

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



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS
PARA REDUCIR LA ANEMIA EN NIÑOS DE 6 MESES A 3 AÑOS EN
EL CENTRO DE SALUD IGNACIO ESCUDERO, SULLANA-PIURA,
2015 – 2017**

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

SHIRLEY DEL PILAR MORALES VARGAS

**Callao, 2018
PERÚ**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Shirley del Pilar Morales Vargas', with a decorative flourish at the end.

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--|------------|
| ➤ DRA. ZOILA ROSA DÍAZ TAVERA | PRESIDENTA |
| ➤ LIC. ESP. YRENE ZENAIDA BLAS SANCHO | SECRETARIO |
| ➤ DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | VOCAL |

ASESORA: DRA. AGUSTINA PILAR MORENO OBREGÓN

Nº de Libro: 05

Nº de Acta de Sustentación: 269

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 22/04/2018

Resolución Decanato N° 971-2018-D/FCS de fecha 12 de Abril 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	4
1.1 Descripción de la Situación Problemática	4
1.2 Objetivo	9
1.3 Justificación	9
II. MARCO TEÓRICO	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Marco Conceptual	14
2.3 Definición de Términos	22
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	23
3.1 Recolección de Datos	23
3.2 Experiencia Profesional	23
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	24
IV. RESULTADOS	29
V. CONCLUSIONES	32
VI. RECOMENDACIONES	33
VII. REFERENCIALES	34
ANEXOS	37

INTRODUCCIÓN

La anemia es uno de los problemas de salud pública más difundidos, especialmente en los países en desarrollo, se refiere a los bajos niveles de hemoglobina en la sangre, lo que se evidencia por una cantidad o calidad deficiente de glóbulos rojos. Las consecuencias de la anemia son negativas. Se caracteriza por una capacidad deficiente en el aprendizaje y productividad disminuida. La deficiencia de hierro afecta el desarrollo cognoscitivo en todos los grupos de edad. La anemia en niños e infantes está asociada con el retardo en el crecimiento y en desarrollo cognoscitivo, esto durante los primeros años de vida son irreversibles, aun después de un tratamiento. Estos niños sufrirán retardo en el desarrollo psicomotor, y cuando tenga edad para asistir a la escuela, su habilidad vocal y su coordinación motora habrán disminuido significativamente. (1)

La anemia ferropénica se produce por la deficiencia de hierro, el cual es necesario para la formación de los hematíes, componente importante de la hemoglobina la cual se encarga de transportar, almacenar y dar oxígeno a los tejidos. La población de mayor riesgo son los niños de 6 a 36 meses de edad, el aumento de requerimiento de hierro durante el periodo de crecimiento y se agotan las reservas de hierro, la madre transmite el hierro al niño a través de la placenta en el último trimestre y este nace con suficiente reserva, lo mantiene hasta alrededor de los cuatro meses y a partir de los seis meses el niño pasa a depender del

aporte exógeno del hierro para mantener un aporte adecuado del mismo, requiere una dieta equilibrada de hierro absorbible o de lo contrario se produce la anemia ferropénica.

En el capítulo I se detalla las generalidades (planteamiento del problema y objetivos que se lograrán con la presentación del informe más la justificación).

En el capítulo II, se menciona el marco teórico, antecedentes, marco conceptual y definición de términos

En el capítulo III comprende la experiencia profesional donde narramos todos los acontecimientos vividos durante los años mencionados y los procesos realizados del informe

En el capítulo IV se menciona en forma resumida los resultados

En el capítulo V las conclusiones

En el capítulo VI recomendaciones

En el capítulo VII referenciales y anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La anemia afecta en todo el mundo a 1620 millones de personas (IC 95%: 1500 a 1740 millones), lo que corresponde al 24,8% de la población (IC 95%: 22,9% a 26,7%). La máxima prevalencia se da en los niños en edad preescolar (47,4%, IC 95%: 45,7% a 49,1%), y la mínima en los varones (12,7%, IC 95%: 8,6% a 16,9%). No obstante, el grupo de población que cuenta con el máximo número de personas afectadas es el de las mujeres no embarazadas (468,4 millones, IC 95%: 446,2 a 490,6 millones).

El Banco Mundial calcula que en América Latina y el Caribe 7,2 millones de niños menores de 5 años tienen un retraso del crecimiento, y 22,5 millones están anémicos.

La máxima prevalencia de malnutrición crónica y de anemia se presenta durante la edad crítica de entre 6 y 24 meses, según la institución "Intervenir en la nutrición durante los 1.000 primeros días de vida tiene mucho sentido desde el punto de vista económico", resalta el estudio del BM, denominado "Cómo proteger y promover la nutrición de las madres y los niños"

El organismo multilateral presentó en Panamá un estudio que alerta de la importancia de promover la alimentación de las madres y de los niños menores de dos años para reducir las "persistentemente

elevadas altas tasas de malnutrición" en esta región. La máxima prevalencia de malnutrición crónica y de anemia se presenta durante la edad crítica de entre 6 y 24 meses, según la institución.

El hambre, que afecta al menos a 47 millones de personas en América Latina y el Caribe, según las Naciones Unidas, "genera impactos negativos irreversibles y costos humanos, sociales y económicos elevados que contribuyen a perpetuar la pobreza", indicó.

El BM llegó a esas conclusiones tras analizar el cumplimiento de 13 categorías programáticas consideradas válidas para garantizar un buen estatus nutricional en 12 países de la región: Dominica, Granada, Santa Lucía, San Vicente, Haití, Honduras, Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Panamá, Bolivia y Colombia.

Esos países fueron seleccionados sobre la base de criterios como el índice de pobreza, la tasa de malnutrición, la propensión a sufrir catástrofes naturales y la vulnerabilidad a las crisis, de acuerdo a la información oficial.

El estudio reveló que "en casi todos los países no hay un enfoque especial sobre las madres de los niños menores de dos años, especialmente durante emergencias o crisis".

También que ninguno cumple en su totalidad con las 13 categorías programáticas, que consisten en "seis intervenciones prioritarias en

materia de nutrición" y "siete enfoques transversales necesarios para la aplicación exitosa de las intervenciones relativas a la nutrición", indicó el estudio

Localización de la anemia infantil en el Perú Además de la magnitud, es importante localizar en tiempo, espacio y persona a aquellos niños en mayor riesgo de desarrollar anemia. Así, en relación con factores que identifican grupos en mayor riesgo de anemia, el estudio realizado por Sobrino et al usando la ENDES 2011, encontró en su análisis multivariado, que estima la asociación independiente de cada característica con la anemia, que el sexo y la edad del niño, nivel de riqueza, región natural, altitud, número de hijos se correlacionaron con la probabilidad de niños menores de 5 años de padecer de anemia (Sobrino et al. 2014). Específicamente, estos autores encontraron que los niños tenían mayor riesgo de padecer de anemia que las niñas. De manera similar, la edad fue un fuerte factor asociado con anemia, siendo los niños de 24 meses o menores los que tienen mayor riesgo que aquellos de 25 a 59 meses. Respecto a los niveles de riqueza, en general los niños del quintil inferior de riqueza (i.e., los más pobres), no se diferenciaron respecto al riesgo de anemia con los quintiles de riqueza superiores, excepto, y de manera muy marginal, con el segundo quintil más pobre, donde los niños en este segundo quintil tuvieron más riesgo que aquellos en el primer quintil. Respecto a la región natural, en comparación con los niños de Lima Metropolitana, aquellos que viven en el resto de costa peruana y en la selva tuvieron un mayor riesgo de anemia. Los que viven en la sierra tuvieron similar riesgo

que aquellos que viven en Lima Metropolitana. Sin embargo, de alguna manera contradictoriamente a estos últimos resultados, se vio que aquellos que viven en mayor altitud respecto a los que viven a menos de 2500 msnm tuvieron más riesgo 19 de anemia. Las razones de esta aparente contradicción se discuten más adelante. Finalmente, aquellos niños que vivían en hogares donde había dos o más niños tuvieron más riesgo que los que vivían sin otros niños en el hogar. Esta información de localización de la anemia no tendría fines meramente de encontrar o hacer inferencias de causalidad, aunque de hecho da luces que pueden orientar futuros estudios para determinar factores causales, en el sentido que tal o cual factor causa o previene anemia en la población infantil. Desde la perspectiva de la salud pública, la utilidad de la información como la encontrada por Sobrino et al, es más de señalar quienes son las personas que están en mayor riesgo y donde se tiene la mayor probabilidad de encontrar casos de niños con anemia. Este tipo de información ayuda en los procesos de toma de decisiones a priorizar y a enfocar la distribución de recursos hacia los grupos poblacionales de mayor riesgo, lo cual ayuda a la eficiencia de las acciones, especialmente cuando los recursos son muy escasos.

Los casos de anemia infantil siguen aumentando en Piura. En la región, 3 de cada 10 niños y niñas menores de 5 años padecen de anemia, según la última Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2016, aplicada por el INEI.

Del 2015 al 2016, los índices de anemia en los niños de 6 meses a 5 años se han incrementado en 3,5% en Piura. Según el ENDES 2015, el 26,9% de este grupo infantil padecía anemia. Sin embargo, en el ENDES 2016 se reporta al 30,4% de niños afectados con esta terrible enfermedad.

De los niños y niñas con anemia, en el 21,5 % la enfermedad es leve; en el 8,8% es moderada. Según el muestreo, no se reportan niños con anemia severa en la región.

Asimismo, uno de cada 10 niños y niñas menores de 5 años sufren desnutrición crónica en Piura afectando seriamente su crecimiento físico e intelectual.

A diferencia de la anemia, los índices de desnutrición crónica infantil en Piura se han reducido de 20,3% (ENDES 2015) a 15,3% (ENDES 2016). Sin embargo, esto no deja de ser una preocupación por el impacto negativo en el desarrollo de los más pequeños y pequeñas.

Estos altos índices de anemia y desnutrición infantil se dan pese a que Piura es una de las regiones que más alimentos aporta al país, a través de las actividades económicas que desarrolla como la pesca, ganadería y agricultura.

1.2 Objetivos

Describir la intervención de enfermería sobre medidas preventivas para reducir la anemia en niños de 6 meses a 3 años en el Centro de Salud Ignacio Escudero, Sullana – Piura, 2015- 2017

1.3 Justificación

La anemia es considerada por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública y se cataloga como leve cuando la prevalencia oscila entre el 5 y 19.9% de la población afectada; moderada (20-39.9%); y grave cuando es mayor al 40%.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer las medidas preventivas de enfermería que se deben tener con los pacientes que tengan anemia en niños de 6 meses a 3 años en el Centro de Salud Ignacio Escudero y sus características epidemiológicas de cuantificación y localización.

Además, se presenta un marco conceptual, que brinda información y evidencias sobre las causas y mecanismos por los que se produce la anemia, para que desde un enfoque de lo que la Humanidad ha llegado a conocer sobre anemia en los niños en los primeros años de vida, se pueda valorar la problemática de la anemia.

Finalmente, se pasará a revisar con una visión técnica las acciones, incluyendo programas, políticas e intervenciones, que se hayan llevado a cabo para controlar el problema de la anemia en la población de interés.

El informe, servirá al personal de enfermería que labora en el Centro de Salud Ignacio Escudero, como referente de las acciones preventivo promocionales realizadas para minimizar el impacto de la anemia en los niños.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Internacionales:

ALOMAR M. Realizó un estudio titulado "factores de riesgo para anemia ferropénica en niños del centro provincial de salud N° 4 ciudad de Rosario argentina, junio de 2008". Investigación observacional de corte transversal cuyo objetivo fue determinar la frecuencia de factores de riesgo para anemia ferropénica; valorar y evaluar posibles factores que pudieran asociarse al cumplimiento o no del programa de suplementación con sulfato ferroso en niños. La población estuvo constituida de 51 niños entre 6 a 23 meses que concurrieron al centro de salud en el tercer bimestre del año, se registraron datos relacionados con factores de riesgo para anemia ferropénica (dietéticos, socioeconómicos, antecedentes de patología) y estado de suplementación a partir de una encuesta elaborada. El 51% de los niños recibieron lactancia materna exclusiva hasta el sexto mes y el 49% formulas infantiles fortificadas y leche materna. El 60.8% consumen carne diariamente, 31.4% la consumen semanalmente el 7.8 % no la consumen. El 94.1% consume cereales y el 78.4% cítricos, pero la frecuencia de combinación de ambos es baja. El 15.7% de los niños recibe suplementación actualmente 64.7% la recibió anteriormente y 19.7% nunca la recibió. Los motivos argumentados reflejan problemas relacionados con el sistema sanitario, con el retiro del suplemento por los responsables del niño y con las reacciones adversas. No se encontró

asociación entre la suplementación y los conocimientos de los encuestados sobre anemia. Se concluye que la prevalencia de factores de riesgo de anemia es importante en la población de niños de 6-23 meses. Se encontró una baja proporción de suplementación que advierte acerca de la importancia de suplementación que advierte acerca de la importancia de adoptar otras estrategias para prevenir la anemia ferropénica.

CARBALLOSA T. Realizó un estudio titulado "anemia en niños beneficiarios del Programa mundial de Alimentos, las Tunas Cuba-enero 2005". Informe cuyo objetivo fue caracterizar la anemia en niños de 6 meses a 2 años y 4 escolares de 6 a 12 años, residentes en cuatro municipios de la provincia las Tunas durante la primera quincena del mes de enero. La población estuvo constituida por 945 residentes de zonas urbanas y rurales dividido en 2 grupos: de 6 meses a 2 años y de 6 años a 12 años. En ambos se aplicó la tabla de números aleatorios. La técnica fue la de determinación de la hemoglobina, para el análisis de datos. La conclusión fue que el municipio Amancio fue el que aportó mayor porcentaje de anémicos tanto en la zona rural, como en la zona urbana. El grupo que con mayor cantidad de niños anémicos fue entre las edades de 6 meses a 2 años. se recomendó intensificar la educación nutricional para modificar a largo plazo hábitos alimentarios incorrectos

Antecedentes Nacionales:

MORÁN A. Realizó un estudio titulado "Efecto de la administración de sulfato ferroso dos veces por semana para la reducción de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad, durante 6 meses y durante 12 meses de suplementación en comunidades rurales de Ancash, Perú". El informe cuyo objetivo fue mostrar la eficacia de la administración dos veces por semana de suplemento de sulfato ferroso para la reducción de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad. En el proyecto Ally Micuy se determinó el nivel de hemoglobina inicial de niños de 6 a 35 meses, mediante fotómetro Hemo Cue. Según los niveles de hemoglobina, se administró sulfato ferroso entre 1 a 2 mg de hierro elemental por kilo corporal por vez, dos veces por semana, como dosis preventiva y de 3 a 5 mg de hierro elemental por kilo corporal por vez, dos veces por semana, como dosis terapéutica. La suplementación de sulfato ferroso estuvo a cargo de las Educadoras Comunes en Nutrición. Se analizó la hemoglobina a los 6 y 12 meses. Se observó que el porcentaje de niños de 6 a 35 meses con anemia bajó de 62.58% a 45.71%, después de un semestre de suplementación. Al final del segundo semestre consecutivo de suplementación, el porcentaje de anemia bajó de 68.28% a 31.57%. La concentración promedio de hemoglobina fue 10.29 gr/dl, 10.78 gr/dl y 11.23 gr/dl, al inicio, a los 6 y a los 12 meses de suplementación, respectivamente. Por lo tanto, se concluye que la suplementación hecha por las Educadoras Comunes de Nutrición dos veces por semana es efectiva para la reducción de la anemia en niños de 6 a 35 meses de edad. La disminución de la prevalencia de la anemia en los niños mediante administración de sulfato ferroso es mucho mayor cuando los

niños reciben suplementación supervisada durante dos semestres consecutivos.

ANTÓN J. Realizó un estudio titulado "tratamiento profiláctico de sulfato ferroso y su efecto en el valor de la hemoglobina en lactantes sanos de 3 a 4 meses de edad en el hospital II Vitarte – ESSALUD", investigación experimental cuyo objetivo fue Conocer cómo influye el tratamiento profiláctico precoz del sulfato ferroso en el valor de la hemoglobina en lactantes. La población estuvo conformada por 68 lactantes de 3 y 4 meses de edad los cuales fueron distribuidos de la siguiente manera: Grupo experimental de 3 meses de edad: 16 niños, de 4 meses de edad: 11 niños, Grupo control de 3 meses de edad: 18 niños y Grupo control de 4 meses de edad: 23 niños. Se estudiaron 128 casos; los valores promedio de hemoglobina fueron 19.3, 13.9 y 11.8 gr/dl y de hierro de 337, 290 y 206 ug/dl)

VILCA J. Realizó un estudio titulado "Nivel de consumo, aceptabilidad y prácticas en la suplementación con multimicronutrientes sobre los niveles de hemoglobina en niños 6 de 6 a 36 meses de edad beneficiarios de PRONAA, ABANCAY, mayo-julio del 2012 Investigación descriptivo, analítico y de corte transversal cuyo objetivo fue determinar el nivel de consumo, aceptabilidad y las prácticas de suplementación sobre los niveles de hemoglobina en niños. La población del estudio fue de 350 y la muestra de 60 niños. La recolección de la información para determinar el nivel de consumo, aceptabilidad y las prácticas de suplementación fue

mediante el método de observación y encuesta, aplicando la ficha de supervisión del suplemento y ficha de registro de consumo. En los resultados la prevalencia de anemia, el 70% no presenta ningún grado de anemia, mientras que el 23.33 % tiene anemia leve y el 6.67% presenta anemia moderada. En los niveles de consumo, el 61.67 % tiene un alto consumo de suplemento, 33.33 % consumo regular y el 5% consumo bajo. Frecuencia de suplementación, el 53.33 % ofrece diariamente un sobre, mientras que el 36.67 % ofrece un sobre interdiario y el 10% ofrece tres sobres a la semana. La aceptabilidad del multimicronutrientes, el 83.33 % acepta y el 16.67 % rechaza el suplemento. Las prácticas de suplementación de las madres de niños, cantidad de alimentos que utilizan para la preparación de la mezcla, el 28.33% agregan en dos cucharadas, el 55% agregan en tres cucharadas a más y el 16.67 % agregan en otra cantidad. La consistencia, el 25% le agrega en consistencia líquida, mientras el 63.33% en semisólida y el 11.67 % en sólida. El horario de suplementación, el 65% ofrecen antes de su comida principal, el 20% ofrecen después de la comida principal y el 15% ofrecen con la comida principal. En conclusión, sobre los niveles de hemoglobina, el 30 % presenta algún grado de anemia.

2.2. Marco Conceptual.

2.2.1 Anemia

La anemia se define como una disminución en el número de glóbulos rojos (o hematíes) en la sangre o en los niveles de hemoglobina respecto a los valores normales.

La principal función de los glóbulos rojos es el transporte de oxígeno en la sangre y su liberación en los distintos tejidos. El oxígeno se transporta en el interior del hematíe unido a la hemoglobina. La anemia puede ser la manifestación de una enfermedad hematológica o una manifestación secundaria a muchas otras enfermedades.

2.2.2 Anemia Ferropénica en el Niño

La anemia ferropénica resulta de una insuficiente cantidad de hierro para la síntesis de hemoglobina. Es la enfermedad hematológica más frecuente en el niño. El tiempo que pasa para tener deficiencia de hierro es largo. Infantes a término nacidos con suficientes depósitos de hierro lo mantienen alrededor de los 4 meses de edad, después de ello se debe mantener una adecuada dieta absorbible de fierro para evitar su deficiencia. Tres estados de deficiencia de hierro han sido identificados:

1. Los depósitos de hierro de la médula ósea se depletan
2. La eritropoyesis es afectada por lo que los glóbulos rojos se empequeñecen y la concentración de la hemoglobina en las células disminuyen y
3. El nivel de hemoglobina comienza a caer. Alrededor del cuarto mes de edad los depósitos de hierro están reducidos a la mitad, y el hierro exógeno es necesario para mantener la concentración de hemoglobina durante la fase de crecimiento rápido entre los 4 y 12 meses de edad. La absorción de alrededor de 20 0.8 mg/día de

hierro en la dieta es requerida, de los cuales 0.6 mg son necesarios para el crecimiento y 0.2 mg para reemplazar pérdidas.

La anemia ferropénica en la niñez está causalmente asociada con defectos en el desarrollo y comportamiento. Hay dos formas de prevención de la anemia ferropénica, la prevención primaria en la que se da sulfato ferroso a 1mg/Kg/d o de 7.5 mg a 15 mg/d, La prevención secundaria es el tratamiento de anemia ferropénica dándosele sulfato ferroso de 5 a 6 mg/Kg/d por 6 a 8 semanas.

En suma, la deficiencia de hierro es todavía un trastorno común en niños provenientes de estratos socioeconómicos bajos y la prevención apunta a evitar el retardo y pobre crecimiento.

2.2.3 Clasificación de la anemia ferropénica. Anemia leve:

Los individuos con anemia leve suelen estar asintomáticos. Pueden quejarse de fatiga sueño, disnea y palpitaciones sobre todo después del ejercicio. Una característica muy importante es la disminución del apetito que influye de manera negativa en la nutrición del niño. Se considera anemia leve cuando se tiene un valor de hemoglobina de 10-10.9gr/dl a nivel del mar.

- a. ANEMIA MODERADA: a menudo están sintomáticos en reposo y son incapaces de tolerar esfuerzos importantes. El paciente puede ser consciente del estado hiperdinámico y quejarse de

palpitaciones, la disminución del apetito es mayor, la palidez es el signo físico que más se presenta en este tipo de anemia. La hemoglobina es entre 7-9.9gr/dl a nivel del mar.

- b. **ANEMIA SEVERA:** Los síntomas de este tipo de anemia se extienden a otros sistemas orgánicos, pueden presentar mareos, cefaleas y sufrir de síncope, tinnitus o vértigo, muchos pacientes se muestran irritables y tienden dificultades para el sueño y la concentración. Debido a la disminución del flujo sanguíneo cutáneo, los pacientes pueden mostrar hipersensibilidad al frío. Los síntomas digestivos tales como: Anorexia e indigestión e incluso náuseas o irregularidades intestinales que son atribuibles a la derivación de la sangre fuera del lecho esplácnico. Cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7gr/dl a nivel del mar.

2.2.4 Causas de la anemia ferropénica dieta deficitaria en hierro:

La sola deficiencia de hierro en los alimentos no es una causa de anemia ferropénica en los niños y adultos, pero si puede producir anemia notablemente en la lactancia, periodo en el que las necesidades diarias del mineral no son satisfechas por la leche materna, por lo que resulta esencial la complementación alimentaria o suplementación hierro. En la niñez temprana, en la adolescencia y el embarazo, se aumenta la necesidad diaria y si bien las deficiencias alimentarias pueden ser un

factor de influencia, por lo regular no constituye la principal causa de anemia notable. La absorción deficiente de hierro (mala absorción) rara vez causa deficiencia del mineral, excepto en personas a quienes se les ha hecho la gastrectomía parcial o que tienen síndrome de mala absorción. Cerca del 50 % de los pacientes sometidos a esta cirugía, habrá anemia ferropénica incluso varios años después. Sin embargo, los enfermos de esta categoría pueden absorber fácilmente sales de hierro dadas por vía oral.

DISMINUCIÓN DE LA ABSORCIÓN: La aquilea gástrica disminuye la absorción del hierro bajo la forma férrica que es la que proviene de los alimentos de origen vegetal, en cambio no afecta la absorción del hierro hemínico, ni de las sales ferrosas. Las enfermedades celíacas (sensibilidad al gluten, esprue tropical y la esteatorrea idiopática), también disminuye la absorción de hierro, en total magnitud, la anemia puede ser el primer signo clínico de la enfermedad. En los niños con deficiencia de hierro puede ocurrir que esta deficiencia este acompañada con mala absorción de este catión.

PERDIDAS SANGUÍNEAS: el origen más frecuente de deficiencia de hierro en los adultos es la pérdida de sangre, la cual puede deberse a muy diferentes causas. La más común en mujeres entre 15 y 45 años son las pérdidas ginecológicas. En los varones adultos y en post menopáusicas con anemia ferropénica la primera sospecha debe ser la pérdida crónica por la vía gastrointestinal, la cual puede ser debida a:

Enfermedad ulcera péptica, hernia hiatal con traumatismo de la mucosa y esofagitis péptica por reflujo gastroesofágico, ingestión de aspirina o de antiinflamatorios no esteroideos, de glucocorticoides o de preparados de potasio. Mención especial merecen 22 los parásitos intestinales, los cuales provocan pérdida de sangre, sea por ser hematófagos, como es el caso de trichuris trichura.

INFECCIONES A REPETICIÓN: La infección produce fiebre, que disminuye la absorción de hierro y causa anorexia, con lo que se reduce la ingesta de alimentos. Las infecciones de repetición pueden causar alteraciones en la inmunidad celular del niño, con respecto a la respuesta bacteriana por parte de neutrófilos. Aumentando así el riesgo de infecciones, pero se puede corregir de 4 a 7 días tras la administración de hierro. La anemia ferropénica produce alteraciones en la inmunidad celular del niño así aumentando el riesgo de infecciones.

CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA FALTA DE ENERGÍA: La incapacidad de un adecuado aporte de oxígeno a la célula, así como la deficiencia de la cadena de transporte electrónico impiden una adecuada obtención de energía que explica entre otros efectos, la sensación de fatiga, apatía, mareos debilidad, irritabilidad, anorexia, mialgia e incluso parestesia de pies y manos.

PALIDEZ DE PIEL Y MUCOSA: Se debe a la disminución del pigmento hemático y la palidez cutánea a una vasoconstricción local, ya que, como

mecanismo homeostático circulatorio, se produce una desviación de la sangre desde la piel y riñón a los órganos vitales.

DISNEA: Posiblemente se produce como consecuencia de una acidosis láctica hipoxia, que obliga a aumentar la ventilación, así como por una fatiga precoz de los músculos respiratorios.

ALTERACIONES METABÓLICAS HEPÁTICAS: El hígado es uno de los órganos fundamentales en el metabolismo del hierro, ya que además de almacenar y reciclar las reservas de este elemento, sintetiza diversas enzimas dependientes de hierro. Así en situación de anemia, disminuyen diversas ferroproteínas hepáticas como el citocromo C oxidasa, succinato deshidrogenasa, aconitasa, xantina oxidasa y mioglobina.

ENCUESTA ALIMENTARIA Tiene por objeto medir la ingesta de alimentos y estimar el aporte de nutrientes y energía para individuos o poblaciones en general, entrega información acerca de la adecuación de la dieta a las necesidades nutricionales, nos orienta acerca del déficit y excesos que permiten identificar los patrones habituales de consumo de alimentos y preparaciones sus resultados son de gran utilidad en la evaluación de intervenciones nutricionales y en el diseño de acciones educativas tendientes a mejorar las situaciones alimentarias encontradas.

Teoría de enfermería

MADELEINE LEININGER

líder en la teoría de los cuidados a las personas enfermería transcultural.

se baso en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcioné una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura

La cultura representan los modelos de su vida sistematizados y los valores de las personas que influyen en sus decisiones y acciones. por tanto, esta teoría está enfocada para que nosotras las enfermeras descubramos y podamos adquirir el conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagas uso de sus puntos de vistas internos, sus conocimientos y práctica, todo con la ética adecuada.

Los cuidados de enfermería que se basan en las prácticas asistenciales específicas de la cultura de los pacientes se traducen en signos positivos de satisfacción y bienestar.

2.3 Definición de Términos

- a. **Anemia Ferropénica:** se produce por deficiencia de hierro, el cual es necesario para la formación de la hemoglobina y esta para la de los hematíes.
- b. **Hemoglobina:** Es el componente más importante de los glóbulos rojos. su función consiste en absorber el oxígeno de los pulmones y transportarlo por el sistema circulatorio hasta las células de los tejidos y trasladar el dióxido de carbono en dirección opuesta.
- c. **Puesto de Salud:** Es el establecimiento del primer nivel de atención, que desarrolla actividades de atención integral de salud de baja complejidad, con énfasis en los aspectos Preventivo-promocionales, con la participación de la comunidad y todos los actores sociales, constituyéndose en el referente espacial de su ámbito de responsabilidad, cuenta con médico, enfermera, técnico en enfermería, técnico sanitario y obstetra.
- d. **Biodisponibilidad:** se refiere a la proporción de un nutriente que nuestro organismo absorbe de los alimentos y que utiliza para las funciones corporales normales.
- e. **Suplementación:** Significa cubrir total o parcialmente las deficiencias de vitaminas y micronutrientes.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección de Datos

Para realizar el presente informe se recolectaron datos de estadística de Centro de Salud Ignacio Escudero sobre los casos de anemia en niños menores de 3 años además se recopiló información del libro de seguimiento, historias clínicas.

3.2 Experiencia Profesional

Mi experiencia profesional en el Centro de Salud Ignacio Escudero I-III inicia desde el mes de enero del 2015 donde desarrolle actividades en el área niño.

Ya desde entonces he venido laborando en otros establecimientos de salud en lo que respecta lo preventivo promocionar y en el campo asistencial garantizando un cuidado humanizado satisfaciendo las necesidades de cada paciente

El Centro de Salud Ignacio Escudero es un centro materno perinatal a partir del 2017 con atención primaria de salud atiende las 24 horas del día y cuenta con los servicios de medicina general, obstetricia, enfermería, laboratorio, odontología, farmacia, emergencia, admisión, hospitalización.

El consultorio de enfermería cuenta con 4 enfermeras 1 nombrada, 1 Serums, 2 cas realizando atención integral al niño familia y comunidad.

Se atiende en 2 turnos al día de 6 horas, mañana y tarde el promedio de atenciones en consultorio CRED son de 15 a 20 niños por turno donde se desempeñan actividades de control cred, vacunación, suplementación de micronutrientes, profilaxis antiparasitaria, consejería nutricional, sesiones demostrativas, sesiones educativas, tamizaje de hemoglobina, examen de ojos y visión, identificación de factores de riesgo.

3.3 Procesos realizados en el tema de informe

Los procesos para reducir la anemia infantil están basadas en dos estrategias en torno se planifican las actividades preventivo promocionales.

Captación de niños con riesgo de desnutrición. El proceso se inicia desde la verificación de que la gestante reciba suplementación con micronutrientes.

- La captación de los niños se realiza durante el proceso de control de crecimiento y desarrollo. En base a ello se realiza la programación para la solicitud de los micronutrientes.
- Se acudió a cuna, iniciales y a todos los niños captados en el consultorio de enfermería para realizar la toma de hemoglobina a todos los niños a partir de 6 meses a 3 años, con el resultado que se obtenida se evaluaba si tenía menos de 10 mg/ml se refería al

consultorio de medicina para que reciba su tratamiento específico para la anemia.

-Los niños con anemia tenían que pasar por el consultorio de enfermería para ser entrevistados y llegar a un acuerdo. Concientizarlos sobre la importancia del tratamiento de la anemia, Consejería nutricional, donde se le informaba sobre la alimentación rica en hierro de origen animal, se le preguntaba a la madre si tiene algún conocimiento sobre anemia y se educaba sobre dicha enfermedad y sus consecuencias en el niño, y las funciones que tendría que realizar en casa.

➤ **Fortificación con micronutrientes**

Se le hacía entrega de los micronutrientes que son multivitamínicos, se le explica que son, para que sirven, y la preparación en casa, después se le citaba cada mes.

Después de 3 meses de haber iniciado su tratamiento para la anemia se realizaba un control de hemoglobina, para comparar el resultado actual con el anterior y poder ver si hubo algún cambio, si aumento el valor que estuvo bajo.

En algunos casos si lograban los niveles normales de hemoglobina, otros no.

Se le realizaban preguntas a la madre sobre ¿Que paso con el tratamiento? ¿Cuál es el motivo? ¿Por qué no aumento la hemoglobina en su niño

Manifestaban algunas situaciones que podrían ser recuperativas, se dio consejería, se explicó nuevamente después del resultado como podemos recuperar los niveles normales de hemoglobina y se hacia la retroalimentación algunas madres si participaban otras solo mantenían silencio por sentir vergüenza.

- Se les brindó información sobre cómo obtener alimentos ricos en hierro, ara que lo puedan utilizar en su quehacer diario, nuevamente se realizaba visitas domiciliarias para ver donde estaba fallando, llegando a un acuerdo con la madre para poder evidenciar las posibilidades de mejora.
- El mes siguiente se volvía a tomar la hemoglobina al niño y se evidenciaba que ya había subido 1.5 md/ml al resultado anterior era una gran satisfacción para la madre y para mí porque se podía notar la eficacia de todo lo recomendado pero se le hacía hincapié que tiene que seguir en la lucha hasta que logre un óptimo nivel de hemoglobina sentía felicidad y tomar conciencia que mi trabajo necesita de mucha paciencia porque cada madre es diferente de tratar, de cómo pueda tomar nuestras recomendaciones hacerla sentir que nos interesa el bienestar del niño no atentando sus costumbres. Entonces podemos notar que el trabajo es en conjunto que sin la ayuda de la madre no se va a poder lograr el objetivo.

- Después el siguiente control ya los niños habían salido de la anemia el cual se les daba las recomendaciones que continúen con una buena alimentación y que sigan poniendo en práctica todo lo recomendado y que hagan efecto multiplicador en sus hogares familias y comunidad para juntos poder disminuir la anemia en nuestro distrito de Ignacio Escudero.
 - Se realizo sesiones demostrativas dirigidas a los grupos de 6 meses, 9 meses, 12 meses, se daba la sesión a las madres según el cronograma de citas para dicha actividad.
- **Promoción de la lactancia materna**
Educación sobre las ventajas de la lactancia materna.
 - **Prevención y control de la parasitosis intestinal.**
Realizar un diagnóstico Situacional en cuanto a las Parasitosis Intestinales en la Comunidad.

Fomentar la educación ciudadana con respecto a las acciones dirigidas a la Prevención de los mismos, a través del lavado de manos, manejo de residuos y basura. Higiene en la preparación de alimentos.
 - **Capacitación a las madres sobre la diversificación de alimentos.**

Se planificaron sesiones educativas sobre alternativas de preparación de alimentos con los alimentos de la región.

Importancia de la alimentación balanceada.

Se realizaron talleres de práctica de preparación de alimentos

- **Visitas domiciliarias.(Seguimiento)** Se realizó el seguimiento a través de la visita domiciliaria programada a la hora de los alimentos para la supervisión de la correcta preparación e ingesta de los micronutrientes y medicamento indicado por el médico.

Se evidenció que algunas madres no le daban los micronutrientes por los efectos que les causaba diarrea y en algunos estreñimientos, el cual se hacía hincapié a la técnica de lavado de manos para evitar las EDAS,

Otras madres referían que no les daban por que olvidaban de darles y no cocinaban comidas espesas.

-Se educó constantemente a las madres hasta lograr concientizar a la madre y que ponga en práctica lo recomendado.

IV. RESULTADOS

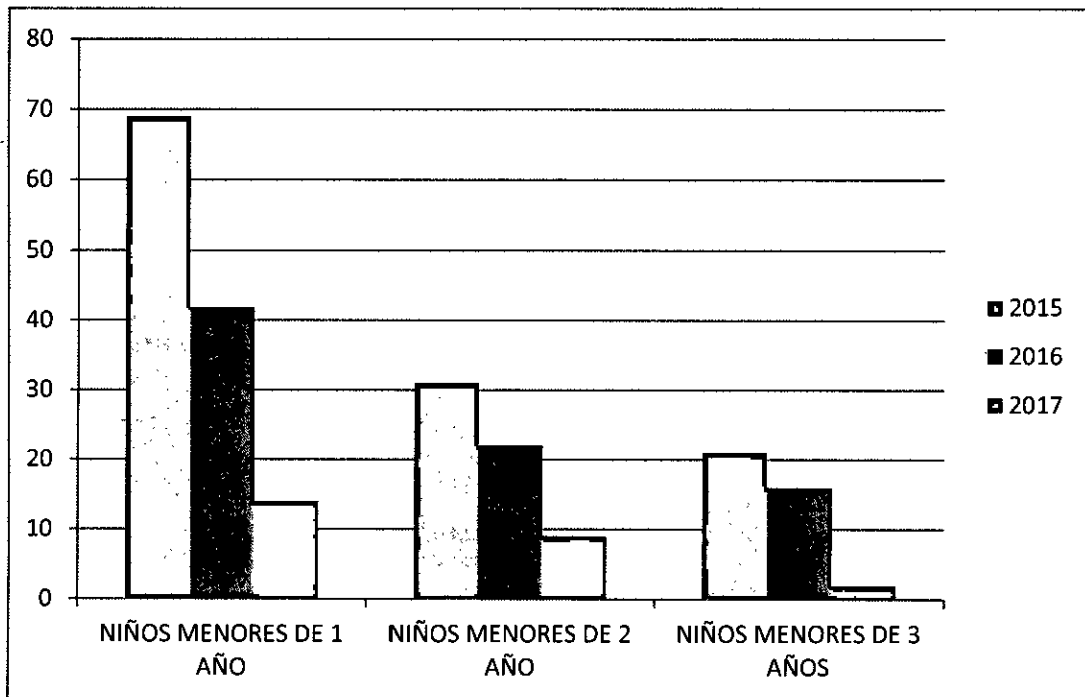
Los resultados obtenidos durante los años 2015- 2017

Cuadro N° 4.1 INCIDENCIA DE CASOS DE NIÑOS CON ANEMIA

GRUPO ETÁREO	2015	2016	2017
NIÑOS MENOR DE 1 AÑO	69	42	14
NIÑOS MENOR DE 2 AÑO	31	22	9
NIÑOS MENOR DE 3 AÑO	21	16	2

Fuente: Centro estadístico de la sub región de salud Luciano Castillo Colomna.

Gráfico N° 4.1 NIÑOS CON ANEMIA



Se puede evidenciar que la incidencia de casos con anemia se ha disminuido gracias a las intervenciones de todos los profesionales de salud que laboran en el centro de salud de Ignacio Escudero.

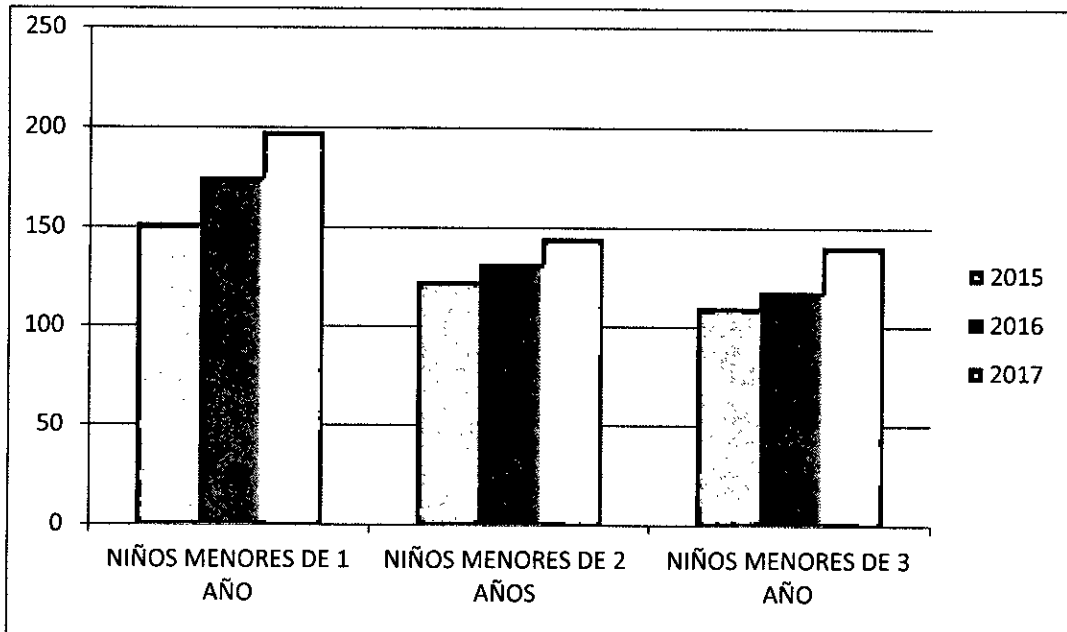
Cuadro N° 4.2 VISITAS DOMICILIARIAS A NIÑOS CON ANEMIA

Los resultados obtenidos durante los años 2015- 2017

	NIÑOS MENORES DE 1 AÑO	NIÑOS MENORES DE 2 AÑO	NIÑOS MENORES DE 3 AÑO
2015	152	175	198
2016	123	132	145
2017	110	118	141

GRAFICO N° 4.2 VISITAS DOMICILIARIAS A NIÑOS CON ANEMIA

Los resultados obtenidos durante los años 2015- 2017



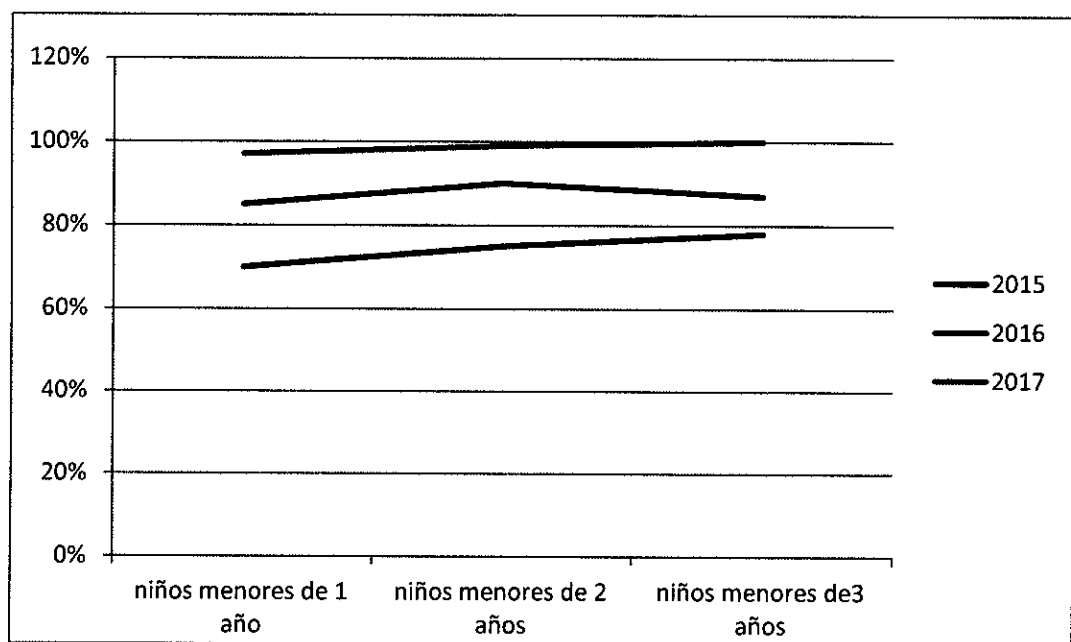
Los informes brindados por la SRS LCC se evidencia que cada año se intensifican mas las visitas domiciliarias porque es primordial hacer el seguimiento para la verificación de la toma del tratamiento para disminuir la anemia

Cuadro N° 4.3 ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO A NIÑOS CON ANEMIA

GRUPO ETÁREO	2015	2016	2017
NIÑOS MENOR DE 1 AÑO	70	85	97
NIÑOS MENOR DE 2 AÑO	75	90	99
NIÑOS MENOR DE 3 AÑO	78	87	100

FUENTE: Se recopiló la información de la historia clínica.

Gráfico N° 4.3 ACEPTACIÓN DE TRATAMIENTO A NIÑOS CON ANEMIA



Se evidencia que el número de madres aumentado con el transcurso de los años han aceptado todas las recomendaciones brindadas por el personal de enfermería y casi se logra la concientización al 100%.

V. CONCLUSIONES

- a) Se concluye de acuerdo a los gráficos que los casos con anemia han disminuido gracias a las intervenciones de todos los profesionales de salud que laboran en el centro de salud de Ignacio Escudero.
- b) Se evidencia que cada año se intensifican mas las visitas domiciliarias, en el 2017 se realizaron 141 visitas domiciliarias.
- c) Se evidencia que en el 2017 en relación a los años anteriores, se ha incrementado el número de madres que aceptan todas las recomendaciones brindadas por el personal de enfermería y casi se logra la concientización al 100%.
- d) Se concluye que la incidencia de casos con anemia ha disminuido , teniendo 14 casos en niños menores de un año en relación a 42 niños en el 2016. 9 casos en niños de dos años en relación a 22 niños en el año 2016. Y solo 2 niños de tres años en el 2017.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Que enfermería fortalezca las acciones educativas acerca 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 Consultorio CRED y a la comunidad en general.

- b) Realizar campañas de motivación a las madres para disminuir la Anemia Ferropénica.

- c) Crear diferentes planes y estrategias para disminuir la anemia, también involucrar a los Gobiernos regionales y locales para el apoyo de las actividades a realizar

VII. REFERENCIALES

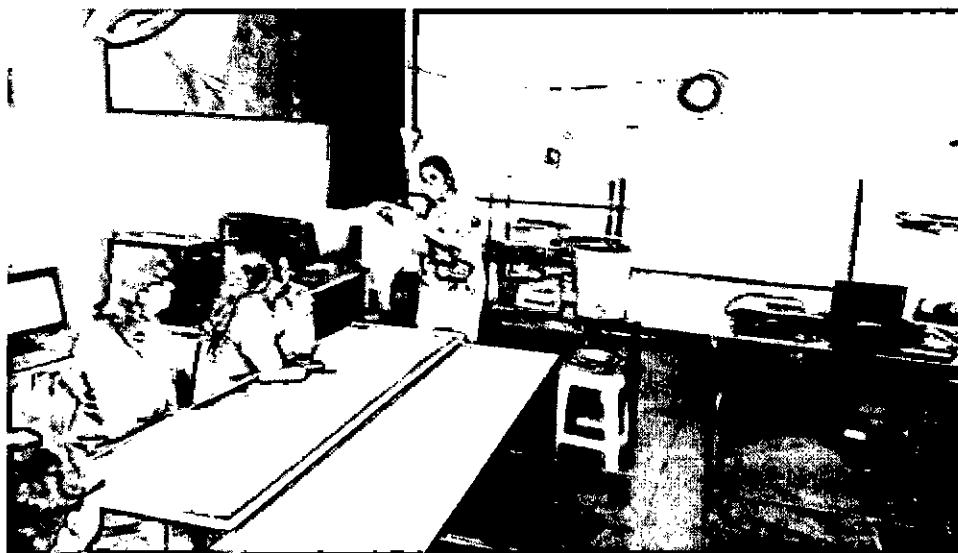
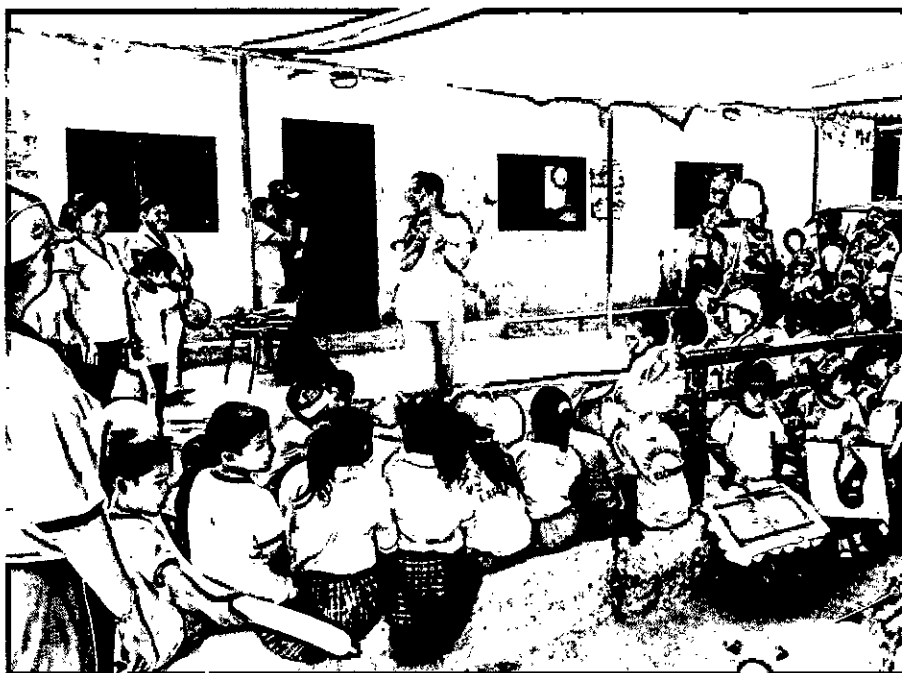
1. ALARCÓN, MÉNDEZ PEDRO. Anemia y Deficiencia de Hierro en Pediatría. Perú. 1990.
2. CARBALLOSA, CRUZ TANIA LILIA. Anemia en niños beneficiarios del Programa Mundial de Alimento. Las Tunas. Cuba. 2005.
3. CASTAÑEDA, AGUIRRE ISABEL ROCÍO. Características del consumo de hierro. Estado de anemia y su relación con el desarrollo psicomotor en niños de 6 a 36 meses del distrito de Palca. Huancavelica. (Tesis de licenciada en Nutrición). Lima: Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2004.
4. ESPINOZA, MORENO TULA Y OTROS. Relación entre Prevalencia de Desnutrición y Anemia Ferropénica en menores de 14 años de la comunidad Santa María Baja, Carapongo, Chosica, 2005. Perú. 2005.
5. FREIRE PHD. WILMA. La Anemia por deficiencia de hierro. Estrategias de la OPS/OMS.
6. FORMULARIO MODELO. Anemia por déficit de hierro. OMS. 2004
7. MENESHELLO, JULIO. Pediatría. 5ta Ed. EE. UU. Editorial Médica Panamericana. 1967.
8. MEZA, ANA MARÍA Y OTROS. Manual de Nutrición. Proyecto de Salud Integral en Carabayllo de Chanye-FOR-CHILDREN. Canadá.

9. MINISTERIO DE SALUD. Procedimientos de Atención de Salud Infantil. Lima – MINSA. 2002. 45
10. MINISTERIO DE SALUD. Prevención y control de la deficiencia de hierro. Guía para los trabajadores de salud. DISA IV. Lima – MINSA. 2002.
11. RAMOS, RUBÉN Y OTROS. Cómo como alimentación y nutrición. Perú Edit. Stella. 2002.
12. REBOSIO, PÉREZ JOSÉ. Anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 – 24 meses y en escolares de 6 – 12 años y Guantánamo Cuba – 2003.
13. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Bases de la Nutrición. Perú 2002.
14. VALENCIA JORGE. Derechos Humanos en el Marco de la Doctrina Integral. Lima. 2004
15. WONG, DONNA. Enfermería Pediátrica. España. Editorial Mosby. 1995
16. ANEMIA FERROPÉNICA. [Homepage on the Internet]. www.educared.edu.pe/modulo/upload/996660772.pdf
17. FORMAS DEL CONOCIMIENTO [Homepage on the Internet]. <http://www.formasdelconocimiento.monografias.com>
18. PROGRAMA NACIONAL DE ATENCIÓN AL INFANTE Y ADOLESCENTES. Home page on the Internet]. www.minsa.gob.pe/

portal/servicios/susaluEsPrimero/NinoPresentación%20Ministra
%PNAIA.ppt 19. www.rle.fao.org MUJER/docs/Perú/cap 09

ANEXOS

**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA SOBRE MEDIDAS
PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA ANEMIA A NIÑOS**



Fuente: Elaboración propia, 2017

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA ANEMIA A NIÑOS



Fuente: Elaboración propia, 2017

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA ANEMIA A NIÑOS



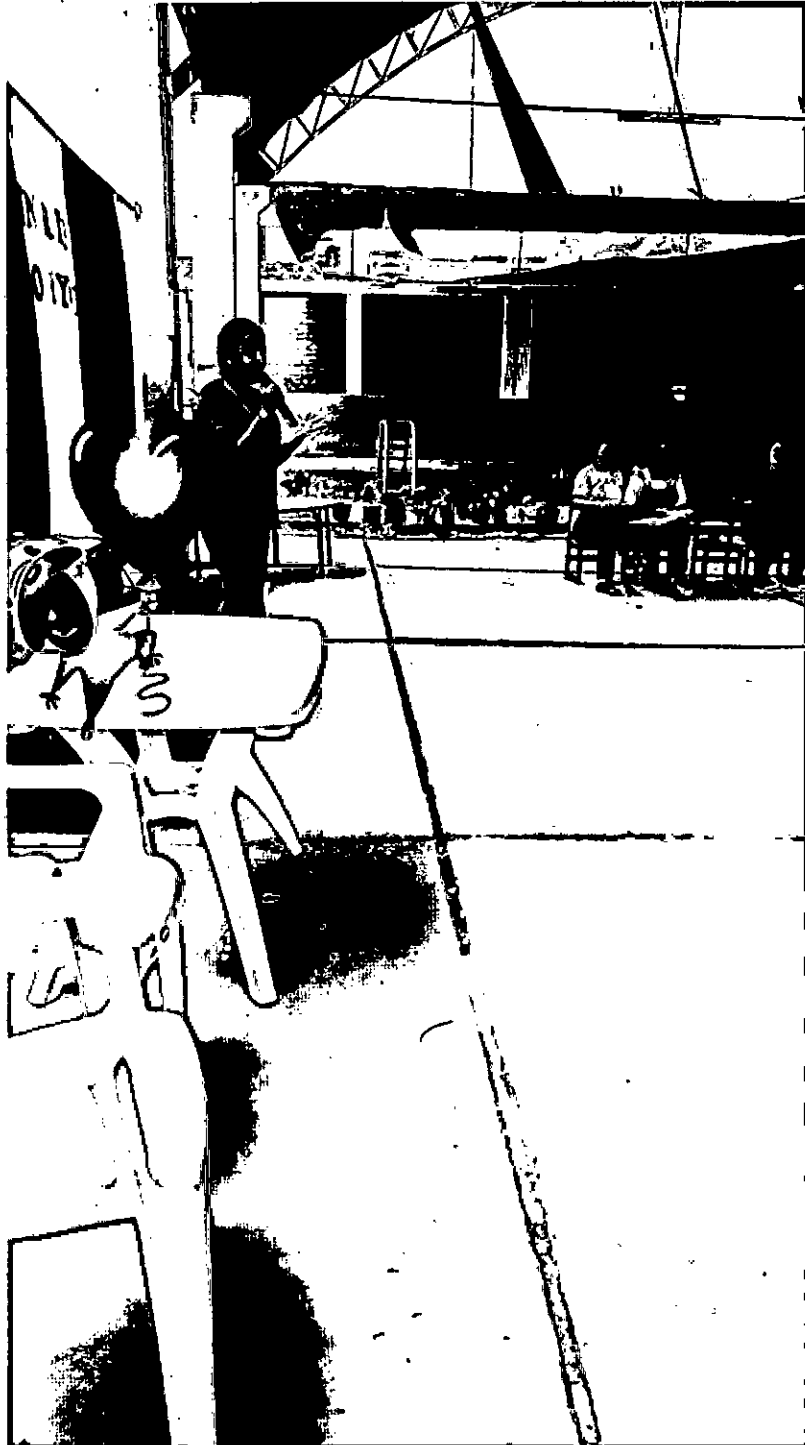
Fuente: Elaboración propia, 2017

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA ANEMIA A NIÑOS



Fuente: Elaboración propia, 2017

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA ANEMIA A NIÑOS



Fuente: Elaboración propia, 2017

MEDIDAS PREVENTIVAS PARA REDUCIR LA ANEMIA A NIÑOS



Fuente: Elaboración propia, 2017