

Reducción de la anemia infantil con una estrategia de intervención conjunta



Sensibilización a control CRED (mejorando la adecuación intercultural para incrementar las coberturas en control de crecimiento y desarrollo)

Por Mirian Ccoya Tijera y
Milagros Aguilar Calla*

Actualmente, la anemia es una de las enfermedades con mayor prevalencia en los países en desarrollo. En nuestro país es un problema de salud pública. Las cifras de la ENDES a nivel nacional, del año 2016, revelaron que el 43,5% de niños y niñas menores de 3 años de edad sufren de anemia, siendo mayor en zonas rurales (51,1%) y menor en zonas urbanas (40,5%). El departamento con mayor prevalencia de esta condición es Puno (75,9%), seguida por Madre de Dios (58,2%), Apurímac (56,8%), Pasco (56,1%) y Loreto (55,6%). Es importante resaltar el factor de la edad, pues es más elevada a los 6 meses de edad, asimismo afecta al 60% de los niños/as de 6 a 18 meses, disminuyen-

do significativamente a partir de los 3 años, por lo cual es importante realizar el seguimiento del estado nutricional de madres gestantes e incidir en la planificación de los embarazos.

La anemia nutricional es causada principalmente por la deficiencia de hierro, especialmente por la baja ingesta de alimentos ricos en hierro, especialmente hierro de buena biodisponibilidad (hemínico) los cuales se encuentran en alimentos de origen animal (carne y viseras). La reducción de la lactancia materna exclusiva, también juega en contra, así como la alta tasa de infecciones, diarreas y parasitosis, debido al pobre saneamiento básico y prácticas de higiene no ade-

cuadas. Tiene consecuencias graves en el desarrollo motor e intelectual, de no corregirse en los primeros años de vida, el daño es irreversible, repercutiendo en el desempeño intelectual y rendimiento escolar a la largo de la vida; asimismo afecta negativamente en la resistencia a las infecciones, crecimiento y capacidad para el trabajo, repercutiendo en la economía familiar y la del país.

En noviembre del 2016, el Estado peruano declara como prioridad de política pública la lucha contra la desnutrición crónica infantil y la anemia, presentando el Plan Nacional de reducción de la anemia 2017 – 2021, donde anuncian el inicio de la cruza-

da nacional contra la anemia infantil, bajo un enfoque de “abordaje multisectorial” liderado por el Ministerio de Desarrollo e Inclusión social (MIDIS). La meta al 2021 es rebajar a 19% la anemia de niños/as en el país, para lo cual se han establecido lineamientos de política pública, que de no articularse entre las organizaciones, el Estado y la sociedad civil, quedarán solo en buenos deseos.

Estrategia de intervención conjunta

En el 2015, a través de la mesa de coordinación multisectorial a nivel distrital, se estableció una estrategia de intervención de manera conjunta y concertada, con participación de las municipalidades distritales (gerencia de desarrollo social), establecimientos de salud (Red de salud Melgar), programas sociales nacionales (Juntos y Cuna Más) y **descosur**-AeA, con el objetivo de lograr la reducción de la anemia infantil de manera sostenida.

Ante la necesidad de concientizar a la población sobre la anemia e importancia de su erradicación, la puesta en marcha de la estrategia se inició con la realización de campañas de despistaje de anemia a público abierto con el objetivo de llegar a toda la población, seguido por cuatro acciones primordiales: (i) tamizaje de hemoglobina, (ii) suplementación de hierro a niños/as diagnosticados con anemia, (iii) talleres educativos con degustación de platos y postres a base de hígado y sangrecita, (iv) implementación de huertos familiares, siempre con la estrategia de un trabajo conjunto y articulado con centros de promoción y vigilancia comunal.

- Campañas de despistaje de anemia, realizado a través del tamizaje de hemoglobina por capilaridad en niños/as y gestante para su mejor precisión, al inicio y al final del año. En esta acción la convocatoria se realizó con todos/as los actores de la sociedad civil. Asimismo nos permitió tener un diagnóstico certero, el cual tendríamos que combatir.

- El fortalecimiento de capacidades locales a través de talleres educativos en la desnutrición, anemia, la alimentación y nutrición desde la gestación

hasta la etapa infantil, prácticas en viviendas saludables. En talleres prácticos se realizaron diferentes sesiones demostrativas dirigidas a la prevención y recuperación de niños/as con anemia, mediante preparaciones a base de alimentos ricos en hierro, principalmente la sangre deshidratada que es de fácil manipulación y conservación por periodos largos. Asimismo se realizó una sensibilización sobre la importancia de la lactancia materna y los controles de crecimiento, lo cual se hizo en dos niveles: (i) formación de agentes comunitarios de salud, con talleres mensuales y con mayor espe-

también spots educativos en quechua y castellano con temas de anemia en niños/as y gestantes, su prevención y recuperación, así como para contrarrestar los malos hábitos de consumo de la población, que se caracteriza principalmente por un alto consumo de alimentos ricos en carbohidratos y la presencia de inhibidores como los polifenoles y taninos en sus infusiones y consumo de golosinas, que incrementan la tasa de anemia.

- Suplementación de hierro. La anemia por deficiencia de hierro se presenta con más regularidad en las familias de



Prácticas en preparación de alimentos saludables en Umachiri.

cialización y (ii) a las familias. Este proceso se fortaleció con el seguimiento y monitoreo personalizado a familias de niños/as y madres gestantes con anemia o riesgo de anemia, de manera conjunta con agentes comunitarios de salud, personal de establecimientos de salud, municipalidad distrital, programa nacional Juntos y **descosur** AeA.

Con la finalidad de mejorar los hábitos alimentarios, incidiendo en todos los miembros de la familia, se implementó un calendario con la clasificación de los alimentos ricos en hierro, alimentos que ayudan su absorción (frutas cítricas), así como alimentos que inhiben su absorción (lácteos), el cual se manejó y fue utilizado por el personal de los puestos de salud en cada taller educativo y sesión demostrativa como guía principal. Se realizó

la zona rural, debido a que no tienen acceso permanente a alimentos ricos en hierro (de origen animal), por su alto costo. De otro lado, el beneficio de animales se realiza cada dos meses para su consumo, lo cual hace difícil o lenta la recuperación de niños/as con anemia. En este contexto se realizó la suplementación de hierro polimalto-sado en los niños/as, siendo de fácil absorción y con una biodisponibilidad que mejora los niveles de hemoglobina en forma rápida, disminuyendo la anemia moderada y severa. Una vez recuperado el niño/a de la anemia, se fomentó su sostenibilidad mediante seguimientos y monitoreo a familias (visitas domiciliarias), talleres educativos y sesiones demostrativas, evitando así la recaída. La orientación debe ser una tarea permanente porque la anemia puede regresar.

- Fortalecimiento de los centros de promoción y vigilancia comunal (CPVC), liderado por las agentes comunitarias de salud. Estos centros se esforzaron en hacer seguimiento de las familias con niños/as con anemia y recuperarlos, a través de réplicas de capacitaciones a nivel comunal, esto tuvo mayor dinamismo por el concurso que se implementó entre CPVC a nivel de los distritos de Umachiri y Cupi.

- Implementación de huertos familiares para la producción de hortalizas de hoja verde proveedores de hierro. Se realizó a través de la siembra en fitotoldos pequeños y en macetas, los cuales de manera progresiva se vienen incluyendo en la preparación de alimentos.

Resultados

A nivel de la comunidad

Los datos del segundo trimestre de la Red de Salud Melgar, de los distritos de Umachiri, Cupi, Llalli y Macari, nos muestra que entre el 2015 al 2017 se ha tenido una reducción de 9,4% en la tasa de anemia en niños/as menores de 3 años, pasando de 69,6% (2015) a 68,4% (2016), teniendo la mayor

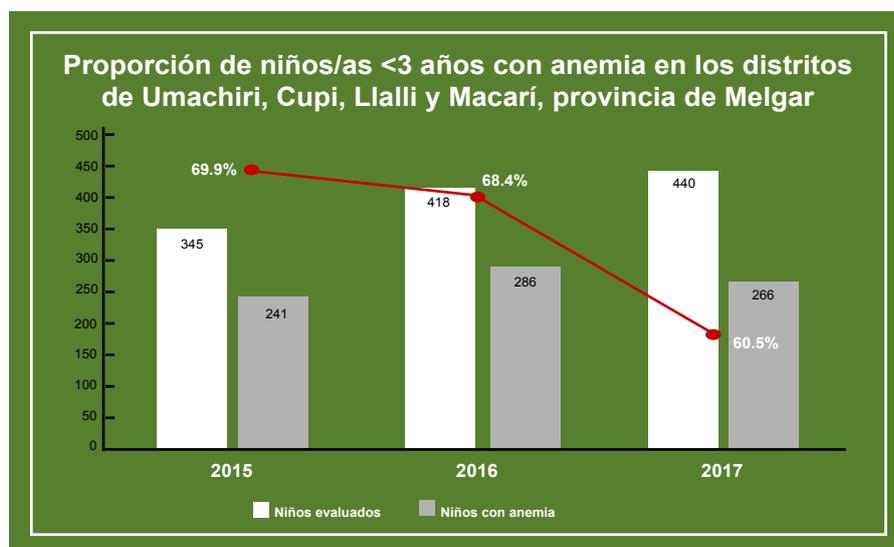
reducción en el 2017 con 60.5 %.

Mientras que en los niños/as menores de 5 años, la reducción fue de 12%, pasando de 64,5% en el 2015 a 52,5% en el 2017. A esta edad los niños tienden a adquirir nuevas costumbres alimentarias, fuera del hogar, debido a que ingresan a un nuevo grupo social de pre-escolares y su alimentación se ve influenciada por sus amigos, que en la mayoría de los casos no le dan importancia a los alimentos saludables, se incrementa el consumo de golosinas, productos gasificados, y piqueos que se envían en la lonchera escolar, los

cuales impiden la absorción de hierro, o la mala combinación de alimentos. Estas condicionantes se afrontaron con el fortalecimiento de capacidades de las madres y padres de familia.

A nivel de CPVC

El 18.8% de niños y niñas menores de 3 años que participan regularmente en los centros de promoción y vigilancia comunal (CPVC) de los 4 distritos de intervención tenían anemia. Con la intervención fueron recuperados, y este porcentaje bajó el 16.5 %. Según los datos obtenidos en el seguimiento y



Cuadro 1
Proporción de niños/as <3 años con anemia según puestos de salud

Nombre del establecimiento de Salud	2015			2016			2017		
	Niños evaluados	niños/as con anemia	%	Niños evaluados	niños/as con anemia	%	Niños evaluados	niños/as con anemia	%
Promedio	345	241	69,9	418	286	68,4	440	266	60,5
P.S. Umachiri	56	31	55,4	57	35	61,4	77	40	51,9
P.S. Unión Collana	6	4	66,7	7	5	71,4	17	7	41,2
P.S. Chuquibambilla	31	20	64,5	34	10	29,4	35	8	22,9
C.S. Llalli	44	32	72,7	94	80	85,1	69	51	73,9
P.S. Cupi	17	15	88,2	38	28	73,7	52	40	76,9
P.S. Nina Corani	18	16	88,9	11	9	81,8	14	10	71,4
C.S. Macari	80	72	90,0	97	72	74,2	103	68	66,0
P.S. Huamanruro	27	24	88,9	16	15	93,8	26	17	65,4
P.S. Alto Collana	19	2	10,5	13	2	15,4	11	7	63,6
P.S. Selque	12	8	66,7	18	5	27,8	10	2	20,0
P.S. Bajo Collana	20	8	40,0	17	15	88,2	15	7	46,7
P.S. Santa Cruz	15	9	60,0	16	10	62,5	11	9	81,8

Fuente: REDES Melgar 2017

monitoreo de los CPVC, el porcentaje de anemia es menor en comparación a los obtenidos a nivel comunal, debido esencialmente a una mayor participación de las madres en talleres educativos en temas de anemia, desnutrición, alimentación balanceada, y sesiones demostrativas en alimentos ricos en hierro, incluyendo los alimentos de la zona ricos en hierro (sangre deshidratada, hígado, bazo, hojas de quinua, jataco, entre otras), actividades que fueron fortalecidas con visitas domiciliarias, logrando un cambio de actitud en las madres y padres en la importancia de la crianza de niños/as sin anemia.

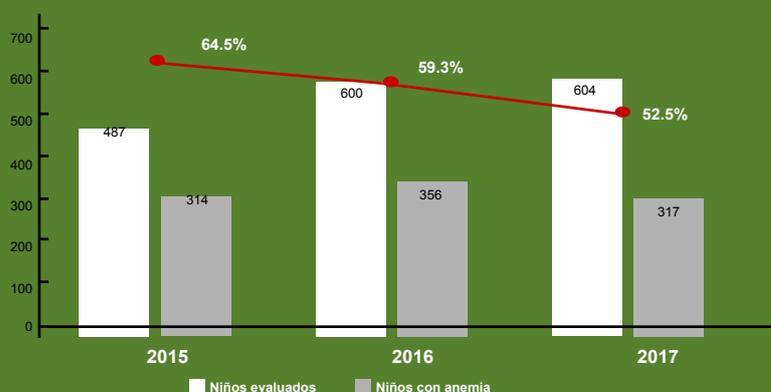
1. Licencia en Nutrición, responsable del ámbito de condiciones de vida saludable.
2. Médico Veterinario, Coordinadora y responsable del ámbito de incidencia política del proyecto "Desarrollo sostenible, salud preventiva y calidad educativa de las poblaciones de los distritos de Cupi, Llalli, Umachiri y Macarí en la provincia de Melgar, Región Puno. Ejecutado por descosur, financiado por la fundación Ayuda en Acción.
3. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES investigación estadísticas que ejecuta el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI.

Cuadro 3
Proporción de niños <3 años con anemia en los CPVC

Distritos	N° de niños/as sin anemia	N° de niños/as con anemia	% de niños/as con anemia	N° de niños/as recuperados	% de niños/as recuperados
Umachiri	39	8	20,5	8	20,5
Cupi	43	4	9,3	7	16,3
Macari	41	8	19,5	6	14,6
Llalli	10	5	50,0	1	10,0
Promedio	133	25	18,8	22	16,5

Fuente: REDES Melgar 2017

Proporción de niños/as <5 años con anemia en los distritos de Umachiri, Cupi, Llalli y Macarí, provincia de Melgar



Cuadro 2
Proporción de niños/as <5 años con anemia según puestos de salud

Nombre del establecimiento de Salud	2015			2016			2017		
	Niños evaluados	niños/as con anemia	%	Niños evaluados	niños/as con anemia	%	Niños evaluados	niños/as con anemia	%
Promedio	487	314	64,5	600	356	59,3	604	317	52,5
P.S. Umachiri	91	49,0	53,8	91	42,0	46,2	97	47	48,5
P.S. Unión Collana	9	6,0	66,7	12	5,0	41,7	21	7	33,3
P.S. Chuquibambilla	49	29,0	59,2	60	13,0	21,7	66	10	15,2
C.S. Llalli	47	32,0	68,1	94	80,0	85,1	89	61	68,5
P.S. Cupi	18	16,0	88,9	76	53,0	69,7	68	48	70,6
P.S. Nina Corani	27	25,0	92,6	9	7,0	77,8	21	14	66,7
C.S. Macari	119	92,0	77,3	141	93,0	66,0	131	76	58,0
P.S. Huamanruro	28	25,0	89,3	17	16,0	94,1	29	19	65,5
P.S. Alto Collana	27	2,0	7,4	24	3	12,5	20	9	45,0
P.S. Selque	14	8,0	57,1	21	6,0	28,6	15	3	20,0
P.S. Bajo Collana	30	12,0	40,0	24	19,0	79,2	28	12	42,9
P.S. Santa Cruz	28	18,0	64,3	31	19,0	61,3	19	11	57,9

Fuente: REDES Melgar 2017