

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CONSEJERÍA NUTRICIONAL A
MADRES DE NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS CON ANEMIA FERROPÉNICA
EN SERVICIO CRED DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD I-1 LAYNAS-
PIURA, 2015-2017**

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

NATALY KATHERINE CHIROQUE ZURITA

Callao, 2018

PERÚ

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: 260

Fecha de Aprobación del Trabajo Académico: 21/04/2018

Resolución Decanato N° 962 -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	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	4
1.3 Justificación	4
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	6
2.3 Definición de Términos	19
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	20
3.1 Recolección de Datos	20
3.2 Experiencia Profesional	20
3.3 Procesos Realizados del Informe del Tema	21
IV. RESULTADOS	23
V. CONCLUSIONES	25
VI. RECOMENDACIONES	26
VII. REFERENCIALES	27
ANEXOS	28

INTRODUCCIÓN:

El presente informe profesional tiene como finalidad presentar las experiencias de niños con **anemia** atendidos en el consultorio de enfermería del EE.SS I-1 LAYNAS y la importancia de las consejerías nutricionales como elemento clave.

Ya que la anemia es una enfermedad que sufren o padecen muchos peruanos y se presenta cuando los valores de **hemoglobina** en sangre han disminuido por debajo de los valores normales debido a la deficiencia de hierro, dentro la población más vulnerable encontramos a los niños, quienes son los actores principales en el presente informe laboral; y siendo esta una condición que influye tanto el crecimiento como el desarrollo interfiriendo directamente en las actividades cotidianas de los niños, lo podemos evidenciar en los controles CRED, ya que es aquí donde se evalúan las diversas áreas psicomotriz, cognitiva, social y del lenguaje. El profesional de enfermería tiene que estar a la vanguardia con la convicción de ayudar a la población a vivir mejor.

Y siendo testigos de este problema nos sentimos en la obligación de poner en evidencia mediante este documento nuestras experiencia para que sirvan como referencia a la práctica.

Ya que el impacto de esta enfermedad afectan directamente a nuestros niños, según estadísticas en un alto porcentaje.

El presente informe consta de VII capítulos, los cuales se detallan a continuación: **El capítulo I:** describe del planteamiento del problema, descripción de la situación problemática, objetivos, justificación, **el capítulo II** incluye los antecedentes, el marco conceptual y la definición de términos, **el capítulo III:** considera la presentación de la experiencia profesional, **capítulo IV :** resultados ; **capítulo V :** conclusiones, **capítulo VI** las conclusiones y el **capítulo VII** Referencias bibliográficas y contiene un apartado de anexos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

Actualmente la OMS ha considerado la anemia como el problema de salud pública más importante del mundo, debido a sus altos índices y a su incremento del 2% en los últimos 5 años al pasar de 41.6% en el 2011 al 43.6 en el 2016.

A nivel nacional, según las estimaciones del ministerio de salud el porcentaje de prevalencia de la anemia en niños 6 a 35 meses, entre los años 2015 al 2017 son: 43.5 % en el año 2015, el 43.6% en el 2016, y mostrando un incremento en casi un punto porcentual en el 2017, ascendiendo al 44.4%.

Según las estimaciones de la OMS, el 43.6% de niños y el 9% de infantes padecen anemia. El 43.5 % niños de 6 a 35 meses, correspondiéndole a la zona rural 51.1% y a la urbana 40.5%, es decir 620 mil niños menores de 3 años tienen anemia.

La región más afectada con 51.8% de anemia en niños es la región Sierra, seguida de la Región Selva con 51.7% mientras que la Costa presenta un 31.7%.

Las estadísticas a nivel regional según el ministerio de salud, nos muestran que en el año 2015, se reportaron 11986 casos de anemia con un 42.4%, en el 2016 se reportaron 5704 casos con un 42.4%, y en la actualidad se han reportaron 4996 casos de anemia con un 39.4%. Se pueden identificar un descenso de la anemia en la región Piura de 2.7 puntos porcentuales. Pero a pesar de este descenso la situación es alarmante.

A nivel local, las estadísticas según el ministerio de salud, nos muestran que en el año 2015, se reportaron 11986 casos de anemia con un 42.4%, en el 2016 se reportaron 5704 casos con un 42.4%, y en la actualidad se

han reportaron 4996 casos de anemia con un 39.4%. Se pueden identificar un descenso de la anemia en la región Piura de 2.7 puntos porcentuales. Pero a pesar de este descenso la situación es alarmante.

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en consejería nutricional a madres de niños menores de 3 años con anemia ferropénica que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Establecimiento De Salud I-1 Laynas - La Matanza – Piura .

1.3. Justificación

El presente informe tiene por finalidad describir la experiencia profesional de la intervención de enfermería en consejería nutricional a madres de niños menores de 3 años con anemia ferropénica que acuden al servicio de crecimiento y desarrollo del Establecimiento De Salud I-1 Laynas - La Matanza – Piura 2015-2017.

Asimismo, el presente informe se justifica:

Nivel Teórico: El presente estudio adquiere singular importancia ya que permitir dar a conocer las experiencias del profesional de enfermería en los diferentes niveles de atención y se justifica mediante el abordaje de un problema de Salud Pública que afecta a casi la mitad de niños en nuestro país como es **LA ANEMIA** y por ser **la CONSEJERIA NUTRICIONAL** una herramienta clave en su prevención y control.

Ya que este es una enfermedad 100% prevenible y con el que día a día nos enfrentamos en nuestra práctica diaria, por tanto somos nosotros a quienes nos compete la labor de prevención para poder así disminuir los índices de anemia en nuestros niños.

Nivel Metodológico: El presente informe es importante a nivel metodológico ya que logrará precisar algunos aspectos a considerar en los estudios requeridos por profesionales de enfermería al describir sus experiencias en el ejercicio profesional mediante la consejería nutricional a madres de niños menores de 3 años con anemia ferropénica que acuden al servicio para el control de crecimiento y desarrollo.

Nivel Social: A nivel social dicho informe beneficiará a los Licenciados en Enfermería que día a día atienden a niños que acuden a los consultorios de crecimiento y desarrollo. Asimismo, los resultados que se obtengan serán de fundamental importancia para desempeñar con éxito la labor en el servicio de crecimiento y desarrollo del niño y brindar una atención de calidad.

Nivel Práctico: A nivel práctico el presente informe, permitirá aumentar los conocimientos a los Licenciados en Enfermería, madres, familia o cuidador sobre la importancia de las consejerías nutricionales dentro del consultorio de crecimiento y desarrollo.

Nivel Económico: Debido a que la anemia genera una carga importante para el desarrollo del individuo desde temprana edad, se puede decir que tiene un efecto no solo en la vida de cada persona que la padece, sino también sobre la sociedad en su conjunto en términos sociales y económicos. En este sentido, es importante considerar que la anemia, además de generar costos al Estado en términos de gasto en salud, genera costos a la sociedad en el largo plazo que deben ser considerados para poder valorar cualquier intervención que busque combatirla y mitigar sus efectos tanto para el individuo como para la sociedad en su conjunto.

(8)

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

Los antecedentes que respaldan el presente informe laboral, han sido abarcados por diferentes autores.

- HUAYANEY PALMA Dave Maygge (2013), desarrollo un trabajo titulado “Conocimiento de las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica en la estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo” con el objetivo de determinar los conocimientos que tienen las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica que acuden a la Estrategia de CRED, respecto a los conocimientos que tienen las madres sobre la prevención de la anemia ferropénica que acuden a la Estrategia de CRED en el Centro de Salud de Chasquitambo del 100% (80), 60% (48) conocen y 40% (32) no conocen.

Los aspectos que conocen está dado porque 73% (58) manifiestan que la anemia es una enfermedad que consiste en la disminución de la hemoglobina en sangre, 79% (63) en la prevención de la anemia ferropénica se debe dar al niño principalmente vísceras y carnes rojas, 73% (58) los alimentos de origen vegetal son habas, lentejas y frijoles, y los aspectos que no conocen 34% (27) expresan que durante el día el niño debe recibir 3 comidas principales, 36% (29) la frecuencia en que le da a su niño alimentos como lentejas, pallares, frijoles, arvejas, habas es 3 a más veces por semana, 38% (30) los alimentos de origen animal son sangrecita, bazo, bofe e hígado.

- AGUILAR LEYVA Cynthia Astrid (2016), desarrollo un trabajo titulado "Estado nutricional relacionado al nivel de hemoglobina en niños y niñas de 6 a 24 meses de edad, I-1 Puesto de Salud Ccota – Puno", con el objetivo de determinar la relación entre el Estado Nutricional y el Nivel de Hemoglobina en niños(as) de 6 - 24 meses de edad, I-1 Puesto de Salud Ccota – Puno. Los resultados demuestran que la mayoría de niños según los indicadores P/E y P/T presentan estado nutricional normal, a diferencia según el indicador T/E se evidencia la talla baja en más de la tercera parte de los niños en estudio, esta situación confirma que la evaluación del estado nutricional determina la situación nutricional del niño(a), también que del total de 65 niños de 6 a 24 meses de edad evaluados con el dosaje de hemoglobina, el 49.2% presenta anemia moderada, seguido de Anemia leve con 32.3%, mientras que con un nivel de hemoglobina dentro de los parámetros normales solo se encontró al 12.3% de los niños. Los resultados obtenidos evidencian que la mayoría de niños evaluados con el indicador P/T se encuentran en la categoría normal, en quienes predomina la anemia moderada y leve, mientras en los niños con sobrepeso la anemia leve y sin anemia, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna determinando que el estado nutricional según el indicador Talla/Edad se relaciona con el nivel de hemoglobina en los niños 6-24 meses de edad.

2.2. Marco Conceptual

2.2.1. CONSEJERÍA

- a. Proceso de ayuda que tiene lugar a través de una relación personal y directa en la cual se utilizan teorías, principios, métodos y estrategias basados en el conocimiento científico, para promover el desarrollo y el bienestar integral de las personas. Cuando se aconseja a las personas usualmente se les dice qué deben hacer o lo que se piensa que debe hacer. Cuando un profesional en consejería hace consejería no dice lo que debe hacer, sino que ayuda a definir y decidir qué es lo mejor en cada caso. Se escucha y se trata de entender como siente la persona, se ayuda a que desarrolle confianza en sí mismo para que pueda controlar la situación problema. La consejería en salud es un proceso que depende del intercambio de información entre el prestador y el usuario para proporcionar conocimientos, despejar dudas o ideas equivocadas y contribuir con el mejoramiento de la salud del usuario. (1)

b. TIPOS DE CONSEJERÍA

- **MODELO CONDUCTUAL:** Se basa en el conductismo. Afirma que al reforzar positivamente las acciones que acercan a una persona a lograr las metas fijadas, se obtienen resultados más positivos. (2)
- **MODELO COGNITIVO:** Relaciona los pensamientos negativos que se asocian a emociones desagradables,

con conductas que se desea modificar enseñando a descubrir su lugar de pensamientos positivos. (2)

- **MODELO CENTRADO EN EL CLIENTE:** Se centra en el objeto de su atención en el “cliente”, llamado así y no “paciente”. El consejero acompaña en una búsqueda mutua para que quien consulte llegue a ser quien es y quien decide de su intimidad. (2)
- **MODELO DINAMICO:** Toda conducta humana está orientada en experiencias infantiles de cada individuo se centra en la vida emocional de los usuarios, utilizando el apoyo emocional. (2)

c. CARACTERÍSTICAS DE LA CONSEJERÍA

- *Requiere estar focalizada.* Se trabaja un solo tema con el fin de identificar la problemática.
- *Se ofrece cara a cara.* Debe realizarse en persona para facilitar la interacción.
- *Proporciona información veraz y suficiente.* De acuerdo a la necesidad y conocimientos del usuario.
- *Requiere de un espacio físico que permita la confidencialidad.* Para que el usuario pueda expresar sus emociones.
- *Tiempo de duración acotado.* La consejería no debe exceder de 45 minutos y de 10 sesiones como máximo.
- *Conserva la confidencialidad.* Evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto. (2)

d. CARACTERÍSTICAS DEL CONSEJERO

- Empatía.
- Escucha activa y reflexiva.
- Calidez y calidad humana.
- Abierto al diálogo y con habilidades de comunicación.
- Sinceridad y transparencia.
- Conocimientos actuales.
- Alto nivel ético y de confidencialidad.
- Disposición voluntaria y deseo de trabajar en este campo.
- Competencia cultural **(2)**.

e. PASOS PARA LA CONSEJERIA:

- Establecer una relación cordial Identificar necesidades de salud de la usuaria
- Responder a las necesidades de información de la usuaria verificar la comprensión de la usuaria
- Mantener la relación cordial **(3)**.

2.2.2. ANEMIA FERROPENICA

El hierro es un elemento esencial para casi todos los seres vivos, una de sus funciones más importantes es su intervención en la hematopoyesis. La carencia de hierro es uno de los problemas nutricionales más importantes que afecta a millones de personas en todo el mundo.

La anemia por carencia de hierro es originada por la inadecuada ingesta de hierro, tanto en cantidad como en calidad; por el aumento de las demandas corporales y el aumento de pérdidas. La anemia ferropenia afecta

fundamentalmente a lactantes, niños en edad preescolar y mujeres en edad fértil. No tiene distinción de clases sociales aunque las personas de nivel Socioeconómico bajo son las más afectadas. (2)

a. ANEMIA FERROPÉNICA EN EL PERÚ

De acuerdo con estimaciones de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (UNICEF), la deficiencia de hierro es la deficiencia nutricional más ampliamente distribuida en el mundo. Se puede estimar que más de la mitad de la población de la región de América Latina y el Caribe actualmente presentan deficiencia de hierro. Este problema se hace cada vez más evidente en los países subdesarrollados de América Latina, debido a condiciones económicas, sociales, políticas y culturales por las que atraviesan y a la escasa difusión del proceso de nutrición del niño menor de 2 años. (3)

La carencia de micronutrientes, especialmente de hierro, no es ajena a nuestra realidad; ya que en nuestro país la prevalencia supera el 50%; agravándose cada vez más debido al incremento progresivo del costo de vida y la dificultad para la adquisición de alimentos de valor nutritivo. Este problema de alimentación infantil en el Perú se inicia a los 6 meses de edad.

Los niños peruanos a esta edad reciben alimentos diluidos como sopas, jugos o caldos y el consumo de alimentos que contienen hierro es muy limitado. Además se les ofrece estos alimentos sólo 2 ó 3 veces al día. Es en este periodo que se inician los problemas nutricionales, presentándose altas tasas de anemia y una alta proporción de niños con retardo en el crecimiento y desarrollo.(3)

b. CAUSAS DE LA ANEMIA FERROPÉNICA

Los grupos de población con mayor riesgo de sufrir carencia de hierro son los niños entre 6 y 24 meses de edad y las mujeres embarazadas. La causa común es el aumento del requerimiento de hierro, relacionado con la mayor velocidad de crecimiento. En el caso de niños, la deficiencia de hierro se da por la acelerada velocidad de crecimiento durante el primer año de vida, además, las reservas de hierro se agotan aproximadamente al cuarto mes de vida en lactantes nacidos a término y a los 2-3 meses de vida en lactantes prematuros. A partir de entonces el lactante pasa a depender del aporte exógeno del hierro para mantener un aporte adecuado del mismo. Los niños alimentados con lactancia materna exclusiva reciben un aporte adecuado de hierro por lo menos durante los primeros 4-6 meses de edad debido a la alta biodisponibilidad del hierro de esta leche; en los niños menores de dos años, la causa más frecuente de la deficiencia de hierro suele ser de índole dietética por malas prácticas de la alimentación de las madres de familia. (3)

c. CONSECUENCIAS DE LA DEFICIENCIA DE HIERRO

La deficiencia de hierro en los niños provoca alteraciones en diversas funciones: alteración del desarrollo psicomotor, particularmente del lenguaje, retardo del crecimiento físico, disminución de la capacidad motora, alteraciones en la inmunidad celular y como consecuencia aumento de la duración y severidad de las infecciones. El efecto adverso más importante en los

niños es la alteración del desarrollo psicomotor, probablemente irreversible. Los niños mayores de 2 años también presentan problemas de atención y de rendimiento intelectual, pero si la anemia es tratada la alteración del desarrollo es reversible. (4)

d. SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA ANEMIA

Entre los síntomas y signos principalmente son palidez en conjuntivas palpebral es, mucosas orales, lechos ungueales y palma de las manos, anorexia, decaimiento, cansancio. Otras manifestaciones incluyen: dificultad para ganar peso, cabello fino y quebradizo. Asimismo se pueden observar alteraciones en el comportamiento de los lactantes y de los niños, caracterizadas por irritabilidad y falta de interés en su ambiente.

e. EL HIERRO EN LA DIETA, FUENTES ALIMENTARIOS Y SU ABSORCIÓN

El factor de riesgo básico asociado con la deficiencia de hierro es la baja concentración y/o biodisponibilidad del hierro en la dieta. Dada una dieta de características más o menos uniformes, aquellos individuos o grupos poblacionales que tengan mayores requerimientos desarrollarán la deficiencia. El hierro está presente en los alimentos en dos formas: hierro heme y hierro no-hem. El Hierro heme está presente en las carnes de todo tipo (rojas y blancas, incluyendo las vísceras) y en la sangre (morcilla). Se caracteriza por tener una alta tasa de absorción, entre un 20 a 30% del hierro contenido en éstos alimentos. El Hierro no- heme comprende el hierro

presente en los vegetales como cereales, leguminosos, tubérculos, etc. La absorción promedio de este tipo de hierro es mucho menor (de 1% a 8%) y altamente variable, dependiendo de la presencia en la misma comida de factores facilitadores o inhibidores de la absorción.

En los niños, la lactancia materna ofrece una adecuada protección durante los primeros meses de vida en la medida en que sea exclusiva.

Agentes inhibidores; podemos mencionar al ácido fítico, presente en cereales y leguminosas; los taninos, presentes en las hojas de té y ciertas hojas forráceas; y, pectinas abundantes en ciertos frutos que forman complejos insolubles con el hierro y no permiten su absorción. El huevo, la leche y el queso, no permiten una absorción óptima del hierro no hem; el primero, porque forma complejos fosfatados; y, los segundos, porque existe un proceso competitivo entre el calcio y el hierro.

Agentes estimuladores de la absorción del hierro no hem son componentes alimentarios capaces de atraer a los minerales desde sus inhibidores; y, transferirlos a un aceptor fisiológico molecular. Los ácidos orgánicos son los estimuladores más conocidos de la absorción del hierro no hem; de los cuales, el ácido ascórbico es el más potente, debido a su efecto reductor que previene la formación de hidróxido férrico insoluble y por formar complejos solubles con iones férricos aun en el pH alcalino.

Necesidades y aporte diario recomendados de hierro

Las recomendaciones de hierro para el niño se calculan a partir de las pérdidas por el organismo y la cantidad

adicional que recurre para su crecimiento, que es proporcional a la ganancia de peso y velocidad de crecimiento. (5)

f. ALIMENTACIÓN DEL NIÑO ENTRE 6 A 35 MESES

Ningún alimento único proporciona todos los nutrientes que el cuerpo requiere, por esta razón el niño debe comer preparaciones balanceadas combinando diferentes alimentos; ya que éstos proporcionan energía, proteínas, vitaminas y minerales necesarios para el adecuado crecimiento y desarrollo del niño. (6)

- ✓ La alimentación debe iniciar a los 6 meses de vida; también tener en cuenta que si la introducción se hace muy pronto, puede ocurrir una cesación temprana de la alimentación a pecho.
- ✓ La Organización Mundial de la Salud recomienda que los lactantes continúen siendo amamantados hasta los dos años de edad, recibiendo a su vez el complemento de alimentos seguros.
- ✓ A partir de los 6 meses de edad se empezará con 2 a 3 cucharadas de comida dos veces al día; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a $\frac{1}{2}$ taza (100gr ó 3 a 5 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; entre los 9 y 11 meses, se incrementará a $\frac{1}{4}$ taza (150gr ó 5 a 7 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales; y, finalmente entre los 12 y 24 meses 1 taza (200gr ó 7 a 10 cucharadas aproximadamente) tres veces al día y 2 adicionales.(5)

Durante los procesos infecciosos, fraccionar, es decir repartir en pequeñas cantidades las comidas del niño, ofreciéndole con mayor frecuencia con la finalidad de mantener la ingesta adecuada. Ofrecer una comida extra hasta por dos semanas después de los procesos infecciosos.

- ✓ Él bebe puede comer alimentos de consistencia de papilla, sopa espesa o puré semisólidos comenzando a los 6 meses hasta los 8 meses. A partir de los 8 ó 9 meses, el puré puede tener una consistencia más gruesa, hasta que el niño empiece a comer alimentos picados en trozos pequeños cuando ya han aparecido los segundos molares. Al año, la mayoría de los niños ya pueden comer los alimentos enteros. (6)
- ✓ A los 6 meses, se empezará con dos comidas al día y lactancia materna frecuente; entre los 7 y 8 meses, se aumentará a tres comidas diarias y lactancia materna frecuente; entre los 9 a 11 meses, además de las tres comidas principales deberán recibir una entre comida adicional y su leche materna; y finalmente, y mayor de un año 3 veces más 2 refrigerios. En las comidas adicionales de media mañana o media tarde, se ofrecerán de preferencia comidas alimentos de fácil preparación y consistencia espesa. (6)
- ✓ A partir de los 6 meses de edad, las necesidades de hierro debe ser cubierta con la alimentación complementaria, ya que, a esta edad se produce un balance negativo de este mineral; por tal motivo, la Organización Mundial de la Salud recomienda que la frecuencia del consumo de alimentos ricos en hierro

debe de comer 2 cucharadas de hierro de origen animal más los micronutrientes diariamente. (9)

g. ROL DE LOS PADRES EN LA ALIMENTACIÓN DE LOS NIÑOS

La formación de hábitos alimentarios saludables debe comenzar desde los primeros años porque los hábitos instalados tempranamente tienden a perdurar a lo largo de la vida. El rol de los padres en el desarrollo de hábitos saludables es fundamental ya que no sólo enseñan con el ejemplo, sino que los padres también son quienes pueden orientar qué y cómo comen los niños. La correcta alimentación de los niños debe comenzar desde muy temprano al asegurar que los pequeños sólo tomen leche materna hasta los 6 meses de vida como único alimento. A esta etapa le sigue la incorporación paulatina de alimentos acordes con la edad del niño sin interrumpir de la lactancia hasta por lo menos los dos años de vida.

Se reconoce que el cuidado que ofrece la madre a su niño tiene un impacto importante en la salud y nutrición del mismo, influyendo favorable o negativamente en su desarrollo. El rol de la mujer a nivel del hogar y de la sociedad es un factor importante para asegurar el desarrollo óptimo del niño; ya que, los primeros años de vida resultan de vital importancia en lo que al estado nutricional se refiere: si el niño presenta algún grado de deficiencia nutricional, los efectos se reflejan incluso durante la etapa adulta, en la productividad de las personas. Una alimentación inadecuada dentro del hogar tiene un efecto negativo sobre las condiciones de salud

del niño, sobre su habilidad para aprender, comunicarse, pensar analíticamente, socializar efectivamente y adaptarse a nuevos ambientes y personas. También, estudios previos confirman que el bajo nivel nutricional de los niños se refleja en resultados negativos para el país en términos de crecimiento económico la mala nutrición durante los primeros años afecta negativamente su productividad cuando ingresan en el mercado laboral. Si se toma en cuenta todo lo antes mencionado, resulta lógico pensar que una dieta balanceada en nutrientes y buenas prácticas nutricionales desde los primeros años de vida constituye la primera línea de defensa del menor, no solo contra las posibles enfermedades que pudiera contraer sino, fundamentalmente, a favor de las habilidades; que, en el futuro, le permitirán desenvolverse productiva y eficientemente en su actividad laboral; evidenciándose aquí el rol importante de los padres en la alimentación de sus hijos. (7)

La enfermera que trabaja en el Consultorio de Crecimiento y desarrollo del niño debe contar con la capacidad de comprender las necesidades, sentimientos y emociones, creencia entre otros por lo que atraviesa la madre y/o familia del niño con anemia por tal motivo el informe laboral se fundamenta mediante las siguientes teorías de enfermería:

Teoría de Enfermería de Virginia Henderson nos habla que la persona es un ser integral, con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que intercambian entre sí y tienden a la máximo desarrollo de su potencial, donde considera que el papel

fundamental de la enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermero a conservar o recuperar su salud.

Teoría de Enfermería de Madeleine Leininger, donde nos dice que la meta del enfermero va a consistir en suministrar cuidados responsables y coherentes que se ajusten a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de los pacientes.

2.3. Definición de términos

- ✓ **Consejería nutricional:** Proceso de ayuda que tiene lugar a través de una relación personal y directa en la cual se utilizan teorías, principios, métodos y estrategias basados en el conocimiento científico, para promover el desarrollo y el bienestar integral de las personas.
- ✓ **Anemia:** La anemia es una enfermedad que se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a: Deficiencia de hierro en el organismo.

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la elaboración y el sustento del presente informe de experiencia laboral, se recolectó información relevante que fue obtenida de los siguientes documentos:

- Sistema de información del estado nutricional del niño.
- Registro de seguimiento de niños con anemia
- Informe operacional de crecimiento y desarrollo del niño
- Reporte de indicadores

3.2. Experiencia Profesional

En el año 2010 realice mi SERUMS y tuve la oportunidad de realizar por primera vez actividades de Crecimiento y desarrollo del niño sano en el Puesto de Salud I-1 Lajos, perteneciente al Distrito de Yamango, Piura, al siguiente año en 2011, trabaje en el Establecimiento de Salud I-3 Yamango, donde continúe en dicha labor adquiriendo cada día más experiencia, después de eso en el año 2012 hasta mayo de 2013 realice mis labores en el Establecimiento de Salud I-4 Morropon, donde por ser de mayor complejidad rote por todos las áreas y/o servicios adquiriendo nuevos conocimientos y trabajando con una población diferente ya que se encontraban en una zona urbana, luego en Junio a Agosto de 2013 labore en el Establecimiento de Salud I-1 Mayland, perteneciente al Distrito de Lalaquiz, Huancabamba, sierra profunda, donde esta población me enseñó muchísimas cosas y una realidad distinta a las anteriores donde había laborado, después de eso labore en el Establecimiento de Salud I-4 Buenos Aires, Morropon, Piura donde realice distintas labores, allí estuve

desde Setiembre de 2013 hasta Marzo de 2014, ya en Abril de 2014 comienzo mis labores en el Establecimiento de Salud I-1 Laynas, donde me encuentro en la actualidad laborando en condición de nombrada realizando diversas actividades y donde soy encargada del Programa Articulado Nutricional y otras actividades que amerite de mi apoyo.

3.3. Procesos Realizados En El Tema Del Informe

3.3.1. VALORACIÓN

- Elevado número de referencias a un Establecimiento de Salud de mayor complejidad, para la toma de hemoglobina.
- Enfermera capacitada en toma de hemoglobina.
- Ausencia de registros, de padrón nominal de niños con anemia.
- Atención a demanda de niños con anemia
- Carencia de material para realizar actividades.

3.3.2. PLANIFICACIÓN

- Reunión con el Jefe de Establecimiento para informar los procesos a realizar.
- Delimitar la población objetivo
- Coordinar para implementación de materiales.
- Reunión con el personal del Establecimiento para la concientización de las actividades a realizar.

3.3.3. EJECUCIÓN

1. Tamizaje de hemoglobina
 2. Captación de niños con anemia
- Elaboración de cuaderno de citas

- Elaboración de cuaderno de niños con anemia
 3. Empadronamiento de niños con anemia
- Registro de niños con anemia
 4. Educación a madres de niños con anemia
 1. Consejerías Nutricionales
 - Alimentos ricos en hierro
 - Lactancia Materna Exclusiva
 - La anemia y sus causas
 - Importancia de tamizaje de hemoglobina
 - Importancia del Sulfato ferroso y los micronutrientes
 2. Sesiones educativas
 - Lavado de Manos
 3. Sesiones demostrativas
 - Preparación de alimentos para niños de 6 a 8 meses, 9 a 11 meses y de un año a mas.

3.3.4. EVOLUCIÓN

- Lograr tamizar al 100% a todos los niños menores de 3 años.
- Lograr disminuir la anemia en los niños menores de 3 años.
- Mejorar la calidad de vida de familias con niños con anemia mediante las sesiones educativas.

IV. RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos en EE.SS. I-1 Laynas en el Servicio de Enfermería respecto a niños con anemia tenemos los siguientes cuadros:

CUADRO N° 4.1

Dosaje de hemoglobina a niños que acuden a servicio de control de crecimiento y desarrollo del EE.SS.I-1 Laynas
2015-2017

TOTAL DE NIÑOS TAMIZADOS	2015	2016	2017
	30	50	59

CUADRO N° 4.2

Niños con anemia que acuden al servicio de control de crecimiento y desarrollo del EE.SS I-1 Laynas
2015-2017

TOTAL NIÑOS CON ANEMIA	2015	2016	2017
	16	12	24

CUADRO N° 4.3

Consejerías a madres de niños con anemia que acuden a servicio de control de crecimiento y desarrollo del Establecimiento de Salud I-1 Laynas 2015-2017

TOTAL DE CONSEJERIAS	2015	2016	2017
	10	12	26

CUADRO N° 4.4

Sesiones demostrativas a madres de niños con anemia que acuden a servicio de control de crecimiento y desarrollo del Establecimiento de Salud I-1 Laynas 2015-2017

TOTAL SESIONES DEMOSTRATIVAS	2015	2016	2017
	5	8	116

V. CONCLUSIONES

- a) Las intervenciones de enfermería me permitió durante este periodo aumentar la captación de niños para descarte de anemia y al mismo tiempo identificar mayor número de los mismos.
- b) Las orientaciones, consejerías y sesiones demostrativas mediante este periodo de tiempo han incrementado debido a que la enfermera intervino con mayor énfasis en dichas actividades.

VI. RECOMENDACIONES

- a) Registrar y hacer seguimiento continuo a niños con anemia
- b) Sensibilizar de forma continua a las madres acerca de la importancia de cumplir con todo lo acordado en el control.
- c) Sensibilizar a los autoridades para que también se involucren en el tema de la anemia.

VII. REFERENCIALES

- (1) Jiménez C. Consejería vs Psicoterapia: Introducción para una dialéctica interesante. Chile: 2012. (Disponible en: <http://www.rcm.upr.edu/estudiantes/preguntame/files/docs/Consejer%C3%ADa%20vs%20Psicoterapia%20APCP%202012.pdf>).
- (2) CASTRO DEL POZO. "Metabolismo de hierro normal y patológico" 2da edición. Ed. Masson. Barcelona 1995. Pág.129.
- (3) MINSA. "Prevención y control de la deficiencia de hierro". Lima 2000
- (4) MENEGHELO. "Pediatria medica". 5ta edición. Tomo II. Ed. Panamericano. Buenos Aires 1997. Pág. 204-208
- (5) CAMERON YRIGVE, Margaret. "Manual para la alimentación de infantes y niños pequeños" ed. Pax México S.A. México 1989. Pág 26-32
- (6) OPS. "Lineamientos de nutrición Materno Infantil del Perú". Ed Prisma. Lima- Perú 2005. Pág. 45
- (7) CORTEZ RAFAEL. "La nutrición de los niños en edad preescolar: aproximando los costos y beneficios de la inversión pública". Lima 2001.Pág. 5
- (8) Alcazar, Lorena. "Impacto económico de la anemia en el Peru", página 16
- (9) Ministerio de Salud "Documento técnico Sesiones demostrativas de preparación de alimentos para población materno infantil". 2013

ANEXOS

**ACTIVIDADES POR LA SEMANA DE LA LACTANCIA MATERNA
EXCLUSIVA**



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

DOSAJE DE HEMOGLOBINA



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017

SESIONES DEMOSTRATIVAS



FUENTE: Elaboración Propia, 2017



FUENTE: Elaboración Propia, 2017