVOS E INSTITUCIONALES

El trabajo académico “Disminuyendo la anemia en niños de 06 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos - Marcará, 2020.” estuvo a cargo de la autora en coordinación con el equipo de gestión de calidad enfermería, jefatura de servicio y departamento, calificados para organizar, dirigir, realizar incidencia política cuando el trabajo lo requiera y participar de las actividades propias del Trabajo Académico.

10. COORDINACIONES INTERINSTITUCIONALES

Las coordinaciones interinstitucionales, se llevaron a cabo con:

- Jefatura del Puesto de Salud Vicos.
- Jefatura de la Red de Salud Huaylas Sur.
- DIRES

Ancash.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de Salud. *Carencia de Micronutrientes*. [Internet].; 2012 [Consultado 2020 Abril 25. Disponible en: <https://www.who.int/nutrition/topics/ida/es/>.
2. Izquierdo A, Armenteros M. *Alimentación saludable*. Revista Cubana de Enfermería. 2004 Enero; 20(1).
3. Resolución Ministerial. *Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niños y niñas menores de 36 meses*. Perú Ministerio de Salud. 2016 Agosto; 1(1).
4. Villegas A. EFE SALUD. [Internet].; 2018 [Consultado 2020 Abril 16. Disponible en : <https://www.efesalud.com/anemia-deficit-hierro-salud-publica>.
5. Organización Mundial de la Salud. El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo. [Internet].; 2018 [Consultado 2020 Abril 16. Disponible en: <http://www.fao.org/3/I9553ES/i9553es.pdf>.
6. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. *La anemia en menores de 36 meses en el Perú*. Boletín Informativo. Lima-Perú: Congreso de la República; 2018.
7. Osorio E. *Mejorando el consumo de alimentos ricos en hierro en niños menores de 3 años en la jurisdicción del puesto de salud de Recuay Ancash 2018*. Tesis de Pregrado. Huaraz: Universidad Católica Los Angeles Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud Escuela Profesional de enfermería; 2018.

8. Ministerio de Salud. *Reducción, prevención y control de la anemia infantil en establecimientos de salud*. Directiva Sanitaria. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2018.
9. Vera L. La hemoglobina: *Una molécula prodigiosa*. Revista Académica de Ciencias. 2010 Junio; 104(1).
10. Orellano R. *La hemoglobina glicosilada*. Revistas Bolivianas. 2014 Octubre; 3(1).
11. Alcázar L. *Impacto Económico de la Anemia en el Perú*. Documento Técnico. Lima-Perú: Grupo de Análisis para el Desarrollo, GRADE; 2012.
12. Lemos M. *Hemoglobina: qué es, cuándo está alta o baja y valores normales*. [Internet].; 2020 [Consultado 2020 Abril 16. Disponible en: <https://www.tuasaude.com/es/hemoglobina/>.
13. Moraleda J. *Pregrado de Hematología* 4ta Edición. Cuarta ed. Madrid-España: Luzan; 2017.
14. Marin R, Cruz F, Aguilar H. *Directiva sanitaria para la prevención de anemia mediante la suplementación con micronutrientes y hierro en niñas y niños menores de 36 meses* Ministerio de Salud. Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública. Ministerio de Salud; 2. Ministerio de Salud. 2016 Enero; 1.
15. Alvarez G. *El hierro en la alimentación*. ELSEVIER. 2014 Febrero; 18(2).
16. Lopez R. *Importancia del consumo de hierro y vitamina C para la prevención de anemia ferropénica*. Scielo. 2014 Noviembre; 13(6).
17. Martinez J. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. [Internet].; 2016 [Consultado 2020 Abril 16. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/230662572_Intervencion_dietetico-nutricional_en_la_preencion_de_la_deficiencia_de_hierro.

18. Romero R, Alonso A. *Etiopatogenia, prevalencia y factores de riesgo de la anemia del trasplante renal*. Nefrologia. 2018 Julio; 2(2).
19. Norma Técnica. *Resolucion Ministerial*. Ministerio de Salud. 2017 Abril; 1(1).
20. Ministerio de Salud. *Consejería Nutricional*. Guía Técnica. Lima-Perú, Instituto Nacional de Salud; 2016.
21. Ministerio de Salud. *Norma Técnica de salud para la atención integral de salud neonatal*. Norma Técnica. Lima-Perú: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas; 2015.
22. Ministerio de Salud. *Manejo Terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas*. Norma Técnica. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2017.
23. Zavaleta N. *Efecto de la anemia en el desarrollo infantil: Consecuencias a largo plazo*. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud pública. 2017 Diciembre; 34(4).
24. Pender NJ. *El modelo de promoción de la salud de Nola Pender*. Enfermería Univercitaria. 2011 Diciembre; 8(4).
25. Ministerio de Salud. *Control del Crecimiento y Desarrollo de la Niña y el Niño menor de cinco años*. Norma Técnica. Lima-Perú, Dirección de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública; 2017 Julio.
26. Ministerio de Salud. *Plan Multisectorial de Lucha contra la Anemia*. Documento Técnico. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2018.

27. Ministerio de Salud. *Resolución Ministerial N° 1334-2018-MINSA*. Resolución Ministerial. Lima-Perú: Congreso de la República, Ministerio de Salud; 2018 Diciembre.
28. Ministerio de Salud. *Lineamientos de Política de Promoción de la Salud en el Perú*. Documento Técnico. Lima-Perú: República del Perú, Ministerio de Salud; 2017 Mayo.
29. Ministerio de Salud. *Guías alimentarias para la población peruana*. Documento Técnico. Lima-Perú: Congreso de la República, Ministerio de Salud; 2018 diciembre.
30. Ministerio de Salud. *Sesiones Demostrativas de Preparación de Alimentos para la Población Materno Infantil*. Documento Técnico. Lima-Perú: Ministerio de Salud; 2012 Noviembre.
31. Borge E, Pineda L. *Prevalencia de anemia y factores asociados en niños de 2 meses a 10 años de edad. Sala de Pediatría Hospital de Estelí Enero – Marzo 2014*. Tesis pregrado. Nicaragua: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua, León, Facultad de Medicina; 2018.
32. Villareal I. *Percepción De Madres De Niños De 6 A 23 Meses De Edad Respecto Al Consumo De Micronutrientes “Chispitasnutricionales” En El Municipio De Puerto Carabuco La Paz Gestión 2012*. Postgrado. Bolivia: Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica; 2013.
33. Chuquimarca C. *Efecto del suplemento de micronutrientes en el estado nutricional y anemia en niños, Los Ríos Ecuador; 2014-2015*. Multimed. Revista Médica. Granma. 2017 Junio.

34. Mamani A. *Niveles de anemia relaciones con el consumo de alimentos en niños de 3 a 5 años que asisten al Hospital Juli de Agosto a Octubre 2017*. Tesis de grado. Puno: Universidad Privada San Carlos, Escuela Profesional de Enfermería; 2017.
35. Santa Cruz I. *Factores Socioculturales Que Influyen En La Aceptabilidad Y Consumo De Los Multimicronutrientes En Las Familias Con Niños Menores De 3 Años. Chilete - 2015*. Tesis de Maestría. Cajamarca: Univercidad Nacional de Cajamarca, de ciencias; 2017.
36. Atanacio C, Carrasco A. *Factores Que Condicionan El Consumo De Multimicronutrientes Según El Cuidador Primario, 2017*. Tesis de Licenciado. Lima: Univercidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enferneria; 2018.
37. Gutierrez. *Nivel De Conocimiento Sobre Anemia Ferropenica Relacionado Con La Actitud Preventiva De Las Madres En Niños Menores De 1 Año. Hospital Eleazar Guzmán Barrón*. Nuevo Chimbote, 2013. Tesis Pregrado. Chimbote: Univercidad Nacional de Santa, Facultad de Ciencias ; 2014.
38. Garcia K. *Conocimiento de los padres de la poblacion infantil sobre la suplementacion de multimicronutrientes en polvo en un centro de salud del MINSA*. Tesis pregrado. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina; 2015.
39. Legua Y. *Grado De Anemia Y Estad O Nutricional En Niños De 1-5 Años En El Centro De Salud Los Aquijes Ica Agosto 2016*. Tesis de posgrado. Ica: Universidad Privada San Juan Bautista, Facultad de ciencias de la Salud; 2017.

40. Murras P. *Gestión - Información - Conocimiento*. Biblios. 2002 octubre; 4(14).
41. Pozo M, Álvarez J, Otero U. *La Educación como objeto del conocimiento*. UGR - España. 2004 Julio.
42. Choque R. *Comunicación y Educación para la promoción de la Salud*. Documento Técnico. Lima-Perú;; 2005.
43. Mendoza F, Terranova J, Macías M. *Estrategias de sensibilización y atención para la generación de interés*. INFADE Revista de psicología. 2014 Enero; 3(1).

ANEXOS

ANEXO 1

EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

La comunidad de Vicos está localizada en el distrito de Marcará perteneciente a la provincia de Carhuaz, en la región Ancash, que mantiene el límite por el norte con el río Lejíacocha, al este con el distrito de Chacas en la provincia de Asunción y al sur con la comunidad campesina Tupac Yupanqui en el distrito de San Miguel de Aco. Actualmente, el presidente de la comunidad campesina de Vicos es don Raúl Baltazar Copitán y el alcalde de Marcará es Carlos Sánchez Mendoza. Además, se encuentra distribuida en 10 sectores: Coyrocsho, Cullwash, Ullmay, Punco Corral, Vicos Pachán, Tambo, Paltash, Ucuhsmpa, Cachipachan y Williash; siendo el más lejano a 1 hora minutos de la plaza en moto lineal, sin acceso de la ambulancia en épocas de lluvias por ser un camino accidentado por existir con frecuencia derrumbes en la zona.

Vicos tiene a su disposición un Puesto de Salud con el mismo nombre Vicos, que esta categorizado en el nivel de I-2, donde se encuentra regulado mediante su jefatura y perteneciente a la Red de Salud Huaylas Sur, en este establecimiento de salud se encuentra integrado por 6 profesionales de la salud, entre ellos se encuentran: 2 licenciadas en enfermería, 1 licenciada en obstetricia, 6 técnico en enfermería y 1 conductor de la ambulancia, con el propósito de cubrir las necesidades de salud tanto intra como extramurales, ya que por ser nivel I – 2 debe abocar sus actividades principales en acciones preventivo promocional, en relación a la población, se tiene 193 menores del rango de 6 meses a 36 meses y 36 son lactantes

de 6 a 11 meses de edad.

En el Puesto de Salud Vicos, se ha tenido un incremento constante de casos de anemia, de acuerdo a los datos que son reportadas por el Servicio de Crecimiento y Desarrollo (CRED) del establecimiento de salud; dando a entender que el sistema de salud presenta deficiencias para realizar actividades que refuercen la disminución de la anemia, a ello se suma la poca frecuencia de asistencia de las madres al control de sus menores hijos. La anemia infantil por deficiencia de hierro es un problema severo de salud pública en el país. En la comunidad de Vicos el 78 % de la población menor de 36 meses de edad padece de esta enfermedad, así mismo un grupo de 13 de un total de 25 lactantes 6 a 11 meses.

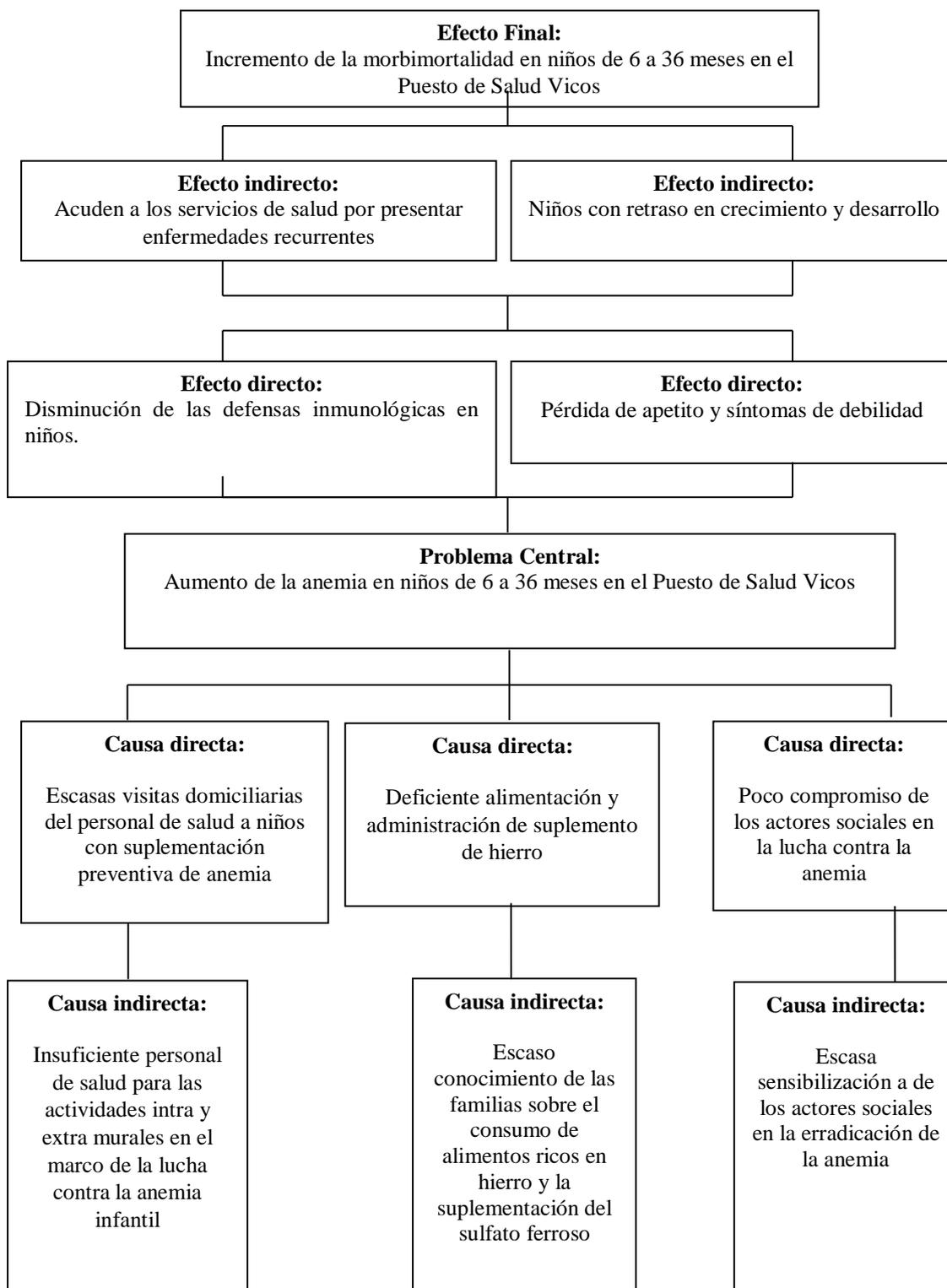
Como indica la Norma Técnica de Salud N° 134, en Manejo terapéutico y preventivo de la anemia, el tratamiento de la anemia se realiza en varios momentos, de acuerdo al crecimiento de los niños, de acuerdo a la edad de los mismos, en un primer momento, los niños de 3 meses a 5 meses de la jurisdicción del Puesto de Salud de Vicos reciben de forma preventiva hierro polimaltosado diario según el peso para prevenir la Anemia.

Otro momento en el tratamiento se realiza a los 6 meses de edad, cuando se le realiza el primer dosaje de hemoglobina. Realizado este primer dosaje, al 40 % (13 lactantes) se le diagnosticó anemia entre moderada o leve y severa. Simultáneamente a los 6 meses, en el dosaje de hemoglobina, se le realiza con en el paquete completo del control de crecimiento y desarrollo, en su mayoría del tipo leve obteniendo un resultado entre 10.0 g/dl - 10.9 g/dl y recibiendo inmediatamente el tratamiento respectivo de sulfato ferroso según su peso junto con la orientación y consejería

nutricional. En este escenario se ha desarrollado la investigación y por lo descrito es muy necesaria la disminución de estas cifras en el Puesto de Salud Vicos.

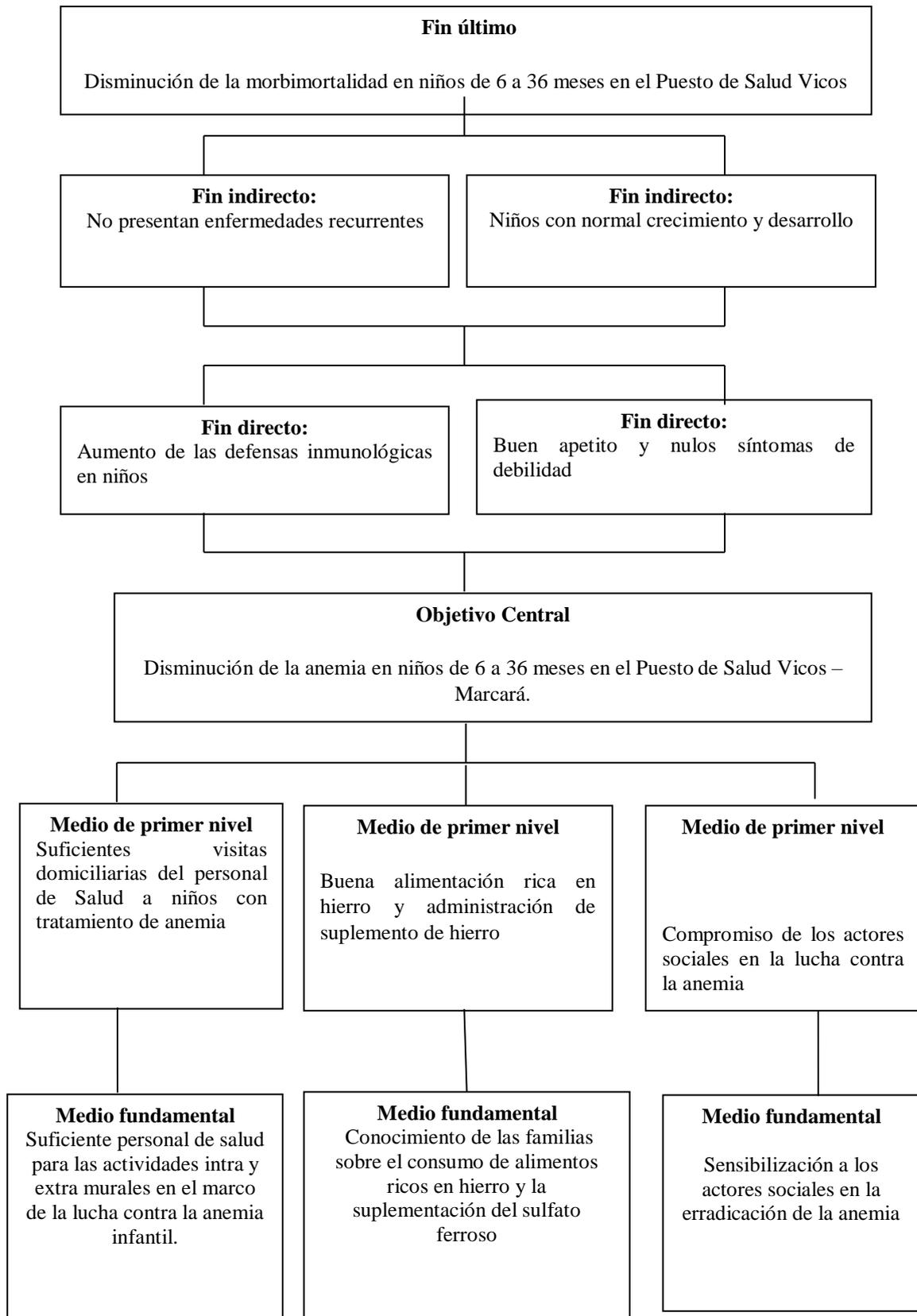
ANEXO 2

Gráfico N° 01: ÁRBOL DE CAUSAS - EFECTOS



ANEXO 3

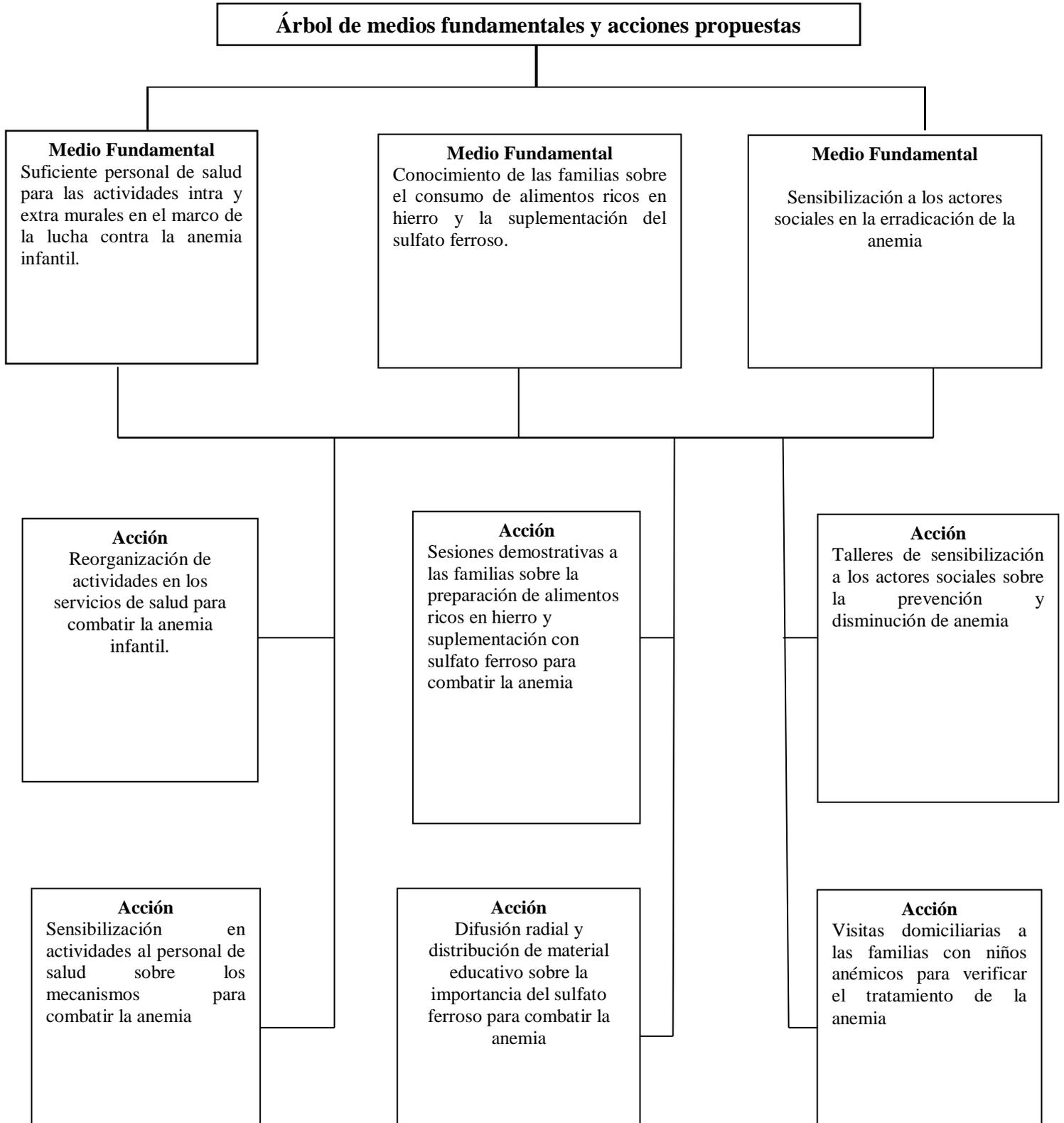
Gráfico N° 02: ÁRBOL DE MEDIOS Y FINES



ANEXO 4

Gráfico N° 03: ÁRBOL DE MEDIOS FUNDAMENTALES Y ACCIONES

PROPUESTAS



ANEXO 5

MATRIZ DE MARCO LÓGICO

	Resumen de objetivos	Metas	Indicadores	Medios de verificación	Supuestos
Fin	Disminución de la morbimortalidad en niños de 6 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos.				
Propósito	Disminución de la anemia en niños de 6 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos.	El 100 % de los niños están libres de anemia	N° de niños sin anemia /total de niños de la jurisdicción x 100.	- Fichas CRED. - Niveles de hemoglobina en los niños.	Niños más saludables y con menos riesgo de contraer enfermedades.
Componentes	A. Suficiente personal de salud para las actividades intra y extra murales en el marco de la lucha contra la anemia infantil.	El 40% de enfermeras realizan actividades de lucha contra la anemia.	N° de enfermeras que participan en el programa/N° total de enfermeras x 100.	- Rol de actividades	Enfermeras capacitadas y motivadas en la lucha contra la anemia.
	B. Conocimiento de las familias sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y la suplementación del sulfato ferroso.	100% de conocimiento sobre alimentos ricos en hierro y dosificación del sulfato ferroso.	N° de familias que conocen sobre uso del hierro/ N° del total de familias de la jurisdicción x 100.	- Registro de asistencia de las familias a las charlas sobre anemia	Familias que conocen los alimentos ricos en hierro y sobre suplementación son sulfato ferroso.
	C. Sensibilización a los actores sociales en la erradicación de la anemia.	El 100% de los actores sociales comprometidos con el programa.	N° de actores sociales comprometidos con erradicar la anemia/ N° total de actores sociales.	- Registro de participantes.	Actores sociales se comprometen con las metas de erradicación de la anemia.

Acciones	A 1. Reorganización de actividades en los servicios de salud para combatir la anemia infantil.	2 sesiones para reorganizar las nuevas actividades para erradicar la anemia.	N° sesiones de reorganización para la erradicación de la anemia/N° total de sesiones x 100.	- Registro de asistencia.	Puesto de salud bien organizado para luchar contra la anemia.
	A 2. Sensibilización en actividades al personal de salud sobre los mecanismos para combatir la anemia	4 jornadas de sensibilización al personal de salud.	N° total de jornadas de sensibilización al personal de salud ejecutadas/ N° total de actividades programadas x 100.	- Registro de asistencia	Personal de salud comprometido en la lucha contra la anemia.
	B 1. Sesiones demostrativas a las familias sobre la preparación de alimentos ricos en hierro y suplementación con sulfato ferroso para combatir la anemia	6 sesiones demostrativas a las madres del programa sobre preparación de alimentos y suplementación.	N° de sesiones demostrativas ejecutadas/N° total de sesiones realizadas x 100.	- Registro de asistencia	Madres de familia que preparan alimentos ricos en hierro y dosifican la suplementación ferroso.
	B 2. Difusión radial y distribución de material educativo sobre la importancia del sulfato ferroso para combatir la anemia.	120 spots publicitarios sobre la importancia de suplementar	N° de spots emitidos sobre anemia / N° de spots de todos los programas x 100.	- Contrato radial	Familias informadas sobre importancia de del sulfato ferroso en el combate contra la anemia.
	C 1. Talleres de sensibilización a los actores sociales sobre la prevención y disminución de anemia.	4 talleres de sensibilización.	N° de talleres de sensibilización/ N° de talleres totales x 100	- Registros de asistencia.	Actores sociales comprometidos en la disminución de la anemia.
	C 2. Visitas domiciliarias a las familias para sensibilizar sobre la erradicación de la anemia infantil.	8 visitas domiciliarias de sensibilización	N° de visitas domiciliarias para sensibilizar / N° visitas totales x 100.	- Informe de visitas	Niños cada vez mejor alimentados

ANEXO 6

INFORMACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD



DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD:

TIPO DE ESTABLECIMIENTO	: Establecimiento sin internamiento
CLASIFICACIÓN	: Puesto de Salud o Posta de Salud
NOMBRE	: Puesto de Salud Vicos.
TIPO	: Sin internamiento
CATEGORÍA	: I-2
DIRECCIÓN COMPLETA	: Centro Poblado Menor de Vicos Ancash - Carhuaz - Marcará
DEPARTAMENTO	: Ancash
PROVINCIA	: Carhuaz
DISTRITO	: Marcará
HORARIO	: 08:00 - 15:00 horas.
DISA	: Ancash
RED	: Huaylas Sur.
MICRORED	: Marcará.
UNIDAD EJECUTORA	: Salud Recuay Carhuaz
SERVICIOS QUE BRINDA:	
1. Medicina	
2. Obstetricia	
3. Enfermería	
4. Nutrición	
5. Psicología	
6. Servicios de emergencia.	
JEFE A CARGO	: Lic. Violeta Capillo Reynaldo
COLEGIO PROFESIONAL	: Colegio de Enfermeros del Perú

ANEXO 7

INFORME DE EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES PROGRAMADAS EN EL TRABAJO ACADÉMICO

DATOS GENERALES:

1.1 DIRIGIDO A : A los niños de 6 meses a 36 meses de la localidad de
Vicos

1.2 LUGAR : Puesto de Salud Vicos.

1.3 FECHA : De enero a diciembre

1.4 HORA : Horarios de atención al público

1.5 RESPONSABLE:

✓ Capillo Reynaldo, Violeta

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Disminución de la anemia en niños de 06 a 36 meses en el Puesto de
Salud Vicos - Marcará, 2020.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Suficiente personal de salud para las actividades intra y extra murales en el marco de la lucha contra la anemia infantil.
- ✓ Conocimiento de las familias sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y la suplementación del sulfato ferroso.
- ✓ Sensibilización a los actores sociales en la erradicación de la anemia.

III. INFORME NARRATIVO

A1. Respecto a la reorganización de actividades en los servicios de salud para combatir la anemia infantil, estas acciones se han ejecutado al 40%, y en lo que resta del año se irán reorganizando las actividades en los servicios de salud, hasta completar las acciones restantes.

A2. En relación a las sesiones demostrativas a las familias sobre la preparación de alimentos ricos en hierro y suplementación con sulfato ferroso para combatir la anemia, estas acciones han sido ejecutadas al 30%, se tiene que insistir con brindar estas sesiones demostrativas con la finalidad de interiorizar el consumo de alimentos ricos en hierro.

A3. En relación a la difusión radial y distribución de material educativo sobre la importancia del sulfato ferroso para combatir la anemia, estas acciones han sido ejecutadas al 30%, en el resto del año se va a seguir con la difusión radial y la distribución de material educativo para sensibilizar a las familias sobre la importancia del uso del sulfato ferroso.

A4. En relación a la sensibilización en actividades al personal de salud sobre los mecanismos para combatir la anemia, estas acciones han sido ejecutadas al 70%, con unas dos actividades más al personal de salud, que conoce el tema, el personal de salud estará bien sensibilizado sobre los mecanismos para combatir la anemia.

A5. En relación a los talleres de sensibilización a los actores sociales sobre la prevención y disminución de anemia, estos talleres de sensibilización se han

ejecutado al 50%, se tienen que realizar más talleres en el transcurso del año para lograr la sensibilización con los actores sociales sobre la prevención y disminución de la anemia.

A6. Respecto a las visitas domiciliarias a las familias para sensibilizar sobre la erradicación de la anemia infantil, estas acciones han sido ejecutadas al 40%, en el entendido que las vistas domiciliarias continuarán todo lo que resta del año para sensibilizar sobre la necesidad de erradicar la anemia infantil.

IV. CONCLUSIONES

- Conclusión 1: En relación al Objetivo General: Disminución de la anemia en niños de 6 a 36 meses en el Puesto de Salud Vicos; se mantiene progresivamente los avances de las actividades ya que el plazo en ejecución sigue manteniéndose en los parámetros, además que se ha presentado una cantidad estimada de padres de niños de 6 a 36 meses en las sesiones que se espera progresivamente incrementarse.
- Conclusión 2: Sobre el objetivo específico: Suficiente personal de salud para las actividades intra y extra murales en el marco de la lucha contra la anemia infantil. Se concluye que se ha tenido el apoyo de un personal eficiente en la rama de salud y cuidado que tienen conocimiento y además siguen en constante capacitación en la lucha contra la anemia, el manejo terapéutico y nutrición.
- Conclusión 3: Respecto al objetivo específico: Conocimiento de las familias sobre el consumo de alimentos ricos en hierro y la suplementación del sulfato ferroso; se concluye que, durante las sesiones

a los padres de familia, se evidencia mayor participación por parte de las madres de los niños de 6 a 36 meses, a quienes se les brinda ejemplos sobre los alimentos que brindan hierro y suplementos ferrosos, dando a entender que se tiene buena acogida.

- Conclusión 4: En relación al objetivo específico: Sensibilización a los actores sociales en la erradicación de la anemia; se concluye que ha incentivado constantemente la participación principal de Puesto de Salud, así mismo los directivos de la comunidad de Vicos y con el apoyo de la Municipalidad de Marcará se pudo generar conciencia y participación masiva a través de su sub gerencia.

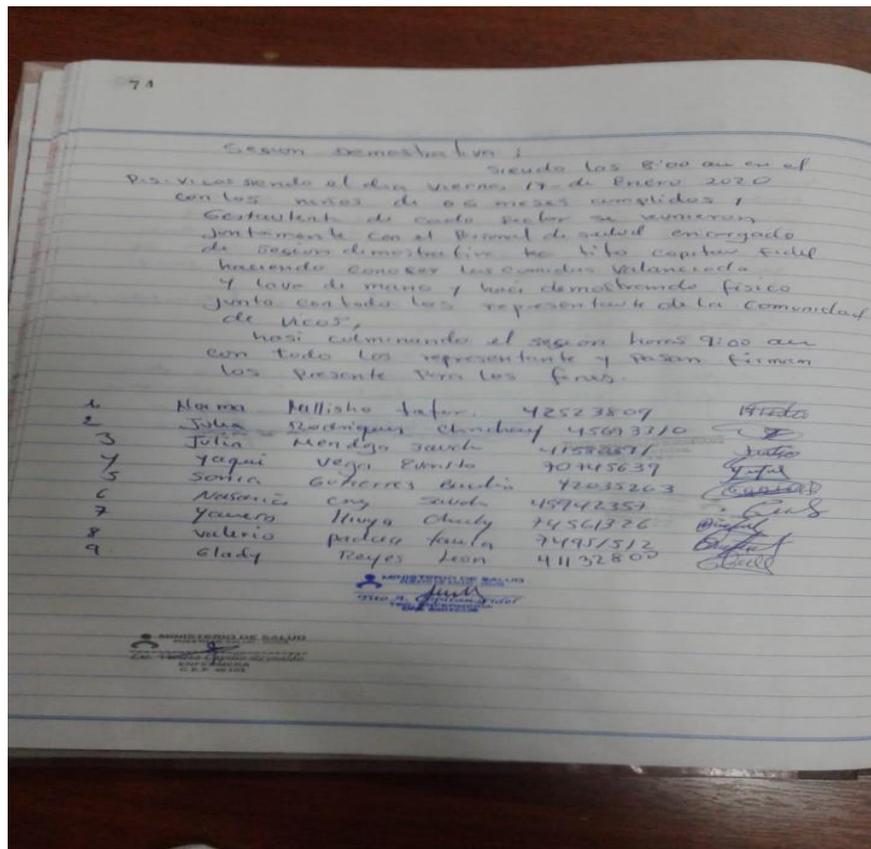
V. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la jefatura del Puesto de Salud Vicos que mantenga continuidad de los talleres de lucha contra la anemia, de manera que en una forma eficiente se reduzca los casos de anemia en los niños y beneficie en una calidad de vida y salud dentro del territorio de jurisdicción del puesto.
- Se recomienda jefatura del Puesto de Salud Vicos la gestión de contratación de personal especializado en la lucha contra la anemia, con el objetivo de seguir ejecutando los talleres a los padres de familia de los niños ya que se ha tenido buena participación, evidenciando la preocupación de sus hijos.
- Se recomienda al Jefe de Almacén del Puesto de Salud Vicos que se conserve el material sobrante que no ha sido necesario distribuir entre los

padres de familia de los niños de 6 a 36 meses, a fin de distribuirlo el próximo año y mejorar la respuesta e incentivar con mayor fuerza su difusión.

VI. EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS

ACTA DE SESIÓN DEMOSTRATIVA



LAVADO DE MANOS ANTES DEL INCIO DE SESIÓN DEMOSTRATIVA



SESIÓN DEMOSTRATIVA DE LAVADO DE MANOS



SESIÓN EDUCATIVA SOBRE ALIMENTOS RICOS EN HIERRO



SESIÓN EDUCATIVA SOBRE EL BENEFICIO DE SULFATO FERROSO EN GOTAS



SESIÓN EDUCATIVA SOBRE EL BENEFICIO DEL SULFATO FERROSO EN JARABE



ALIMENTOS RICOS EN HIERRO

