

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



**INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA ANEMIA EN NIÑOS
MENORES DE 5 AÑOS EN EL DISTRITO DE PANPACHIRI, EN EL
DISTRITO DE PANPACHIRI PROVINCIA DE ANDAHUAYLAS. 2018**

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

ROSA ELIZABETH SERRANO SALAS

CALLAO - 2018
PERÚ

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- DR. HERNÁN OSCAR CORTEZ GUTIERREZ PRESIDENTE
- MG. JOSE LUIS SALAZAR HUAROTE SECRETARIO
- MG. VANESSA MANCHA ALVAREZ VOCAL

ASESORA: DRA. ZOILA ROSA DIAZ TAVERA

Nº de Libro: 06

Nº de Acta de Sustentación: 364

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 06/09/2018

Resolución Decanato N° 1353-2018-D/FCS de fecha 05 de Setiembre del 2018 de designación de Jurado Examinador del Trabajo Académico para la obtención del Título de Segunda Especialidad Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	9
2.3 Definición de Términos	25
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	26
3.1 Recolección de Datos	26
3.2 Experiencia Profesional	26
3.3 Procesos Realizados del Informe	27
IV. RESULTADOS	28
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
VII. REFERENCIALES	39
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

Escogí el tema de la Anemia, porque es uno de los grandes problemas de Salud Pública que repercute en nuestra niñez que es el futuro de nuestro país, no es lo mismo tener una población infantil saludable con un crecimiento y desarrollo normal que sería lo ideal que una niñez con anemia y desnutrición crónica, con talla baja, con bajo peso, riesgo nutricional, predispuesta a las infecciones respiratorias, diarreica crónica por la misma baja inmunidad.

Por consiguiente, con gasto del presupuesto estatal, que bien serviría para obras públicas que mejoren la calidad de vida de la población.

En el presente trabajo, se describe las estrategias tomadas para la reducción de la anemia infantil: a) plan de capacitación a las madres de niños de 0 a 5 años víctimas de anemia leve y b) la creación de un chocolate fortificado con hierro (150 ml). Este trabajo es sustentado a través de gráficos y cuadros estadísticos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La Organización Mundial de la Salud (2009) señala que la anemia es el trastorno hematológico más frecuente en el mundo y afecta a 2 mil millones de personas especialmente en países en vías de desarrollo. Los infantes tienen un mayor riesgo de anemia debido a su rápido crecimiento y las fuentes dietéticas limitadas en hierro (9). Según la OMS, se considera como anemia en niños el valor de la hemoglobina por debajo de los 11 g/dl para los niños de 6 meses – 6 años de edad, leve (de 10 – 10-9 g/dl) moderada (8-9.9 g/dl), grave (7 a 7.9 g/dl) y severa (menores de 7 g/dl).

A nivel internacional Martínez R. (Cuba 2009) realizó un estudio de 44 escolares con anemia evaluando las dificultades cognitivas sin evidencia de problemas neurológicos, se concluyó que hubo disminución en los cocientes de inteligencia, y sus escalas, además del rendimiento en 38% menor que los demás alumnos normales, y el déficit neurocognitivo está presente en niños con anemia.

Freire W. (Ecuador, 1989) "Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional de salud de la población ecuatoriana en niños menores de 5 años (DANS) determina por el método de frecuencia el consumo promedio de alimentos, por región y área (urbana o rural). El estudio DANS encontró que el 22% de los niños en los 6 y 59 meses de edad sufría de anemia, si se desglosa este indicador por grupo se encuentra anemia en el 69% de los niños de 6 a 12 meses y en el 46% de los niños entre los 12 y 24 meses (6).

En lo nacional, García S. (Lima 2001) evalúa la relación existente entre anemia y rendimiento escolar en los estudiantes del colegio nacional Javier Pérez de Cuellar, en San Juan de Lurigancho, aplicó un estudio correlacional a una muestra de 214 estudiantes de 6 a 12 años de edad,

se tomó en cuenta el hematocrito y la valoración del rendimiento escolar de cada niño mediante las notas finales de los cursos de matemática y lenguaje, se concluyó que la prevalencia de anemia fue de 37% y al determinar si existían diferencias significativas en los promedios de notas de matemáticas y lenguaje y el rendimiento académico en grupos de anémicos y no anémicos se encontró que no es significativo ($p > 0.005$) lo que nos indica que en grupo de estudio la anemia no se relaciona con el rendimiento académico de niños de 6 a 12 años.

En el nivel de trabajo local Rosa Serrano (noviembre, 2016) "Influencia de plan de capacitación sobre anemia a las madres" se realizó un estudio cuasi experimental con una población de 12 niños con anemia leve en la comunidad de Ayapampa, distrito Pampa chiri, región Apurímac, con un pre test y post test de tamizaje de hemoglobina los cuales al cabo de la capacitación en tres módulos que se realizó y tras seis meses de seguimiento con visitas domiciliarias, dotación de alimentos ricos en hierro, consejerías, se logró la recuperación del 75% de los niños (9) de 12, quedando 25% (3) con anemia leve.

En la actualidad, tenemos en todo el distrito 58 niños con anemia menores de cinco años que comprenden 8 anexos de los distintos centros poblados en el distrito de Pampa chiri. La sintomatología que presentan depende de la severidad de la anemia, los niños con anemia de grado leve no presentan manifestaciones clínicas evidentes, por lo que el diagnóstico se hace en base a los hallazgos de laboratorio, pueden auscultarse soplos funcionales y taquicardia, así como cardiomegalia de grado variable dependiendo de la cronicidad y severidad de la anemia, también se presenta dificultad para ganar peso, cabello quebradizo, etc. (Alonso, 2007) (13)

La infancia es el periodo de vida, donde se realizan los progresos más importantes e influyentes en el campo cognitivo, es necesario definir el desarrollo cognitivo como el conjunto de transformaciones que se dan en el transcurso de la vida, por el cual se aumentan los conocimientos y

habilidades para percibir, pensar y comprender.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de Enfermería en Anemia con niños menores de 5 años de la Comunidad de Ayapampa del distrito de Pampa chiri perteneciente a la provincia de Andahuaylas.

1.3. Justificación

La anemia por deficiencia de hierro constituye un problema de salud pública en nuestro país ya que presenta un alto índice de prevalencia. Según las estadísticas en América Latina y el Caribe del Programa Mundial de Alimentos se ha determinado que el Perú se encuentra entre los países con más índice de anemia con gravedad severa, presentándose esta enfermedad en un 68.8% de niños menores de dos años.

La deficiencia de hierro en los niños provoca trastornos en diversas funciones como la alteración en el desarrollo psicomotor, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. Por esta razón, resulta necesario ahondar en dicha problemática a fin de encontrar alternativas de solución que impacten de manera positiva en la salud de nuestros menores niños.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

INTERNACIONALES

Martínez R. (Cuba, 2009), realizaron un estudio con el fin de evaluar las dificultades cognitivas en niños con anemia, sin afectación neurológica evidente. Se estudiaron 44 pacientes sin ningún elemento recogido en sus historias clínicas que evidenciara afectación del Sistema nervioso central. Se observó disminución en los cocientes de inteligencia (CI) de la escala total ($p= 0,014$) y de la escala ejecutiva ($p= 0,008$) y también en las sub escalas semejanzas ($p= 0,048$), ordenar figuras ($p= 0,017$) y diseño de bloques ($p= 0,001$). Los maestros consideraron el rendimiento en 38% menor que en los demás alumnos. Concluyó que el déficit neurocognitivo, está presente en niños con anemia. (Martínez R., 2009)

Solano L. (Venezuela, 2008) realizaron una investigación para evaluar la prevalencia de anemia y de deficiencia de hierro, mediante un estudio descriptivo, transversal a 543 niños entre 2 a 4 años de edad, en Carabobo en el 2005. La prevalencia global de anemia fue del 26,9% y la de anemia ferropénica fue del 23,6%. Del total de anémicos, el 63,7% presentó anemia leve y el 36,3%, moderada. Los más afectados fueron Marco conceptual los menores de 3 años y los varones. Concluyeron que cuanto menor la edad, es menor el nivel de hemoglobina. (3)

Ruiz N. (Venezuela, 2006), asoció los niveles de hemoglobina a la función cognitiva, en 81 niños escolares que asistieron a una escuela nacional en la Parroquia Naguanagua, perteneciente al estado de Carabobo en la región central de Venezuela. El 8.5% presentaron anemia ferropénica. En relación a la capacidad intelectual el 23.5% se ubicó en un rango deficiente, el 24.7% rango término medio y el 51.8% obtuvo rango superior. Se concluyó que la anemia ferropénica afecta la función cognitiva de los niños

en edad escolar. Se aplicó la T de student hallándose un $p < 0.005$. (4)

Lozoff B (Costa Rica 2001), aplicó una investigación que se basó en que la anemia influía en el desarrollo cognitivo del niño. Se llevó a cabo entre 1999 y 2000 en San José. La muestra fue de 191 niños. A todos los niños anémicos se les dio tratamiento con hierro vía oral, durante tres meses. Los que no presentaron anemia recibieron un placebo. Al terminar la terapia, el desarrollo cognitivo de aquellos niños (36%) que se habían rehabilitado completamente de la anemia ferropénica fueron similares a los puntajes de los que originalmente fueron clasificados como no-anémicos. Esto no ocurrió en 64% de los anémicos que no fueron completamente rehabilitados. En estos casos la hemoglobina subió por encima de los 12 mg/dl, pero, algunos indicadores de hierro aún se mantuvieron por debajo del nivel normal. Al mismo tiempo el rendimiento mental y motor continuó significativamente por debajo del de los niños sin historia de anemia. (5)

Freire W. (Ecuador 1988) “Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años” (DANS), determina por el método de frecuencia, el consumo promedio de alimentos, por región y área (urbana o rural). Los datos disponibles confirman que la anemia constituye un grave problema en el Ecuador. El estudio DANS encontró que el 22% de los niños entre 6 y 59 meses de edad sufría de anemia; si se desglosa este indicador por grupos de edad se encuentra anemia en el 69% de los niños de 6 a 12 meses y en el 46% de los niños entre 12 y 24 meses. (6)

NACIONALES

Gustavo F. Gonzales, con el estudio Características de la gestación, del parto y recién nacido en la ciudad de Huaraz, 2001 – 2005. El valor de la hemoglobina durante el embarazo fue determinado por el nivel de hemoglobina medida en la primera consulta. Como resultado se obtuvieron, Para determinar anemia en la gestación, se ha considerado tanto el límite establecido por la OMS de 11 gr/dl en mujeres gestantes¹⁰, como al valor de 13,0 gr/dl, establecido por el MINSA para poblaciones

ubicadas a más de 3000 m.s.n.m. como resultado De las madres estudiadas, el 16,91% fueron adolescentes, 56,94% tuvieron edades entre los 20 y 29 años, 23,02% entre 30 y 39 años y 3,43% edades entre 40 y 49 años. El promedio de edad fue $25,77 \pm 6,49$ años con un rango de 12 a 49 años y una talla promedio de $1,51 \pm 0,74$ m). El estado civil más frecuente fue de conviviente (60,5 %) y; en cuanto al grado de escolaridad el grupo estuvo conformado en su mayoría por mujeres con instrucción secundaria (40,8 %), observándose un porcentaje significativo de mujeres que siguen estudios superiores, tanto universitarios (22,3 %) como técnicos (9,7%). En cuanto al hábito de fumar, es escaso el número de gestante (0,06%) y un gran porcentaje de ellas (63,51%) inician su embarazo con peso adecuado (IMC 20- 24,9).¹ **García S. (Lima, 2001)** evaluó la relación existente entre anemia y rendimiento escolar, en estudiantes del Colegio Nacional Javier Pérez de Cuéllar, en San Juan de Lurigancho, aplicó un estudio correlacional, a una muestra de 214 estudiantes de 6 a 12 años de edad. Se tomó en cuenta el hematocrito y la valoración del rendimiento escolar de cada niño mediante las notas finales de los cursos de Matemáticas y Lenguaje. Se encontró que la prevalencia de anemia fue del 37 % y al establecer si existían diferencias significativas en los promedios de notas de Matemáticas y Lenguaje y el Rendimiento Académico en grupos de anémicos y no anémicos se encontró que no es significativo ($p > .0.05$), lo que nos indica que, en el grupo de estudio, la anemia no se relaciona con el Rendimiento Académico. (7)

Soto R. (Lima, 1993) compararon la frecuencia de anemia con el rendimiento escolar, en dos grupos de niños (5 a 11 años de edad), de nivel socioeconómico muy bajo en el cono sur de Lima. El perfil de rendimiento escolar de los niños, era equivalente al promedio trimestral de las notas en todas las materias del plan escolar del Ministerio de Educación del Perú. Se clasificaron en tres grupos según su rendimiento (el puntaje máximo 20): rendimiento escolar alto, con un calificativo igual o mayor a 14;

rendimiento medio, con un puntaje de 13; y rendimiento bajo, con una nota igual o menor a 12. Se encontró que el nivel de hemoglobina y de dos indicadores de hierro de los escolares con un rendimiento alto, era estadísticamente superior al de los niños con rendimiento bajo. En el caso particular de hemoglobina, el promedio de estos últimos fue de 10.88 mg/dL, mientras que el de los sujetos con rendimiento alto fue de 11.73 mg/dL. (8)

2.2. Marco conceptual

2.2.1. La anemia

La anemia es un trastorno en el cual el número de eritrocitos (y, por consiguiente, la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre) es insuficiente para satisfacer las necesidades del organismo. Las necesidades fisiológicas específicas varían en función de la edad, el sexo, la altitud sobre el nivel del mar a la que vive la persona, el tabaquismo y las diferentes etapas del embarazo. Se cree que, en conjunto, la carencia de hierro es la causa más común de anemia, pero pueden causarla otras carencias nutricionales (entre ellas, las de folato, vitamina B12 y vitamina A), la inflamación aguda y crónica, las parasitosis y las enfermedades hereditarias o adquiridas que afectan a la síntesis de hemoglobina y a la producción o la supervivencia de los eritrocitos. La concentración de hemoglobina por si sola no puede utilizarse para diagnosticar la carencia de hierro (también llamada ferropenia). Sin embargo, debe medirse, aunque no todas las anemias estén causadas por ferropenia. La prevalencia de la anemia es un indicador sanitario importante y, cuando se utiliza con otras determinaciones de la situación nutricional con respecto al hierro, la concentración de hemoglobina puede proporcionar información sobre la intensidad de la ferropenia.

Cuadro 1: valores de hemoglobina

Anemia
Normal 13gr/dl
Leve 11-12,9gr/dl
Moderada 9-10,9gr/dl
Severa menor a 9 gr/dl

Cuadro 2: valores de hemoglobina según altitud

Altura en metros	Hemoglobina por decilitros	Hematocrito en %
Menos de 1.000	11	33
1.000	11,2	33,5
1.500	11,5	34,5
2.000	11,8	35,5
2.500	12,3	37
3.000	12,9	39
3.500	13,7	41,5
4.000	14,5	44
4.500	15,5	47

Fuente: Ministerio de salud (Perú)

2.2.2. Síntomas

- Cansancio, falta de energía, fatiga
- Agitación
- Piel pálida
- Mareos
- Dolor de cabeza
- Ansiedad
- No dormir adecuadamente
- Náuseas
- Tristeza

- Irritabilidad
- Dolor abdominal

2.2.3. Consecuencias de la anemia

Las consecuencias de la anemia son:

- Disminución en la calidad de interacción madre-niño.
- Retraso en el desarrollo mental y motor
- Niños anémicos presentan un desarrollo mental y motor menor al de los niños sin anemia.

Luego del tratamiento con hierro, los niños anémicos mejoraron su rendimiento en las pruebas de desarrollo pero siguieron teniendo un rendimiento menor en comparación al grupo no anémico (1).

2.2.4. Tipos de anemia

2.2.4.1. Anemia megaloblástica

La anemia megaloblástica es causada por la deficiencia de ácido fólico o deficiencia en vitamina B12 y ocurre, habitualmente, en el VIH cuando se consume AZT. Con este tipo de anemia, su resultado de laboratorio mostrará que el volumen de las células es mayor al normal, y su médico debería determinar la causa.⁸

El ácido fólico pertenece al grupo de las vitaminas B, denominado algunas veces folato. El ácido fólico se halla en muchos vegetales, legumbres, frutas, granos enteros y cereales fortificados. La deficiencia de folato afecta a la síntesis de ADN (material genético) y al crecimiento de los glóbulos rojos.

Las mujeres embarazadas, alcohólicos y los vegetarianos están, usualmente, a riesgo de una deficiencia en folato. El ácido fólico es, especialmente, necesario durante el crecimiento, para los alcohólicos, hepatitis, enfermedades inflamatorias, algunas píldoras anticonceptivas,

cáncer y pobres hábitos alimentarios.

2.2.4.2. Anemia perniciosa y megaloblástica

La deficiencia en vitamina B12, puede causar anemia megaloblástica, macrocítica y perniciosa. Usualmente, la deficiencia de B12 ocurre, más a menudo, debido a una pobre absorción de B12, que a una ingesta inadecuada; sin embargo, los vegetarianos pueden padecer deficiencia. Las personas con mayor riesgo son: ancianos, vegetarianos estrictos, individuos con deficiencia del factor intrínseco (componente que ayuda en la absorción de la vitamina B12), También, tal como ocurre en la anemia por deficiencia de folato, la deficiencia de B12 conduce a la formación de glóbulos rojos inmaduros. (2)

2.2.4.2.1. Anemia aplásica: es una enfermedad muy seria, en la cual la médula ósea normal es reemplazada por grasa. La pueden causar las toxicidades por medicamentos y químicos, radiaciones y ciertas enfermedades

2.2.4.2.2. Anemia hemolítica: ocurre cuando los glóbulos rojos maduros son destruidos muy tempranamente. Podría ser causada por falta de vitamina E.

2.2.4.2.3. Anemia Caliciforme: es una condición hereditaria, afecta más comúnmente, a la población negra y habitualmente es diagnosticada durante la infancia.

2.2.4.2.4. Anemia por enfermedades crónicas: ocurre en infecciones, desórdenes inflamatorios y neoplásicos

2.2.5. Sulfato ferroso

El sulfato ferroso sirve para prevenir o tratar la anemia. El tratamiento con sulfato ferroso dura generalmente por lo menos 3 meses. Si la persona no mejora, es probable que la anemia tenga otra causa que no sea la falta de hierro.

El sulfato ferroso a veces irrita el estómago y también puede causar

estreñimiento. No es recomendado administrar sulfato ferroso a persona con alto grado de desnutrición. (3)

2.2.6. Alimentos y Nutrición

Las necesidades nutritivas del individuo dependen de sus características genéticas y metabólicas, es decir, la forma de cómo el organismo reacciona a los nutrientes que ingiere, sin embargo, en el caso de los niños y niñas su satisfacción pretende, sobre todo, alcanzar un crecimiento satisfactorio en estados carenciales.

Con una nutrición adecuada se pueden prevenir enfermedades agudas y crónicas, se consigue un desarrollo físico y mental óptimo. El alimento es toda sustancia consumida por el individuo para que éste pueda recuperar las energías perdidas por actividades físicas y mentales que van degenerando el buen funcionamiento del organismo. Según la función que cumplen en el organismo los alimentos se clasifican en:

2.2.6.1. Alimentos Energéticos: Contienen carbohidratos y grasas. Dan energía y vigor. Son el combustible del organismo, conservan el calor y la temperatura corporal. Está subdividido en tres subgrupos:

2.2.6.1.1. Cereales y productos derivados: arroz, maíz, trigo, cebada, avena, harina y productos derivados de ello. Son alimentos ricos en hierro, tiamina y niacina.

2.2.6.1.2. Tubérculos, plátanos y azúcares: tienen un alto contenido de carbohidratos.

2.2.6.1.3. Aceites y grasas: características nutricionales básicas: alto contenido calórico, procedente exclusivamente de grasa alimenticia, vegetales y animales.

2.2.6.1.4. Grasas

Aquellas sustancias que son sólidas a la temperatura ambiente,

por ejemplo, la mantequilla, la manteca, la grasa proveniente de grasas gordas. Son grasas altas en colesterol al igual que los provenientes de vegetales como las margarinas. Los mejores aceites son los provenientes del girasol, el maíz, la soya y la oliva.

2.2.6.2. Alimentos Formadores

Estos alimentos contienen principalmente proteínas que utiliza el organismo para la construcción y reparación de músculos, huesos, sangre, tejidos, dientes y órganos del cuerpo.

A este grupo pertenecen:

- La leche y sus derivados: son la principal fuente de calcio, también son ricos en proteínas, vitamina A, D, B, Riboflavina. De este grupo se excluyen la mantequilla y la crema de leche por ser fuentes que pertenecen al grupo de las grasas.
- Carnes, huevos, leguminosas y mezclas vegetales: se caracterizan por su alto contenido de proteínas y niacina. La sub clasificación se basa en el origen animal (carnes, vísceras, pescados, aves, huevos) y los otros de origen vegetal (leguminosas, fríjol, lenteja, habas, maní, soya y mezclas vegetales).

2.2.6.3. Alimentos Reguladores

Estos alimentos contienen los nutrientes que regulan el funcionamiento de todo el organismo (vitaminas y minerales), favorecen la visión y conservan saludable la piel. Aportan vitaminas A y C, fibra y celulosa.

Se subdividen en dos grupos:

- Hortalizas y verduras: comprenden las ricas en carotenoides (zanahorias, pimentón, lechuga, remolacha,

coliflor, habichuela, etc.).

- Frutas: se clasifican en tres subgrupos de acuerdo con el contenido nutricional básico: las ricas en vitaminas C (guayaba, mango, curaba, naranja, limón, etc.), las ricas en carotenoides (maracuyá, mandarina, papaya, zapote, etc.), y las que no son fuente principal de vitamina A, ni de vitamina C, por ejemplo, el banano y el melón.

Un organismo bien nutrido trabaja al máximo permitiéndole al ser humano realizar todas sus actividades físicas y mentales cotidianas sin ningún problema de descontrol o desvanecimiento corporal.

2.2.6.4. Calidad y Cantidad de los Alimentos

Nuestro cuerpo se forma a partir de las sustancias alimenticias que ingerimos. En el interior del organismo se realiza continuamente un proceso de reparación que restablece los desgastes; esta reparación la realizan los alimentos vertidos en la sangre.

En nuestro organismo los alimentos sufren un proceso de transformación que tiene lugar en el aparato digestivo, hasta desintegrarse en sustancias de pequeño tamaño capaces de ser absorbidas por el intestino para ser vertidas en la corriente sanguínea que se ocupa de su distribución a la célula y tejidos del organismo.

Cada órgano exige nutrición, cada parte del cuerpo debe recibir la suya para sumarse, en buen estado del engranaje general que posibilita el armónico funcionamiento del cuerpo humano.

La calidad de la salud depende en gran parte de la calidad, cantidad y variedad de alimentos que se reciben y estos están determinado por aspectos como:

2.2.6.4.1. Lo Sensorial.

Son los referentes a las sensaciones visuales, olfativas, gustativas y de tacto, por un lado, las sensaciones digestivas por otra.

El acto de comer genera placer y no solamente el sentido del gusto sino a todos los sentidos.

Es evidente que un alimento bien presentado suscita más apetencia que el mismo alimento expuesto sin ningún cuidado. De la misma manera, el olor y la textura favorecen o disminuyen el placer que sentimos en el acto de comer. No obstante, es el sentido del gusto el que nos produce mayor deleite o disgusto según si el sabor del alimento esta de acorde con nuestras apetencias.

2.2.6.4.2. Lo Nutricional.

Son las que se refieren a la dietética del alimento, es decir, su valor energético y su contenido en nutrientes; la cantidad de los alimentos va a depender de:

- Su composición
- La eficacia biológica que la componen
- El nivel de satisfacción de las necesidades nutricionales por parte del alimento.

Hay que tener en cuenta que el valor nutritivo de algunos alimentos varía en función de las condiciones en que se ha consumido, los tratamientos industriales al que ha sido sometido, las condiciones de almacenamiento y su conservación etc.

2.2.6.4.3. Lo Higiénico.

Son las normas que exigen salubridad e inocuidad del alimento es decir que no contenga microbios, ni otros residuos que puedan perjudicar al organismo del ser humano.

La calidad higiénica depende de la presencia de microorganismos tales como: mohos, bacterias, virus, o sustancias tóxicas que pueden ser de origen natural.

2.2.6.4.4. Factores Sociales.

Los alimentos tienen también un aspecto social específico. Los alimentos más escasos suelen ser caros y elitistas y acaba adquiriendo una connotación social de “exquisitos”.

Es importante considerar el aspecto social del acto de comer, compartimos la mesa con los familiares, amigos y personas a las que queremos.

Las tradiciones familiares en cuanto a los hábitos alimentarios se van transmitiendo de generación en generación, aunque cada vez se vayan incorporando costumbres relacionadas con la vida actual.

2.2.6.4.5. Factores Personales.

Es evidente que en la elección de los alimentos que componen la dieta habitual de una persona, intervienen también factores personales que se suman a los sociales. En ocasiones estos factores tienen que ver con el tiempo disponible para la compra y preparación de las comidas. La distribución y horarios vienen también condicionados por los horarios de trabajo y estudio etc. Se puede deducir que actualmente el ritmo de alimentación de una persona no depende solamente de su necesidad biológica, se adapta al trabajo, a las costumbres familiares y otros condicionamiento personales y sociales.

2.2.7. Factores que Provocan la Anemia

- **Parásitos intestinales (uncionarias y lombrices) que se alimentan de sangre.**

Al no consumir alimentos ricos en hierro, como carnes rojas, moronga, hígado, bazo de res, cerdo, yema de huevo, frijol, espinaca cocida, verduras de hojas verdes oscura y chipile.

- **Factores que previenen la anemia**

Dar suficiente leche materna a los niños y niñas, principalmente en los primeros seis meses, consumir alimentos ricos en hierro. Al comer frijol, debe complementarse en una fruta natural entera o en refresco, porque la vitamina "C" contribuye a utilizar el hierro del frijol, evitar que los niños y niñas tomen café o té, porque disminuyen la absorción del hierro en los alimentos, usar calzado para evitar uncionarias.

- **¿Cómo identificar un niño o niña con anemia?**

Se puede sospechar que un niño o niña tiene anemia, especialmente cuando: presenta cansancio; sueño todo el tiempo, tiene problemas para respirar, no quieren jugar, se ve pálido(a).

Un niño con anemia, se ve pálido por que no recibe el hierro necesario para darle color a la sangre, esa palidez se observa en la parte interna de los párpados de ojo, la lengua y los labios, la palma de la mano, la planta de los pies, uñas de los dedos.

- **¿Por qué prevenir y curar la anemia?**

Es importante dar atención oportuna o tratamiento cuando se detecta la anemia en los niños y niñas especialmente en sus dos primeros años de vida porque afecta el desarrollo del cerebro y sus

funciones; principalmente limita el desarrollo de la inteligencia y la memoria. Un niño o niña con anemia, generalmente disminuye su actividad física, no tiene deseos de jugar y su concentración y rendimiento son bajos.

2.2.8. Deficiencia de Yodo

La deficiencia de yodo es una de los principales problemas en El Salvador y afecta a gran parte de la población.

- **¿Qué es el yodo?**

Es un mineral que se encuentra en la naturaleza y en los alimentos de origen marino. Los seres humanos necesitan yodo para que el buen funcionamiento de la glándula llamada TIROIDEA, la cual segrega tiroxina. Esta hormona es indispensable para el desarrollo normal de los niños y niñas y jóvenes, y el buen funcionamiento del organismo.

- **Deficiencia de yodo (signos y consecuencias)**

La deficiencia de yodo, produce graves daños en la salud de la población, el más conocido es el bocio, llamado popularmente “Buche” o “güegüecho”.

Se manifiesta como un abultamiento en parte anterior e inferior del cuello; su tamaño varía dependiendo del tiempo, gravedad y capacidad de respuesta de cada individuo, ante la deficiencia de yodo en su organismo.

La deficiencia extrema de este mineral durante el embarazo, da como resultado: recién nacidos con deficiencias del sistema nervioso, bajo peso, mayor cantidad de abortos y mayor número niños y niñas que nacen muertos. Los niños que sobreviven tienen problemas de crecimiento, sordomudez, estrabismo y retardo mental.

2.2.9. Peso y Talla

El indicador de retardo en talla como un indicador de pobreza, permitirá conocer la situación actual y la historia nutricional de los menores de 6 años, recolectar información primaria y fundamental para conocer el estado nutricional de la niñez, conocer la distribución geográfica de la desnutrición crónica y la severidad de la misma.

Esta información permitirá, una mejor focalización y priorización de las intervenciones alimentarias y nutricionales, a fin de lograr un mayor impacto en la población infantil.

Según el Censo Nacional de Talla en Escolares que se realizó en 1988 y la prevalencia de retardo en talla a nivel nacional fue de 29.8%; en septiembre del 2000 se desarrolló el II Censo y la prevalencia mencionada disminuyó a un 19.5%, mostrando diferencias importantes entre las áreas urbano y rural, el área urbana con un 14.7% y la rural con un 23.4%. Fueron los resultados del II Censo de talla en el 2000 fue determinante para definir la prioridad de los municipios en el mapa de pobreza recientemente elaborado.

El indicador de retardo en talla, es importante porqué:

- Es un indicador de pobreza
- Nos muestra la historia nutricional de los niños y niñas menores de 6 años.
- Nos permite contar con información primaria sobre el estado nutricional.
- Podemos conocer la distribución geográfica del problema, en forma más desagregada que cualquier otra investigación.
- Nos permite conocer la severidad del problema
- Nos permite hacer una mejor Focalización y Priorización más eficiente de las intervenciones nutricionales.
- Para la toma de decisiones en forma oportuna, a diferentes

niveles.

- Para evaluar las intervenciones realizadas en un determinado periodo.
- **¿Para qué se quiere conocer la talla de los niños y las niñas?**

La rapidez con la que una niña o niño sano, crece y aumenta de peso y talla depende de muchos factores: la alimentación, su salud, las condiciones ambientales, los cuidados, etc.

Al medir la talla del niño y la niña, se está conociendo en resumen el efecto de los factores y procesos sociales que han afectado a su familia.

Peso para talla (P/T). Este índice refleja el estado nutricional actual. Un bajo peso para talla implica que la masa muscular y la grasa corporal se encuentran disminuidas. En zonas no afectadas por desastres o hambrunas el indicador de peso bajo para la talla.

Se define como emaciación, para describir el proceso grave y reciente que ha llevado a una pérdida considerable de peso, seguidamente con delgadez o desgaste. Una baja prevalencia de emaciación en una población no implica la ausencia de problemas nutricionales actuales.

Peso para edad (P/E). Este índice refleja la masa corporal relativa a la edad cronológica.

Este índice es influenciado por ambos, la talla del niño y la niña (talla para edad) y su peso (peso para talla), por lo que su naturaleza compuesta hace compleja su interpretación. En zonas de alta prevalencia, el indicador que describe el proceso patológico de peso bajo para la edad.

Cuadro 3: Peso y la Talla Ideal

Edad	Peso	Talla
Niño 2 años	27,72 lb.	85,6 cm
Niña 2 años	26,18 lb.	84,4 cm
Niño 3 años	32,34 lb.	94,9 cm
Niña 3 años	30,58 lb.	94,0 cm
Niño 4 años	36,74 lb.	102,9 cm
Niña 4 años	35,2 lb.	101,6 cm
Niño 5 años	41,14 lb.	109,9 cm
Niña 5 años	38,94 lb.	108,4 cm
Niño 6 años	45,54 lb.	116,1 cm
Niña 6 años	42,9 lb.	114,6 cm
Niño 7 años	50,38 lb.	121,7 cm
Niña 7 años	47,96 lb.	120,6 cm
Niño 8 años	55,66 lb.	127,0 cm
Niña 8 años	54,56 lb.	126,0 cm
Niño 9 años	61,82 lb.	132,2 cm
Niña 9 años	62,70 lb.	132,2 cm
Niño 10 años	69,08 lb.	137,5 cm
Niña 10 años	71,50 lb.	138,3 cm
Niño 11 años	77,66 lb.	143,3 cm
Niña 11 años	81,40 lb.	144,8 cm
Niño 12 años	87,56 lb.	149,7 cm
Niña 12 años	91,30 lb.	51,5 cm

TEORIA DE ENFERMERIA

Virginia Henderson, plantea un plan de cuidados de enfermería donde se evidencia los principales problemas manifestados por los/las pacientes con anemia.

Asimismo, se especifican actividades de prevención entre la población sana susceptible de presentar déficit de hierro.

La **teoría de Virginia Henderson** es considerada como una filosofía definitoria de enfermería, se basa en las necesidades básicas humanas. La función de la enfermera es atender al sano o enfermo (o ayudar a una muerte tranquila), en todo tipo de actividades que contribuyan a su salud o a recuperarla. 17 nov. 2013

El modelo de Henderson abarca los términos Salud-Cuidado-Persona-Entorno desde una perspectiva holística.

Salud: Es la calidad de salud más que la propia vida, es ese margen de vigor físico y mental lo que permite a una persona trabajar con su máxima efectividad y alcanzar un nivel potencial más alto de satisfacción en la vida. Es la independencia de la persona en la satisfacción de las 14 necesidades fundamentales:

1. Respirar con normalidad: Captar oxígeno y eliminar gas carbónico.
2. Comer y beber adecuadamente: Ingerir y absorber alimentos de buena calidad en cantidad suficiente para asegurar su crecimiento, el mantenimiento de sus tejidos y la energía indispensable, para su buen funcionamiento.
3. Eliminar los desechos del organismo: Deshacerse de las sustancias perjudiciales e inútiles que resultan del metabolismo.
4. Movimiento y mantenimiento de una postura adecuada: Estar en movimiento y movilizar todas las partes del cuerpo, con

movimientos coordinados, y mantenerlas bien alineadas permite la eficacia del funcionamiento del organismo y de la circulación sanguínea.

5. Descansar y dormir: Mantener un modo de vida regular, respetando la cantidad de horas de sueño mínimas en un día.
6. Seleccionar vestimenta adecuada: Llevar ropa adecuada según las circunstancias para proteger su cuerpo del clima y permitir la libertad de movimientos.
7. Mantener la temperatura corporal: Regular la alimentación de acuerdo a la estación establecida, como también hacer una correcta elección de la vestimenta de acuerdo a la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal: Regular la higiene propia mediante medidas básicas como baños diarios, lavarse las manos, etc.
9. Evitar los peligros del entorno: Protegerse de toda agresión interna o externa, para mantener así su integridad física y psicológica.
10. Comunicarse con otros, expresar emociones, necesidades, miedos u opiniones: Proceso dinámico verbal y no verbal que permite a las personas volverse accesibles unas a las otras.
11. Ejercer culto a Dios, acorde con la religión: Mantener nuestra fe de acuerdo a cuál sea la religión sin distinciones por parte del plantel enfermero.
12. Trabajar de forma que permita sentirse realizado: Las acciones que el individuo lleva a cabo le permiten desarrollar su sentido creador y utilizar su potencial al máximo
13. Participar en todas las formas de recreación y ocio: Divertirse con una ocupación agradable con el objetivo de obtener un descanso físico y psicológico.
14. Estudiar, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal de la salud: Adquirir conocimientos y habilidades para la modificación de su comportamiento.
15. Ella planteo que la enfermera no solo debe valorar las necesidades

del paciente, sino también las condiciones y los estados patológicos que lo alteran, puede modificar el entorno en los casos en que se requiera y debe identificar al paciente y su familia como unidad.

BASES NORMATIVAS

La NTS N°134 – MINSA / 2017

“Norma técnica de Salud para el manejo terapéutico, preventivo de la anemia en niños, adolescentes, gestantes y puérperas”

2.3. DEFINICION DE TERMINOS

- **Anemia.** - Es el déficit de hemoglobina por debajo de 11.gr/dl, y se clasifica en: Anemia leve, moderada, grave, severa. Presenta síntomas como: Inapetencia desgano, palidez, baja inmunidad y por consiguiente infecciones.
- **Plan de capacitación.** - Es un proceso que va desde el diagnóstico de las necesidades de capacitación hasta la evaluación de los resultados comprende seis pasos: Detección de las necesidades (Habilidades o capacidades que requieren las personas). Clasificación y jerarquización de las necesidades, definición de objetivos, elaboración del programa de capacitación, ejecución, y evaluación de los resultados.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión documentaria además la recopilación de información mediante una ficha de seguimiento.

Reporte HIS Historia clínica

Registro de laboratorio Encuestas

Pre test y Post test (tamizaje de HB).

3.2. Experiencia profesional

Actualmente soy personal con condición laboral plazo fijo vengo laborando como licenciada de enfermería desde setiembre del 2015 a la actualidad en Centro de Salud Pampa chiri. Antes, agosto 2013- agosto 2015 contrato C.A.S. Micro Red Anda rapa, SERUMS enero 2013-junio 2013 Micro Red Talavera.

FUNCIONES DESARROLLADAS EN LA ACTUALIDAD:

Área asistencial.

Evaluación, crecimiento, desarrollo del niño o inmunizaciones. Mediante dicha actividad se realizan los controles CRED (crecimiento y desarrollo) del recién nacido hasta los 11 años, 11 meses y 29 días.

Visitas domiciliarias.

Se realizan seguimiento de niños con suplemento de multimicronutrientes, seguimiento de niños con anemia y desnutrición realizando las consejerías nutricionales.

Responsable de central de esterilización. Responsable de emergencias e

internamiento.

3.3. Procesos realizados en el tema del informe

Plan de capacitación a las madres de los niños con anemia, seguimiento exhaustivo con visitas domiciliarias y creación de un chocolate artesanal como un aporte dietético nutricional.

En vista del problema relevante de Anemia y el desconocimiento y falta de involucramiento de las madres detectado a través de opiniones y encuestas y visto y observado a través de los tamizajes de hb. Los resultados de 10- 10.9g dl de Anemia leve, se analizó: Desconocimiento de anemia relacionado al bajo nivel de instrucción Educativa (madres) y falta de empoderamiento. Se planifico e intervino con la ayuda de profesionales: Medico, psicólogo, enfermera, nutricionista instruir a través de tres módulos: anemia, buen trato, alimentos ricos en hierro, a las madres de niños con anemia durante tres sábados en horarios de mañana en el centro de vigilancia de pampa chiri a los cuales acudieron las doce madres de los niños con anemia. También se realizó un seguimiento con visitas domiciliarias constante, dotación de alimentos ricos en hierro: Sangrecita, hígado y bofe

IV. RESULTADOS

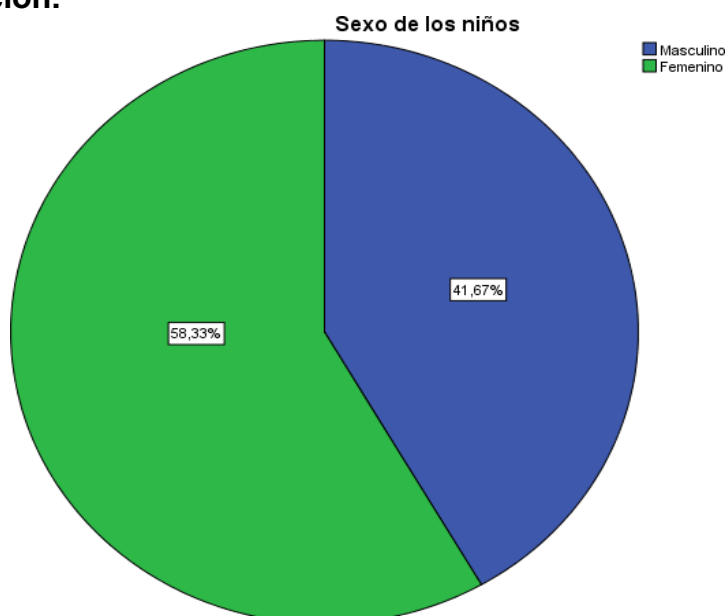
TABLAS DE FRECUENCIAS

Tabla 4.1.
Frecuencias del sexo de los niños

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	5	41,7	41,7	41,7
	Femenino	7	58,3	58,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 4.1
Porcentaje de las frecuencias del sexo de los niños

Interpretación:

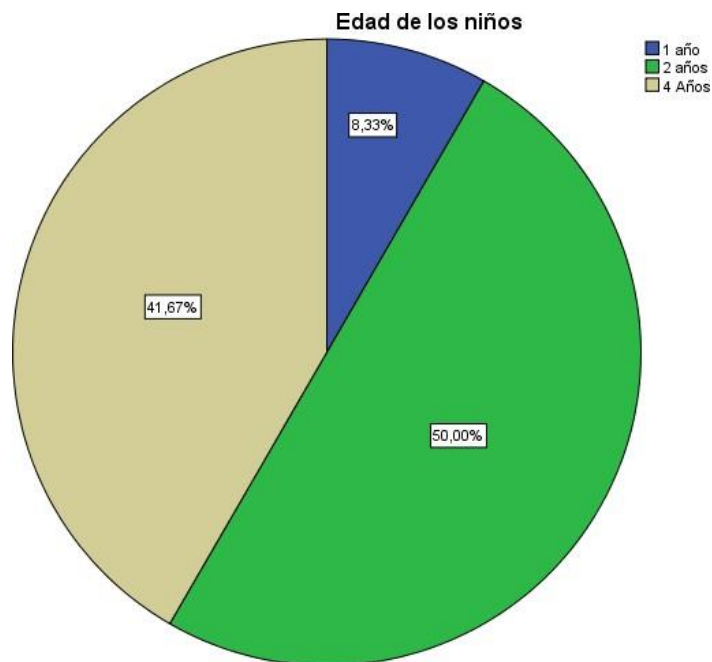


Como podemos visualizar en la Tabla 1 y el Gráfico 1 que, el 58.33% (7) de los niños son de sexo femenino y el 41.67% (5) de los niños son de sexo masculino.

Tabla 4.2.
Frecuencias de la edad de los niños

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 1 año	1	8,3	8,3	8,3
2 años	6	50,0	50,0	58,3
4 Años	5	41,7	41,7	100,0
Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 4.2.
Porcentaje de las frecuencias de la edad de los niños



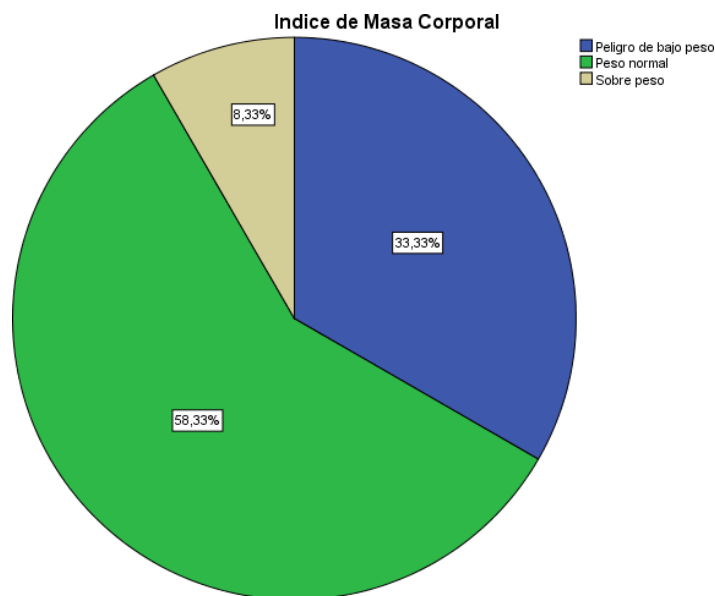
Interpretación:

Como podemos visualizar en la Tabla 2 y el Gráfico 2 que, el 50% (6) de los niños tienen edad de 2 años y el 8.33% (1) de los niños son de 1 año de edad.

Tabla 4.3.
Frecuencias del Índice de Masa Corporal de los niños después del
tratamiento

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Peligro de bajo peso	4	33,3	33,3	33,3
	Peso normal	7	58,3	58,3	91,7
	Sobre peso	1	8,3	8,3	100,0
	Total	12	100,0	100,0	

Gráfico 4.3.
Porcentaje de las frecuencias del Índice de Masa Corporal de los
niños después del tratamiento



Interpretación:

Como podemos visualizar en la Tabla 3 y el Gráfico 3 que, el 58.3% (7) de los niños tienen un índice de masa corporal que indica un peso normal y el 8.33% (1) de los niños tienen un índice de masa corporal que indica sobre peso.

TABLAS CRUZADAS Y GRÁFICOS DE BARRA

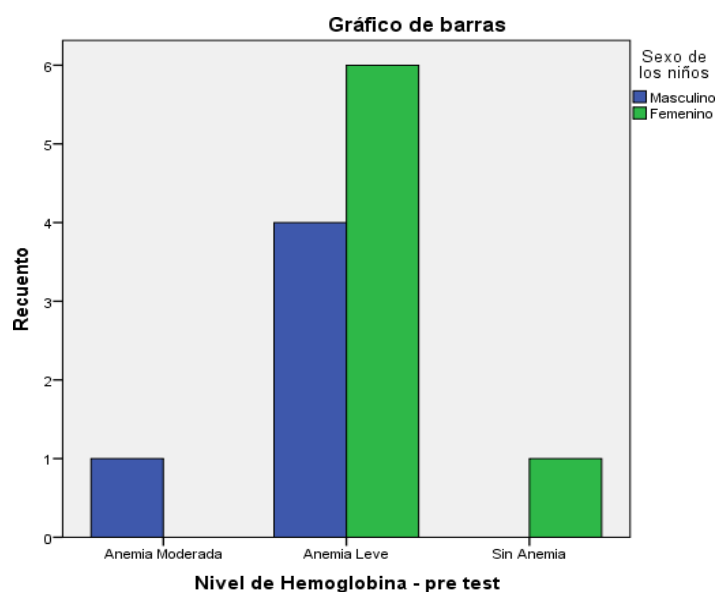
Tabla 4.4

Nivel de Hemoglobina - pre test según el sexo de los niños

			Sexo de los niños		Total
			Masculino	Femenino	
Nivel de Hemoglobina - pre test	Anemia Moderada	Recuento	1	0	1
		% del total	8,3%	0,0%	8,3%
	Anemia Leve	Recuento	4	6	10
		% del total	33,3%	50,0%	83,3%
	Sin Anemia	Recuento	0	1	1
		% del total	0,0%	8,3%	8,3%
Total	Recuento	5	7	12	
	% del total	41,7%	58,3%	100,0%	

Gráfico 4.4

Nivel de Hemoglobina - pre test según el sexo de los niños



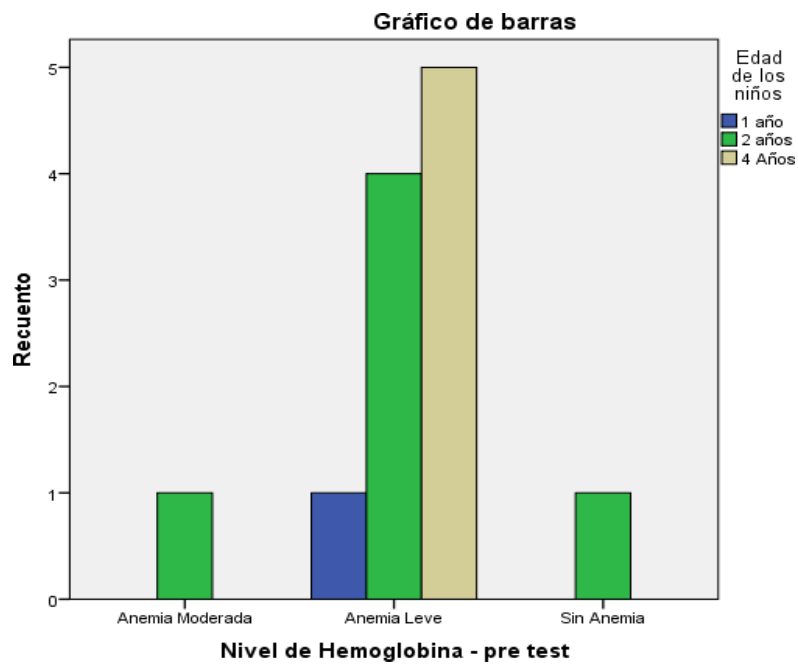
Interpretación:

Como podemos visualizar en la Tabla 4 y el Gráfico 4 que, el 58.3% (7) de los niños son de sexo femenino de los cuales el 50% (6) tenían un nivel de hemoglobina que indica anemia leve, también se puede ver que, 41.7% (5) de los niños son de sexo masculino de los cuales el 33.3% (4) tenían un nivel de hemoglobina que indica anemia leve.

Tabla 4.5
Nivel de Hemoglobina - pre test según la edad de los niños

			Edad de los niños			Total
			1 año	2 años	4 Años	
Nivel de Hemoglobina a a - pre test	Anemia Moderada	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	8,3%	0,0%	8,3%
	Anemia Leve	Recuento	1	4	5	10
		% del total	8,3%	33,3%	41,7%	83,3%
	Sin Anemia	Recuento	0	1	0	1
		% del total	0,0%	8,3%	0,0%	8,3%
Total		Recuento	1	6	5	12
		% del total	8,3%	50,0%	41,7%	100,0%

Gráfico 4.5
Nivel de Hemoglobina - pre test según la edad de los niños



Interpretación:

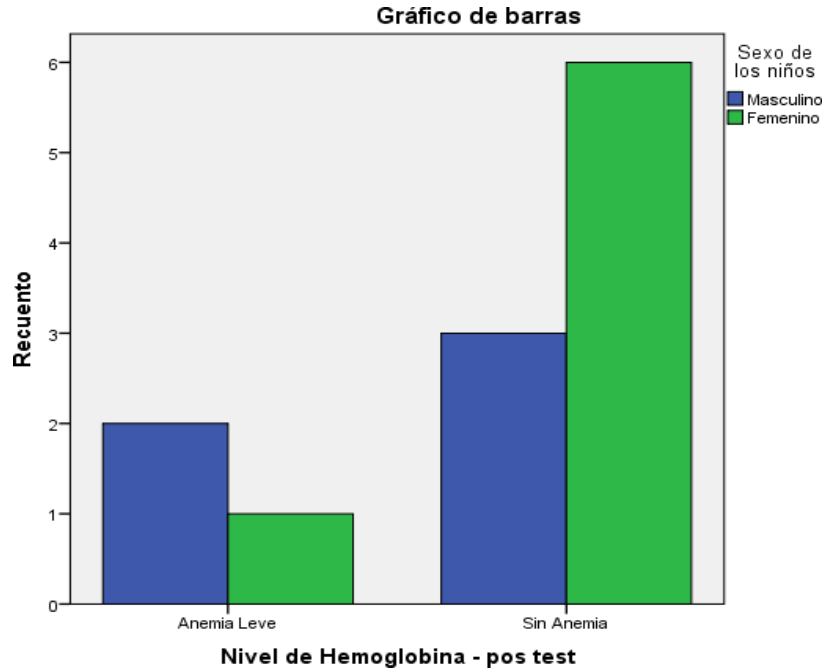
Como podemos visualizar en la Tabla 5 y el Gráfico 5 que, el 50% (6) de los niños tienen 2 años de edad de los cuales el 33.4% (4) tenían un nivel de hemoglobina que indica anemia leve, también se puede ver que, 8.3% (1) de los niños tiene 1 año de edad con un nivel de hemoglobina que indica anemia leve.

Tabla 4.6
Nivel de Hemoglobina - post test según el sexo de los niños

			Sexo de los niños		Total
			Masculino	Femenino	
Nivel de Hemoglobina - post test	Anemia Leve	Recuento % del total	2 16,7%	1 8,3%	3 25,0%
	Sin Anemia	Recuento % del total	3 25,0%	6 50,0%	9 75,0%
Total		Recuento % del total	5 41,7%	7 58,3%	12 100,0%

Gráfico 4.6

Nivel de Hemoglobina - post test según el sexo de los niños



Interpretación:

Como podemos visualizar en la Tabla 6 y el Gráfico 6 que, el 58.3% (7) de los niños son de sexo femenino de los cuales el 50% (6) tienen un nivel de hemoglobina que indica que no tiene anemia, también se puede ver que, 41.7% (5) de los niños son de sexo masculino de los cuales el 25% (3) tienen un nivel de hemoglobina que indica que no tienen anemia.

V. CONCLUSIONES

- a) El 75% de los niños de 0 a 5 años con anemia lograron los objetivos de mejoramiento de los niveles de hemoglobina y ya no presentaron anemia.
- b) Existe presencia de valores elevados del índice de masa corporal de un niño, es decir existe riesgo de sobrepeso si no se sigue una adecuada alimentación o un exceso en los alimentos recomendados en la capacitación.
- c) Existe una influencia relevante en la aplicación de un plan de capacitación sobre anemia a las madres en el mejoramiento de los niveles de hemoglobina en los niños.

VI. RECOMENDACIONES

- a) La aplicación de capacitaciones tanto a las madres como a promotoras y personal de salud, a fin de lograr empoderamiento para las acciones de prevención de la anemia y desnutrición crónica.
- b) La capacitación de las madres debe estar acompañado con un seguimiento exhaustivo para no llegar a niveles de Índice de masa corporal que indiquen sobre peso en los niños.
- c) La difusión de experiencias laborales exitosas sobre anemia para facilitar el manejo y solución de problemas y así evitar la morbimortalidad infantil.

VII. REFERENCIALES

Bibliografía

1. <http://www.grade.org.pe/publicaciones/1140-impacto-economico-de-la-anemia-en-el-Perú/>.
2. Martínez R. Limitación cognitiva en niños con anemia. Hemato Inmuno Hemoter. Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia. 2009 ENE.-ABR.; V.25(N°1).
3. Liseti Solano MABASJyMP. Anemia y deficiencia de hierro en niños menores de cuatro años de una localidad en Valencia. Anales Venezolanos de Nutrición. 2008 diciembre; V.21(N°2): p. 63-69.
4. Ruiz Fernandez NA. Deficiencia de Hierro en escolares y su función cognitiva. Salus. 2006 febrero; Vol.10(N°2): p. 10-15.
5. Lozoff. Los efectos del tratamiento con hierro por vía oral a corto plazo sobre los déficits de desarrollo en los niños anémicos deficiencia de hierro. Journal of Pediatrics. 1982; 100. 351-357 [PubMed]. 2001.
6. Freire W. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional y de salud de la población ecuatoriana menor de cinco años-DANS-1986. CONADE, MSP, Quito - Ecuador. 1988.
7. García S. [Online].; 2001. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang>
8. =p&nextAction=lnk&exprSearch=309131&indexSearch=ID.
9. Soto. Deficiencia de hierro y rendimiento escolar. Anales Salus mental. 2003; p. 35 -48.
10. OMS- Unidas Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones para la Infancia. Control de anemia. 2004.
11. Burhans MS DCBZWJMKLJBea. Iron deficiency: differential effects on monoamine transporters. Nutr Neurosci. 2005; p. 31-38.
12. Sánchez E. Desarrollo de los niños y niñas de 3 a 6 años. 2005; p. 1-4.

13. Felt BT, Beard JL, Schallert T, Shao J, Aldridge JW, Connor JR. Persistent neurochemical and behavioral abnormalities in adulthood despite early iron supplementation for perinatal iron deficiency anemia in rats. *Brain Behav Res.* 2006; p. 261-270.
14. Alonso A. Manual práctico de nutrición en Pediatría. Ergón E, editor. España.; 2007.
15. Sánchez E. Desarrollo de los niños y niñas de 3 a 6 años. *Rev Investigación y educación*, septiembre. In.; 2005.
16. Pollitt E. Consecuencias de la Desnutrición en El Escolar Peruano. Perú: Editorial PUCP; 2002.
17. GONZALES GF, TVCJea. Características de la anemia en la gestación, el parto Huaraz: *Acta méd. peruana*; 2006.
18. Werner D. Donde no hay doctor Pax E, editor. México; 1996.
19. DOHME. MS&. Manual Merck de información médica general, España: editorial y Merck, Milanesat; 2000.
20. CARMEN MEDRANO MT. Nutrición y Salud: El Proceso de la Alimentación Barcelona: Edipresse Hymssa; 1994.

ANEXOS

ANEXO 01: INSTRUMENTO

CUESTIONARIO

ENCUESTA

NOMBRE: _____ SEXO: M F

- 1) ¿SABE USTED QUE ES LA ANEMIA?
 - a) SI
 - b) NO

- 2) SABE USTED POR QUE SE PRODUCE LA ANEMIA
 - a) Por tomar medicamentos sin receta
 - b) Por no alimentarse adecuadamente con frutas y verduras y carnes
 - c) Por agarrar animales enfermos
 - d) Ninguna de las anteriores

- 3) MARCAR CON UNA X SI EN ESTOS ÚLTIMOS DÍAS SU HIJO TUVO ESTOS SÍNTOMAS.
 - a) Dolor de cabeza, falta de apetito, fatiga, Cansancio y sueño
 - b) Dolor de cabeza, gripe, fiebre
 - c) Dolor de oído, dolor de estómago, fiebre
 - d) Ninguna de las anteriores

- 4) SABÍA USTED QUE LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE ANEMIA ES LA DEFICIENCIA DE HIERRO Y QUE ESTA SE ENCUENTRA EN LOS ALIMENTOS COMO LAS VERDURAS, CARNES Y MENESTRAS.
 - a) Si
 - b) No

5) SABE USTED QUE SON LAS VITAMINAS

- a) Si
- b) No

6) SABÍA USTED QUE LA DEFICIENCIA DE VITAMINAS PRODUCEN LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES:

- Escorbuto: enfermedad aguda o crónica que se caracteriza por manifestaciones hemorrágicas y formación anormal de tejido osteoide y dentina causada por falta de vitamina C
- Gingivitis: enrojecimiento, tumefacción y hemorragia de las encías, producidas por bacterias y por falta de vitamina C
- Querotamalacia: Trastorno causado por la carencia general de la vitamina a, y caracterizada por cornea seca y grasienta.
- Hemorragias: frecuente por la falta de vitamina K
- Raquitismo: Producido por la falta de vitamina D debido a falta de insolación o disfunción de la paratiroides, se caracteriza por deformación ósea por descalcificación de los huesos y de los cartílagos de crecimiento.

- a) Si
- b) No

7) SABÍA USTED QUE DURANTE EL EMBARAZO ES INDISPENSABLE EL CONSUMO ESPECIAL DE VITAMINAS COMO EL ÁCIDO FÓLICO POR QUE AYUDA A PREVENIR MALFORMACIONES QUE AFECTAN LA COLUMNA Y EL CEREBRO DEL FETO

- a) Si
- b) No

8) SABE USTED EN QUÉ ALIMENTOS PODEMOS ENCONTRAR LA VITAMINA A

- a) En fuentes animales como la carne
- b) En verduras como betarraga, zapallo, zanahoria, hortalizas y huevos.
- c) En los mariscos
- d) En la papa, arroz, cebada, quinua, quiwicha.
- e) Todas las anteriores

9) SABIA USTED QUE LOS PARÁSITOS SE ALIMENTA DE LA SANGRE Y ESTA PRODUCE LA ANEMIA

- a) Si
- b) No

10) SABIA USTED QUE UN NIÑO O NIÑA TIENE ANEMIA, ESPECIALMENTE CUANDO: PRESENTA CANSANCIO; SUEÑO TODO EL TIEMPO, TIENE PROBLEMAS PARA RESPIRAR, NO QUIEREN JUGAR, SE VE PÁLIDO(A).

- a) Si
- b) No

11) EN QUE ETAPAS SE PUEDE ENCONTRAR MAS ANEMIA

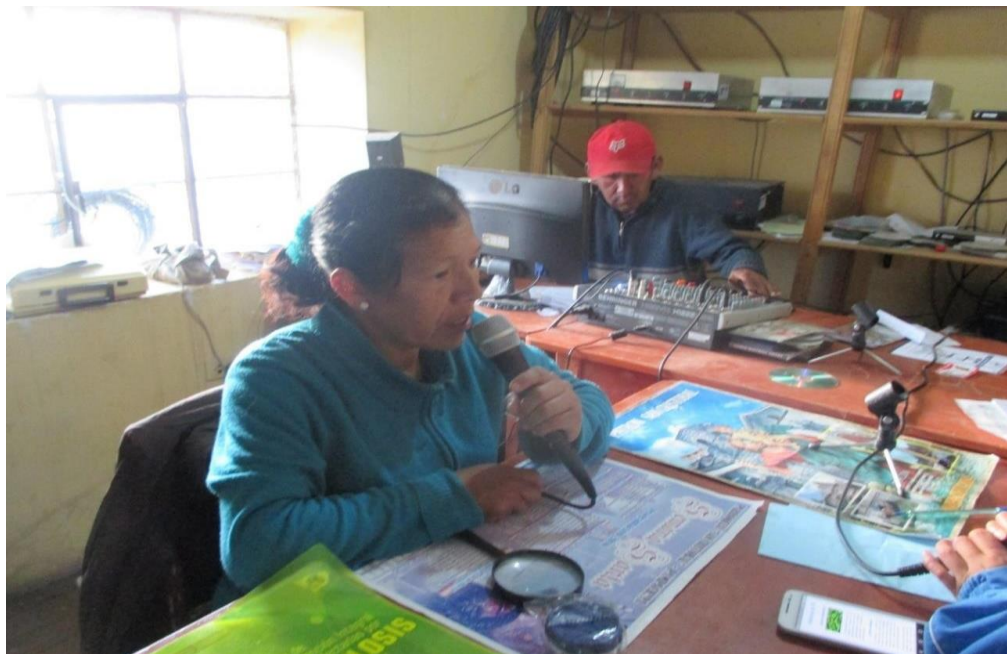
- Niños
- Adolescentes
- Joven
- Adulto - Adulto Mayor

**SESIÓN EDUCATIVA A LA COMUNIDAD SOBRE NUTRICIÓN
MEDIANTE PROGRAMA RADIAL.**



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

**SESIÓN EDUCATIVA A LA COMUNIDAD SOBRE ANEMIA CAUSAS Y
EFECTOS MEDIANTE PROGRAMA RADIAL.**



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

INAUGURACIÓN DEL PLAN DE CAPACITACIÓN Y REALIZACIÓN DE LA ENCUESTA A LAS MADRES DE LA COMUNIDAD DE AYAPAMPA, DISTRITO DE PAMPA CHIRI.



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

SOCIALIZACIÓN SOBRE EL LLENADO CORRECTO DE LAS ENCUESTAS Y DE LOS OBJETIVOS DE LA CAPACITACIÓN LAS MADRES DE AYAPAMPA.



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

**SESIÓN EDUCATIVA A LA COMUNIDAD SOBRE ALIMENTACIÓN
BALANCEADA MEDIANTE CHARLAS EDUCATIVAS.**



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

**SESIÓN EDUCATIVA A LA COMUNIDAD SOBRE ALIMENTACIÓN
BALANCEADA MEDIANTE CHARLAS EDUCATIVAS.**



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

PREPARACIÓN DEL GUISO DE SANGRECITA (SESIÓN DEMOSTRATIVA).



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

CAPACITACIÓN POR EL PSICÓLOGO SOBRE EL BUEN TRATO AL NIÑO.



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

**DEGUSTACIÓN DE LAS MADRES: EL GUISO DE SANGRECITA
(ALIMENTOS RICOS EN HIERRO).**



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

**CAPACITACIÓN POR EL MEDICO SOBRE LA ANEMIA CAUSAS Y
EFECTOS EN EL DESARROLLO Y CRECIMIENTO NIÑO.**



FUENTE: Elaboración Propia, 2018

**PROGRAMA DE CAPACITACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA
ANEMIA EN LA COMUNIDAD CAMPESINA DE AYAPAMPA**

MÓDULO I	
TEMA:	ANEMIA – CAUSAS Y CONSECUENCIAS
OBJETIVO:	Definir la anemia de un modo comprensible y accesible al nivel socio cultural de la población sujeto a investigación.
TIEMPO:	45 a 60 min.
MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector multimedia. • Equipo de sonido (parlantes). • 01 laptop. • Globos (rojos y blancos). • Hojas bond. • Cartulina de colores. • Plumones gruesos, tijeras, maskin. • Otros.
CAPACITADOR:	Med. Erickson Zorrilla

MÓDULO II	
TEMA:	MEJORANDO LA ALIMENTACIÓN (NUTRICIÓN) DE MI HIJO
OBJETIVO:	Instruir a los padres de familia sobre la importancia de una adecuada alimentación de sus hijos para prevenir o recuperar de la anemia a los niños menores a 5 años.
TIEMPO:	60 a 90 min.
MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector multimedia. • Equipo de sonido (parlantes). • 01 laptop. • Globos de colores. • Hojas bond. • Cartulina de colores. • Plumones gruesos, papelotes, tijeras, maskin. • Otros.
CAPACITADOR:	Lic. Enfermería Rosa Serrano Salas

MÓDULO III	
TEMA:	MOTIVANDO A LOS PADRES PARA EL CUIDADO Y ATENCIÓN DE LOS NIÑOS MENORES A 5 AÑOS.
OBJETIVO:	Sensibilizar y comprometer a la participación activa a los padres de familia en el cuidado y atención de los niños menores a 5 años.
TIEMPO:	90 a 120 min.
MATERIALES:	<ul style="list-style-type: none"> • Proyector multimedia. • Equipo de sonido (parlantes). • 01 laptop. • Globos de colores. • Hojas bond. • Cartulina de colores. • Plumones gruesos, papelotes, tijeras, maskin. • Otros.
CAPACITADOR:	Ps. Juan Carlos Fernández Gálvez

**BASE DE DATOS SOBRE EL PRE TEST Y POST TEST DE LOS NIVELES
DE HEMOGLOBINA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS DE LA
COMUNIDAD CAMPESINA DE AYAPAMPA**

1 medición		1medicion		2medicion
A.H.B. 9.8		10.83		11.16
S.R.G. 10.0		10.3		11.46
L.J.M.10.16		10.38		11.76
E.LL. 10.06		9.66		11.16
C.N. 10.83		10.91		11.46
J.E.C 10.53		10.06		10.53
M.R. 9.76		10.83		10.7
A.H.L10.5		10.8		11.7
Y.R. 10.47		10.4		11.76
S.R. 10.40		10.83		11.1
E.S. 10.83		10.53		10.53
J.CH.10.70		10.5		11.76