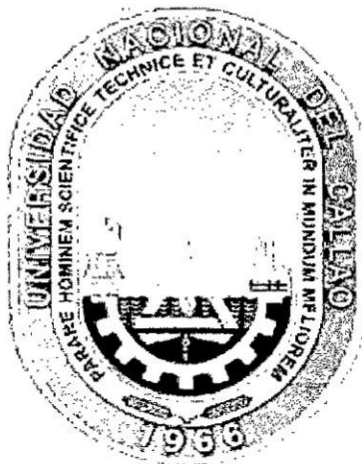


UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE ANEMIA
EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES, DISTRITO DE SAN PEDRO DE
CACHORA, ABANCAY – APURÍMAC, DURANTE EL AÑO 2016**

TRABAJO ACADÉMICO

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
CRECIMIENTO, DESARROLLO DEL NIÑO Y ESTIMULACION DE LA
PRIMERA INFANCIA**

NORMA PRADA GUEVARA

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- Dr. CÉSAR MIGUEL GUEVARA LLACZA : PRESIDENTE
- Mg. LAURA MARGARITA ZELA PACHECO : SECRETARIA
- Mg. WALTER RICARDO SAAVEDRA LÓPEZ : VOCAL

ASESOR : Mg. JOSÉ LUIS SALAZAR HUAROTE

Nº DE LIBRO: 05

Nº DE ACTA : 552 - 2017

Fecha de Aprobación del Informe Laboral: 10 de noviembre del 2017

Resolución de Decanato Nº 3143-2017-D/FCS de fecha 07 de Noviembre de 2017 de designación del Jurado Examinador del 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 OBJETIVOS	7
1.3 JUSTIFICACIÓN	7
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1 ANTECEDENTES	9
2.2 MARCO CONCEPTUAL	13
2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS	26
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	28
3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS	28
3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL	29
3.3 PROCESOS REALIZADOS	32
IV. RESULTADOS	34
V. CONCLUSIONES	45
VI. RECOMENDACIONES	46
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	50

INTRODUCCIÓN

La anemia es una enfermedad que sufren muchos peruanos y se presenta cuando la hemoglobina en la sangre ha disminuido por debajo de un límite debido a la deficiencia de hierro en el organismo. Los más vulnerables son las gestantes, los niños menores de 2 años y las mujeres en edad fértil.

La anemia es elevada en los niños debido a un bajo consumo de alimentos que contienen este mineral. La cual causa preocupación en todos los ámbitos, ya que sus consecuencias repercuten negativamente en la salud y desarrollo de niñas y niños a nivel cognitivo, motor, emocional y social.

Dicho problema ocurre en la etapa de mayor crecimiento, como son los primeros 24 meses de vida del niño. Esto ocasiona que la anemia constituya un problema de salud pública grave.

El distrito San Pedro de Cachora se encuentra ubicado al Noreste del departamento de Apurímac, con nivel socioeconómico pobre, en la cual se hallan altos índices de patologías como la anemia y desnutrición crónica infantil.

Es por ello que el propósito de este informe fue describir la experiencia laboral en la prevención de la anemia en niños menores de 3 años en el distrito San Pedro de Cachora durante el año 2016 a fin que los resultados sirvan para conocer la situación actual de dichos problemas en este distrito en particular, permitiendo de esta manera formular conclusiones y recomendaciones que sean en beneficio para la población abordada.

I. PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la situación problemática

La anemia es uno de los principales problemas de salud pública en el país. Esta enfermedad causada por la baja ingesta de hierro a través de los alimentos. Sus efectos se evidencian a corto y mediano plazo. Afecta el desarrollo psicomotor y cognitivo en la primera infancia, que luego impactará negativamente en el desempeño escolar de los niños y niñas. También incrementa el riesgo de mortalidad fetal durante el embarazo (1).

Actualmente en el Perú el 43.6 % de los niños de 6 a 35 meses sufren de anemia, correspondiéndole a la zona rural el 51.1 % y la zona urbana el 40.5 %. La cual se habla de 620 mil niños menores de 3 años anémicos de 1.6 millones a nivel nacional (2,3).

La anemia está presente en todas las regiones del país. Si bien tiene mayor incidencia en regiones del interior y con altos niveles de pobreza (Puno, Apurímac o Loreto), también está presente en aquellos departamentos que registran un mayor desarrollo social (1).

La alimentación en las casas del Perú no tiene las cantidades suficientes de hierro. La dieta que reciben los niños del quintil más rico alcanza solo el 30% de hierro necesario. En el caso del más pobre, la cifra baja a 10% (1).

La anemia infantil en el Perú constituye un problema en salud pública grave, dada la elevada prevalencia de 43.6 %. Entre los niños de 6 a 35 meses de edad y casi 6 de 10 niños entre los 6 y 12 meses se encuentran con anemia 59.3 % (3).

UNICEF apunta a reducir en 30% estos indicadores. Para ello, continuará apoyando la entrega de multimicronutrientes a niños y niñas. En ese sentido se ha propuesto contribuir a que accedan a ellos, niños y niñas menores de cinco años, especialmente aquellos que residen en sierra, selva y zonas urbano marginales del Perú, quienes presentan mayores problemas nutricionales (4).

La anemia infantil en el Perú afecta el 43.6 % de los niños y niñas de 6 a 36 meses de edad, siendo más prevalente entre los niños de 6 a 18 meses, sector en el que 6 de cada 10 niños presenta anemia. En el último decenio el país ha mostrado singulares avances en la reducción de la desnutrición. Sin embargo aún afecta al 13.1 % de menores de 5 años en el 2016. En las áreas llega al 26.5 % y 7.9 % en las urbanas (3).

La anemia es un problema generalizado, tanto en las áreas rural y urbano, También atraviesa todos los estratos socioeconómicos del país. Afecta a un 53.8 % de niños de 6 a 35 meses de hogares de quintiles socioeconómicos más bajos y también un 28.4 % del quintil superior (3).

En el distrito San Pedro de Cachora se obtuvo un 65 % de anemia en el año 2014, mientras que en el 2015 un 60 % de anemia en niños menores de 3 años (3).

En el año 2013 se ha encontrado que a nivel nacional, aproximadamente uno de cada tres niños de entre 6 y 59 meses, tiene anemia (34%), siendo este problema más común entre los niños que viven en la 10 zonas rurales que entre los que viven en zonas urbanas (39.5% y 31.1%, respectivamente (5).

Según ENDES 2014 la prevalencia de anemia en menores de 36 meses, es un indicador de resultado intermedio del Programa Articulado Nutricional cuyo valor de la línea de base implementada en el 2013 fue de 56,8% y presenta una disminución de 6,5 puntos porcentuales respecto al año 2010. Por área de residencia, la proporción de anemia en niñas y niños de 6 a menos de 36 meses de edad, es mayor en el área rural (56,6 por ciento) y presenta una diferencia de 10,0 puntos porcentuales con respecto al área urbana (46,6 por ciento) (6).

También existe una relación inversa entre el nivel de anemia de las niñas y niños y el nivel de educación de la madre, a mayor nivel educativo se observa menor proporción de niñas y niños con anemia (39,3 por ciento en niñas y niños de madres con educación superior y 57,1 por ciento en madres con nivel Primaria o sin nivel educativo) (6).

1.2. Objetivo

Describir la intervención de enfermería en la prevención de la anemia en niños de 6 a 36 meses de edad del distrito San Pedro de Cachora durante el año 2016.

1.3. Justificación

El estado nutricional es el resultante final del balance de la ingesta y el requerimiento de nutrientes, cuando se da un desbalance entre estos dos factores se produce la malnutrición y uno de los signos más comunes es la anemia. La cual juega un papel importante en el desarrollo cognitivo, afectando la capacidad para aprender, pensar y desarrollar su percepción la realidad. Teniendo en cuenta que las deficiencias nutricionales que ocurren en los primeros años de la vida de un niño, se verá reflejada en el desempeño en años posteriores afectando su productividad.

La anemia es un problema frecuente de la salud pública tanto nacional como a nivel mundial. La anemia viene a ser uno de los principales problemas de salud que actualmente se observa en la población infantil porque ocasiona limitaciones en el desarrollo psicomotor y la función cognoscitiva en los niños y niñas del Perú. La deficiencia de hierro en los niños es uno de los problemas más frecuentes debido a que la alimentación diaria no cubre los requerimientos nutricionales de este mineral, la cual causa problemas de salud pública como la anemia ferropénica, los niños menores de 3 años son uno de los grupos etáreos con mayores requerimientos de este nutriente y por lo tanto si el aporte es

por debajo de las necesidades nutricionales, se padece de esta enfermedad y como una consecuencia fatal en el niño será un desarrollo cognoscitivo inadecuado. La anemia causa diferentes problemas de salud y enfermedades, algunas leves, otras crónicas y algunas muy graves, afectando el desarrollo y crecimiento normal, puede ocasionar retraso mental e intelectual. Los niños que sufren anemia por un largo tiempo padecen secuelas por el resto de su vida. Para revertir esta difícil realidad se deben implementar políticas urgentes para poder asistir alimentariamente a los niños y familias. Así como brindarle atención médica, pero con esto no alcanza ya que se necesitan acciones a mediano plazo para poder solucionar el problema habitacional, de desocupación, falta de servicios sanitarios, entre otros. Debería ser una prioridad para todos los países combatir la pobreza extrema, la desnutrición y anemia, evitando que mueran niños por falta de alimentación. Las personas que se encuentran en extrema pobreza y sufren hambre viven poco y sufren demasiado, todo ese dolor se puede evitar pero se necesita de la ayuda y el compromiso de todos.

Mediante el presente informe se podrá conocer cuál es la casuística de casos de anemia en el distrito San Pedro de Cachora la cual servirá para plantear y tomar medidas estratégicas con las autoridades regionales, locales y comunales con el propósito de disminuir los altos índices de anemia en el distrito. La cual será en beneficio de los niños y niñas de la zona de intervención.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

VILCA J. Realizó un estudio titulado "Nivel de consumo, aceptabilidad y prácticas en la suplementación con multimicronutrientes sobre los niveles de hemoglobina en niños 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 multimicronutriente, 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. El nivel de consumo, aceptabilidad y prácticas de suplementación si tiene efecto estadísticamente significativa ($\chi^2_c = 28.5 > \chi^2_t = 7.8$) sobre los niveles de hemoglobina. (7)

YANA E. Realizó un estudio titulado "Conocimientos sobre anemia y administración de sulfato ferroso en madres de niños de 6 a 36 meses en el establecimiento de salud I-4 JOSE ANTONIO ENCINAS Puno 2012". Investigación de tipo descriptivo y de corte transversal; se utilizó el diseño descriptivo simple cuyo objetivo fue determinar el conocimiento sobre anemia y la administración de sulfato ferroso en madres de niños de 6 a 36 meses. La población estuvo constituida por 72 madres de niños entre 6 a 36 meses de edad que recibieron el primer frasco de sulfato ferroso, quienes fueron seleccionadas a criterios, el instrumento aplicado fue la guía de entrevista estructurada (7).

Los resultados obtenidos respecto al conocimiento sobre anemia demuestran que solo 36.1% madres que tiene conocimiento bueno, 51.4% tiene conocimiento regular y 12.5% conocimiento deficiente; madres que desconocían tenemos que: 58.3% desconocen definición de anemia ferropénica, 51.4% no conoce las consecuencias y 62.5% no conoce la prevención. Referente a la administración adecuada de sulfato ferroso tenemos que 55.6% conoce el mecanismo de acción, 88.9% conoce la conservación y 58.3% conoce el momento de administración, sin embargo, 22.5% no conoce la fuente alimentaria y 93.1% no conoce el tiempo de administración. En conclusión existe un alto % de madres de niños de 6 a 36 meses con regular conocimiento, lo cual nos indica que las madres no están suficientemente preparadas para prevenir la anemia, exponiendo a sus niños a esta enfermedad y a las consecuencias funestas en su salud y desarrollo intelectual a futuro. (8)

Según Rebozo y cols, 2014 realizó un estudio Títulado " Prevalencia de anemia por deficiencia de hierro en niños de 6 a 24 meses y en escolares de 6 a 12 años de edad residentes en la ciudad de Guantánamo". La muestra estuvo compuesta por 220 niños. La concentración de hemoglobina se determinó por el método de la cian metahemoglobina, y la ferritina sérica por enzimoimmunoensayo. La prevalencia de anemia en los niños hasta 2 años de edad fue del 35,8 % y en los escolares del 22 %. Ningún niño de ambos grupos de estudio presentó valores de hemoglobina indicativo de anemia grave. En los

escolares se encontró diferencia significativa entre los valores de hemoglobina y el régimen docente ($p = 0,01$). Del total de anémicos, el 86,4 % pertenece a los niños que asisten a la escuela con un régimen externo. Según las concentraciones de ferritina sérica la prevalencia de la deficiencia de hierro fue del 57,6 %. El 74,2 % de los niños del primer grupo recibió lactancia materna exclusiva hasta el 4to mes. El 62,5 % de las madres de estos niños iniciaron la gestación con anemia y el 59,2 % tuvieron anemia en algún trimestre del embarazo. Para el grupo de escolares el consumo de alimentos portadores de hierro hem y no hem fue poco frecuente. Para combatir con efectividad estas deficiencias se hace necesario incrementar la fortificación de alimentos dirigidos a estos grupos de edades, actividades de educación nutricional, así como mejorar los patrones de ingestión de alimentos ricos en hierro (9).

Según Ianicelli. Realizó un estudio Titulado "Anemia Nutricional: Consecuencias de la deficiencia de hierro". La anemia es un problema de salud pública que afecta particularmente a los menores de 2 años, con graves consecuencias en el desarrollo psicomotor e intelectual de los niños y en las capacidades productivas en la adultez. Objetivo. Estudiar la prevalencia de anemia, sus variaciones y los posibles factores asociados en niños menores de 6 meses. Población y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, revisando los registros de controles de salud de 363 niños con edades comprendidas entre 4 y 5 meses de edad completos (10,11).

El resultado fue que el 28,9% (105/363) de los niños presentaron anemia y la prevalencia fue significativamente mayor en los varones (38,3% contra 20,9%; $p= 0,000$). No hubo diferencias significativas según el tipo de alimentación y la forma de terminación del parto. La media de peso al nacer y de puntuación z de peso para edad, talla para edad y peso para talla fue significativamente menor en los anémicos contra los no anémicos. Se encontró una disminución significativa de la anemia (de 37,8% en 2007 a 20,3% en 2010 en el período estudiado, $p= 0,012$) (10,11).

Los departamentos con mayor número de anemia son Puno, Junín, Piura, Cusco y Loreto. Cada uno con más de 35 mil niños afectados por este mal. Son 16 departamentos, entre los cuales Puno (76%), Madre de Dios (58.2%), Apurímac (56.8%), Pasco (56.1%), Loreto (55.6%) son los que encabezan la lista con niveles de anemia por encima del promedio nacional (3).

2.2. Marco conceptual

En los primeros años de la vida se consolida la estructura básica del cerebro puesto que las mayores aceleraciones en su desarrollo se dan en los primeros años. Entre los 0 y 38 meses de general 700 conexiones neuronales por segundo y es a partir de los 5 años que se produce una poda de ellas. Paradójicamente esta etapa es también la de mayor vulnerabilidad frente a los efectos del entorno y la calidad de las

experiencias que las niñas y niños acumulan desde la gestación hasta sus primeros años de vida (12).

El contenido de Hierro cerebral va aumentando a lo largo de la infancia hasta alcanzar los niveles del adulto tras la pubertad. Está implicado en múltiples procesos del sistema nervioso: Síntesis de ATP, neurotransmisión y formación de mielina, siendo esencial para la adecuada neurogénesis y la diferenciación de ciertas regiones cerebrales (12).

Los estudios realizados sustentan la hipótesis de que la ferropenia puede causar alteraciones en el desarrollo cognitivos, motor y de la conducta; incluso se ha relacionado también con el trastorno de déficit de atención con hiperactividad, con el síndrome de las piernas inquietas, espasmos del sollozo, pausas de apnea y accidentes cerebrovasculares (12).

Igualmente se tienen evidencias suficientes que la anemia ferropénica en el lactante y niño menor de 2 años se relaciona con alteraciones en el desarrollo madurativo (12).

Una revisión sistemática publicada en 2005 estudió los efectos de la suplementación con hierro sobre el desarrollo psicomotor en niños. En ella se concluyó que la suplementación mejoraba ligera pero significadamente las puntuaciones del desarrollo mental en los niños, sobre todo en aquellos con anemia ferropénica previa (12).

En conclusión, distintos estudios indican que la suplementación con hierro en niños con ferropenia genera un beneficio clínico relevante, fundamentalmente en pacientes con anemia (12).

ANEMIA:

La anemia es una enfermedad hemática debida a una alteración de la composición sanguínea y determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina (13).

La anemia en la niñez está causalmente asociada con defectos en el desarrollo y comportamiento (14).

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. (13)

CLASIFICACIÓN DE LA ANEMIA

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 (15).

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 (15).

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 tienen 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. Cuando la concentración de hemoglobina es inferior a 7gr/dl a nivel del mar (15).

CAUSAS DE LA ANEMIA

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. (14)

DISMINUCIÓN DE LA ABSORCIÓN: La acidez 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, 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. (14)

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. (13)

CONSECUENCIAS DE LA ANEMIA

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. (14)

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. (14)

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. (13)

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 encimas dependientes de hierro. Así en situación de anemia, disminuyen

diversa ferropoteínas hepáticas como la citocromo C oxidasa, succinato deshidrogenasa, aconitasa, xantina oxidasa y mioglobina. (13)

HEMOGLOBINA

La hemoglobina es una proteína globular, que está presente en altas concentraciones en glóbulos rojos. Su función es el transporte de O₂ del aparato respiratorio hacia los tejidos periféricos y del transporte de CO₂ y protones (H⁺) de los tejidos periféricos hasta los pulmones para ser excretados. (16).

La hemoglobina es una proteína que contiene hierro y que le otorga el color rojo a la sangre, se encuentra en los glóbulos rojos y está encargado de transportar el oxígeno a través de los vasos capilares a todos los tejidos del cuerpo humano. (17).

El hierro es un componente primordial de la molécula de hemoglobina, ya que cada subunidad posee un grupo prostético, cuyo hierro ferroso enlaza dióxido en forma reversible. La afinidad de la hemoglobina por el hierro determinan la eficiencia del transporte de oxígeno desde la interface de los capilares de los alveolos de los alveolos en los pulmones, hasta la interface eritrocito capilar tejido en los tejidos periféricos. (17)

PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

La leche materna constituye no solamente el alimento completo con todos los nutrientes apropiados para la buena nutrición de los niños lactantes y

su protección contra las infecciones. Sino también para el desarrollo y formación del vínculo afectivo. La leche humana contiene cantidades bajas de hierro, sin embargo, la biodisponibilidad de este mineral es elevada al orden de 50 %. El recién nacido durante los dos primeros meses de vida, experimentan un descenso fisiológico de su hemoglobina. Un niño a término y alimentado exclusivamente con leche materna, durante los primeros 6 meses de vida, tiene menor riesgo de desarrollar anemia (2).

SULFATO FERROSO

Es una sal ferrosa hidratada que contiene 20% de hierro, cuya absorción es tres veces mejor que la férrica. Es el más económico de los preparados de hierro siendo el más adecuado para tratar la deficiencia de hierro. Viene en la presentación jarabe en una concentración de 15 mg/ 5 ml de hierro elemental (15).

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. (14)

MULTIMICRONUTRIENTES

Los multimicronutrientes se distribuyen de manera gratuita en todos los establecimientos de salud de forma gratuita. El Ministerio de Salud brinda

multimicronutrientes diariamente durante 12 meses continuos (360 sobres) (18).

El micronutriente contiene: Hierro elemental 12.5 mg, Vitamina A 300 ug, Vitamina C 30 mg, Zinc 5 mg, Ácido Fólico 160 ug. (18).

PROMOCIÓN DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE

El desconocimiento de la población en general sobre la anemia y sus consecuencias e importancia para el desarrollo infantil, de su futuro y del país, es crítico. Se deben implementar actividades colectivas masivas adecuadas a ámbito rural y urbano, para sensibilizar a la población y dar a conocer medidas prácticas y fáciles de aplicar en el hogar para corregir y prevenir la anemia. Temas de alimentación sabrosa y nutritiva para controlar y prevenir la anemia (Sesiones educativas y demostrativas de preparación de alimentos) (Ver Anexo 1) (2).

HOGARES CON AGUA SEGURA

El agua tiene una estrecha relación con la vida de las personas pues es un agente esencial de salud o enfermedad. Si está contaminada se convierte en uno de los principales vehículos de transmisión de enfermedades, afectando a los grupos más desprotegidos de la población, entre ellos a niños y niñas. Se entiende como agua tratada, aquella que proviene o no de la red pública y a la cual le dan algún tratamiento en el hogar antes de beberla, hirviéndola, clasificándola, desinfectándola o consumiéndola de manera embotellada (2).

FACTORES DE RIESGO DE LA ANEMIA

Existen algunos grupos de niños que tienen un mayor riesgo de desarrollar anemia. Los factores que pueden causar un alto riesgo incluyen:

- nacimiento prematuro y bajo peso al nacer;
- inmigración reciente de países en desarrollo;
- pobreza;
- obesidad o malos hábitos alimentarios (19).

DIAGNÓSTICO

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 de anemia leve o moderada, pueden cursar con sintomatología escasa o incluso de forma asintomática (5).

LABORATORIO

El diagnóstico de anemia por criterio de laboratorio se establece determinando la concentración de hemoglobina en sangre capilar o venosa (5).

TEORIA DE ENFERMERIA

TEORÍA VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson, mediante su teoría plantea que la Enfermería no solo debe valorar las necesidades del paciente sino también las condiciones y los estados patológicos que la alteran (20).

Para ella la enfermería es: "Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible". La prioridad del enfermero es ayudar a las personas y sus familiares (que ella consideraba como una unidad). Por lo tanto el enfermero es dueño de la atención. En los postulados que sostienen el modelo, descubrimos el punto de vista del paciente que recibe los cuidados del personal de enfermería (20).

Para Henderson, la enfermería es una profesión independiente cuya función principal es ayudar, pero esa labor no la hace en solitario sino formando parte del equipo sanitario. Es una profesión que necesita y posee conocimientos biológicos y en ciencias sociales. El enfermero también sabe hacer frente a las nuevas necesidades de salud pública y sabe evaluar las necesidades humanas (20)

PLAN DE CUIDADOS DE LA ANEMIA

Según Henderson, el siguiente plan de cuidados de enfermería presenta los principales problemas que aparecen en los/las pacientes incluidos/as en el Proceso Asistencial Integrado Anemias, sin embargo no debemos obviar que se trata de un plan de cuidados estandarizado por lo que habrá que personalizarlo a cada paciente y a su cuidador/a para su correcta aplicación.

Es una herramienta que intenta disminuir la variabilidad de las actuaciones de los/las profesionales para lograr un grado de homogeneidad razonable, mejorar la práctica asistencial y su calidad.

Este proceso se centra fundamentalmente en las anemias ferropénicas cuya investigación etiológica tiene íntima relación con el desarrollo de procesos ginecológicos y digestivos, y para la que se incluyen específicamente actividades de prevención entre la población sana susceptible de presentar déficit de hierro. Así mismo se ocupa también de las anemias que derivan de carencia de vitamina B12 y ácido fólico.

Dicho plan fue elaborado por enfermeras de distintos niveles asistenciales expertas en cuidados a pacientes con anemias y enfermeras expertas en calidad y procesos (20).

INTERVENCIÓN EN CUIDADO Y PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

- Acuerdo con el/la paciente para la prevención y control del mismo
- Asesoramiento nutricional.
- Enseñanza del proceso de la enfermedad.

- Enseñanza: procedimiento/tratamiento en niños con anemia.
- Modificación de la conducta (20).

ACTIVIDADES DEL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA PREVENCIÓN DE LA ANEMIA

Ayudar al/a la paciente a identificar las practicas sobre la salud que desea cambiar

- Determinar las preferencias de comidas del/de la paciente
- = Favorecer la ingesta de alimentos ricos en hierro si procede
- Asegurar que la dieta incluye alimentos ricos en fibra para evitar el estreñimiento
- = Ajustar la dieta al estilo de vida del /de la paciente, según cada caso
- Determinar la capacidad del/de la paciente para satisfacer las necesidades nutricionales - Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronostico = Ayudar al/a la paciente a identificar objetivos adecuados a corto y largo plazo - Animar al/a la paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades
- Determinar con el/la paciente los objetivos de los cuidados
- Ayudar al/a la paciente a desarrollar un plan para cumplir con los objetivos de la prevención de la Anemia.
- Explorar con el/la paciente métodos de evaluación de la consecución de los objetivos

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados
- Reforzar nuevas habilidades
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del/de la paciente
- Discutir las necesidades nutricionales y la percepción del/de la paciente de la dieta prescrita/recomendada
- Informar del tiempo que debe llevar la dieta
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del/de la paciente
- Evaluar el nivel actual de conocimientos del/de la paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico
- Determinar la motivación al cambio
- Explicar el procedimiento/ tratamiento
- = Describir actividades del procedimiento/ tratamiento (20).

2.3 Definición de términos

ANEMIA: La anemia es una enfermedad hemática debida a una alteración de la composición sanguínea y determinada por una disminución de la masa eritrocitaria que condiciona una concentración baja de hemoglobina (13).

HIERRO: Es un elemento esencial para el hombre y para todos los seres vivos. Como componente fundamental de la hemoglobina, tiene la función de transportar, almacenar, donar oxígeno a los tejidos. (13)

PREVENCIÓN: Es el conjunto de actos y medidas que se ponen en marcha para reducir la aparición de riesgos ligados a enfermedades o a ciertos comportamientos nocivos para la salud (19).

SULFATO FERROSO: Sal ferrosa hidratada que contiene 20% de hierro, cuya absorción es tres veces mejor que la férrica. Es el más económico de los preparados de hierro siendo el más adecuado para tratar la deficiencia de hierro. Viene en la presentación jarabe en una concentración de 15 mg/ 5 ml de hierro elemental. (13)

SUPLEMENTO: Los suplementos alimenticios son nutrientes, los cuales se adicionan a la dieta para corregir o prevenir deficiencias de vitaminas y minerales, en ocasiones sirven en la recuperación del paciente que sufre alguna enfermedad o ha sido sometido a una intervención quirúrgica, así como para mejorar el estado general de salud. (13)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1. Recolección de datos

Para la realización del presente informe de experiencia laboral profesional se llevó a cabo la recolección de datos utilizando la técnica de revisión documentaria, para lo cual se hizo la revisión de los registros de:

- Reporte HIS
- Reporte SIS
- Reporte SIEN
- Historia clínica
- Registro de Laboratorio

Asimismo, para la obtención de los datos que contiene el presente informe, se llevó a cabo las siguientes acciones:

- ✓ Autorización: Se solicitó la autorización respectiva a la Jefatura del Servicio, a fin de tener acceso a los registros anteriores e historias clínicas.
- ✓ Recolección de Datos.
- ✓ Procesamiento de Datos.
- ✓ Resultados.

3.2. Experiencia Profesional

Actualmente soy personal con condición laboral CAS, vengo laborando como Licenciada en Enfermería desde el 06 de Mayo de 2010 hasta el 05 de Mayo de 2011 como SERUMS y a partir del 01 de Agosto del 2011 hasta la fecha con contrato CAS en el Centro de Salud Cachora, realizando las siguientes actividades: evaluación, crecimiento, desarrollo del niño e Inmunizaciones, visitas Domiciliarias, atención de medicina, prevención y promoción de la salud, digitación del Sistema de Información del Estado Nutricional, Vigilancia Epidemiológica Activa, atención de emergencias, entre otros.

- **Puesto de Salud Totorá Aymaraes:**

Establecimiento de salud perteneciente a la Red de Salud Abancay, laboré como personal Serums la cual se me designó la jefatura del establecimiento de salud, teniendo a cargo las estrategias sanitarias de Crecimiento y desarrollo del niño, Inmunizaciones, Promoción de la salud, entre otros. La cual se realizó actividades preventivas (Visitas domiciliarias, Talleres de sesión educativa y demostrativa de preparación de alimentos, Talleres de lavado de manos, entre otros.) Logrando así disminuir los altos índices de Anemia y desnutrición Crónica Infantil en la zona de intervención.

- Centro de Salud Cachora:

Establecimiento de salud perteneciente a la Micro red Micaela Bastidas = Red de salud Abancay. Lugar donde laboro desde el 01 de agosto del 2011 hasta la fecha, realizando las siguientes actividades:

- ✓ Control del crecimiento y desarrollo del niño.
- ✓ Responsable de programa Promoción de la Salud, en la cual se enfatizaron actividades preventivas promocionales, interviniendo en cada una de las comunidades del distrito, logrando alcanzar trabajos comunitarios en beneficio de los niños del distrito.
- ✓ Responsable de la digitación del SIEN (Sistema de Información de Estado Nutricional).
- ✓ Responsable de la estrategia nacional de Prevención y control de la Tuberculosis.
- ✓ Responsable del programa Salud ambiental, la cual me permitió ejecutar planes de trabajo con el objetivo de prevenir y/o controlar los factores ambientes que perjudican en la salud de las presentes y futuras generaciones. Como por ejemplo: La vigilancia del consumo de agua segura. Se ejecutaron trabajos enfatizando que en el distrito de Cachora se consuma agua segura. Logrando que familias con niños menores de 5 años tengan acceso al consumo de agua segura.

- Descripción del Área Laboral

El Establecimiento de Salud se encuentra denominado como Asociación Comunal Local de Administración de Servicios San Pedro de Cachora. Dicho Asociación se encuentra encabezada por un consejo directivo, un gerente y trabajadores de salud. En la cual cuenta con 18 trabajadores de salud entre asistenciales y administrativos.

El establecimiento de salud brinda prestaciones de servicios en las áreas de: Medicina General, Enfermería, Obstetricia, Odontología, Laboratorio, Farmacia.

- Funciones Desarrolladas en la Actualidad

Las funciones que realizo en el establecimiento de salud son asistencial y administrativo:

a.) Área Asistencial

✓ Evaluación, crecimiento, desarrollo del niño e Inmunizaciones

Mediante dicha actividad se realizan los controles CRED (Crecimiento y desarrollo) del recién nacido hasta los 11 años 11 meses 29 días (Ver Anexo 2)

✓ Visitas Domiciliarias

Se realizan seguimiento de niños con suplemento de Multimicronutrientes, seguimiento de niños con Anemia y Desnutrición; realizando las consejerías nutricionales.

✓ Estimulación temprana

✓ Atención de Medicina

Atención a pacientes con patologías diversas que acuden al establecimiento de salud.

- ✓ Prevención y promoción de la Salud.

Se realiza el trabajo de prevención en los cuatro escenarios de salud: Comunidad, Instituciones educativas, Municipio, familia y vivienda; abordando temas en las diferentes estrategias sanitarias de salud.

b.) Área Administrativa

- ✓ Digitación del SIEN (Sistema de Información del Estado Nutricional)

- ✓ Vigilancia Epidemiológica Activa

Se realiza el reporte de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs) y Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs).

3.3. Procesos realizados en el tema de informe

- Innovaciones – Aportes

Mediante el presente informe se logró dar aportes al problema de la anemia en niños del distrito San Pedro de Cachora. Tal es el caso que se prioriza que el personal de salud realice el seguimiento del consumo de Multimicronutrientes y Sulfato Ferroso mediante las visitas domiciliarias en familias con niños menores de 3 años. Cuyo objetivo es el de disminuir los altos índices de Anemia en el distrito.

Asimismo cada personal de enfermería tiene designado un sector del distrito en la cual se enfatiza que se realicen talleres de sesión

demostrativa de preparación de alimentos a niños menores de 3 años, Talleres educativos de entornos saludables, entre otros (Ver Anexo 3).

Se realiza constantemente las visitas domiciliarias a cada uno de los niños menores de 3 años y gestantes, en la que se realizan consejerías nutricionales y sesiones educativas en prevención y control de las enfermedades prevalentes en el distrito.

Mediante el presente trabajo se logró que el personal de Enfermería del establecimiento realice campañas de manera permanente en la preparación de alimentos, en coordinación con los programas CUNAMAS y JUNTOS.

- Limitaciones para el Desempeño Profesional

Durante los años de servicios se presentaron dificultades para el cumplimiento de las funciones, tal es el caso que para realizar la prevención y promoción de la salud mediante visitas domiciliarias fue difícil realizar el mismo debido a que ciertos lugares eran lejanos e inaccesibles. La cual dificultó llegar a aquellas familias para realizar las visitas correspondientes y por lo tanto realizar las consejerías de prevención.

IV. RESULTADOS

CUADRO 4.1.

CASOS DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2014, 2015 Y 2016.

Caso	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Con Anemia	78	65.0	63	60.0	36	36.7
Sin Anemia	48	35.0	42	40.0	62	63.3
Total	120		105		98	

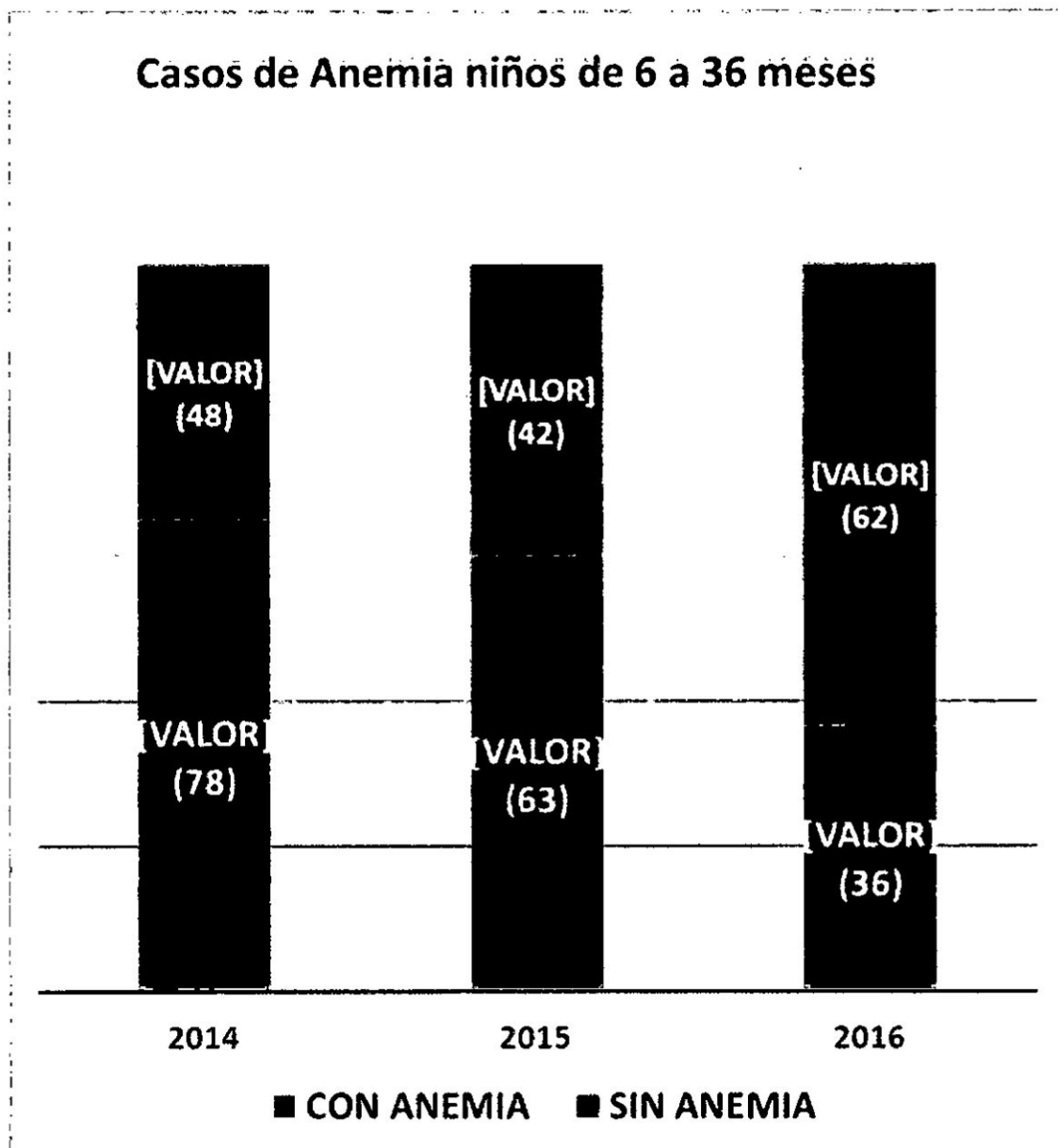
El cuadro N° 4.1 describe los casos de anemia en niños de 6 a 36 meses de edad del distrito San Pedro de Cachora durante el año 2014, 2015 y 2016. En el año 2014 de 120 niños de 6 a 36 meses, 78 tuvieron anemia, lo que equivale al 65 %. En el año 2015 de 105 niños de 6 a 36 meses, 63 tuvieron anemia, lo que corresponde al 60 %. En el año 2016 de 98 niños de 6 a 36 meses, 36 tuvieron anemia por deficiencia de hierro, lo que corresponde al 36.7 de Anemia.

Cabe resaltar que en el distrito de San Pedro de Cachora se viene trabajando articuladamente con instituciones del estado como son los programas JUNTOS, CUNA MAS etc. La cual ha permitido disminuir los altos índices de anemia en el distrito, tal es el caso que en años anteriores la anemia sobrepasaba los valores del 60 %.

Se puede observar el formato de registro de pacientes tamizados para el control de Anemia (Ver Anexo 4).

GRÁFICO 4.1

CASOS DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2014, 2015 Y 2016.



CUADRO 4.2

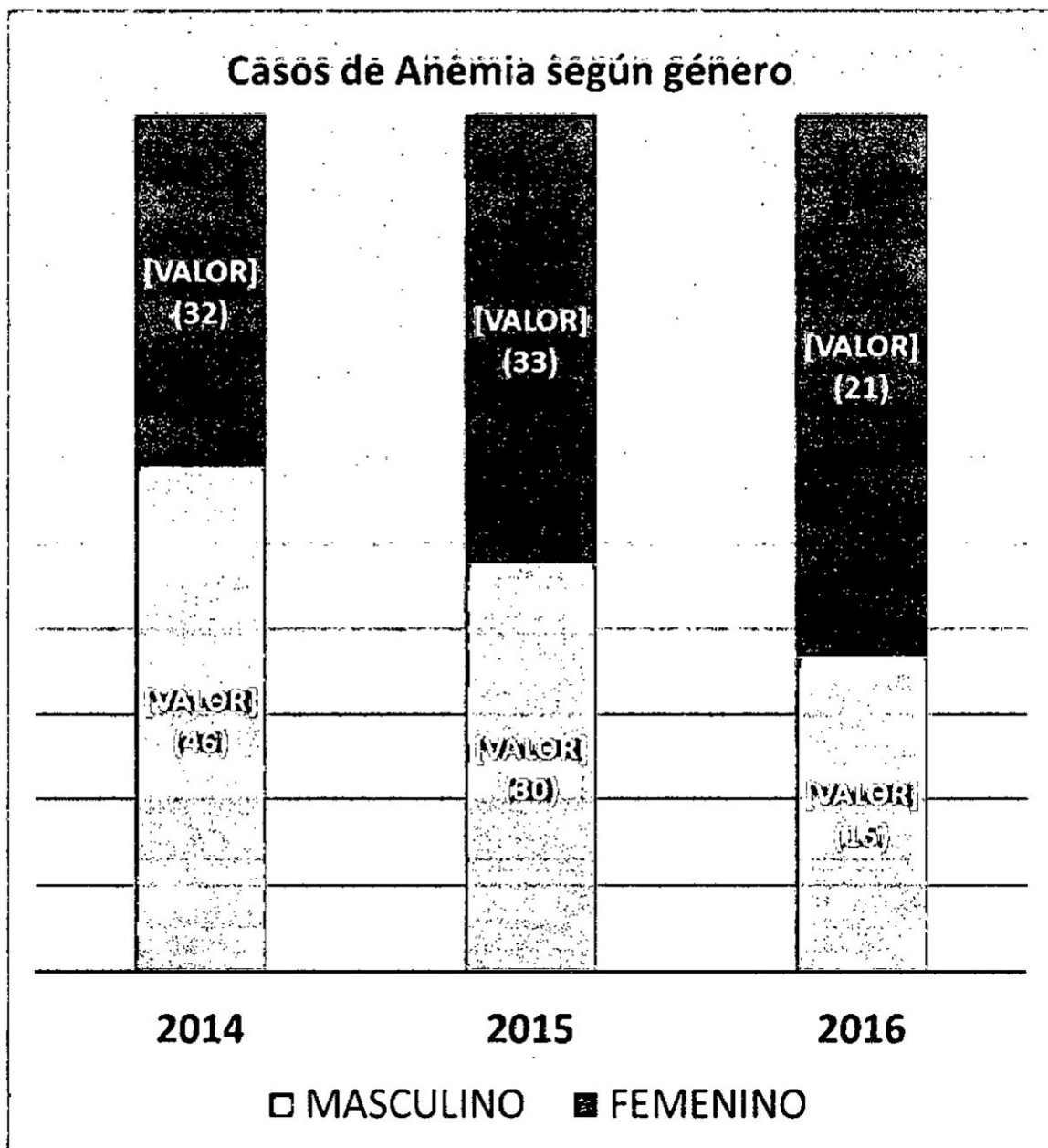
CASOS DE ANEMIA SEGÚN GÉNERO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2014, 2015, 2016.

GÉNERO	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
MASCULINO	46	58.9	30	47.6	21	36.7
FEMENINO	32	41.1	33	52.4	15	63.3
Total	78		63		36	

El cuadro N° 4.2 indica que en el año 2014 de un total de 78 niños con anemia 46 eran niños con un 58.9 %, 32 eran niñas con el 41.1 %. En el año 2015 de un total de 63 niños con anemia 30 eran niños con un 47.6 %, mientras que 33 eran niñas la cual corresponde al 52.4%. En el año 2016 de un total de 36 pacientes con Anemia por deficiencia de hierro, 21 eran niños la cual equivale el 58.3 %. Mientras que 15 eran niñas correspondiente al 41.7 %.

GRÁFICO 4.2

CASOS DE ANEMIA SEGÚN GÉNERO EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DE EDAD DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2014, 2015, 2016.



CUADRO 4.3

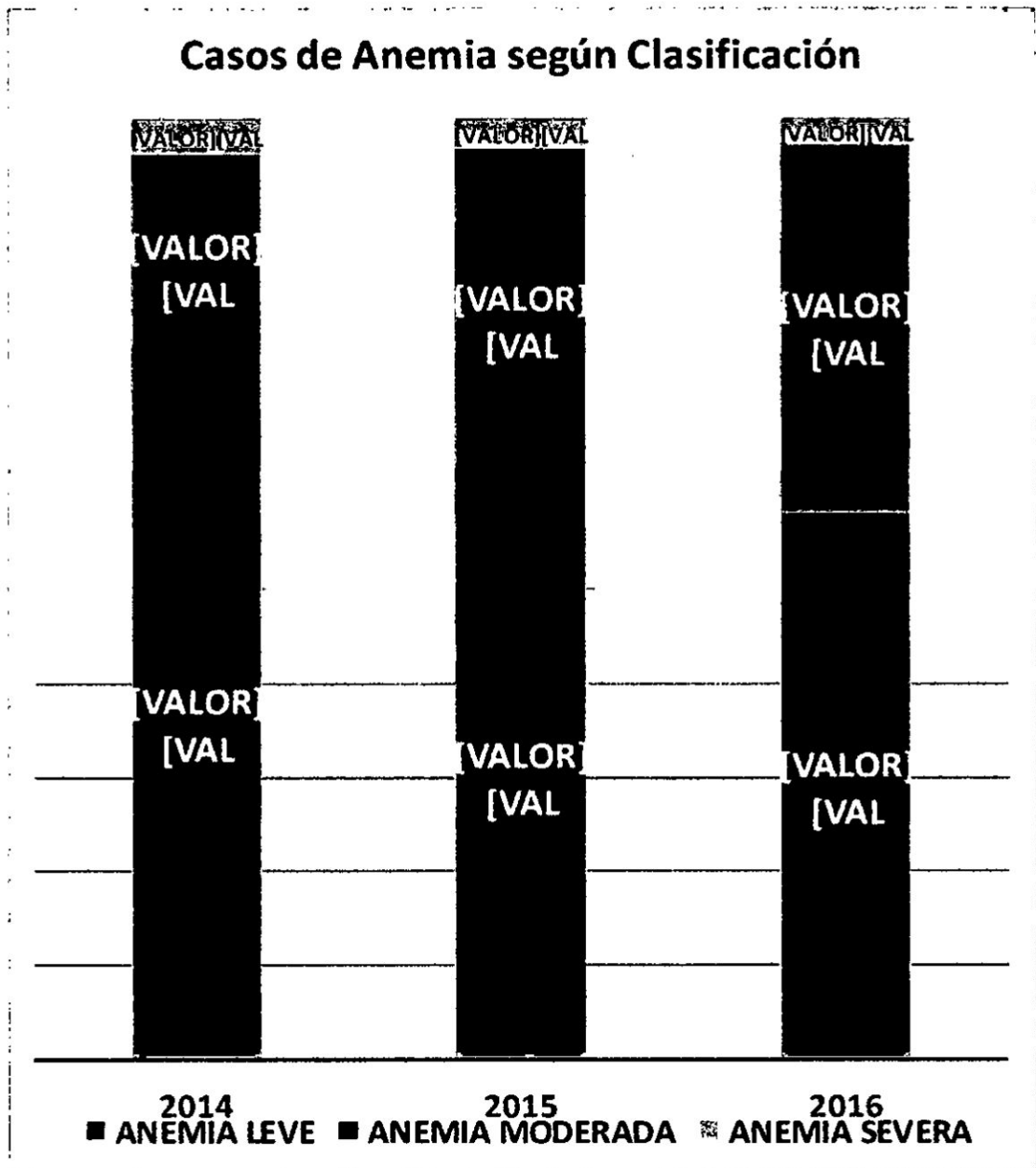
DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2014, 2015 Y 2016.

Clase de Anemia	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
Anemia Leve	56	71.8	38.0	60.3	21	58.3
Anemia Moderada	19	24.4	23	36.5	14	38.9
Anemia Severa	3	3.8	2	3.2	1	2.8
Total	78		63		36	

El cuadro N° 4.3 describe que en el año 2014 de un total de 78 niños con anemia, 56 tuvieron anemia leve con un 71.8 %, 19 niños tuvieron anemia moderada con un 24.4 %, mientras que 3 niños tuvieron anemia severa la cual corresponde el 3.8 %. En el año 2015 de un total de 63 niños con anemia 38 tuvieron anemia leve con un 60.3 %, 23 tuvieron anemia moderada con un 36.5% Mientras que 2 tuvieron anemia severa con un 3.2%. Asimismo en el Año 2016 que del total de niños y niñas con anemia (36), 21 tuvieron anemia leve con un 58.3 %, 14 tuvieron anemia moderada con un 38.9 %, mientras que 1 tuvo anemia severa equivalente al 2.8 %.

GRÁFICO 4.3

DISTRIBUCIÓN POR CLASIFICACIÓN DE ANEMIA EN NIÑOS DE 6 A 36 MESES DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2014, 2015 Y 2016.



CUADRO 4.4

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO DE NIÑOS CON ANEMIA DE 6 A 36 MESES DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2016.

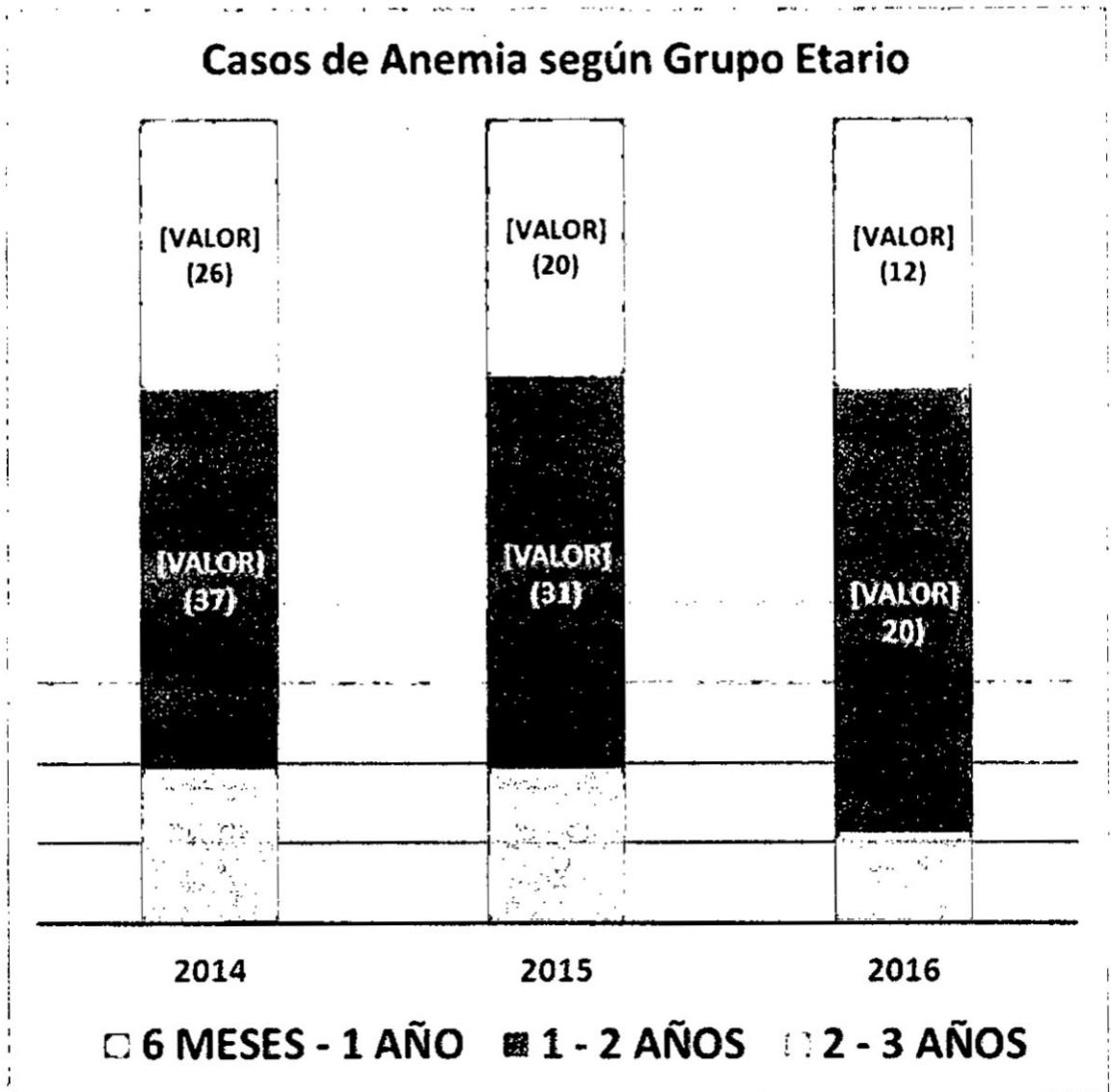
Edad	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
6 meses a 1 año	15	19.2	12	19.1	4	11.1
1 a 2 años	37	47.5	31	49.2	20	55.6
2 a 3 años	26	33.3	20	31.7	12	33.3
Total	78		63		36	

El cuadro N° 4.4 indica que en el año 2014 de un total de 78 niños con anemia. Los niños de 6 a 1 año eran 15 con el 19.2 %, los niños de 1 año a 2 años fueron 37 correspondiente al 47.5 %, mientras que los niños de 2 a 3 años fueron 26 equivalente al 33.3. %. En el año 2015 de un total de 63 niños con anemia. Los niños de 6 a 1 año eran 12 con el 19.1 %, los niños de 1 año a 2 años fueron 31 correspondiente al 49.2 %, mientras que los niños de 2 a 3 años fueron 20 equivalente al 31.7. %. En el año 2016 de un total de 36 niños con anemia. Los niños de 6 a 1 año eran 4 con el 11.1 %, los niños de 1 año a 2 años fueron 20 correspondiente al 55.6 %, mientras que los niños de 2 a 3 años fueron 12 equivalente al 33.3. %.

Dichos resultados concuerdan con la investigación de Falen J, la cual menciona que los casos de anemia ocurren en la etapa de mayor velocidad de crecimiento, como son los primeros 24 meses de vida del niño (1).

GRAFICO 4.4

DISTRIBUCIÓN POR GRUPO ETARIO DE NIÑOS CON ANEMIA DE 6 A 36 MESES DEL DISTRITO SAN PEDRO DE CACHORA DURANTE EL AÑO 2016.



Fuente: SIEN (Sistema Información del Estado Nutricional)

CUADRO 4.5

NÚMERO DE FAMILIAS CON NIÑOS DE 6 A 36 MESES CON ANEMIA QUE RECIBE TALLER DE SESIÓN DEMOSTRATIVA DE ALIMENTOS.

Sesión Demostrativa	2014		2015		2016	
	N°	%	N°	%	N°	%
N° Familias que reciben Sesión						
Demostrativa de alimentos	35	44.9	41	65	28	77.8
N° Familias que no recibieron Sesión Demostrativa.						
	43	55.1	22	35	8	22.2
Total	78		63		36	

En cuadro N° 4.5 indica que durante el año 2014 de un total de 78 familias con niños de 6 a 36 meses con anemia, 43 recibieron taller de sesión demostrativa de preparación de alimentos. En la cual 35 recibieron taller de sesión demostrativa de preparación de alimentos equivale al 44.9 %. Mientras que 43 no recibieron el taller lo que corresponde al 55.1 %

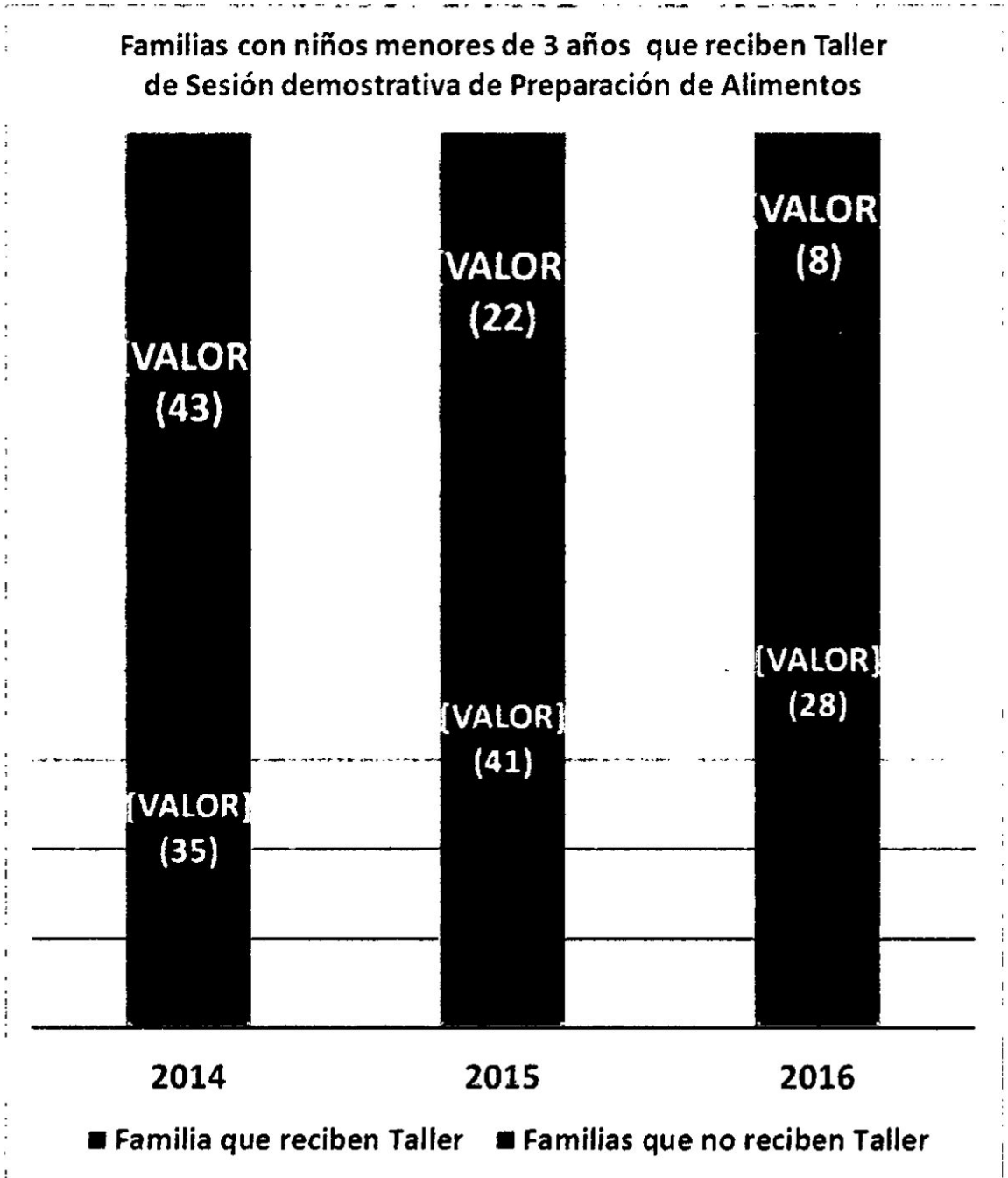
Durante el año 2015 de 63 familias de niños con anemia. 41 recibieron taller de preparación de alimentos con un 65 %, mientras que 22 familias no recibieron lo que equivale el 35 %.

Durante el año 2016 de 36 familias de niños con anemia. 28 recibieron taller de preparación de alimentos con un 77.8 %, mientras que 8 familias no recibieron el taller con un 22.2 %.

Como se evidencia en dicho cuadro a familias con niños de 6 a 36 meses con anemia que recibieron taller de sesión demostrativa de preparación de alimentos en el transcurso de los años ha sido influyente para que las familias tengan conocimiento de la alimentación adecuada que deben recibir los infantes, la cual ha permitido disminuir los altos índices de niños con anemia en el distrito San Pedro de Cachora (Ver Anexo 5).

GRAFICO 4.5

NÚMERO DE FAMILIAS CON NIÑOS DE 6 A 36 MESES CON ANEMIA QUE RECIBE TALLER DE SESIÓN DEMOSTRATIVA DE ALIMENTOS.



Fuente: Registro extramural de Enfermería y Promoción de la Salud.

V. CONCLUSIONES

1. En el distrito San Pedro de Cachora se reportó un 36.7 % de casos de anemia por deficiencia de hierro (36 niños) en niños de 6 a 36 meses de edad durante el año 2016
2. Durante el año 2016 se presentaron más casos de anemia leve (58.3 %) con respecto a la moderada (38.9 %) y severa (2.8 %).
3. El grupo etario más afectado de niños con anemia por deficiencia de hierro fueron los de niños menores de 2 años.
4. La experiencia profesional y la preparación adecuada, permiten que el Enfermero desarrolle capacidades cognitivas, procedimentales y actitudinales para brindar una atención de calidad, eficiente, oportuno y seguro al paciente.

VI. RECOMENDACIONES

1. Realizar permanentemente la promoción de salud y educación alimentaria nutricional para incentivar el consumo de alimentos con una alta biodisponibilidad de hierro, principalmente en niños, por cuanto una deficiencia de este micronutriente produce anemia ferropénica, el cual va afectar el normal desarrollo del niño.
2. El personal de Salud debe enfatizar en el seguimiento de las madres de los niños de 6 a 36 meses con anemia a través de las visitas domiciliarias.
3. Dentro de una institución es imprescindible la medicina preventiva, sin embargo las estrategias y el esfuerzo es limitado en ocasiones por recursos económicos o falta de información. Es necesario establecer una manera de identificar patologías comunes en la población, principalmente en la de riesgo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Falen J. Anemia infantil: empieza un nuevo plan para erradicar este mal. Disponible en: <http://elcomercio.pe/peru/anemia-infantil-empieza-nuevo-plan-erradicar-mal-158558>. Consultado el 12 de Julio de 2017.
2. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción de la Anemia en el Perú. Disponible en:
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/anemia/>
3. [Index.asp?op=1](#). Consultado el 14 de Julio de 2017.
4. Ministerio de Salud. Plan Nacional para la Reducción y Control de la Anemia Materno Infantil y la Desnutrición Crónica Infantil: 2017 – 2019. Disponible en:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2017/RM_249-2017-MINSA.PDF. Consultado el 10 de Agosto de 2017.
5. NICEF. Anemia. Hallado en:
https://www.unicef.org/peru/spanish/survival-development_24363.html. Consultado el 10 de Agosto de 2017.
6. INS. Anemia en la población Infantil del Perú. Hallado en:
http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/4/jer/evidencias/ANEMIA%20FINAL_v.03mayo2015.pdf. Consultado el 13 de Julio de 2017.

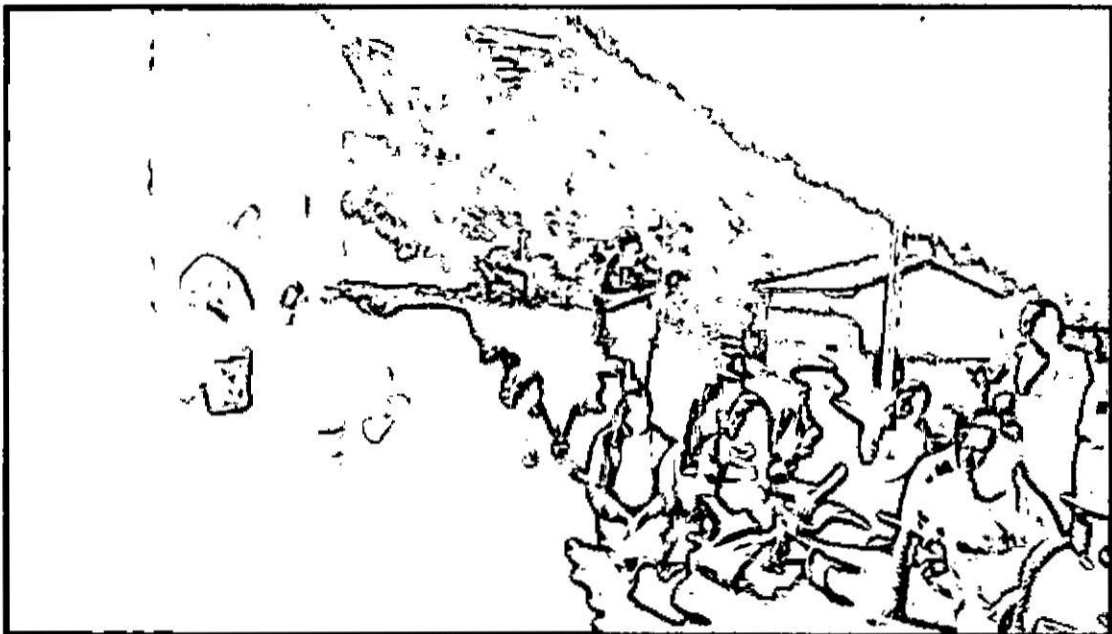
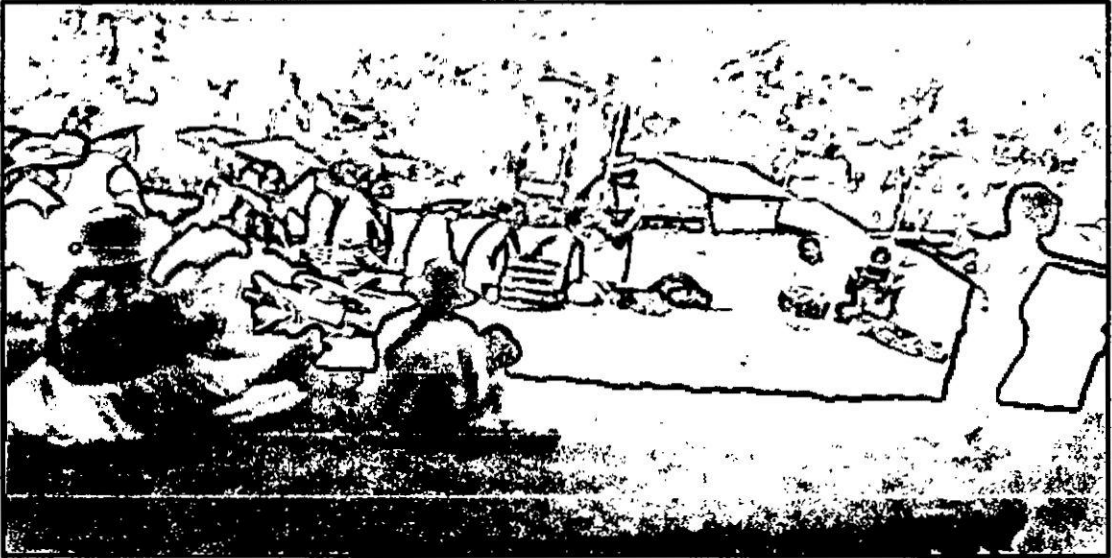
7. ENDES. Encuesta Demográfica y de salud familiar. Disponible en:
http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/4174/1/Bocanegra_Vargas_Spassky_2014.pdf. Consultado el 18 de Julio de 2017.
8. Vilca BJ. Nivel de Consumo, aceptabilidad y prácticas en la suplementación con multimicronutrientes sobre los niveles de hemoglobina en niños de 6 a 36 meses de edad beneficiarios de PRONAA, Abancay. Hallado en www.slideshare.com. Acceso el 19 de Julio de 2017.
9. Yana ME. Conocimientos sobre anemia y administración de sulfato ferroso en madres de niños de 6 a 36 meses en el establecimiento de salud I-4 JOSE ANTONIO ENCINAS. Hallado en www.slideshare.com. Acceso el 20 de Julio de 2017.
10. Huamán L. Consumo de suplementos con multimicronutrientes Chispitas® y anemia en niños de 6 a 35 meses: estudio transversal en contexto de una intervención poblacional en Apurímac, Perú. *Rev. Perú. Med. Exp. Salud pública.* 29(3):15-38. Junio 2012.
11. Olivares GM, Tomás W. Consecuencias de la Deficiencia de Hierro. *Rev. Chil. Nutr.* 30(3): 226-233. Mayo 2003.
12. Olivares GM. Anemia Nutricional. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-
Consultado el 22 de Julio de 2017.

13. Matthew J, Beard J, Rinat D. Potential Study of Attention and Recognition Memory in Infantis With Iron - Deficiency Anemia. *Rev Nutril.* 15(2): 87 – 93. Agosto 2005.
14. Stanley LR. *Patología Estructural y Funcional.* Madrid: Editorial Acribia S.A., 2000.
15. Roy CN, Enns CA. *Enfermedades de la Infancia.* Madrid: Elsevier España S.A., 2000.
16. MINSA. Directiva N° 050 011-2012-GR-APURIMA/11GRDS “Directiva de Gestión que Establece Roles, Procedimientos y Flujos para Procesos Vinculados Directamente con la Vacunación Control de CRED Completo Según edad, Suplementación a niños con Hierro y Vitamina A. Hallado en: www.minsa.gob.pe. Acceso el 14 de Julio de 2017.
17. Martínez HJ, Portillo BM. *Fundamentos de Nutrición y Dietética. Bases Metodológicas y Aplicaciones.* Pamplona: Editorial Acribia S.A., 2010.
18. Guyton CA. *Tratado de Fisiología Medica.* Nueva York: Editorial Interamericana S.A., 1999.
19. Ministerio de Salud. *Guía Práctica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Anemia por deficiencia de Hierro en niños, niñas y adolescentes en establecimientos de salud de primer nivel de atención.* Disponible en: www.minsa.gob.pe. Consultado el 10 de Julio de 2017.

ANEXOS

ANEXO 1

SESIONES EDUCATIVAS EN CONSUMO DE ALIMENTOS DE ORIGEN ANIMAL



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2

EVALUACIÓN Y DESARROLLO DEL CRECIMIENTO



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3

TALLER DE SESION DEMOSTRATIVA DE PREPARACIÓN DE ALIMENTOS



Fuente: Elaboración propia

ANEXO 5

SESION DEMOSTRATIVA DE PREPARACION DE ALIMENTOS A MADRES CON NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS



Fuente: Elaboración propia