

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS
CON ANEMIA DE LA SUB REGIÓN DE SALUD LUCIANO CASTILLO
COLONNA- PIURA, 2014-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TITULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA Y COMUNITARIA**

OLGA MAXIMINA PISCOYA CAJUSOL

**Callao, 2017
PERÚ**



HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| ➤ DR. JUAN BAUTISTA NUNURA CHULLY | PRESIDENTE |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIA |
| ➤ MG. RUTH MARITZA PONCE LOYOLA | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 04

Nº de Acta de Sustentación: 238

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 29/06/2016

Resolución Decanato N° 1695-2017-D/FCS de fecha 26 de Junio del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.1 Descripción de la Situación Problemática | 4 |
| 1.2 Objetivo | 6 |
| 1.3 Justificación | 6 |
| II. MARCO TEÓRICO | 8 |
| 2.1 Antecedentes | 8 |
| 2.2 Marco Conceptual | 10 |
| 2.3 Definición de Términos | 29 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 31 |
| 3.1 Recolección de Datos | 31 |
| 3.2 Experiencia Profesional | 32 |
| IV. RESULTADOS | 38 |
| V. CONCLUSIONES | 40 |
| VI. RECOMENDACIONES | 41 |
| VII. REFERENCIALES | 42 |
| ANEXOS | 44 |

INTRODUCCIÓN

La anemia constituye un serio problema de salud a nivel mundial. La prevalencia de esta en el mundo y fundamentalmente de anemia ferropénica no ha cambiado, se estima que alrededor de 600 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad, aunque su prevalencia ha descendido notablemente en los países desarrollados, lo que demuestra que este incremento está a expensa de los países subdesarrollados y del 3er mundo

La Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que podrían salvarse en el mundo más de 1 millón de vidas infantiles al año si todas las madres alimentaran a sus hijos con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses. A partir de este mes con el comienzo de la lactancia artificial aumenta el riesgo de padecer anemia ferropénica y se debe a varias razones: Se agotan las reservas de hierro, la introducción de otra leche, de cereales sin el suplemento de hierro necesario e ingesta escasa o inadecuada de otros alimentos de origen animal.

La existencia de la anemia se remonta a la antigüedad y su aparición se ha visto relacionada con múltiples factores, siendo las anemias nutricionales las más frecuentes; y dentro de estas ocupa el primer lugar la anemia por déficit de hierro que constituye el proceso hematológico más frecuente en la niñez.

Entre las causa inmediatas de esta carencia destacan la baja ingesta de alimentos fuentes de hierro, la perdida de este micronutriente por infecciones parasitarias y una baja absorción de hierro por ausencia del factor que la potencializan (carne, acido orgánico y otros) y/o presencia de inhibidores de su absorción . La falta de cantidades específicas de hierro en la alimentación diaria constituye más de la mitad del número total de casos de anemia. De este modo, la prueba de hemoglobina puede aceptarse como indicador indirecto del estado nutricional de los niños. La

deficiencia de hierro y la anemia en sí son factores de riesgo en la salud individual y en el desarrollo a largo plazo. La anemia provoca deficiencias en el desarrollo cognitivo de los niños, éñ especial en sus habilidades psicomotrices, cognitivas y de socialización.

El presente informe titulado intervenciones de enfermería en los niños menores de 3 años con anemia de la Sub Región Luciano castillo Colonna, tiene por objetivo describir las intervenciones de enfermería en los niños menores de 3 años el cual consta de 7 capítulos, capítulo 1 comprende planteamiento del problema, capítulo 2 marco teórico o conceptual, capítulo 3 presentación del caso, capítulo 4 resultados, capítulo 5 conclusiones, capítulo 6 recomendaciones o intervención, capítulo 7 referenciales y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

La Anemia es un problema de salud pública que afecta el desarrollo infantil temprano, que tiene como causas directas a las enfermedades comunes de la infancia (diarreas e infecciones respiratorias) que junto a una alimentación diaria deficiente en calidad y cantidad en sus hogares la generan. Es por ello, que compromete la salud y la calidad de vida de miles niños y niñas peruanas.

Esta enfermedad se manifiesta en las niñas y los niños al presentar retardo en su crecimiento, que se expresa en un déficit de la talla para la edad, afectando también el desarrollo de sus capacidades físicas, intelectuales, emocionales y sociales.

La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas, lo que corresponde al 24,8% de la población. La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar.

La anemia por deficiencia de hierro, se genera por el bajo consumo de alimentos ricos en hierro (sangrecita, vísceras, pescado, etc.) en la alimentación diaria. Produce consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo, principalmente nocivos en los primeros dos años de vida, cuyas secuelas marcan la vida del infante.

Unos 22,5 millones de niños sufren anemia en Latinoamérica.

En el Perú, la anemia afecta a los niños más pequeños, sobre todo en zonas rurales, en la sierra y a los que se encuentran en el quintil inferior de pobreza. Pero también, en los últimos años se observa un incremento en los índices de las zonas urbanas de las principales ciudades del país, lo que exige realizar un trabajo que implique diferentes escenarios y público objetivo.

El porcentaje de anemia infantil en niños menores de 5 años en el Perú se incrementó de 32,9% registrado en el 2012 a 34% en el 2013, informó el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) al presentar la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2013.

La anemia, en el Perú en el 2014, tuvo el siguiente comportamiento:

En 12 Regiones aumentó, siendo las significativas: las regiones de Amazonas, San Martín, Ucayali, Loreto, Junín y Puno, en 8 Regiones disminuyó como son las regiones de Lima, Lambayeque, La Libertad, Cajamarca, Huánuco y Ayacucho y en 4 Regiones, las cifras se mantuvieron como son: Ica, Arequipa, Piura y Cusco.

Según la ENDES 2015, entre los 6 y 8 meses de edad la anemia afecta al 59.4% de niños y niñas, entre los 9 y 11 meses de edad la anemia afecta al 59.7% de niños y niñas, entre los 12 y 17 meses de edad la anemia afecta al 58.4% de niños y niñas y entre los 18 y 23 meses de edad la anemia afecta al 43.6% de niños y niñas

El porcentaje de anemia en niños menores de 36 meses en el año 2015 es de 51.1% según fuente ENDES.

A su vez, la tendencia de anemia en el país ha sido hacia el incremento, durante el periodo 2011-2014 subió en 5 puntos porcentuales, sin embargo, en el año 2015 se empieza a observar una reducción de 3 puntos comparado con el año 2014. Los resultados nacionales preliminares del primer semestre del 2016 no muestran cambios en relación a la prevalencia del año anterior.

En la región Piura ha disminuido en el 2015 de 43,9% a 35,9%, es decir en ocho puntos porcentuales respecto del periodo 2013- 2014, por lo cual se espera que con el esfuerzo articulado de varias instituciones se pueda reducir aún más el porcentaje de desnutrición crónica infantil y anemia en beneficio de la niñez de la región Piura.

Debido a este problema de salud pública se estableció que la anemia leve, moderada y crónica que tiene la población infantil de la Sub región de Salud LCC- por deficiencia de hierro en las niñas y niños menores de 3 años, tienen consecuencias adversas en el desarrollo cognitivo donde pierden sus capacidades intelectuales, disminuyendo por lo tanto el aprendizaje de los niños principalmente si se presenta en un periodo crítico como el crecimiento y diferenciación cerebral, cuyo pico máximo se observa en los niños menores de dos años, periodo en el que el daño puede ser irreversible, esto genera que la población no tenga un futuro de mejores condiciones constituyéndose en los principales problemas de salud pública que afectan el desarrollo infantil temprano.

1.2 OBJETIVO

Describir las Intervenciones de Enfermería frente a la anemia en los niños menores de 3 años de la subregión de salud Luciano Castillo Colonna.- Sullana.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El presente informe sobre intervenciones de enfermería en los niños menores de 3 años con anemia da a conocer las actividades laborales que realiza el profesional de enfermería para mejorar la salud de la población y así poder detectar factores que puedan impedir en el desarrollo de sus capacidades físicas Intelectuales emocionales y sociales

Esperando que el presente informe sirva de referente con respecto a las actividades de implementación capacitación permanente concientización y supervisión a la administración del tratamiento de anemia y suplementación de micronutrientes a los profesionales de enfermería y a la vez se ponga en práctica en el quehacer diario programando sesiones educativas, demostrativas sobre la preparación de la alimentación

complementaria rica en hierro, lavado de manos, lactancia materna exclusiva, control de crecimiento y desarrollo oportuno, dirigidas a las madres o cuidadoras que son las responsables del cuidado y nutrición del niño y por ultimo contribuir al logro de la efectividad y la disminución de las altas tasas de anemia en los diferentes distritos de la Sub Región Luciano Castillo Colonna además se considera ser un precedente para futuras investigaciones relacionadas al tema, ya que los niños son el futuro de nuestro País y un país libre de anemia es progreso.

II MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1 Internacionales

Lanecelli en el año 2012 realizó un estudio titulado Prevalencia de anemia y los posibles factores asociados en niños menores de 6 meses. Teniendo como Objetivo, Estudiar la prevalencia de anemia, sus variaciones y los posibles factores asociados en niños menores de 6 meses. Llegando a la conclusión que la prevalencia de anemia fue de 28,9% y descendió significativamente entre el 2007 y 2010. Fue mayor en varones, en niños nacidos con menor peso y con menores índices antropométricos. Nuestros resultados, aun cuando tienen carácter local, reflejan el alto riesgo nutricional de la población menor de 6 meses.

Abril Guevara, María Fernanda; realizó un estudio titulado "Efecto de la anemia ferropénica en el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños/as de 6 a 24 meses de edad en el Hospital José María Velasco Ibarra-Tena, Ecuador-2012", cuyo objetivo es comprobar el efecto de la anemia ferropénica sobre el desarrollo psicomotor y perímetro cefálico en niños/as de 6 a 24 meses de edad. El método fue el descriptivo retrospectivo transversal. Presenta el siguiente resultado niños/as de 22 y 23 meses de edad, que presentaban talla baja, mostraban anemia, retraso de desarrollo (motora fina y social) y perímetro cefálico bajo. El 10% (80 pacientes) de todos los lactantes presentaron anemia, en un lapso de 6 meses, el 72% y el 77% nos dieron a conocer retraso del desarrollo psicomotriz a nivel social y 42cm el perímetro cefálico más bajo. Las causas atribuibles se debieron a la frecuencia con la que el niño se alimenta en el día, con un mayor porcentaje de 3 veces al día con el 54% y su alimentación antes de los 6 meses, con un porcentaje del 46% la leche materna exclusiva. Entre alguna de las conclusiones tenemos:

Existe relación de la anemia ferropénica por deficiencia de hierro con el retardo del desarrollo psicomotor y presencia de perímetro cefálico bajo.

2.1.2 Nacionales.

Spasky Bocanegra Vargas realizó un estudio cuyo objetivo es Determinar los factores asociados a la anemia en lactantes de 6 a 35 meses atendidos en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé durante el año 2011. El presente estudio es de tipo descriptivo, observacional. Correlacional ya que busca especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes y es descriptivo en cuanto describen las características variables en un momento determinado. Es correlacional dado que se encontró la relaciones entre los factores asociados y la anemia. Encontrando que el 67.2% del total de lactantes presentan anemia leve; el 28.5% presentan anemia moderada y el 4.3% presentan anemia severa. El 48.9% les dan lactancia materna exclusiva mientras que el 51.1% les dan lactancia mixta.

Nasia Rimachi, John Longa realizó un estudio cuyo objetivo es Determinar los factores de riesgo asociados a la anemia en menores de 5 años usuarios del consultorio de crecimiento y desarrollo -centro de salud Mi Perú- Ventanilla año 2013

Fue un estudio Relacional, diseño Casos y Controles cuyo tamaño de la muestra fueron 78 casos y 78 controles. Las variables estudiadas fueron sexo, grupo étnico, grado de instrucción de los padres, número de niños en el hogar, anemia en el embarazo de la madre, número de personas en el hogar, ingresos económicos, número de personas que subsisten con el ingreso económico. Se realizó análisis univariado, bivariado en las cuales se calcularon los OR y las variables significativas entraron al modelo de regresión logística en el análisis multivariado. Se empleó el paquete estadístico SPSS 21. Llegando a la conclusión que la anemia durante el embarazo de la madre y el número de personas que subsisten con el

ingreso familiar estuvieron asociadas a la anemia en los menores de 5 años usuarios del consultorio de crecimiento y desarrollo-C.S Mi Perú-ventanilla.

2.2 MARCO CONCEPTUAL

2.2.1 Anemia

La anemia se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal. Puede acompañarse de otros parámetros alterados, como disminución del número de glóbulos rojos, o disminución del hematocrito, pero no es correcto definirla como disminución de la cantidad de glóbulos rojos, pues estas células sanguíneas pueden variar considerablemente en tamaño, en ocasiones el número de glóbulos rojos es normal y sin embargo existe anemia.

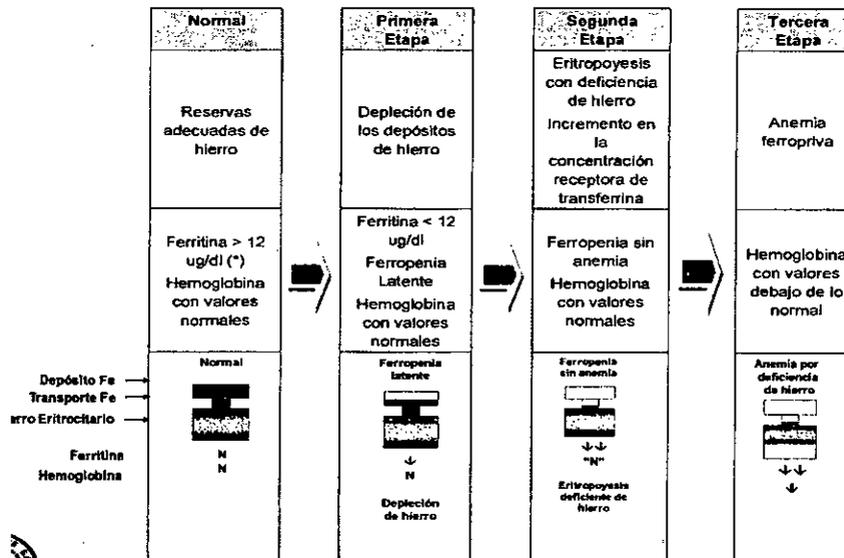
La anemia no es una enfermedad, sino un signo que puede estar originado por múltiples causas, una de las más frecuentes es la deficiencia de hierro, bien por ingesta insuficiente de este mineral en la alimentación, o por pérdidas excesivas debido a hemorragias. La anemia por falta de hierro se llama anemia ferropénica y es muy frecuente en las mujeres en edad fértil debido a las pérdidas periódicas de sangre durante la menstruación.

Las normas nacionales sobre alimentación infantil dadas por el Ministerio de Salud establecen que todo niño a partir de los 4 y 5 meses de edad debe recibir suplementos de sulfato ferroso, en forma de gotas, con una dosis diaria de 1 miligramo de hierro elemental por kilogramo de peso corporal, y a partir de los 6 meses el niño o niña debe recibir 1 sobre de micronutrientes con una duración de 12 meses en total el niño o niña tiene que recibir 360 sobres de micronutrientes.

2.2.2 Fisiopatología

La deficiencia de hierro se produce por un balance negativo que compromete la síntesis de hemoglobina y/o hematíes

Etapas de la deficiencia de hierro que terminan en anemia



Fuente: Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas en establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

2.2.3 Causas de anemia

La anemia tiene tres causas principales:

- Pérdida de sangre
- Falta de producción de glóbulos rojos
- Aumento en la velocidad de destrucción de los glóbulos rojos

En algunas personas la enfermedad se debe a más de uno de estos factores.

Pérdida de sangre

La pérdida de sangre es la causa más frecuente de la anemia, especialmente en el caso de la anemia por deficiencia de hierro. La pérdida de sangre puede ser de corta duración o persistir durante un tiempo.

Los períodos menstruales abundantes y el sangrado de los aparatos digestivo o urinario pueden causar pérdida de sangre. La cirugía, los traumatismos y el cáncer también pueden causar pérdida de sangre. Si se pierde mucha sangre, el cuerpo puede perder suficientes glóbulos rojos como para producir anemia.

Falta de producción de glóbulos rojos

Existen situaciones de salud y factores adquiridos y hereditarios que pueden impedirle al cuerpo producir suficientes glóbulos rojos. Un problema de salud "adquirido" no se presenta desde el nacimiento, sino más adelante. Un problema "hereditario" se presenta porque los padres le transmiten al hijo el gen o material genético asociado con el problema o situación de salud.

Entre las situaciones de salud adquiridas y los factores que pueden causar anemia se cuentan la mala alimentación, las concentraciones anormales de ciertas hormonas, algunas enfermedades crónicas (constantes) y el embarazo.

La anemia aplásica también le puede impedir al cuerpo producir suficientes glóbulos rojos. Esta enfermedad puede ser hereditaria o adquirirse después del nacimiento.

Alimentación

Una alimentación deficiente en hierro, ácido fólico (folato) o vitamina B12 puede impedirle al cuerpo producir suficientes glóbulos rojos. El cuerpo

también necesita cantidades pequeñas de vitamina C, riboflavina y cobre para producir glóbulos rojos. Las enfermedades que dificultan la absorción de nutrientes también pueden impedirle al cuerpo que produzca suficientes glóbulos rojos.

Hormonas

El cuerpo necesita una hormona llamada eritropoyetina para producir glóbulos rojos. Esta hormona estimula la médula ósea para que produzca estas células. Las concentraciones bajas de eritropoyetina pueden causar anemia.

Enfermedades y tratamientos

Las enfermedades crónicas, como las enfermedades de los riñones y el cáncer, le pueden dificultar al cuerpo la tarea de producir glóbulos rojos.

Algunos tratamientos contra el cáncer pueden lesionar la médula ósea o alterar la capacidad de los glóbulos rojos para transportar oxígeno. Si la médula ósea está lesionada, no puede producir glóbulos rojos con la rapidez suficiente para reemplazar a los que mueren o se destruyen.

Las personas que tienen infección por el VIH o sida pueden presentar anemia debido a infecciones o a las medicinas que se usan para tratar la enfermedad.

Embarazo

Durante el embarazo puede presentarse anemia debido a concentraciones bajas de hierro y de ácido fólico, y a ciertos cambios de la sangre.

Durante los primeros 6 meses de embarazo, la porción líquida (plasma) de la sangre de la mujer aumenta con más rapidez que la cantidad de

glóbulos rojos. Esto hace que la sangre se diluya y se puede producir anemia ocasionando prematuridad y bajo peso al nacer.

Corte tardío del cordón umbilical al disminuir la transferencia de hierro durante el parto.

Anemia aplásica

Algunos niños nacen sin la capacidad de producir suficientes glóbulos rojos. Esta enfermedad se llama anemia aplásica. Los bebés y niños que tienen anemia aplásica a menudo necesitan transfusiones de sangre para aumentar la cifra de glóbulos rojos. (En los Temas de salud hay un artículo en inglés sobre transfusiones de sangre, titulado "What Is a Blood Transfusion?")

Los factores o problemas de salud adquiridos, como ciertas medicinas, toxinas y enfermedades infecciosas, también pueden causar anemia aplásica.

Aumento en la velocidad de destrucción de los glóbulos rojos

Una serie de situaciones de salud y factores adquiridos y hereditarios pueden hacer que el cuerpo destruya demasiados glóbulos rojos.

Un ejemplo de situación adquirida de salud que puede provocar la destrucción de demasiados glóbulos rojos es el aumento de tamaño del bazo o las enfermedades de este órgano. El bazo es un órgano que retira del cuerpo los glóbulos rojos viejos. Si el bazo está enfermo o agrandado, retira más glóbulos rojos de lo normal y produce anemia.

Entre los ejemplos de enfermedades hereditarias que hacen que el cuerpo destruya demasiados glóbulos rojos están la anemia de células falciformes, las talasemias y la deficiencia de ciertas enzimas. Estas enfermedades producen defectos en los glóbulos rojos que los hacen morir más rápidamente que los glóbulos rojos sanos.

La anemia hemolítica es otro ejemplo de enfermedad en la que el cuerpo destruye demasiados glóbulos rojos. Algunas enfermedades hereditarias o adquiridas, así como otros factores, pueden causar anemia hemolítica. Algunos ejemplos son: trastornos inmunitarios, infecciones, ciertas medicinas o reacciones frente a transfusiones de sangre.

2.2.4 Signos y síntomas de la anemia por deficiencia de hierro.

Los signos y síntomas de la anemia por deficiencia de hierro dependen de la gravedad de la enfermedad. Si la anemia por deficiencia de hierro es leve o moderada, es posible que no se produzcan signos ni síntomas. Cuando éstos se presentan, pueden variar entre leves e intensos. Muchos de los signos y síntomas de la anemia por deficiencia de hierro se aplican a todo tipo de anemia.

El síntoma más frecuente de todos los tipos de anemia es el cansancio. Se produce porque no hay suficiente hemoglobina en la sangre. La hemoglobina es una proteína rica en hierro que se encuentra dentro de los glóbulos rojos y transporta el oxígeno por el cuerpo.

La anemia también causa sensación de falta de aliento; vértigo, especialmente al ponerse de pie; frío en las manos o los pies; palidez en la piel, las encías y el lecho de las uñas; y dolor en el pecho. Si no hay suficientes glóbulos rojos para transportar la hemoglobina, el corazón tiene que trabajar más para hacer circular la cantidad reducida de oxígeno en la sangre. Esto puede provocar arritmia, soplos, aumento de tamaño del corazón y hasta insuficiencia cardíaca. En los bebés y los niños pequeños los signos de anemia comprenden falta de apetito, retraso en el crecimiento y el desarrollo, y problemas de conducta. Los signos y síntomas de la anemia por deficiencia de hierro pueden comprender uñas quebradizas, hinchazón y dolor de la lengua, grietas en las comisuras de la boca, aumento de tamaño del bazo e infecciones frecuentes. Las personas que tienen anemia por deficiencia de hierro pueden sentir antojos raros de comer cosas que no son alimentos, como hielo, tierra, pintura o almidón. Estos antojos se conocen como pica o malacia.

Algunas personas que tienen anemia por deficiencia de hierro presentan el síndrome de las piernas inquietas. Se trata de un trastorno que causa un intenso impulso de mover las piernas. Este impulso a veces se acompaña de sensaciones extrañas y desagradables en las piernas. A las personas que sufren el síndrome de las piernas inquietas a menudo les cuesta trabajo dormir. Los niños con anemia por deficiencia de hierro corren más riesgo de sufrir envenenamiento por plomo (saturismo) e infecciones.

Algunos signos y síntomas de la anemia por deficiencia de hierro tienen relación con las causas de la enfermedad. Por ejemplo, las deposiciones (materia fecal, excremento o heces) de color negro alquitrán o las deposiciones con sangre de color rojo vivo pueden ser signos de sangrado intestinal.

2.2.5 Hemoglobina

La hemoglobina es una molécula que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos de la sangre y sirve para transportar el oxígeno hasta los tejidos. Por ello cuando existe anemia severa, los tejidos y órganos del organismo no reciben suficiente oxígeno, la persona se siente cansada, su pulso está acelerado, tolera mal el esfuerzo y tiene sensación de falta de aire. La hemoglobina es una proteína muy importante para nuestro organismo, pues es la encargada de transportar el oxígeno necesario para el buen funcionamiento de todos los tejidos y órganos de nuestro cuerpo. La hemoglobina también juega un papel importante en el mantenimiento de la forma de las células rojas de la sangre. En su forma natural, los glóbulos rojos son redondos con centros estrechos semejantes a una rosquilla sin agujero en el centro. Una estructura anormal, por lo tanto, puede afectar a la forma de las células rojas de la sangre e impiden su función y el flujo a través de los vasos sanguíneos desarrollados y por supuesto mucho más evidentes en los subdesarrollados.

2.2.6 Valores Normales de Hemoglobina

VALORES NORMALES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA Y DIAGNOSTICO DE ANEMIA EN NIÑOS Y NIÑAS MENORES DE 6 MESES

| EDAD | NORMAL(g/dl) | ANEMIA(g/dl) |
|-----------------------------------|--------------|--------------|
| Menor de 2 meses nacido a termino | 13.5-18.5 | <13.5 |
| Niños de 2 a 5 meses | 9.5-13.5 | <9.5 |

Fuente: Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas en establecimientos de salud en el primer nivel de atención

VALORES NORMALES DE CONCENTRACIÓN DE HEMOGLOBINA Y GRADOS DE ANEMIA EN NIÑAS Y NIÑOS DE 6 MESES A 11 AÑOS.

| Población | Normal (g/dl) | Anemia por niveles de hemoglobina (g/dl) | | |
|-------------------------------|---------------|--|----------|--------|
| | | Leve | Moderada | Severa |
| Niños de 6 a 59 meses de edad | 11.0-14.0 | 10,0-10,9 | 7,0-9,9 | < 7,0 |
| Niños de 6 a 11 años de edad | 11.5-15.5 | 11,0-11,4 | 8,0-10,9 | < 8,0 |

Fuente: Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas en establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

2.2.7 Anemia por deficiencia de hierro

La anemia por déficit de hierro es un problema nutricional en nuestro país, que afecta primordialmente a neonatos, niños, mujeres embarazadas y mujeres en edad fértil.

Este mineral es importante en el organismo debido a que forma parte de moléculas como la hemoglobina, mioglobina y actúa en una gran cantidad de reacciones en el organismo (tipo redox) como cofactor.

La ingesta inadecuada de hierro, la baja biodisponibilidad de hierro consumido y la existencia de ciertos tipos de parasitismo intestinal son factores que predisponen al déficit de este micronutriente.

La solución a esta situación consiste en educar a la población sobre el consumo de una dieta balanceada que incluya buenas fuentes de hierro, la suplementación de individuos de alto riesgo con compuestos de hierro en forma medicinal y la fortificación de alimentos con hierro, ya sea de un alimento básico en programas nacionales, o de alimentos industrializados.

2.2.8 Metabolismo del hierro en el niño.

El feto lo recibe a través de la placenta en un transporte activo. Los depósitos al nacer son escasos, si existe ferropenia materna grave, prematuridad o se liga precozmente el cordón umbilical.

El recién nacido tiene alrededor de unos 78 mg/kg., es decir 250 mg. Con la hemólisis inicial se deposita hierro en las células del sistema retículo endotelial, las que van pasando al plasma para cubrir las necesidades del crecimiento. Durante los dos primeros meses de vida, la hemoglobina sufre una caída, hecho que se ha atribuido a una disminución de la actividad eritropoyética. Después de los dos meses la médula ósea comienza su actividad y comienza a elevarse la hemoglobina.

Paralelamente a este fenómeno, los depósitos de hierro disminuyen, razón por la cual la administración del hierro en esa época es importante, así como también los alimentos ricos en este mineral; que de no administrarse adecuadamente, en el lactante se producirá una nueva caída de la hemoglobina alrededor del sexto mes.

Las necesidades para el crecimiento del lactante son de unos 0.6 mg/día lo que unido a las pérdidas (0.5 mg/día) hacen que las necesidades sean aproximadamente de 1 mg/día y como la absorción rara vez supera el 10 %, la ingesta aconsejada es de alrededor de 10 mg/día.

Es la lactancia materna el alimento fundamental durante los meses iniciales de la vida, por la composición bioquímica que posee y por ser capaz de suplir en general las necesidades del lactante en los 6 primeros meses de vida y aunque es pobre en hierro su absorción alcanza un 50%, ya que contiene en comparación con otras leches un menor % de Calcio, Fósforo y Proteínas y mayor en lactoferrina y Vitamina C.

Diversos factores como la disponibilidad de sucedáneos de la leche y su comercialización, la evaluación de la función de la mujer en la sociedad y las actividades del personal de la salud, en cuanto a la preparación de las madres para la lactancia influyen en el tiempo de empleo de la lactancia materna.

En el período de 12-24 meses aparece la anorexia fisiológica, este hecho sin duda alguna propicia la sustitución de otros alimentos por la leche, a estos se puede añadir la prolongación de los patrones de la toma de la leche, que se le venía suministrando al niño. Además el mayor % de los niños de esta edad asisten a círculos infantiles donde ingieren determinadas cantidades de leche, a la que se adiciona la suministrada en la casa.

Aún persisten los malos hábitos de la lactancia artificial, lo que para nosotros es importante, si partimos del conocimiento que la leche de vaca es la más usada y que ésta presenta poco contenido de hierro, del que sólo se absorbe el 10% que desplaza a otros alimentos ricos en hierro y también dificulta la absorción de estos alimentos.

A lo que podemos añadir el criterio de autores, que plantean, que el exceso de leche, sobre todo la pasteurizada puede provocar micro hemorragias gastrointestinales.

Esta tendencia al consumo de dietas inadecuadas en porcentajes mayoritarios de la población infantil pudiera estar influenciada por hábitos socioculturales negativos y al falso concepto de que la leche es el alimento fundamental en todas las EDA

2.2.9 Diagnostico

- a) Clínico: Identificación de signos y síntomas a través de la anamnesis y examen físico completo

La clínica depende del grado de deficiencia y de la rapidez con la que se instaura la anemia. Las situaciones de carencia de hierro y anemia leve o moderada, puede cursar con sintomatología escasa o incluso de forma asintomática.

b) Laboratorio:

El diagnóstico de anemia por criterio de laboratorio se establece determinando la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa.

Para determinar el valor de la hemoglobina se utilizarán métodos directos como la espectrofotometría y el hemoglobímetro

Determinación de la hemoglobina según edad.

2.3.1 MANEJO DE LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO DE GRADO LEVE Y MODERADO.

TRATAMIENTO EN NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 6 MESES

Tabla N° 06-A. Esquema de tratamiento con hierro para niñas y niños menores de 6 meses con anemia

| DOSIS | PRODUCTO A UTILIZAR | TIEMPO |
|--------------|---|---|
| 3 mg/Kg/día. | Sulfato Ferroso en gotas ó Hierro Polimaltosado en gotas(*) | Administrar hasta que la niña o niño comience a consumir alimentos (6 meses), continua luego con esquema de la tabla 06-B |

Tabla N° 9
Tratamiento con hierro para
niños de 6 meses a 11 años de edad con anemia leve o moderada

| EDAD DE ADMINISTRACIÓN | DOSIS ¹ (Vía oral) | PRODUCTO | DURACIÓN | CONTROL DE HEMOGLOBINA |
|-------------------------------|--|---|---------------------------|--|
| Niños de 6 a 35 meses de edad | 3 mg/kg/día Máxima dosis: 70 mg/día (2) | Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 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 |
| Niños de 3 a 5 años de edad | 3 mg/kg/día Máxima dosis: 90 mg/día (3) | Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico | | |
| Niños de 5 a 11 años | 3 mg/kg/día Máxima dosis: 120 mg/día (4) | Jarabe de Sulfato Ferroso o Jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 1 tableta de Sulfato ferroso o 1 tableta de Polimaltosado | | |

(2): Dosis Máxima: 5 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 1.5 cucharadita de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
(3): Dosis Máxima: 6 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico por día
(4): Dosis Máxima: 8 cucharaditas de jarabe de Sulfato Ferroso o 2.5 cucharaditas de jarabe de Complejo Polimaltosado Férrico o 2 Tabletas de Sulfato Ferroso o 1.5 tableta de Polimaltosado por día

Fuente: Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas en establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

En caso que no haya buena adherencia al sulfato ferroso o se presenten efectos adversos que limitan la continuidad del tratamiento con este producto se podrá emplear como alternativa de tratamiento el hierro polimaltosado.

Los dosajes de hemoglobina se establecerán de acuerdo a los niveles de anemia según el siguiente cuadro.

Tabla N° 07. Dosajes de Hemoglobina durante el tratamiento de la Anemia por deficiencia de Hierro

| GRADOS DE ANEMIA | | DOSAJES DE HEMOGLOBINA |
|----------------------------------|-----------------|---|
| ANEMIA LEVE Hb.: 10 - 10,9 mg | | A los 6 y a los 12 meses de iniciado el consumo de multimicronutrientes de acuerdo a lo establecido en la Directiva Sanitaria 056 |
| ANEMIA MODERADA | Hb.: 9 - 9,9 mg | A los 6 y a los 12 meses de iniciado el consumo de multimicronutrientes de acuerdo a lo establecido en la Directiva Sanitaria 056 |
| | Hb.: 7 - 8,9 mg | A los 3, 6 y a los 12 meses de iniciado el tratamiento |

Fuente: Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas en establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

Tabla N° 08. Esquema de tratamiento con hierro para niñas y niños de 6 a 35 meses con anemia de grado leve y moderado en caso de no disponer con Multimicronutrientes

| GRADOS DE ANEMIA | DOSIS | CANTIDADES A UTILIZAR | TIEMPO |
|---|-------|---|------------------------------------|
| ANEMIA LEVE y ANEMIA MODERADA (Tabla N° 01-B) | | Máximo 39 Gotas de Sulfato Ferroso (1 mg Fe elemental / gota) ó Máximo 19 Gotas de Hierro Polimaltosado(*) (2 mg Fe elemental / gota) | Hasta que la Hb sea ≥ 11 g/dl |

Fuente: Guía Práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de anemia por deficiencia de hierro en niños y niñas en establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

Monitoreo del tratamiento:

El personal de salud responsable de la atención integral de la niña niño o adolescente realizara monitoreo del tratamiento de la anemia hasta finalizar los esquemas correspondientes.

En caso que la niña niño o adolescente no responda al tratamiento, deberá ser referido a un establecimiento de salud de mayor capacidad resolutive para los estudios correspondientes a fin de descartar una afección secundaria.

Las niñas y niños menores de 5 años con manifestaciones de desnutrición aguda severa (indicador peso para la talla (P/T) por debajo de -3 desviaciones estándar (D.S) o edema bilateral de miembros superiores o inferiores) debe ser referido inmediatamente a un nivel de atención de mayor complejidad con capacidad de resolución.

Se debe suspender el tratamiento con hierro cuando la niña, niño o adolescente curse con un proceso infeccioso activo o mientras dure el tratamiento antibiótico, Reiniciar luego de superado el proceso.

En zonas endémicas de malaria, se debe practicar un examen de gota gruesa antes de brindar el tratamiento. En caso la prueba resulte positiva, tratar la malaria antes de tratar la anemia.

Medidas alimentarias

Existen 2 tipos de hierro en la dieta: **hierro hem y hierro no hem**

El hierro hem (forma parte de la hemoglobina y mioglobina de tejidos animales) es absorbido con mucha eficiencia que el hierro no hem y mas aun porque potencia la absorción del hierro no hem.

La presencia de sustancias inhibidores o potenciadores prácticamente no afectan su absorción a excepción del calcio.

Los alimentos con mayor contenido de hierro hem son: sangrecita, vísceras rojas (bazo, hígado de pollo, riñones).

CONTENIDO DE HIERRO EN 100 GR. DE ALIMENTO DE ORIGEN ANIMAL

| Alimento | mg. de hierro | Alimento | mg. de hierro |
|------------------------|---------------|---------------------|---------------|
| Sangre de pollo cocida | 29.5 | Pavo, pulpa | 3.8 |
| Bazo | 28.7 | Carne de res, pulpa | 3.4 |
| Hígado de pollo | 8.5 | Pescados | 2.5-3.5* |
| Riñón | 6.8 | Carnero, pulpa | 2.2 |
| Pulmón (Bofe) | 6.5 | Pollo, pulpa | 1.5 |

Fuente: Tabla Peruana de Composición de Alimentos 7ma. Edición – CENAN/INS/MINSA. *Cantidad de hierro promedio

El hierro no hem se encuentra en los alimentos vegetales se encuentra principalmente oxidado, en forma férrica (Fe³). Los Iones Fe³ + se

absorben con dificultad y necesitan proteínas de la familia de las integrinas para absorberse.

El Fe^{3+} precisa transformarse a forma ferrosa (Fe^{2+}) en duodeno. El Fe^{2+} se absorbe a través de la membrana apical del enterocito al interior celular mediante una proteína transportadora de cationes divalentes que también facilita la absorción del cobre, manganeso, plomo, cadmio y cobalto

El hierro no hem presenta una menor biodisponibilidad, se absorbe del 2 al 10% y depende de factores dietéticos. El 10% puede disminuir fácilmente con la presencia de fitatos, oxalatos, fosfatos polifenoles y pectinas presentes principalmente en cereales, menestras, legumbres, vegetales de hojas verdes, raíces y frutas.

Además los taninos presentes en el té, café, cacao, infusiones de hierba o mates en general, así como las bebidas carbonatadas bloquean de manera importante la absorción del hierro.

Sin embargo los betacorenos y vitamina A, el ácido fólico, el ácido ascórbico o vitamina C, aun en presencia de fitatos taninos y calcio previene la formación del hidróxido férrico insoluble.

MEDIDAS PARA PREVENIR LA ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO

Alimentación variada que considere la incorporación de alimentos de origen animal ricos en Hierro en todos los grupos de edad especialmente en gestantes, niñas, niños y adolescentes.

Inicio de la Lactancia Materna dentro de la primera hora de nacida la niña o niño y de manera exclusiva hasta los 6 meses y prolongada hasta los 2 años de edad.

Alimentación Complementaria adecuada a partir de los 6 meses de edad que incluya diariamente alimentos de origen animal ricos en hierro: sangrecita, bazo, hígado y otras vísceras y carnes rojas en general.

Suplementación de la gestante y puérpera con hierro y ácido fólico.

Corte tardío del cordón umbilical a los (2-3 minutos) después del nacimiento.

Suplementación preventiva con Hierro en niñas y niños menores de 3 años.

Control de la parasitosis intestinal: En zonas endémicas de parasitosis, las niñas y niños deberán recibir tratamiento de acuerdo a la normatividad establecida.

EFFECTOS ADVERSOS O COLATERALES DEL TRATAMIENTO

La administración de hierro puede conllevar a algunos efectos secundarios como son: heces oscuras o negras, molestias epigástricas, náuseas, vómitos en ocasiones, o constipación leve y diarrea leve. Para estos casos se debe indicar el consumo de suplemento junto con los alimentos.

Según evidencia científica con lo Micronutrientes en polvo se reporta efectos colaterales (diarreas, náuseas, vómitos o malestar estomacal en menos del 1% de las niñas y niños que inician su consumo.

Ante una sospecha de reacciones adversas a medicamentos, al personal de salud realizara el registro de la información, en el formato de Reacciones Adversas.

CRITERIOS DEL ALTA AL TRATAMIENTO

El alta al tratamiento se realizara cuando haya completado el tratamiento según esquema y el valor de la hemoglobina se encuentre en niveles normales para la edad.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Las niñas, niños y adolescentes deben ser referidos inmediatamente a un establecimiento de salud de mayor complejidad con capacidad resolutive en los siguientes casos.

Con diagnóstico de anemia severa.

Cuando no responda al tratamiento según lo establecido monitoreo al tratamiento.

2.2.3 BASES TEÓRICAS

En cuanto a las teorías vemos que la teoría de Nola Pender nos habla del modelo de promoción de la Salud es ampliamente utilizado por los profesionales de enfermería, ya que permite comprender comportamientos humanos relacionados con la salud, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables.

Madeleine Leininger afirmo que esta teoría tiene como objetivo los cuidados que consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Además considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura.

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

Anemia: se define como una concentración baja de hemoglobina en la sangre. Se detecta mediante un análisis de laboratorio en el que se descubre un nivel de hemoglobina en la sangre menor de lo normal.

Hierro: Es un mineral esencial que ayuda a producir las proteínas hemoglobina y mioglobina que transporta el oxígeno en la sangre a todas las células del cuerpo, interviniendo así en el desarrollo cognitivo, motor y socio emocional de las niñas y niños.

Hemoglobina: es una molécula que se encuentra en el interior de los glóbulos rojos de la sangre y sirve para transportar el oxígeno hasta los tejidos.

Sangre capilar: Es la sangre obtenida por punción o la incisión de la piel, es una mezcla de proporciones indeterminadas de sangre de las arteriolas, vénulas, vasos capilares, y los líquidos intersticiales e intracelulares.

Incisión: Es un corte en la piel, utilizando un dispositivo automatizado de punción (lanceta retráctil), con el propósito de obtener sangre capilar.

Punción: Es la rotura de la piel con una lanceta o una cuchilla para obtener sangre para la realización de una prueba.

Intervenciones de enfermería: Se define como una

Intervención Enfermera a “Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la **Enfermería** para favorecer el resultado esperado del paciente”.

Micronutrientes: Es una mezcla de vitaminas y minerales que ayudan a prevenir la anemia y otras enfermedades aumentan el valor nutricional de los alimentos. Su presentación es en sobres individuales de 1.0 g de polvo blanquecino sin olor ni sabor

Necesidades nutricionales: Son las cantidades de todos y cada uno de los nutrientes que un individuo debe ingerir de forma habitual para mantener un adecuado estado nutricional y para prevenir la aparición de enfermedades.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos.

Para la elaboración y sustento del presente informe de experiencia laboral se han recolectado datos relevantes de las siguientes fuentes de información:

Fuentes secundarias como trabajos de investigación, artículos y revistas científicas

Informe analítico de actividades de atención integral del niño.

Plan Operativo anual del Programa Articulado Nutricional de la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna.

Directiva Sanitaria para la Prevención de Anemia mediante la Suplementación con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses con R.M N° 055-2016/ MINSA.

Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niña, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención.

Los datos recolectados fueron ingresados a la base de datos en el programa de excel en el cual se procesó la información para su tabulación, con tablas estadísticas descriptivas. El análisis se realizó de acuerdo a los resultados obtenidos según porcentaje.

3.2 Experiencia Profesional.

Me inicié como Enfermera administrativa en el año 2009 en la Estrategia de inmunizaciones de la Dirección Regional Piura en la cual labore en dicha Institución 2 años.

En el año 2010 se iniciaron los programas presupuestales uno de ellos fue el Programa Articulado Nutricional donde labore 1 año en dicha Institución.

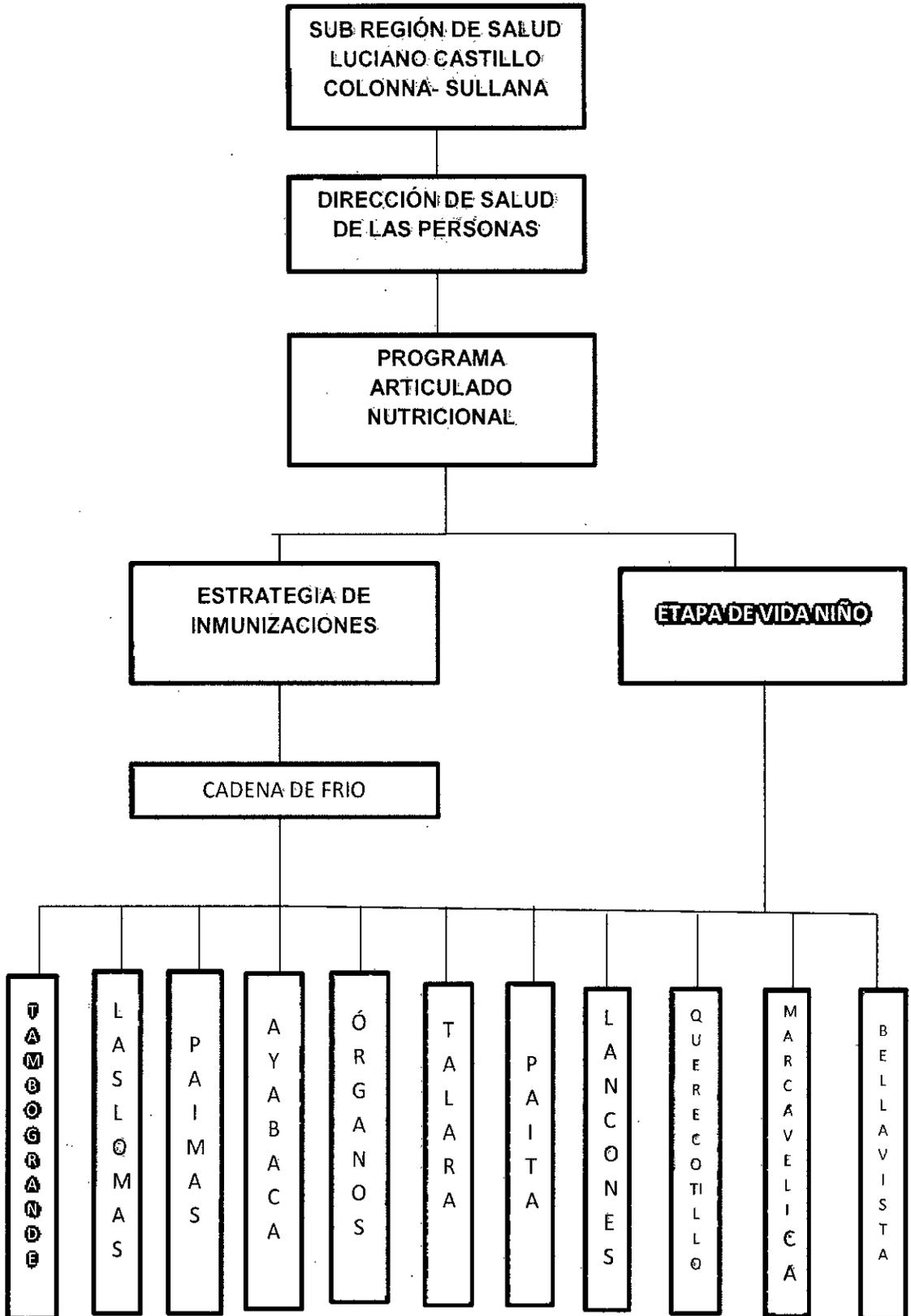
En el año 2011 trabajé en la Sub Región Luciano Castillo Colonna de Sullana como enfermera administrativa en el programa Articulado Nutricional como parte del equipo técnico del programa hasta diciembre del 2013.

En el año 2014 hasta Agosto del 2015 trabajé como enfermera asistencial en los establecimientos de Salud Tambogrande y nueve de octubre, en el consultorio de Inmunizaciones y Control de crecimiento y desarrollo del niño.

En el mes de Setiembre del 2015 reingreso como enfermera administrativa en la Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna como parte técnico del programa Articulado Nutricional laborando hasta la fecha.

En cuanto a la estructura o la organización del programa articulado nutricional se detalla de la siguiente manera.

ESTRUCTURA DE ENFERMERÍA



La Sub Región de Salud Luciano Castillo Colonna, es una unidad ejecutora de la Dirección regional de Piura se encuentra ubicada al norte occidental del país, en el Departamento de Piura, es colindante con el Hospital de Apoyo II - Sullana. teniendo como dirección el Jr. Tumbes S/N a orillas del río Chira. Está conformada por 2 redes (Sullana y Ayabaca) y 11 Micro redes (Bellavista, Marcavelica, Querecotillo, Lancones, Paita, Las Lomas, Tambogrande, Paimas, Ayabaca, Talara y Los Órganos), distribuidos en 31 distritos y 192 establecimientos de salud, contando con una población menor de 5 años de 82,622 como sub región de salud Luciano Castillo Colonna – Sullana.

Conformado por cinco programas presupuestales dentro de ello tenemos el Programa Articulado Nutricional que está a cargo de 01 coordinadora Licenciada en Enfermería, y el equipo técnico conformado por una 01 Enfermera que es parte del equipo técnico, 2 técnicos en computación quienes trabajan la parte de información y 01 secretaria.

A través PAN se busca reducir la prevalencia de desnutrición crónica y prevenir la anemia en los niños y niñas menores de cinco años. Para ello se propone reducir la incidencia de bajo peso al nacer, mejorar la alimentación y nutrición del menor de 36 meses, y reducir la morbilidad por infecciones respiratorias agudas (IRA) y enfermedades diarreicas agudas (EDA) en niños menores de 24 meses mediante actividades preventivas.

Dentro del Programa Articulado Nutricional se encuentra el Componente de Crecimiento y Desarrollo del Niño y niña (CRED) es uno de los más importantes de las acciones de salud; se constituye en un conjunto de actividades periódicas y sistemáticas orientadas a evaluar al niño (a), con el objetivo de vigilar de manera adecuada, y oportuna el crecimiento y desarrollo del niño (a); detectar oportunamente los riesgos, alteraciones o trastornos; así como la presencia de enfermedades además se realiza el

tamizaje de hemoglobina a los niños de 6 meses hasta los 36 meses con un equipo portátil llamado hemoglobímetro que nos va a permitir hacer la lectura para descartar si el niño tiene anemia mediante la clasificación que se maneja según guía clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro.

En tal sentido; en el servicio de CRED, al interactuar con las madres durante la consejería nutricional la mayoría de ellas, al preguntarle con que había alimentado a su hijo en estos 6 primeros meses de edad, manifestaron “A mi hijo, desde los 4 meses, le di agüita de manzanilla porque tenía gasecitos”; otras dijeron: “mi niño estaba enfermo hace 1 mes y estaba tomando medicamentos que le recetó el doctor”; en una menor proporción algunas refirieron: “los primeros meses mi niño se alimentó con leche artificial porque no tenía leche” o “mi hijo toma leche materna pero también toma fórmula porque no tengo mucha leche y a veces no se llena, de modo que, empieza a llorar”.

La consejería nutricional es importante porque es un proceso educativo comunicacional entre el personal de salud capacitado en nutrición y consejería entre la madre o cuidador. El propósito es analizar una situación determinada y ayudar a tomar decisiones sobre ellas.

La importancia de tratar y prevenir la anemia por deficiencia de hierro en niños radica en que éste es un elemento indispensable en el desarrollo del sistema nervioso del niño o niña. Su carencia puede provocar alteraciones neurológicas irreversibles que se manifiestan como una disminución del coeficiente intelectual, entre otras. Los síntomas que caracterizan la anemia son: cansancio, somnolencia, falta de apetito, decaimiento, mareos, palidez de la piel, debilidad muscular y sensación de frío. En los casos más graves el niño puede, ponerse irritable, tener un nivel de crecimiento reducido, un bajo rendimiento escolar, entre otros.

Las enfermeras de los establecimientos de Salud capacitadas realizan sus sesiones educativas y sesiones demostrativas a las madres de familia.

En cuanto a la información es registrado en un formato llamado informe analítico de actividades de atención integral del niño que es entregado a fin de mes en la oficina de estadística para el proceso de información y consolidación como Sub Región de Salud.

A continuación menciono las actividades que se vienen realizando como parte del equipo técnico del programa articulado nutricional de la SRS LCC- Sullana en el transcurso de mi experiencia laboral en dicha institución de acuerdo a las funciones esenciales de enfermería.

- Investigación: Evaluación de Indicadores de Cred, inmunizaciones investigación de ESAVIS, elaboración de planes de trabajos, monitoreo de niños con suplemento de micronutriente.
- Asistencial: Seguimiento a los niños que no acuden a recibir sus vacunas, control de Crecimiento y desarrollo y administración de micronutrientes. Cuando realizamos campañas de vacunación casa a casa, Lanzamiento de campañas.
- Docencia: Educación y Orientación mediante la consejería nutricional a las madres de familia capacitación al personal de salud, Sesiones demostrativas sobre la preparación de alimentación complementaria.

- Administrativa: Programación de metas físicas ,programación de biológicos y jeringas, requerimiento de insumos de biológicos y jeringas cuadro de distribución de biológicos, evaluación de indicadores, informes mensuales, planes de trabajo, cronograma de supervisión, cuadro de distribución de material educativo e informativo, llenado de registro.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1

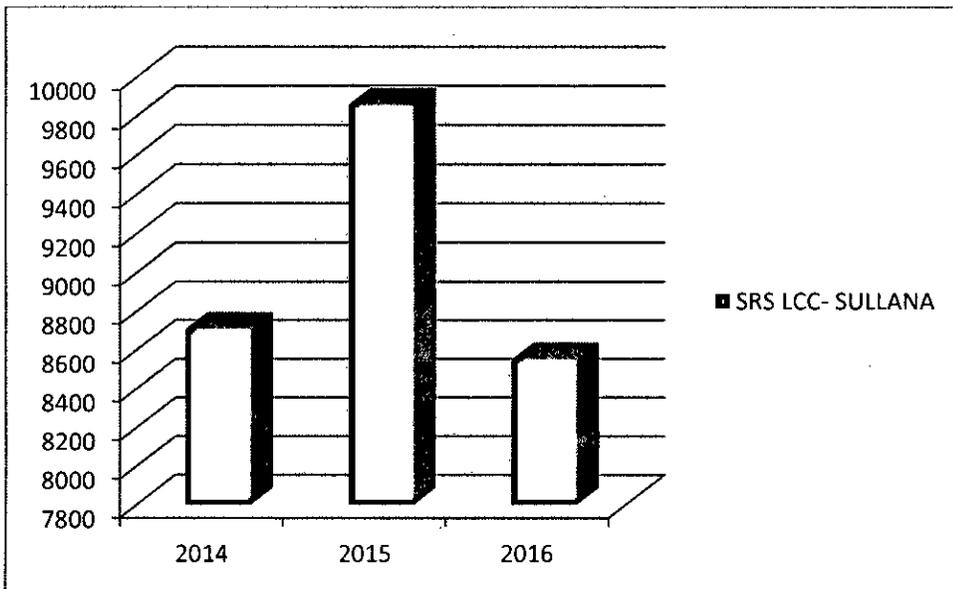
NUMERO DE CASOS DE ANEMIA SUB REGIÓN DE SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA –SULLANA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS

| U E | 2014 | 2015 | 2016 |
|------------------|------|------|------|
| SRS LCC- SULLANA | 8708 | 9856 | 8550 |

FUENTE: PPR 2014, 2015, 2016

GRAFICO 4.1

NUMERO DE CASOS DE ANEMIA SUB REGIÓN DE SALUD LUCIANO CASTILLO COLONNA –SULLANA EN NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS



FUENTE: PPR 2014, 2015, 2016

En el cuadro vemos que en el último año la tendencia de anemia baja por la atención del profesional de enfermería ya que aumentó el número de contratación de enfermeras y por lo tanto aumento la administración. De micronutrientes.

2014-2015-2016 POR DISTRITOS SRS LCC- SULLANA

| EE.SS. | 2014 ENERO - DICIEMBRE | | 2015 ENERO - DICIEMBRE | | 2016 ENERO - DICIEMBRE | |
|----------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| | CASOS DE ANEMIA | CASOS DE ANEMIA | CASOS DE ANEMIA | CASOS DE ANEMIA | CASOS DE ANEMIA | CASOS DE ANEMIA |
| | 2014 | | 2015 | | 2016 | |
| AMOTAPE | 109 | 40 | 222 | 52 | 222 | 11 |
| AYABACA | 1838 | 377 | 1884 | 831 | 1477 | 392 |
| BELLAVISTA | 1574 | 296 | 1034 | 252 | 1048 | 338 |
| EL ALTO | 377 | 2 | 252 | 17 | 225 | 36 |
| EL ARENAL | 53 | 5 | 69 | 41 | 60 | 8 |
| IGNACIO ESCUDERO | 615 | 255 | 702 | 428 | 714 | 155 |
| JILILI | 207 | 74 | 297 | 144 | 182 | 43 |
| LA BREA | 98 | 132 | 493 | 182 | 318 | 78 |
| LA HUACA | 883 | 421 | 933 | 286 | 605 | 86 |
| LAGUNAS | 468 | 36 | 387 | 102 | 384 | 106 |
| LANCONES | 646 | 294 | 758 | 470 | 884 | 445 |
| LAS LOMAS | 2191 | 520 | 1511 | 467 | 1699 | 381 |
| LOBITOS | 10 | 1 | 35 | 15 | 112 | 0 |
| LOS ÓRGANOS | 257 | 46 | 351 | 128 | 353 | 147 |
| MANCORA | 523 | 70 | 214 | 120 | 310 | 164 |
| MARCAVELICA | 1068 | 392 | 1275 | 510 | 1104 | 495 |
| MIGUEL CHECA | 477 | 161 | 408 | 70 | 484 | 208 |
| MONTERO | 368 | 151 | 505 | 193 | 465 | 220 |
| PAIMAS | 312 | 129 | 503 | 235 | 522 | 71 |
| PAITA | 2927 | 577 | 962 | 344 | 1776 | 351 |
| PARIÑAS | 1974 | 704 | 815 | 433 | 1096 | 387 |
| PUEBLO NUEVO COLAN | 434 | 72 | 504 | 84 | 623 | 139 |
| QUERECOTILLO | 1671 | 357 | 835 | 390 | 1310 | 313 |
| SALITRAL- SULLANA | 541 | 160 | 327 | 148 | 257 | 70 |
| SAPILLICA | 289 | 146 | 434 | 271 | 497 | 320 |
| SICCHEZ | 134 | 28 | 127 | 45 | 136 | 61 |
| SULLANA | 3284 | 556 | 3244 | 906 | 2304 | 932 |
| SUYO | 982 | 344 | 921 | 374 | 853 | 443 |
| TAMARINDO | 75 | 65 | 68 | 55 | 88 | 32 |
| TAMBOGRANDE | 3248 | 2277 | 3259 | 2147 | 4936 | 1919 |
| VICHAYAL | 132 | 20 | 129 | 116 | 710 | 199 |
| Total general | 27765 | 8708 | 23458 | 9856 | 25754 | 8550 |

FUENTE: PPR 2014, 2015, 2016.

V. CONCLUSIONES

- a) Durante mi experiencia profesional en el programa Articulado Nutricional en la atención primaria de la salud he podido adquirir y ampliar mis conocimientos en los diferentes programas que el MINSA desarrolla para disminuir la anemia y la desnutrición en los niños menores de 3 años.

- b) Es muy importante el seguimiento y monitoreo individual en el domicilio para poder conocer directamente las condiciones, factores sociales y cultura que tiene cada familia para así poder actuar y brindar promoción y prevención de la salud a la población infantil y así cambiar el futuro del País.

- c) Como enfermera salubrista es muy importante priorizar el trabajo en el primer nivel de atención y así poder actuar ante problemas potenciales que afecten a la población infantil y concientizar al profesional de enfermería para seguir investigando y dar propuestas a estrategias de cambio para el futuro.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que se fortalezca las acciones educativas acerca de la prevención y consecuencias de la anemia ferropénica a través del diseño de un programa de promoción y prevención orientado a las madres que asisten a la consulta de cred y a la comunidad en general.
- b) Dotar a los EE.SS. materiales y herramientas necesarias para implementar un módulo de Información y Orientación para el público objetivo, en el que participarán nutricionistas, técnicos y enfermeras, apoyados por promotores y comunicadores, quienes brindarán información sobre los ejes temáticos para la reducción de la desnutrición crónica infantil y anemia infantil
- c) Enfatizar en el seguimiento de las madres de niños con riesgo a anemia a través de las visitas domiciliarias.
- d) Realizar estudios cuanti cualitativos sobre prácticas alimentarias para la prevención de la anemia ferropénica en madres de diferentes estratos sociales.
- e) La Institución de Salud de primer nivel de atención diseñe estrategias (especialmente educativas) para favorecer la adherencia en el tratamiento de anemia ferropénica
- f) Difundir mensajes claves para la reducción de la anemia trabajando con aliados estratégicos (comunicadores, periodistas locales, regionales y agentes comunitarios de las zonas de intervención) y un adecuado tratamiento informativo a los establecimientos de salud de los 31 distritos de la Sub Región de Salud L.C.C. Sullana.

VII REFERENCIALES

- Directiva Sanitaria para la Prevención de Anemia mediante la Suplementación con Micronutrientes y Hierro en niñas y niños menores de 36 meses con R.M N° 055-2016/ MINSA
- Guía Clínica para el diagnóstico y tratamiento de la anemia por deficiencia de hierro en niña, niños y adolescentes en establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- ZVALET Nelly. "Suplemento nutricional Sprinkles en la lucha contra la anemia infantil", Instituto de Investigación Nutricional [revista en internet]* lima 28-30 mayo 2010. [acceso 19 de junio de 2013]. Disponible en: <http://www.sopenut.net/site/files/curso/esprinkles.pdf>
- MINSA PERÚ (2011), Directiva sanitaria de suplementación con micronutrientes para los niños(as) menores de 5 años, "Norma técnica Nro. 00000403 de Marzo 2011. Boletín Oficial del Estado Peruano, N° 403, (10-05- 2011) [Acceso 27 de junio de 2013]; Disponible en: <Http://www.minsagob.com>
- CÁRDENAS GÁLVEZ Carlos, SIERRA Gustavo Ángel, DÁVILA MUÑOZ Segundo. "Guía Para Consejería en Alimentación y Nutrición". Care Perú, Marzo 2004 [Revista En Internet] Mayo 2010. [Acceso 23 De Junio De 2013]. Disponible en: [http://www. Bvcooperacion. Pe/Biblioteca/Pdf](http://www.Bvcooperacion.Pe/Biblioteca/Pdf)
- ARCE BUSTAMANTE Dahjana. "Consejería en Salud" INEN. [Revista en Internet]* 09 de Mayo 2,011. [Acceso 29 de junio del 2013]; Disponible en: <http://www.minsarsta.gob.pe/portal/pdf>
- "Consejería Nutricional en el Marco de la Atención de Salud Materno Infantil Resolución Ministerial Nro.09-043574-001 28 de Diciembre del 2009 Boletín Oficial del Estado Peruano Nro. 002(28-12-2009) [acceso 29 de junio del2013]; Disponible En: <Http://Www.Ins.Gob.Pellnsvirtuallimages/Otrpubs/> Pdf/Consejeria. Nutricional. Pdf. Pdf.

- Bocanegra Vargas S.
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4174/1/Bocanegra_Vargas_Spassky_2014.pdf. [Online].; 2011 [cited 2017 Marzo 17. Available from:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4174/1/Bocanegra_Vargas_Spassky_2014.pdf.
- Nasia Rimachi JL.
revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/download/423/327. [Online].; 2013 [cited 2017 Abril 3. Available from:
revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/SD/article/download/423/327
- Lanecelli jc. www.scielo.org.ar/pdf/aap/v110n2/v110n2a07.pdf. [Online].; 2012 [cited 2017 marzo 10. Available from:
www.scielo.org.ar/pdf/aap/v110n2/v110n2a07.pdf
- Abril Guevara MF
cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3744/1/Centeno_se.pdf. [Online].; 2012 [cited 2017 Marzo 15. Available from:
cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3744/1/Centeno_se.pdf

ANEXOS



Resolución Ministerial

Lima, 29 de ENERO del 2016

Visto, el Expediente N° 15-117525-010 que contiene el Informe N° 056-2015-DGSP-DAIS-EBNANS/MINSA, el Informe N° 501-2016-DGSP-DAIS-ESNANS/MINSA y el Memorandum N° 053-2016-DGSP/MINSA de la Dirección General de Salud de las Personas del Ministerio de Salud, así como el Informe N° 0018-2015-OGAJ/MINSA, de la Oficina General de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud;



A. Velazquez

CONSIDERANDO:

Que, los numerales I y II del Título Preliminar de la Ley N° 28042, Ley General de Salud, señalan que la salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo, por lo que la protección de la salud es de interés público, siendo responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla;



P. Colla

Que, el artículo 123 de la precitada Ley, modificada por la Única Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, establece que el Ministerio de Salud es la Autoridad de Salud de nivel nacional. Como organismo del Poder Ejecutivo tiene a su cargo la formulación, dirección y gestión de la política de salud y actúa como la máxima autoridad normativa en materia de salud;



P. Espinoza

Que, el artículo 4 del Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, dispone que el Sector Salud está conformado por el Ministerio de Salud, como organismo rector, las entidades adscritas a él y aquellas instituciones públicas y privadas de nivel nacional, regional y local, y personas naturales que realizan actividades vinculadas a las competencias establecidas en dicha Ley, y que tiene impacto directo o indirecto en la salud, individual o colectiva;



E. Rueda

Que, las literales a) y b) del artículo 5 de la precitada Ley, señalan que son funciones rectoras del Ministerio de Salud, formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial de Promoción de la Salud, Prevención de Enfermedades, Recuperación y Rehabilitación en Salud, bajo su competencia, aplicable a todos los niveles de gobierno; así como dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales;



H. Zúñiga

Que, por Resolución Ministerial N° 708-2014/MINSA, se aprobó la Directiva Sanitaria N° 056-MINSA/DGSP-V.01, Directiva Sanitaria que establece la suplementación con multivitaminantes y hierro para la prevención de anemia en niñas y niños menores de 36 meses, con el objetivo de establecer criterios técnicos para la suplementación con multivitaminantes y hierro, para prevenir la anemia en las niñas y niños menores de 36 meses de edad en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación;



J. Zuñiga G.

DIRECTIVA SANITARIA N° 068 -MINSAJD-GSP. V.01
DIRECTIVA SANITARIA PARA LA PREVENCIÓN DE ANEMIA MEDIANTE
LA SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES Y HIERRO EN NIÑAS Y
NIÑOS MENORES DE 36 MESES

I. FINALIDAD

Contribuir en la reducción de la prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niñas y niños menores de 36 meses de edad, y a la protección del estado de salud y el desarrollo infantil temprano de este grupo poblacional.

II. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los criterios técnicos y administrativos para la suplementación con micronutrientes y hierro, para la prevención de la anemia en las niñas y niños menores de 36 meses de edad, en los establecimientos de salud del ámbito de aplicación.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

2.2.1. Establecer los esquemas de suplementación con micronutrientes y hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad.

2.2.2. Definir los procedimientos técnicos para el cumplimiento del esquema de suplementación con micronutrientes y hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad.

2.2.3. Definir las acciones que los establecimientos prestadores de servicios de salud realizan con la participación activa de la comunidad, para el cumplimiento del esquema de suplementación con micronutrientes y hierro en las niñas y niños menores de 36 meses de edad.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN

La presente Directiva Sanitaria es de aplicación obligatoria en todos los establecimientos de salud bajo el ámbito de competencia del Instituto de Gestión de Servicios de Salud, de las Direcciones Regionales de Salud, Gerencias Regionales de Salud o les que hagan sus veces en el ámbito regional, del Seguro Social de Salud - ESSALUD, de las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú. Servirá como referencia para los establecimientos de salud privados y otros prestadores que brinden atención de salud en todo el país.



IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Ley N° 27372, Ley Orgánica de Municipalidades.